



مقدمه:

- موضوع مرگ در جامعه انسانی از حساسیت و اهمیت زیادی برخوردار است. به صورت تاریخی موضوعاتی مثل اتانازی یا خودکشی محل بحث های درازدامنه ای در تاریخ هستند.
- توسعه فناوری های پزشکی سوالات اخلاقی جدیدی را پیش آورده - ریوی، تغذیه است: درمان های نگهدارنده حیات مانند احیای قلبی اکسیژنه کردن مصنوعی، مایع درمانی، تنفس با دستگاه، پمپ قلبی، خارج از ریه خون
- در حال حاضر بیش از سه چهارم مرگ ها در بیمارستان اتفاق می افتد. Institutionalized و Medicalized به عبارت دیگر مرگ شده است.

بخش اول: مراحل تکوین انسان

**پیدایش، استقرار، رویش، بالش، زایش،
زندگی، گذر و مرگ**

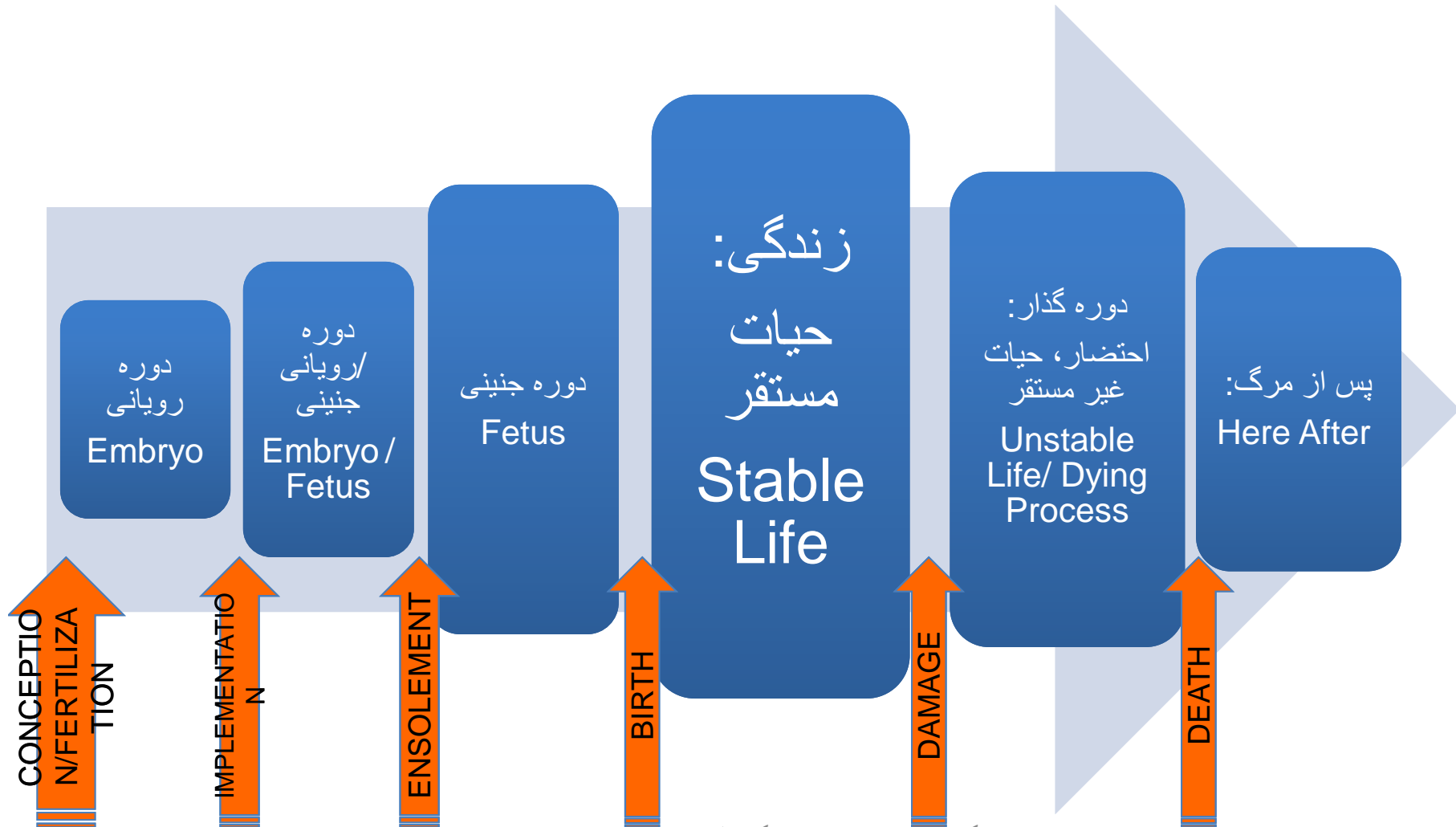
اهداف آموزشی:

- تبیین مراحل تکوین وجودی انسان در طول زمان از دوره رویانی تا پس از مرگ
- درک مفهوم دوره گذار از زندگی به مرگ (دوره احتضار، دوره حیات غیر مستقر)
- آشنایی با تشخیص مرگ مغزی و قلبی

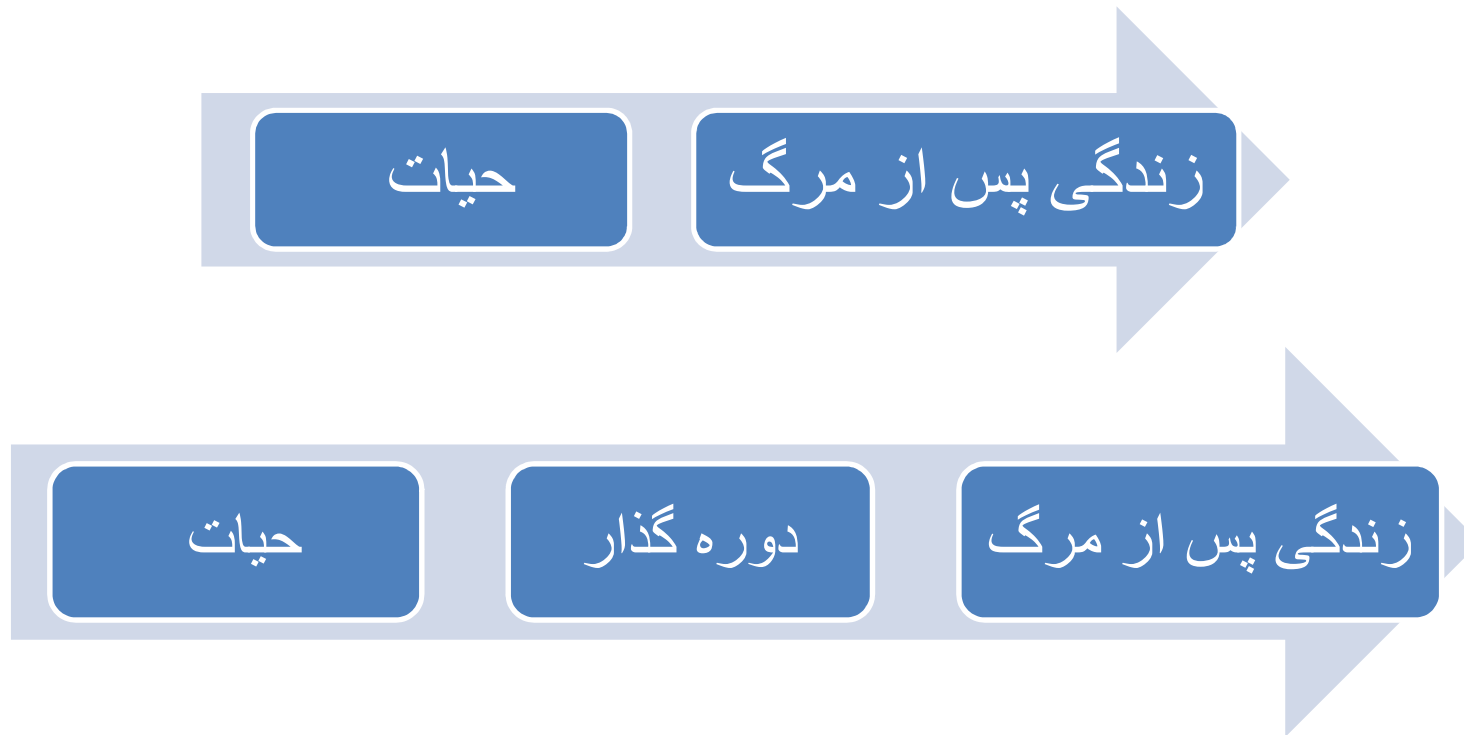
مقدمه:

- مرحله وجودی یا تکوین انسان تعیین کننده‌ی بسیاری از امور از جمله وضعیت حقوقی و شأن اخلاقی وی است.
- ارائه خدمات سلامت به افراد هم در بسیاری موارد متأثر از همین وضعیت حقوقی و جایگاه اخلاقی است.
- مثلاً رویان انسان در مرحله قبل از لانه‌گزینی با وجود اهمیتی که دارد، واجد شأن اخلاقی مساوی با جنین نیست.
- جنین انسان قبل از تولد اگرچه با نوزاد تازه متولد شده تفاوت چندانی ندارد، اما واجد جایگاه حقوقی مستقل نیست.

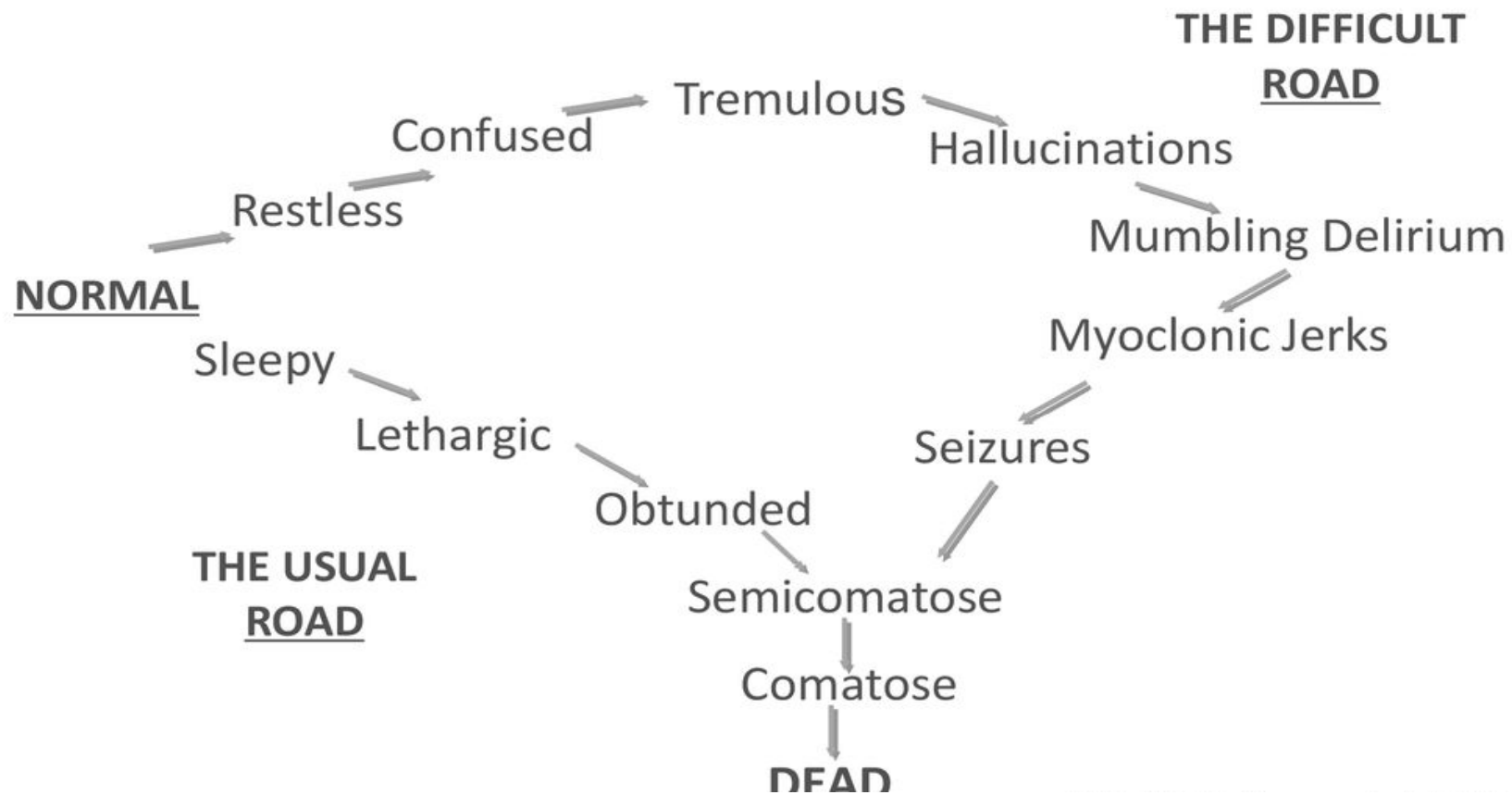
مراحل تکوین انسان

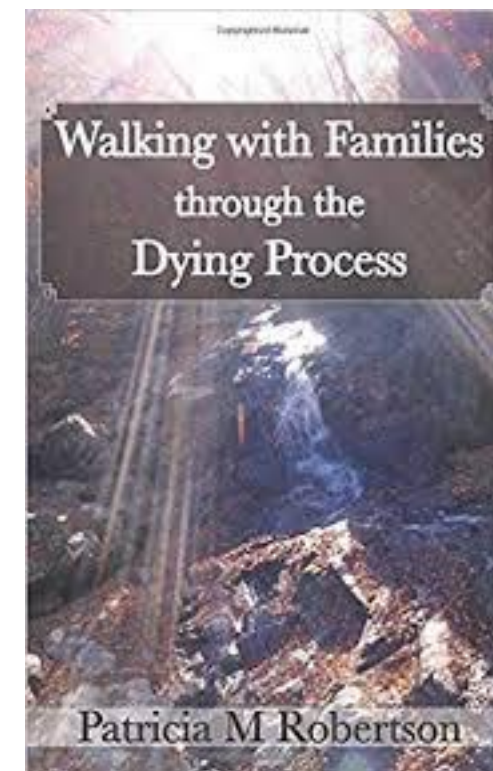
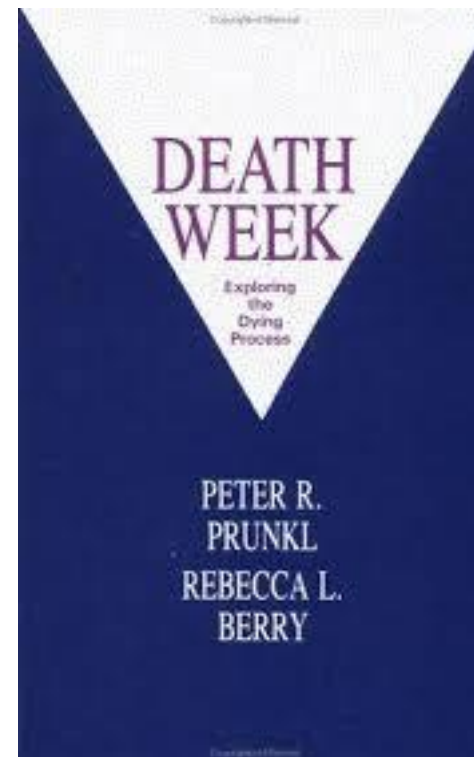
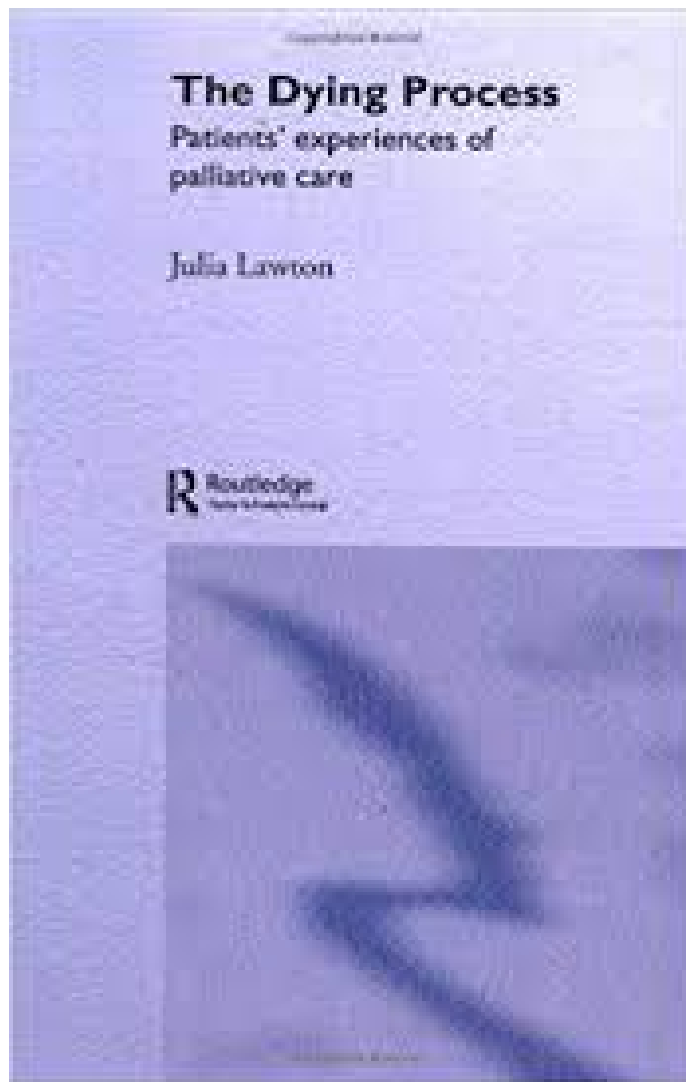


مباحث اخلاقی مربوط به ارائه خدمات سلامت در
پایان حیات به موضع گیری در مورد به رسمیت
شناختن دوره گذار وابسته است.



Dying
در حوزه عمومی، ادبیات علمی پزشکی، Process
اخلاق پزشکی یاد شده و به رسمیت شناخته شده
است





خصوصیات دوران گذار: احتضار

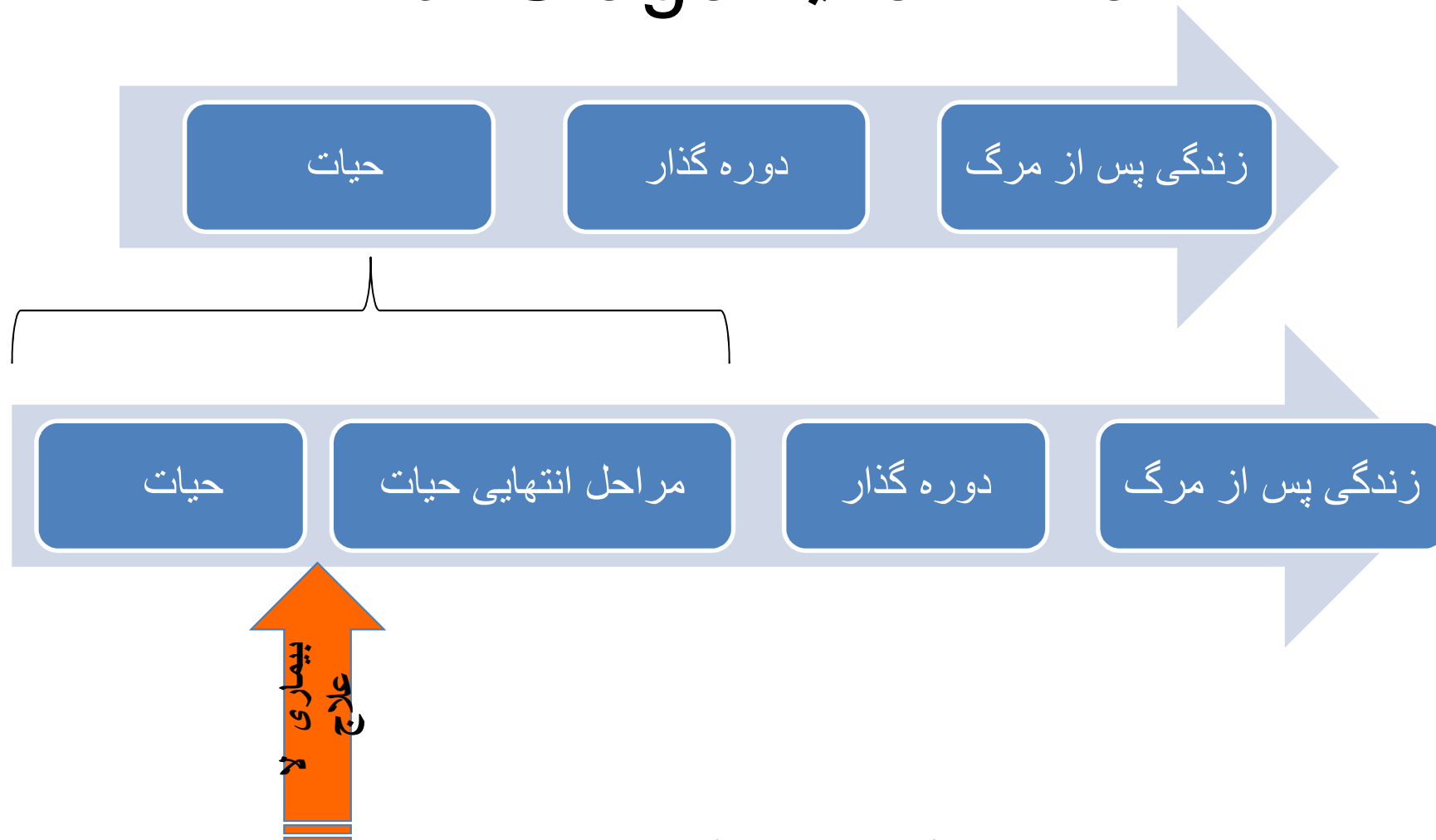
Dying Process

فرد محتضر شخصی است که به دلیل دارا بودن یک بیماری کشنده و پیشرونده در مرحله پایانی حیات و در آستانه مرگ قرار دارد و در حال طی کردن مسیر یکطرفه و غیر قابل بازگشت به سمت مرگ است.

- دوران گذار منطقاً باید قابل تشخیص باشد.
- تشخیص اینکه بیمار در چه مرحله ای قرار دارد با عرف تخصصی است.
- دوران گذار زمانی است که بر اساس نظر متخصص فرد در فاز غیر قابل برگشت است.
- دارای بیماری زمینه‌ای کشنده و پیشرونده توجیه کننده شرایط بیمار
- بیشبینه، برای مرگ قریب الوقوع ظرف چند روز

بیماران در مراحل پایانی الزاماً در دوره گذار نیستند

End- Stage یا Terminal



دوره گذار در متون اسلامی

- در متون اسلامی دوران گذار از زندگی به حیات پس از مرگ در ذیل دو مفهوم احتضار و حیات غیر مستقر پرداخته شده است.
- دوره گذار تحت عنوان احتضار در متون فقهی و در ادبیات مربوط به آنچه که اصطلاحاً «عبادات» نامیده می شود، مورد توجه قرار گرفته و به رسمیت شناخته شده است.
- دوره گذار تحت عنوان حیات غیر مستقر در حقوق اسلامی و در ادبیات مربوط به آنچه که اصطلاحاً «معاملات» نامیده می شود، مورد توجه قرار گرفته و به رسمیت شناخته شده است.

احتضار در دیدگاه اسلامی

احکامی واجب مانند رو به قبله قرار دادن، مکروه مانند لمس کردن بیمار محتضر، قرار دادن جسم سنگین روی شکم وی و مستحب مانند شهادتین و اقرار به دوازده امام (علیهم السلام) و کلمات فرج، خواندن سوره یس و صفات (برای بیمار محتضر در متون دینی و فقهی آمده است).

در فلسفه این احکام بیان شده است که انجام آنها برای این است که مرحله احتضار زودتر طی شود و بیمار سریعتر از رنج مرحله احتضار راحت شود.

جهت گیری این احکام به رسمیت شناختن روند طبیعی مرگ و پرهیز از اعمالی است که بدون رساندن فایده قابل قبول و منطقی به بیماران، در این روند تداخل ایجاد می کنند.

شارع نه تنها طولانی کردن مرحله احتضار را تشویق نمی کند بلکه اصولاً توصیه هایی معنوی برای کوتاه کردن این مرحله ارائه می دهد.

فتوای مقام معظم رهبری در مورد فرد محتضر

س: آتانازی بر سه قسم است:

- 1) نوع فعال (با تجویز داروی کشنده از طرف پزشك به زندگی بیمار خاتمه داده می‌شود).
 - 2) نوع انفعالی (به صورت خودداری از ادامه مداوا و زنده نگاه داشتن بیمار محتضر)
 - 3) نوع غیر مستقیم (با فرار دادن داروهای به مقدار زیاد در دسترس بیمار تا بیمار شخصاً به زندگی بر رنج خویش پایان دهد) استفاده از کدامیک بلااشکال است؟
- ج) حفظ محتضر و تأخیر مرگ او واجب نیست، بنابراین قسم دوم مانع ندارد ولی هر کاری که موجب مردن او باشد، مثل دو قسم دیگر جایز نیست.

حیات غیر مستقر یا زندگی ناپایدار در حقوق اسلامی

این مفهوم برای رفع برخی مشکلات حقوقی در فقه اسلامی مثل قضاوت در مورد قتل مورد توجه قرار گرفته است.

وضعیت حیات برای انسان منحصر به دو حالت زنده بودن و زنده نبودن نیست، بلکه حالت سومی که به نوعی می تواند حالتی بین مرگ و زندگی باشد نیز به رسمیت شناخته شده است.

آیت الله محقق داماد: "از آن جا که مرگ یعنی جدایی ارتباط روح از بدن، فرایندی است تدریجی؛ همیشه همراه با ظهور آثاری بر بدن است، آثاری که از يك سو، بیانگر بقای حیات فرد نیستند، چرا که بدن قابلیت خود را برای تعلق روح به آن، از دست داده است؛ و از سوی دیگر، بیانگر بقای حیات هستند، چرا که ارتباط میان روح و جسم به طور کامل قطع نشده است. فقها از این حالت، تعبیر به حیات غیر مستقر کرده اند."

معیارهای تشخیص زندگی پایدار از زندگی ناپایدار در منابع فقهی عبارتند از قابلیت ادامه یافتن حیات برای مدتی از زمان (از نصف روز تا دو روز و حتی بیشتر)، وجود علایم و نشانه های جسمی مانند فقدان ادراک و حرکت اختیاری، فقدان حرکت قوی و یا خروج خون از بدن فرد، ترکیبی از دو مجموعه از معیارها و عرف

نتیجه بحث استقرار حیات:

معیار زمان در مورد تشخیص زندگی پایدار یا ناپایدار عنصر کلیدی است که با توجه به نظر عرف متخصصین که بر پایه شرایط و علایم جسمانی و پیشرفت ها و روش های موجود تعیین می شود.

در این استدلال ضمن اینکه به محدودیت های علمی و عملی عرف عام و عرف متخصصین آگاهی داریم اما با توجه که نشان دادیم علایم و خصوصیات جسمانی مد نظر نسبی بوده و خود در چهارچوب عرف و با اتکا به عنصر زمان معنا پیدا می کنند، و از طرفی منطقیاً باید راهی برای تشخیص حیات غیر مستقر وجود داشته باشد (چون اگر قابل تشخیص نباشد اصولاً وضع چنین احکامی با حکمت شارع در تعارض خواهد بود) پس راهی جز رجوع به عرف باقی نمی ماند.

حیاتی ناپایدار واجد شرایطی برگشت ناپذیری، مبتنی بودن بر عرف پزشکی و قریب الوقوع بودن است.

با توجه به اینکه مفهوم حیات ناپایدار در فقه اسلامی مفهومی مورد پذیرش و به رسمیت شناخته شده است انجام مداخلاتی از قبیل CPR نیز غیر منطقی خواهد بود چرا که مفهوم دینی پذیرش اینکه فردی در مرحله حیات غیر مستقری باشد این است که پروسه غیر قابل برگشت مفارقت روح از بدن آغاز شده و به زودی به نتیجه یعنی مرگ فرد منجر خواهد شد. و حتی اگر عملی باعث طولانی شدن این مرحله شود به مفهوم طولانی کردن زندگی فرد نیست بلکه به معنی افزایش طول حیات ناپایدار بیمار است.

احتضار و حیات ناپایدار

اگر چه که دو مفهوم احتضار و حیات ناپایدار در متون فقهی اسلامی مستقل از یکدیگر و در دو زمینه جدا گانه مورد توجه قرار گرفته اند، اما به نظر می رسد که مفاهیمی به هم پیوسته هستند.

تعریف بیمار محتضر و فرد واجد حیات ناپایدار بر اساس آنچه که از منابع فقهی گفتیم شامل فردی است که با توجه به عرف پزشکی پروسه غیر قابل برگشت و تدریجی مرگ و جدا شدن روح از بدن او آغاز شده است و انتظار می رود که مرگش به زودی فرا برسد.

البته این دو مفهوم تفاوت هایی نیز با یکدیگر دارند از جمله اینکه در حیات ناپایدار قطعیت بیشتری برای مرگ بیمار پیشبینی می شود و صدمات حادثی نظیر خونریزی و قطع عضو مد نظر است در حالی که تصویر غالب از بیمار محتضر فردی است که در اثر یک بیماری زمینه ای در بستر مرگ قرار گرفته است اگرچه که اینگونه تفاوت ها ماهوی نیستند.

تفاوت بیمار محتضر با بیمار با پیش آگهی بد

- لازم است در مباحث مربوط به پایان حیات بین دوره احتضار و مراحل پایانی دوره است و اصطلاحاً Poor Prognose حیات که بیمار به دلیل پیش آگهی بد بیماری نامیده می شود، تفکیک قائل شد. **hopeless** یا **terminal** یا **end-stage**
- بیمار با پیش آگهی بد یا بسیار بد ممکن است چند ماه زنده بماند و در این مدت محتضر به شمار نمی آید.
- وظایف پزشک در مورد بیماران با پیش آگهی بد مانند بیماران معمولی است. اگرچه در این دوره ریسک درخواست مداخلات بیهوده و غیر ضروری بالاتر است.
- گاهی با استفاده از استدلال محدودیت منابع در نظام سلامت، موضوع محدود کردن ارائه برخی خدمات سلامت به بیماران با پیش آگهی بد مطرح می شود: در این زمینه باید گفت که اینکه چنین بیمارانی باید اولویت کمتری داشته باشند در چهارچوب تصمیمات مدیریت نظام سلامت مطرح است و بر بالین بیماران به صورت فردی معمولاً قابل اعمال نیست.

پیشنهاد رویکرد

تصور مرسوم این است که فرد یا مرده است و یا زنده و زندگی به دو مرحله مرگ و پس از مرگ تبدیل می شود. این بدان معنی است که پزشکی از آنجا که بر اساس سنت حرفه ای اصولاً **Pro-Life** است، باید در هر حال و تحت شرایطی بر اساس وظیفه عرفی و منطقی خود تلاش کند تا در نزاع بیمار با مرگ به او کمک کند تا پیروز شود و زندگی را به هر قیمتی و تحت هر شرایطی طولانی کند.

اما به رسمیت شناختن مفهوم دوره گذار (احتضار یا حیات ناپایدار) یا همان زمانی که پروسه مرگ در جریان است، مرحله سوم را به این دو مرحله اضافه می کند که مرحله گذار از زندگی به دوره پس از مرگ است. بدون شک وظایف پزشک در مرحله زندگی پایدار بر اساس شرایط حاکم بر این مرحله تبیین شده است و کاملاً قابل تعمیم به مرحله گذار نیست و از این رو وظیفه یا مسئولیت پزشک و نوع مداخلاتی که پزشکی می بایست در مورد فردی که در مرحله گذار قرار دارد اجرا کند نیز متفاوت خواهد بود و باید باز تعریف شود.

بازتعریف تکالیف پزشکی در دوره گذار به نحوی است که چون این مرحله بخشی از دوره زندگی پایدار محسوب نمی شود، الزامات ناشی از **Pro-Life** بودن سنت پزشکی بر آن بار نخواهد شد.

مداخلات پزشکی برای هر دوره از سیر تکوینی



بخش دوم: مرگ

تعریف، تشخیص، مرگ قلبی، مرگ مغزی

تعریف و تشخیص مرگ:

Death Definition and Determination

- برای مرگ تعاریف فلسفی و کلامی ارائه شده است.
- در ادیان ابراهیمی مرگ به معنای جدا شدن (مفارقت روح از بدن) است.
- در علم پزشکی آنچه بیشتر مطرح می شود، تشخیص مرگ بر اساس ملاک‌های طبی است.
- تشخیص اینکه یک نفر مرده است، به جز ابعاد اجتماعی آن در مسائل مهمی مانند ادامه ارائه خدمات سلامت به آنها و موضوع پیوند اعضا تاثیر بسیاری دارد.
- تنفسی به صورت سنتی تشخیص مرگ با استفاده از ملاک‌های قلبی صورت می‌گرفته است.
- در دهه‌های اخیر بیشتر بر ملاک‌های مغزی یا نورولوژیک در تشخیص مرگ تاکید می‌شود.

سورس مورد بررسی است

مورد افراد مرگ مغزی که کاندید اهدای عضو

نیستند: کمیته ملی اخلاق بالینی وزارت

درمان و آموزش پزشکی بهداشت،

در صورت وجود تشخیص احتمالی مرگ مغزی برای افراد بستری در بیمارستان، لازم است مراتب بلافاصله توسط پزشک معالج و یا سوپروایزر بیمارستان به گروه تشخیص مرگ مغزی بیمارستان اطلاع داده شود. الزام به این اطلاع رسانی مستقل از موضوع اهدای عضو است و از این رو شامل مواردی که فرد مشکوک به مرگ مغزی از لحاظ پزشکی امکان اهدای عضو ندارد و یا اطرافیان وی مخالف اهدا باشند، نیز می شود.

گروه تشخیص مرگ مغزی بیمارستان باید به صورت فوری و حداکثر ظرف ۶ ساعت پس از دریافت گزارش مورد احتمالی مرگ مغزی، بر بالین فرد مشکوک به مرگ مغزی حضور پیدا کند.

لازم است تمام اقدامات تشخیصی و درمانی برای فرد مذکور متوقف شود. تنها مداخلات مجاز برای این افراد هیدراتاسیون و تنفس مصنوعی با دستگاه تهویه مکانیکی است.

انجام احیای قلبی ریوی برای فرد دچار مرگ مغزی که کاندید اهدای عضو نباشد، مجاز نیست.

مرگ در رویکرد اسلامی- قرآنی

مرگ در این رویکرد امری وجودی و نه عدمی، انتقال از جهانی به جهان دیگر، دارای ابعاد و تعاریف فیزیکی و متافیزیکی، امری تدریجی، دربردارنده روندی گاه مستلزم سختی و شدت و متفاوت برای مؤمنین و غیر مؤمنین است که:

با عنوان «توفی» یاد شده است که به معنی بازگرفتن و دریافت روح از تن به وسیله فرشتگان است. (قل یتوفاکم ملک الموت الذی وکلّ بکم)

امر «به حق» است، به عبارت دیگر مرگ سنتی الهی و هدفمند است (و جاءت سكرة الموت بالحق ذلك ما كنت منه تحيد)

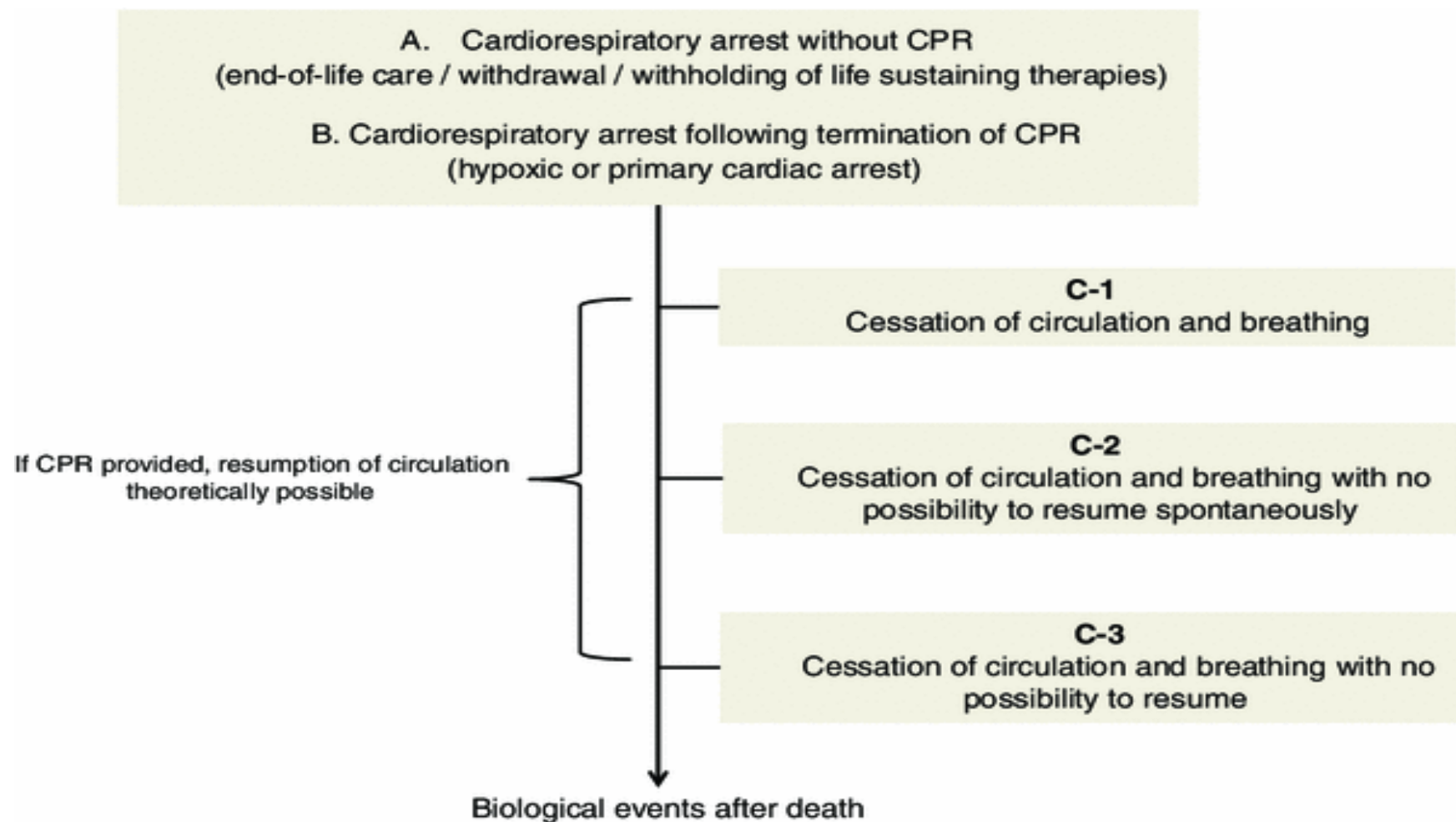
امر حتمی برای آزمایش همه انسان ها است (كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَ نَبَلُوكُمْ بِالْأَشْرِّ وَ الْخَيْرِ فِتْنَةً وَ الْيُنَا تَرْجَعُونَ)

واجد روندی تدریجی است. فرد در حال مرگ و اطرافیانش برای نجات فرد از مرگ تلاش می کنند اما در نقطه ای از روند مرگ به بازگشت ناپذیر بودن این روند آگاه می شوند و به قریب الوقوع بودن مرگ یقین می کنند. (كُلَّا إِذَا بَلَغَتِ الثَّرَاقِيَّ (26) وَ قِيلَ مَنْ رَاقٍ (27) وَ ظَنَّ أَنَّهُ الْفِرَاقُ (28) وَ التَّقَاتِ السَّاقُ بِالسَّاقِ (29) أَلِي رَبِّكَ يَوْمَئِذٍ الْمَسَاقُ (30))

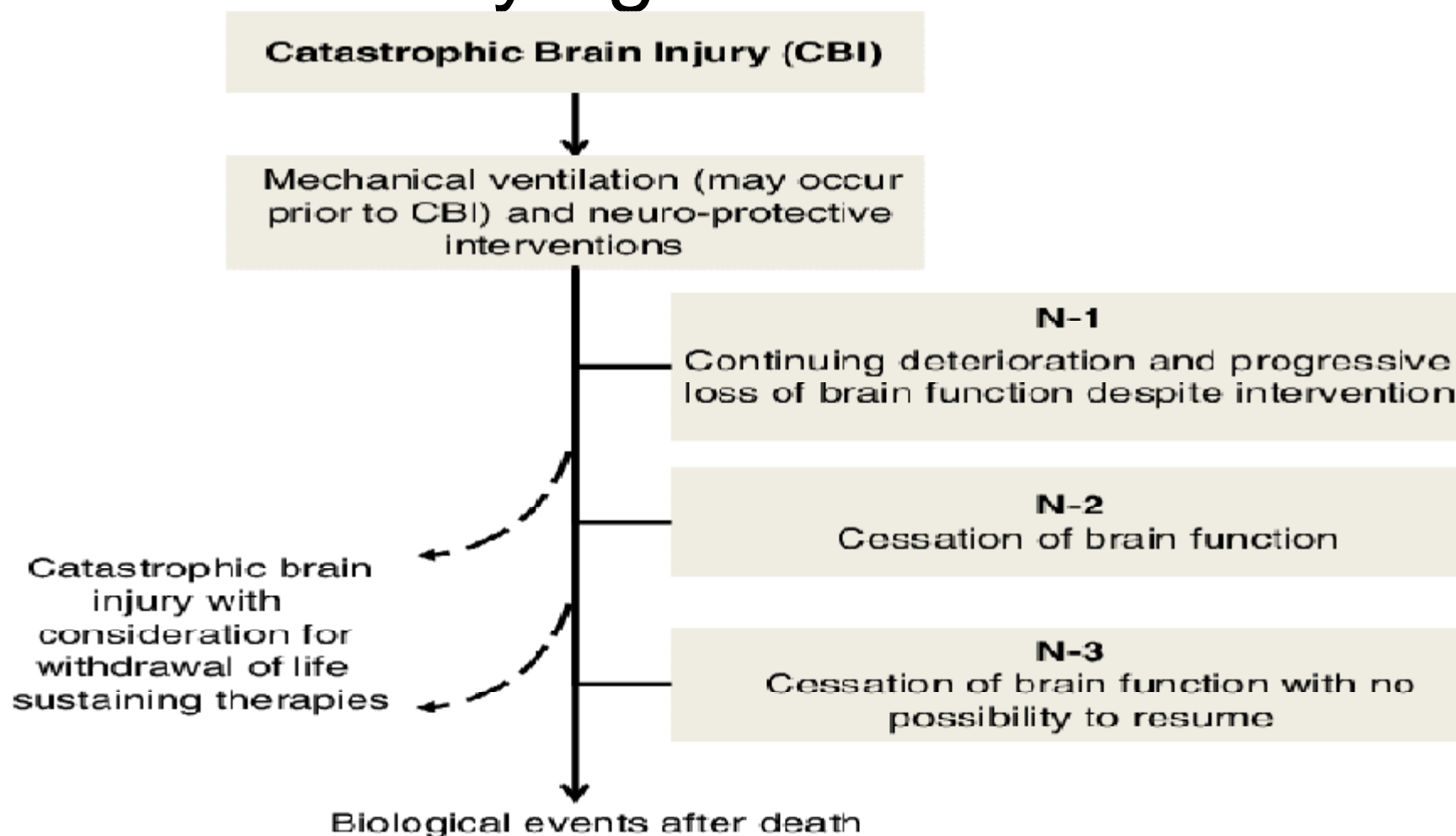
Operational Definition of Human Death

- Death occurs when there is permanent loss of capacity for consciousness and loss of all brainstem functions. This may result from permanent cessation of circulation and/or after catastrophic brain injury.
- In the context of death determination, 'permanent' refers to loss of function that cannot resume spontaneously and will not be restored through intervention.

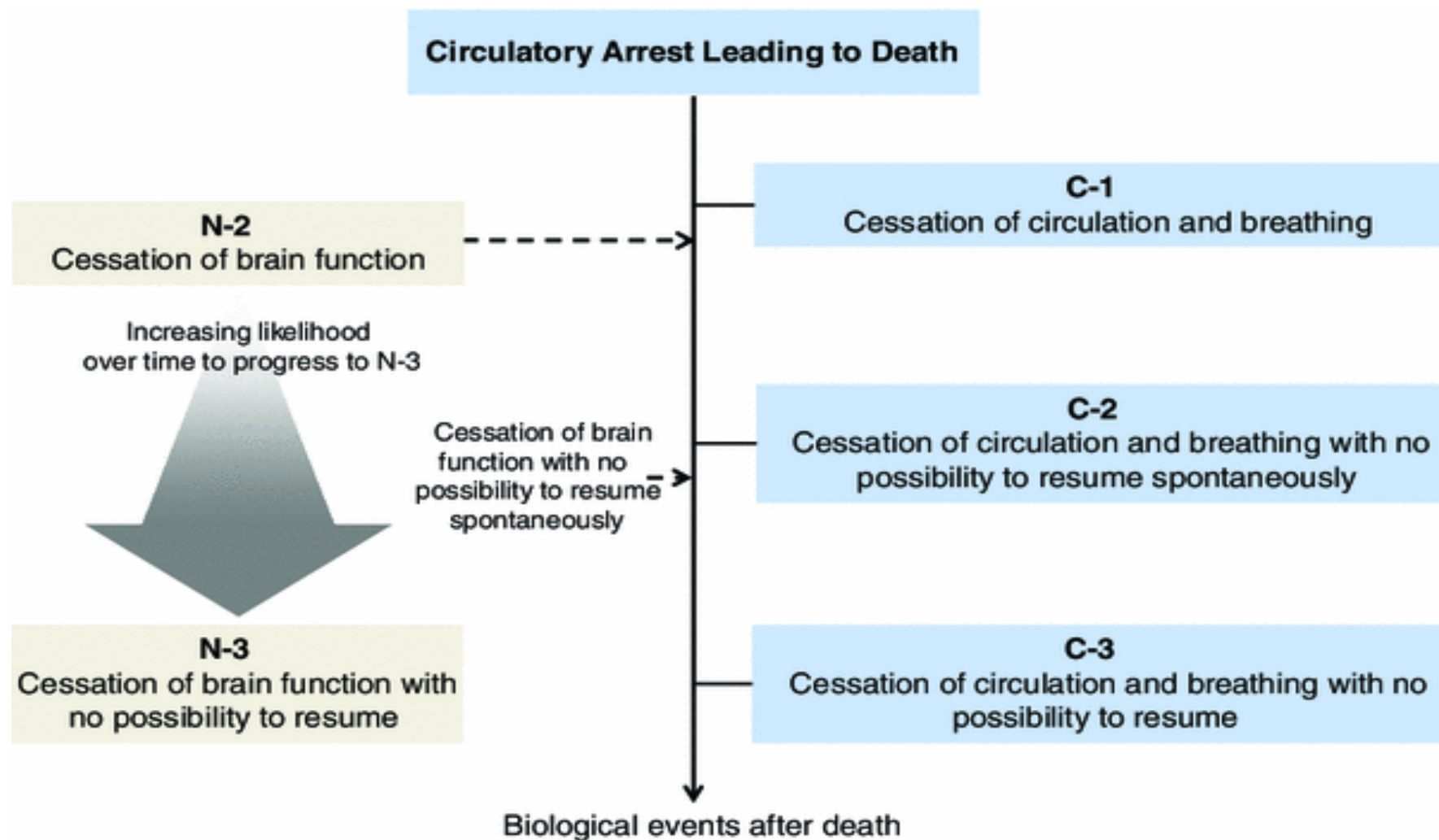
Circulatory Sequence in the Dying Process:



Neurological Sequence in the Dying Process:



Integrated Neurological and Circulatory Sequences in the Dying Process:



ملاحظات کلیدی سازمان جهانی بهداشت در تشخیص مرگ:

- WHO report supports the movement away from anatomically based terms such as brain death or cardiac death that erroneously imply the death of that organ. Human death is based on the cessation of function rather than activities.
- Emphasis was placed on the predominance of brain function for determination of death. Death is a single phenomenon based on cessation of brain function (loss of capacity for consciousness and brainstem reflexes) with two mechanisms to reach that point: (i) permanent absence of circulation or (ii) subsequent to a catastrophic brain injury - two entrances, one exit.

تشخیص مرگ مغزی در قانون ایران:

- قانون پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است
- مصوب ۱۳۷۹/۰۱/۱۷

- ماده واحده – بیمارستانهای مجهز برای پیوند اعضا، پس از کسب اجازه کتبی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌توانند از اعضای سالم بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان بر طبق نظر کارشناسان خبره مسلم باشد، به شرط وصیت بیمار یا موافقت ولی میّت جهت پیوند به بیمارانی که ادامه حیاتشان به پیوند عضو یا اعضای فوق بستگی دارد استفاده نمایند.
- تبصره ۱ – تشخیص مرگ مغزی توسط کارشناسان خبره در بیمارستانهای مجهز دانشگاههای دولتی صورت می‌گیرد. این کارشناسان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت چهار سال منصوب می‌شوند.
- تبصره ۲ – اعضای تیم‌های تشخیص مرگ مغزی نبایستی عضویت تیم‌های پیوند کننده را داشته باشند.
- تبصره ۳ – پزشکان عضو تیم از جهت جراحات وارده بر میّت مشمول دیه نخواهند گردید.
- آیین نامه اجرائی این قانون به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نماینده قوه قضائیه با هماهنگی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و بنیاد امور بیماریهای خاص ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این قانون تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.
- قانون فوق مشتمل بر ماده واحده و سه تبصره در جلسه علنی روز چهارشنبه مورخ هفدهم فروردین ماه یکهزار و سیصد و هفتاد و نه مجلس شورای اسلامی تصویب و تأییدیه شورای نگهبان در مهلت مقرر در اصل نود و چهارم (۹۴) قانون اساسی واصل نگردیده است.

آیین نامه اجرایی قانون پیوند اعضای بیماران
فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان
مسلم است

• هیأت وزیران در جلسه مورخ 1381.2.25

- ماده 1- مرگ مغزی عبارت است از قطع غیر قابل برگشت کلیه فعالیت‌های مغزی کورتیکال (قشر مغز)، ساب کورتیکال (لایه زیر قشر مغز) و ساقه مغزی به طور کامل
- ماده 2- تشخیص و تأیید مرگ مغزی بر اساس ضوابط این آیین‌نامه توسط چهار پزشک متشکل از یک متخصص نورولوژی، یک متخصص جراحی مغز و اعصاب، یک متخصص داخلی و یک متخصص بیهوشی صورت می‌گیرد.

- تبصره 3- تأیید پزشک قانونی
- تبصره 5 - تشخیص قطعی مرگ مغزی باید در بیمارستانهای دانشگاهی دولتی انجام شود.

بخش سوم: مداخلات پایان حیات

**مداخلات نگهدارنده حیات، بیهوده، غیر
ضروری، تدافعی، نامناسب و نامتناسب**

مداخلات نگهدارنده حیات

- Life sustaining treatments
- Ordinary vs extraordinary
- EOL dialysis, artificial feeding/hydration, ventilator
- not care
- Proportionate interventions
- Proportionate means those that in the judgment of the patient offer a reasonable hope of benefit and do not entail an excessive burden or impose excessive expense on the family or community

Futility

- used to describe any effort to achieve a result that is possible but that reasoning or experience suggests is highly improbable and that cannot be systematically produced.”
- Shift to “Potentially Inappropriate Treatment”

Futility

- Merriam Webster – “useless act or gesture”
- Medical Futility
 - Physician judges that in last 100 cases treatment has been useless (less than 1% chance of success)
 - ‘Effect’ of treatment = limited to one part of the body
 - ‘Benefit’ = improves patient as a whole
 - Schneidermann et al 1990
- AMA Code of Medical Ethics opinion on futile care: “Physicians are not ethically obligated to deliver care that, in their best professional judgment, will not have a reasonable chance of benefiting their patients. Patients should not be given treatments simply because they demand them.”
 - <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion2035.page>

در مورد مداخلات نگهدارنده اخذ رضایت آگاهانه حیات

• مثل سایر درمان‌های پزشکی بحث رضایت آگاهانه در مورد مداخلات نگهدارنده حیات به ویژه از قبل یا Advance مطرح می‌باشد.

- Gold Standard = obtaining wishes directly from patient with decision making capacity
- If not possible, then ethically appropriate decision maker should be identified(DPA)
- Surrogate decision maker
- What would the patient want in this circumstance?
- Not – What does surrogate want for the patient?

Advanced Directives:

- **1- Durable Power of Attorney for Healthcare** – patient has appointed a person to make decisions for her when unable to speak for herself
- Legally documented
- **2- Living Will** – document which outlines patient's wishes regarding end-of-life decisions
- Gives instruction or indication of patient's wishes, i.e. “do everything” or “let me go”

مداخلات بیهوده، غیر ضروری، تدافعی، نامناسب و نامتناسب

- سود و زیان فقط از جنبه پزشکی مهم نیستند و تحت تأثیر نظام های ارزشی و اجتماعی قرار دارند و فقط بیهوده بودن درمان از لحاظ پزشکی به عنوان تنها مبنا برای قطع درمان از لحاظ پزشکی قابل قبول نیست.

تفاوت کشتن با اجازه دادن به مرگ: تفاوت فعل با ترک فعل

• مفهوم نجات و الزام اخلاقی در نجات

- killing vs allowing to die
- Effective tx(Incurable or irreversible condition)
- Pt wishes
- Permanent unconsciousness
- Stage of life: terminal illness vs dying process

تفاوت قطع یا عدم شروع مداخله:

- Withholding/Withdrawing LST
- allowing to die or passive euthanasia.
- AMA – no ethical distinction
- Withdrawing
- Rationale: Why at this point?
- Burdens vs. benefits
- Patient/family choice
- Professional/clinical assessment: short and long term

Withholding/Withdrawing LST

- Act vs. Omission Debate
 - May feel different to families or healthcare practitioners
 - Ethical reasoning: burdens vs. benefits, patient's wishes, surrogate
- Stop vs. not start
 - May need to start to see if patient improves
 - Time-limited trial

قطع مداخلات نگهدارنده حیات

دستور قطع درمان‌های نگهدارنده حیات اخلاقی می‌بایست مبتنی بر قضاوت بالینی پزشک در راستای نفع و عدم ضرر به بیمار، مبتنی بر رضایت بیمار، مشورت سایر اعضای تیم پزشکی باشد و به عنوان یک یرجسب باعث توقف و یا افت کیفیت سایر درمان‌های بیماری که دستور عدم احیا دارد نشود.

خودداری از مداخلات نگهدارنده حیات و عدالت توزیعی

- با توجه به هزینه های بسیار بالای احیای بیماران محتضراصل عدالت یک الزام اخلاقی برای سیاست گزاران حوزه سلامت ایجاد می کند که دستورالعمل های لازم را برای خودداری از درمان های نگهدارنده در مراحل پایانی حیات تدوین و ابلاغ کنند، اگرچه استناد به این اصل دربالین بیماران مشکل به نظر می رسد.

دستور عدم احیای قلبی – ریوی

DNR Orders

1- از اوایل دهه 1970 میلادی پیشنهاداتی برای محدود کردن CPR ارایه شد. در 1976 اولین دستورالعمل‌ها در این مورد ارایه شد و موضوع تا اواسط دهه 1980 تثبیت شد.
«به نظر می‌رسد ما تفاوت بین کسی که در اثر از کار ایستادن قلبش می‌میرد و کسی که به دلیل مرگ قلبش از کار می‌ایستد را فراموش کرده ایم.»

2- در طول دهه 1990 بحث پیرامون درمان بهبوده و نابجا بر صدور دستور عدم احیا هم تأثیر گذاشت اما پس از شکست جنبش “درمان نابجا” در شروع قرن 21، دستور عدم احیا مبتنی بر اتونومی بیمار و قضاوت بالینی پزشک یک دستور پزشکی پذیرفته و تثبیت شده بود.

3- سایر اصطلاحات مرسوم برای عدم احیا عبارتند از:
“Allow-natural-death (AND) 2010 AHA)
“Do-Not-Attempt Resuscitation” (DNAR)” (2001 England, 2005 AHA)
“Comfort Care Only”

دسته بندی انواع دستور عدم احیا

1- احیای غیر استاندارد به صورت یکطرفه و بدون رضایت بیمار اجرا می شود مانند: "Slow Codes"، "Hollywood Codes"، "Placebo CPR" که نوعی فریب و به کلی غیر اخلاقی محسوب می شوند، حتی اگر که با هدف انتفاع بیمار اجرا شوند.

2- احیای گزینشی مانند "Partial Codes"، "procedure-specific DNR orders"، "Do-Not-Intubate" و "Chemical Codes" و یا "intervention-oriented" اگر بر اساس قضاوت بالینی پزشک و رضایت بیمار باشند از لحاظ اخلاقی موجه هستند و در غیر این صورت نوعی Partial Code محسوب شده و غیر اخلاقی اند.

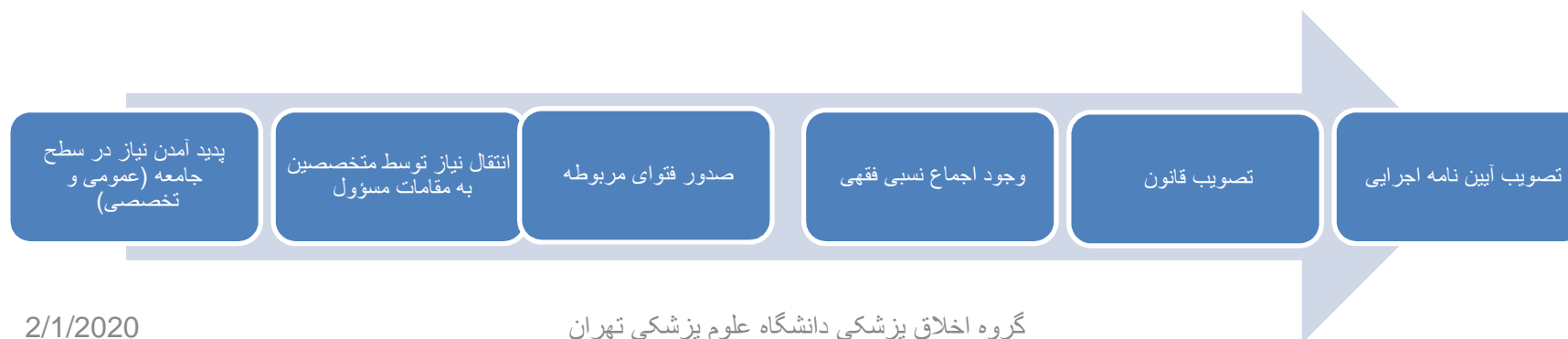
3- ضعیف شدن روحیه بیمار در اثر در صحبت کردن پیرامون عدم احیای او ممکن است اصول اتونومی و دو اصل سود رسانی و عدم ضرر رسانی را در تعارض نشان دهد. اما اغلب متخصصین اخلاق چنین چیزی را از لحاظ اخلاقی مربوط نمی دانند و رد می کنند.

مراقبت تسکینی از بیماران در مراحل انتهایی زندگی

جنبه‌های حقوقی خودداری از درمان های نگهدارنده حیات

بررسی قوانین با زمینه مشابه نشان می دهد که نظام حقوقی ایران پتانسیل قانونمند کردن مسایل حساسی مثل سقط جنین و مرگ مغزی را دارد.

دو قانون مرگ مغزی و سقط درمانی نشان می دهد که علی‌رغم اینکه بر اساس قوانین موجود در زمان تصویب این دو قانون و نیز وجود فتوای موافق که عملاً مدت‌ها اعمال مذکور را مشروع می کرده است قانونگذار با تصویب قوانین اختصاصی پیرامون موضوع آنها را از جرگه ی جرایم مستثنی کرده و از استرس عمومی و حرفه ای کاسته است.



شرایط قانونی بودن مداخلات پزشکی در ایران:

- 1- نفس مداخله پزشکی مورد نظر مشروع باشد.
- 2- به جز در موارد فوری که اخذ رضایت ضروری نخواهد بود، با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها باشد.
- 3- با رعایت موازین فنی و علمی باشد.
- 4- با رعایت نظامات دولتی و مقررات مربوطه انجام شود.
- 5- در صورتی که خسارتی به بیمار وارد شود؛ خسارت وارد شده ناشی از بی احتیاطی پزشکی، ناشی از بی مبالایی پزشکی و یا ناشی از عدم مهارت پزشکی نباشد.

قانون مجازات اسلامی

“هرگاه کسی فعلی را که انجام آن را به عهده گرفته یا قانون وظیفه خاصی را بر عهده او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن، جنایتی واقع شود، چنان چه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد جنایت حاصل، به او مستند بوده و حسب مورد عمدي، شبه عمدي، یا خطاي محض خواهد بود، مانند این که مادر یا دایه‌ای که شیر دادن را بر عهده گرفته است، کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند”

به نظر می‌رسد تعهد قراردادی و قانونی پزشک مد نظر است و نه تعهد عام اخلاقی

در صورت وجود دو شرط می‌توان قطع درمانهای نگهدارنده حیات را قتل عمد تلقی کرد؛ اول اینکه نشان دهیم پزشک بر اساس قرارداد یا قانون متعهد است در هر شرایطی مثلاً بیماری را که دچار ایست قلبی – تنفسی شده باشد احیا کند و شرط دوم وجود رابطه سببیت بین قطع درمان (مثلاً) عدم احیا و مرگ بیمار است.

کلیت تعهد به وظیفه پزشکی (ملاک بروز خطای پزشکی)

- منظور از کشف ماهیت کلی تعهد پزشکی در نظام قانونی ایران پاسخ به این سؤال است که تعهد قانون بر "عهده پزشکی گذاشته": "انجام حداکثر تلاش برای بهبود بیمار است" یا "انجام حداکثر تلاش برای به تعویق انداختن مرگ بیمار"؟!
- علیرغم اینکه قانون به صورت مصرح به این موضوع نپرداخته است اما با توجه به احاله موضوع به موازین علمی و فنی بر اساس آنچه که قبلاً گفته شد، علم پزشکی روز تعهد پزشکی را "انجام حداکثر تلاش برای بهبود بیمار" می داند و از این رو در مواردی که بهبود بیمار اقتضا می کند که عملی مثل CPR برای او شروع نشود، یا نوعی درمان برای وی ادامه پیدا نکند، تعهد حرفه ای و فنی پزشکی نیز این عدم شروع یا قطع درمان را تایید می کند.
- مفهوم "بهبود بیمار" (Patient's Well Being) تفاوت ماهوی با درمان دارد است. جامع تر و ویک مفهوم صرفاً پزشکی نیست (اگرچه که جنبه های پزشکی هم دارد) و بار ارزشی و اخلاقی در خود دارد. در مقابل درمان اصولاً یک ماهیت پزشکی دارد.

به عبارت دیگر موضوع بهبود "بیمار" است و موضوع درمان "بیماری".

نقش رضایت بیمار:

اینجا بحث پیرامون در مورد شرایطی است که فرد خودش این مسئولیت را بر عهده گرفته باشد.

اولاً رابطه درمانی یک قرارداد است و یکی از شرایط نافذ بودن قرارداد رضایت طرفین قرارداد است.

پاسخ به این استدلال که قانون موارد فوری را استثنا کرده است این است که با توجه به سیاق نگارش قانون، منظور قانونگذار از استثنا کردن موارد فوری این بوده است که نجات جان بیمار در چنین مواردی نباید معطل کسب اجازه باشد و ناظر به آن دسته از موارد فوری بوده که موضع بیمار در مورد اجازه دادن یا اجازه ندادن به مداخله پزشکی مشخص نباشد. به علاوه به نظر می رسد که در ماده 60 همان قانون موارد فوری از حیث رضایت مواردی هستند که "اجازه گرفتن ممکن نباشد".

بنابراین علیرغم جواز انجام مداخلات اورژانسی در مواردی که به هر دلیلی "اجازه گرفتن ممکن نباشد"، انجام مداخلات فوری بر خلاف رضایت بیمار مد نظر قانونگذار نبوده است و انجام CPR بر خلاف میل بیمار غیر قانونی است.

ممکن است رضایت و عفو بیمار، یکی از مصادیق عفو مجنی علیه قبل از قتل باشد و حتی در فرض جرم بودن DNR رافع تمام یا بخشی از مسئولیت شود.

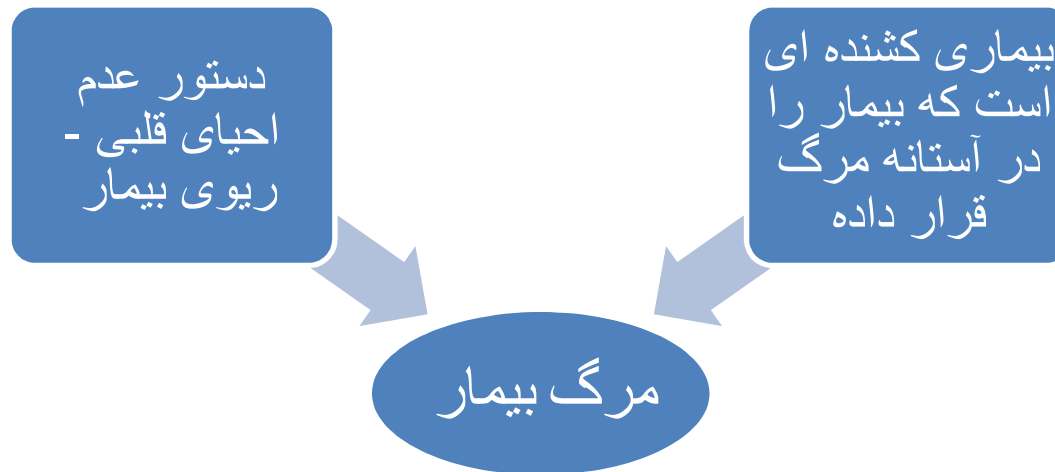
قصد حصول نتیجه مجرمانه

- رکن معنوی دو عنصر مجزا اطلاع از جرم بودن عمل و قصد حصول نتیجه مجرمانه دارد که معمولاً اولی مفروض است و رکن معنوی را با قصد حصول نتیجه مجرمانه یکی فرض می کنند: اولاً مفروض بودن جزء اول در مورد عدم احیا محل اشکال است و به علاوه :

پزشکی که دستور عدم احیا صادر می کند اصولاً نمی تواند پیشبینی کند که ایست قلبی چه زمانی رخ می دهد و نتیجه ای که او قصد آن را کرده است در واقع عدم تداخل بی نتیجه در روند مرگ است و نه برنامه ریزی برای حصول نتیجه مجرمانه مرگ بیمار و سوء نیت در مورد صدور دستور عدم احیا معمولاً نمی تواند مطرح باشد.

رابطه سببیت

سبب زمینه ایراد ضرر را فراهم می‌سازد و لزوماً امری وجودی نخواهد بود پس ترک فعل هم می‌تواند سبب باشد اما سؤال اصلی در اینجا:



نظریه های سببیت:

- 1- نظریه سبب ضروری: ("معيار اگر نبود But for Test" یا Sin Qua Non)
- 2- نظریه سبب مستقیم (بی واسطه و نزدیک): سببی می تواند باشد که فرد بیمار را به آن نقطه برگشت ناپذیر رسانده است و وارد روند مرگ کرده است و نه عدم احیا.
- 3- نظریه سبب کافی: بیماری زمینه ای لاعلاجی دارد دقیقاً شرط کافی برای مرگ بیمار است و نه عدم احیا
- 4- نظریه ی سبب مقدم در تأثیر: که بیماری زمینه ای لاعلاج است نه عدم احیا
- 5- نظریه کنترل: پزشک نمی تواند بیماری را کنترل کند.
- 6- نظریه ی سبب پویا: مورد عدم احیا در بر دارنده یک سبب ایستا و یک سبب پویا نیست و به علاوه بیماری پویا است.
- 7- نظریه عرفی: محتویات و اعتبارگواهی فوت

ایجاد خسارت ناشی از خودداری از درمان‌های نگهدارنده حیات

1- ضرر در صورتی باید جبران شود که ناروا و غیر عادلانه باشد.

2- آیا مرگ در هر شرایطی خسارت یا ضرر محسوب می‌شود؟! و آیا مرگی را که پس از عدم احیای یک بیمار مبتلا به یک بیماری کشنده پیشرونده که در آستانه مرگ قرار دارد حاصل می‌شود، می‌توان خسارتی ناروا دانست؟!

3- در فرض عدم احیای مورد مثالی ما ضرری ایراد نمی‌شود و یا حداقل اینکه خسارتی ناروا محقق نمی‌شود. منطقاً یک واقعیت عمومی وقتی در بستر طبیعی خود اتفاق بیفتد نمی‌تواند ناروا انگاشته شود. چرا که اگر هر مرگی را ضرری ناروا محسوب کنیم که طبق آنچه که گفته شد متضمن جبران خسارت است پس به ازای مرگ هر انسان می‌بایست جبران خسارتی صورت گیرد؛ چیزی که شرعاً، عرفاً و منطقاً قابل پذیرش نیست. پس حداقل مجبوریم به روایی مرگ (حتی در فرضی که خسارت بودن آن را بپذیریم) در پاره ای موارد از جمله مرگی که در پی بیماری کشنده و پیشرونده رخ می‌دهد، اعتراف کنیم.

مسئولیت انتظامی ناشی از قطع درمانهای نگهدارنده حیات:

عدم به کارگیری حداکثر تلاش در چهارچوب وظایف حرفه ای : حداکثر تلاش در راستای بهبود بیمار نه هر تلاشی

عدم رعایت شئون پزشکی و موازین علمی، شرعی و قانونی و سهل انگاری در انجام وظیفه: اعمال خلاف شئون جامعه پزشکی آن دسته از اعمالی است که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می شود و جنبه اجتماعی دارد تا پزشکی.

تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران: به نفع دستور عدم احیا است.

ایجاد رعب و هراس در بیمار: این ماده به روشنی با بکار بردن عبارات با "تشریح غیر واقعی وخامت بیماری" یا "وخیم جلوه دادن بیماری"، بیشتر به مواردی که به نوعی فریب بیمار در آن مستتر باشد اشاره می کند.

مسئولیت ناشی از عدم ادامه درمان بیمار: هدف اصلی قانونگذار از وضع این ماده جلوگیری از قطع یکطرفه ارتباط درمانی پزشک و بیمار باشد. تا پزشک نتواند بدون توافق بیمار و یا نزدیکانش از ادامه درمان وی استنکاف کند.

در مورد تبصره آن که موارد اورژانس را از اخذ رضایت استثنا می کند باید گفت که اولاً CPR بیمار مفروض ما اقدام درمان نیست و ثانیاً شامل توصیف قانون از موارد فوری نمی شود.

فوریت های پزشکی:

بند 1 ماده واحده: "...بتواند...از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند"

ماده يك آیین نامه اجرایی ماده واحده "فوریت های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد. چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب العلاج و یا غیرقابل جبران خواهد شد."

بیمار مفروض ما نه شامل این تعاریف می شود و نه درمان ای نگهدارنده حیات مصادیق 11 گانه ماده 2 قرارداد دارد.

قانون خودداری از کمک به مصدومین

ایست قلبی – تنفسی بیمار مورد نظر این تحقیق که در مراحل پایانی یک بیماری پیشرونده کشنده بسر می برد ماهیتاً با تعریف تحلیلی و نیز مصادیقی که در بند 1 ماده واحده فوق و نیز مصادیق موجود در ماده 2 آیین نامه اجرایی آن برای موارد فوری و اورژانسی رایج شده است تفاوت دارد.

سایر قوانین و مقررات

قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدّس مصوّب 1377 و آیین نامه اجرایی این قانون در 1380: ماده 17 آیین نامه "مؤسسات پزشکی موظفند به منظور احترام به معتقدات مذهبی بیماران محتضر با رعایت اصول پزشکی و مراقبت های ضروری و آسایش سایر بیماران، حتّی الامکان برای انجام فرایض مذهبی بیماران و ایجاد فرصت برای خانواده محتضر شرایط لازم را فراهم آورند."

بند 1-14 منشور حقوق بیماران ابلاغی 1388: در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

نتایج:

1- احیای قلبی-ریوی یک مداخله معجزه آسا نیست؛ بلکه مداخله ای پزشکی است که از قواعد سایر مداخلات پیروی می‌کند.

2- در مورد لزوم عدم احیای بیمارانی که مبتلا به بیماری کشنده و پیشرونده هستند و در مراحل انتهایی بیماری به سر می‌برند، با شرط قضاوت مساعد بالینی پزشک و رضایت بیمار، می‌توان ادعای یک اجماع جهانی بین متخصصین اخلاق کرد.

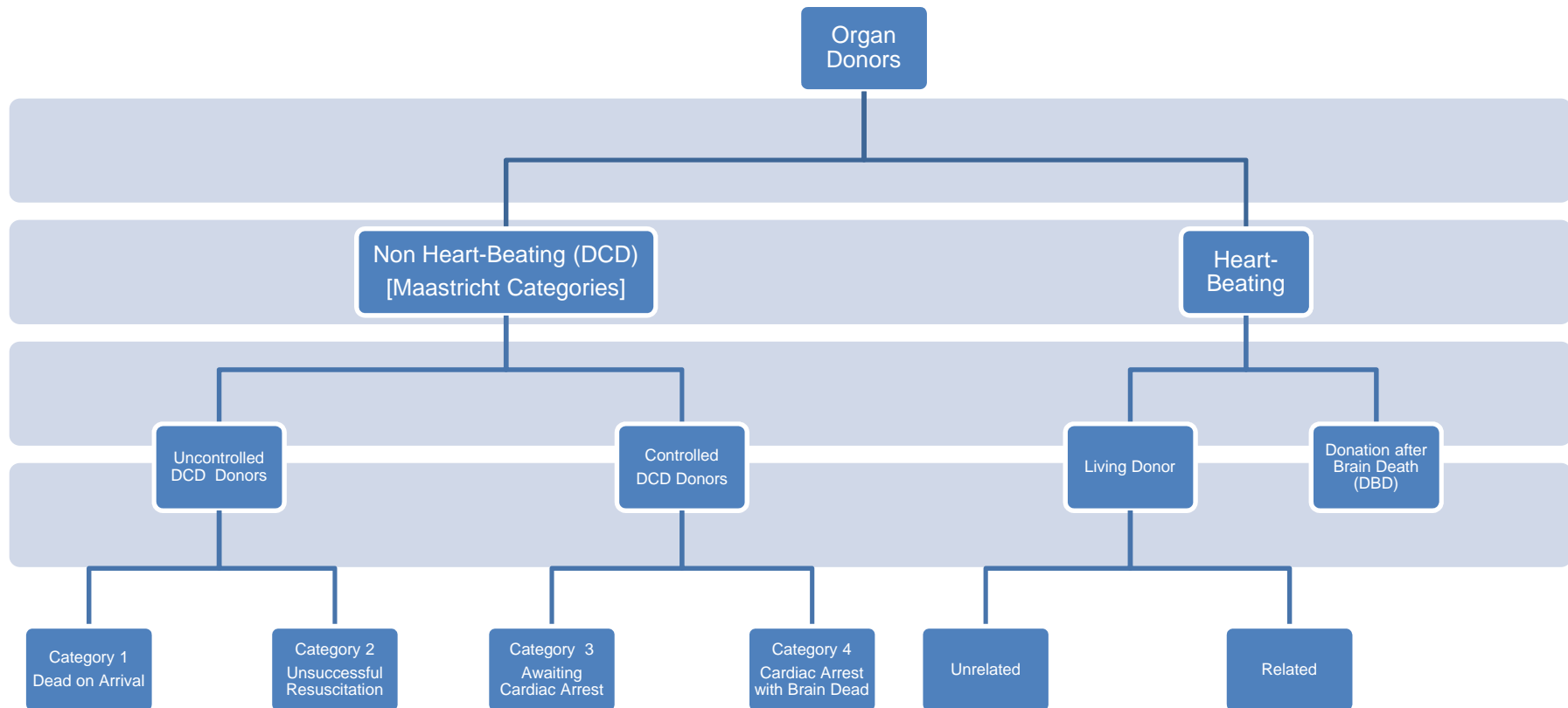
3- دستور عدم احیا به ویژه در فرض رویکرد حداقلی می‌تواند از منظر فقه شیعه موجه باشد.

4- دستور عدم احیا به ویژه در فرض رویکرد حداقلی می‌تواند در نظام حقوقی ایران موجه باشد و موجب مسؤلیت کیفری، مدنی و انتظامی پزشک صادرکننده نگردد. تحقق هر سه رکن مسؤلیت پزشکی شامل ایراد خسارت، وجود تقصیر و رابطه سببیت در مورد مثالی ما، به ویژه دورکن اخیر بعید است.

بخش چهارم:

پیوند اعضا

Classification of Organ Donors



جنبه‌های اخلاقی در پیوند عضو از دهنده زنده (کلیه، بخشی از کبد)

- موضوع رضایت آگاهانه دهندگان
- موضوع خرید و فروش و نقل و انتقال مالی
- موضوع اولویت بندی گیرندگان
- جمعیت‌های استثنا شده از دهنده یا گیرنده بودن
 - سلامتی دهنده
 - ریسک موفقیت پیوند
 - دسترسی عادلانه به خدمات پیوند

جنبه‌های اخلاقی در پیوند عضو پس از مرگ دهنده

- پانکراس، رحم، ...، روده، (کلیه، کبد، قلب، ریه،
- Dead Donor Rule تایید مرگ و قاعده
 - رضایت و وصیت اهدا کننده و خانواده
 - اولویت بندی گیرندگان
 - جمعیت‌های استثنا شده از دهنده یا گیرنده بودن
 - حرمت جسد
 - دسترسی عادلانه به خدمات پیوند

Dead Donor Rule:

Fair Opportunity Rule

- Presence of a Transparent Waiting List
- Equitable Access to Waiting List
- Standard Referral System to Waiting List:
Geographic, Socioeconomic Challenges for Referral



بخش پنجم:

استفاده از فن پزشکی برای تسریع روند مرگ

اتانازی فعال:

EU: a deliberate act undertaken by one person with the intention of ending the life of another person to relieve that person's suffering

Voluntary: the patient requests it

Involuntary: the patient opposes it

non-voluntary: the patient lacks decision-making capacity and cannot express a preference

In active euthanasia,...

- the physician administers a lethal dose of medication, such as potassium chloride.
- The physician supplies the means of death and is the final human agent in the events leading to the patient's death.
- **Active euthanasia** is sometimes called **mercy killing**.

- There is general agreement that involuntary euthanasia is wrong because it violates a patient's right not to be killed.
- Nonvoluntary euthanasia is also generally considered unacceptable because it might be applied selectively to the disadvantaged and the vulnerable.
- some people believe voluntary euthanasia may be justified in some circumstances.

کمک به خودکشی توسط پزشک

- Assisted suicide: the act of intentionally killing oneself with the assistance of another who deliberately provides the knowledge, means, or both

- PAS = physician provides drugs, patient takes them
- Legal in 9 States
- Oregon was first 1997 (Death with Dignity Act)
- Dr. Jack Kevorkian

Physician Assisted Suicide

- Arguments For
 - Individual Autonomy
 - Dignity
 - Compassion
- Arguments Against
 - Sanctity of Life
 - Common Good/Harm
 - Palliative Care

Euthanasia and Physician-Assisted Suicide around the World

	Euthanasia	PAS		Euthanasia	PAS		Euthanasia	PAS		Euthanasia	PAS
Australia	✗	✗	France	✗	✗	Luxembourg	✓	✓	South Africa	✗	?
Belgium	✓	✓	Germany	✗	✓	Mexico	✗	✗	Spain	✗	✗
Canada	?	✓	India	✗	✗	The Netherlands	✓	✓	Sweden	✗	✗
China	✗	✗	Ireland	✗	✗	New Zealand	✗	✗	Switzerland	✗	✓
Colombia	✓	✗	Israel	✗	✗	Norway	✗	✗	Turkey	✗	✗
Denmark	✗	✗	Italy	✗	✗	Philippines	✗	✗	United Kingdom	✗	✗
Finland	✗	✓	Japan	?	✗	Russia	✗	✗	Uruguay	✗	✗