



Legal Aspects of End of Life and End Stage Disease

ARTICLE INFO

Article Type

Systematic Review

Authors

Moazam E.¹ MSc,
Abbasi M.² PhD,
Ghasemi Ahd V.¹ PhD,
Moazam E.*³ MD

How to cite this article

Moazam E, Abbasi M, Ghasemi Ahd V, Moazam E. Legal Aspects of End of Life and End Stage Disease. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2020;26(3):159-167.

¹Department of Law, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran

²Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Cancer Prevention Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

*Correspondence

Address: Cancer Prevention Research Center, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran. Postal Code: 8169658641.

Phone: -

Fax: +98 (31) 32365964
el_moazam@yahoo.com

Article History

Received: June 11, 2020

Accepted: September 03, 2020

ePublished: September 20, 2020

ABSTRACT

Aims End-of-life care providers to patients in the later stages of the disease are potentially exposed to a variety of judicial, legal and professional problems. This study was to review and analyze these challenges and ways to deal with them.

Information & Methods In this systematic review study, some aspects of end-of-life care such as patient decision-making competence, discontinuation of life support treatments and useless or ineffective treatments and requesting death assistance with targeted search in 8 databases and reviewing 44 sources, from a legal point of view. An analysis was made.

Findings The biggest challenges in the field of assisting in the death of patients, choosing the right person to decide in the final stages and ending the treatment were seen as useless or ineffective. In many countries, laws were enacted to discontinue life-sustaining treatments, and the process of judicial proceedings was to accept the requests of patients or their alternative representatives. Gradually, more and more countries have legalized end-of-life assistance in terms of conditional assistance.

Conclusion The legal challenges to end-of-life and how to deal with it vary in different societies and legal intervention in end-of-life lawsuits be avoided as much as possible.

Keywords Terminal Care; End-of-Life Care; Legal Aspect

CITATION LINKS

[1] Legal aspects of end-of-life ... [2] Legal aspects in palliative and end of life care in the United ... [3] Legal and ethical issues in end of life care: Implications for primary ... [4] Ethical and legal issues in end-of-life ... [5] Racial variations in end-of-life ... [6] A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the ... [7] European perspectives on ethics and law ... [8] The role of law in decisions to withhold and withdraw life-sustaining ... [9] Key findings-Withholding and withdrawing life-sustaining ... [10] Patient's rights charter ... [11] The domain of autonomy, limitations ... [12] Patients' autonomy at the end of life: A critical ... [13] Assessing decision-making capacity at end ... [14] Assessment of decision-making capacity in older ... [15] Treatment decisions in advanced disease: A ... [16] Relational autonomy: what does it mean and how is it used ... [17] End-of-life decision-making is difficult (problems ... [18] Tehran: Ministry of Health and Medical ... [19] Autonomy, vulnerability and capacity ... [20] Approximately one in three US adults ... [21] Ethical considerations on advance directives ... [22] Bioethics and the law: Should courts be ... [23] Social, economic, and political issues affecting ... [24] The legal role of medical professionals ... [25] Legal and ethical issues regarding end-of-life ... [26] End-of-life decision-making in six ... [27] Is there a role for law in medical practice ... [28] The legal role of medical professionals in decisions ... [29] Concept of euthanasia from viewpoint ... [30] Euthanasia: A review on worldwide legal ... [31] Physician assisted suicide: From foundations ... [32] Palliative sedation for existential suffering ... [33] Physician-assisted suicide: Ethical ... [34] Nursing and euthanasia: A narrative review ... [35] Germany overturns ban on assisted ... [36] A history of the law of assisted dying ... [37] A comparative analysis on issues concerning ... [38] Euthanasia: An analytical review based on ... [39] A legal analysis of euthanasia in the ... [40] The role of end-of-life palliative sedation: Medical ... [41] End-of-life care challenges from staff viewpoints ... [42] Conflict resolution in end of life treatment ... [43] Common or multiple futures for end of life ... [44] End of life ethical issues and islamic ...

جنبه‌های حقوقی مراقبت‌های پایان زندگی و بیماری در مراحل انتهایی

الهه معظم MSc

گروه حقوق، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

محمود عباسی PhD

مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

وحید قاسمی‌عهد PhD

گروه حقوق، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

الهام معظم* MD

مرکز تحقیقات پیشگیری سرطان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

اهداف: ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پایان زندگی به بیماران در مراحل آخر بیماری به‌صورت بالقوه در معرض انواع مشکلات قضایی، قانونی و حرفه‌ای قرار دارند. این مطالعه با هدف مرور و واکاوی این چالش‌ها و شیوه‌های برخورد با آنها طراحی شده است.

اطلاعات و روش‌ها: در این مطالعه مروری سیستماتیک، برخی از ابعاد مراقبت‌های پایان زندگی مانند صلاحیت تصمیم‌گیری برای بیمار، قطع درمان‌های نگهدارنده حیات و درمان‌های بی‌فایده یا کم‌فایده و درخواست مساعدت در مرگ با جستجوی هدفمند در ۸ پایگاه اطلاعاتی و مرور ۴۴ منبع، از منظر قانونی و حقوقی مورد واکاوی قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین چالش‌ها در حوزه مساعدت در مرگ بیماران، انتخاب فرد اصلح به‌منظور تصمیم‌گیری در مراحل انتهایی و ختم درمان بی‌فایده یا کم‌فایده مشاهده شد. برای قطع درمان‌های نگهدارنده حیات در بسیاری از کشورها قوانینی تدوین شده و روند رویه‌های قضایی به سمت پذیرش درخواست‌های بیماران یا نماینده جایگزین آنها بود. به‌تدریج، کشورهای بیشتری با لحاظ شرایطی مساعدت در مرگ بیماران پایان زندگی را قانونی دانسته‌اند.

نتیجه‌گیری: چالش‌های حقوقی مترتب بر پایان زندگی و نحوه برخورد با آن در جوامع مختلف متفاوت است و باید تا حد امکان از مداخله قانونی در دعاوی مرتبط با مسائل پایان زندگی اجتناب شود.

کلیدواژه‌ها: بیماری مراحل انتهایی، مراقبت‌های پایان زندگی، جنبه‌های حقوقی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۳

*نویسنده مسئول: el_moazam@yahoo.com

اطلاعات و روش‌ها

مراجع علمی با واژه‌های کلیدی مراقبت‌های پایان زندگی،

اتونومی، اتانازی، خودکشی با کمک پزشک، مساعدت در مرگ،

مراقبت تسکینی، درمان طولانی‌کننده حیات، حقوق و قانون به

زبان‌های فارسی و انگلیسی در وبگاه‌های گوگل اسکالر (Google

Scholar)، بانک اطلاعات جهاد دانشگاهی (Scientific

Information Database; SID) و بانک اطلاعات نشریات

کشور (Magiran)، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران

(IranDoc) در فاصله زمانی سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۰ میلادی

جستجو شدند. برای یافتن مستندات مرتبط انگلیسی در پایگاه

داده‌های گوگل و پاب‌مد (PubMed)، آی.اس.آی (ISI)،

اسکوپوس (Scopus) و گوگل اسکالر و با استفاده از کلمات

مقدمه

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، مراقبت پایان زندگی (End

of Life; EOL) در برگزیده همه اقدامات فعال و جامع برای

کاستن از رنج و درد و بهبود کیفیت زندگی در بیمارانی است که

بیماری پیشرفته، پیشرونده و غیرقابل درمان دارند. این مراقبت‌ها

به‌صورت بالقوه، ارائه‌دهندگان این خدمات را در معرض انواع

مشکلات قضایی، قانونی و حرفه‌ای مرتبط با این چالش‌ها قرار

می‌دهد^[1]. از طرف دیگر قوانین مترتب بر EOL، پیچیده و تفسیر

آنها بعضاً دشوار است و دعاوی مرتبط با آن نیز معمولاً با رویه

یکسانی داوری نمی‌شود^[1-4].

که ترجیحات و ارزش‌های شخصی فرد را در برگیرد. ابزارهایی که بر اساس این استانداردهای قانونی طراحی شده‌اند، نسبت به ارزیابی‌هایی که صرفاً بر اساس مصاحبه بالینی انجام می‌شود، کارآمدتر هستند و به‌طور فزاینده‌ای "استاندارد طلایی" ارزیابی ظرفیت محسوب می‌شوند^[13].

تصمیم‌گیرندگان: در بیماران مراحل انتهایی، تصمیم‌گیری صحیح تحت تاثیر اعضای خانواده بیمار و تیم درمان نیز قرار می‌گیرد. این تاثیر می‌تواند از طریق ارایه امکانات جدید، حمایت عاطفی، رفع موانع اجتماعی، یا ارتباط بهتر با جامعه اعمال شود^[15]. در EOL، ۳ سطح از تاثیر خانواده مشاهده می‌شود؛ در نوع اول، اعضای خانواده همراه بیمار در تصمیم‌گیری مشارکت می‌کنند. در نوع دوم، بیمار از خانواده می‌خواهد که روند تصمیم‌گیری را کنترل کنند. در نوع سوم، خانواده با وجود تمایل بیمار برای مشارکت به‌تنهایی برای او تصمیم می‌گیرند. نوع اول و دوم منافاتی با حق خودمختاری ندارد، ولی نوع سوم (که متأسفانه در ایران نیز رویه معمولی است)، استقلال فردی را به خطر می‌اندازد^[16].

در برخی کشورها شوراهایی برای مشاوره و اعلام نظر در خصوص رضایت بیمار و مشکلات مربوط به ظرفیت‌سنجی بیماران پیش‌بینی شده است. این شوراها در عمل، کمک چندانی به کادر درمانی نکرده است^[17]. در ایران نیز بهره‌گیری از مشاور اخلاقی و تکیه بر نظرات کمیته اخلاق بیمارستان برای موارد دشوار EOL پیشنهاد شده است^[18].

اطمینان از رعایت خودمختاری در تصمیم‌گیری: برای انطباق هر چه بیشتر مفهوم اتونومی که با معیارهای قانونی و اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پایان زندگی منطبق باشد، روش‌هایی پیشنهاد شده است که از جمله آنها استفاده از راهنمای پیشینی مراقبت (Advance Directive; AD)، تصمیم‌گیری جایگزین یا نیابتی و لحاظ استانداردها برای کسب بهترین منافع بیمار است^[19].

در بیماران مراحل انتهایی ممکن است با وخامت اوضاع جسمی، ظرفیت تصمیم‌گیری او مختل شود. در چنین شرایطی به‌منظور اعمال اتونومی می‌توان دو رویه در پیش گرفت؛ در یک رویکرد، تصمیم‌گیرنده جایگزین واجد صلاحیت به‌جای بیمار اعمال نظر می‌کند. چالش‌های تعیین صلاحیت او و اطمینان از اینکه چنین کسی از ترجیحات بیمار اطلاع کافی دارد، استفاده از این رویکرد را محدود می‌کند. در رویکرد دیگر، نظر و ترجیح بیمار در خصوص مراقبت‌های پایان زندگی، از قبل تعیین شده و این انتخاب مرجع تصمیم‌گیری در مراحل انتهایی بیماری او خواهد شد.

وصیت‌نامه پزشکی: وصیت پزشکی یا راهنمای پیشینی مراقبت با این هدف تنظیم می‌شود که افراد اولویت‌های پزشکی خود را برای آینده‌ای که نمی‌توانند خواسته‌هایشان را مطرح کنند، تعیین می‌کنند. در مناطقی از جهان که استفاده از آن معمول است، پیگیری اجرای آن از طریق وکالت پایدار (وکیل عمومی بیمار) یا تصمیم‌گیرنده جایگزین اختصاصی در حوزه پزشکی صورت

کلیدی or یا and و عبارات کلیدی "Law in End of Life Care" جستجو صورت گرفت:

("end of life care" OR "end stage disease" OR "terminal disease" OR "palliative care" OR "withdrawing/withholding treatment" OR "futile treatment" OR "life-sustaining medical treatment" OR "decision-making capacity" OR "shared decision making" OR "autonomy" OR "euthanasia" OR "assisted dying" OR "palliative sedation" OR "assisted suicide" OR "patient best interest" OR "terminal care" OR "right to die" OR "death with dignity" OR "supportive care" OR "physician-assisted suicide" OR "mercy killing" OR "terminal therapy" OR "living will" OR "dignity therapy" OR "comfort care") AND ("ethic" OR "legal" OR "law" or "legal aspect").

یافته‌ها

تعیین صلاحیت تصمیم‌گیری

در اکثریت قریب به اتفاق نظام‌های سلامت، حق خودمختاری یا اتونومی یکی از حقوق پایه‌ای بیماران است. در منشور حقوق بیماران ایران نیز این حق به رسمیت شناخته شده است^[10]؛ البته در تعریف حدود و قلمرو اتونومی بیماران توافق نظر وجود ندارد^[11]. مهم‌ترین نکته برای بهبود EOL، انطباق نحوه مراقبت با ترجیحات بیمار توسط یک فرآیند شخصی‌سازی تصمیم‌گیری است^[12]. اتونومی با ظرفیت تصمیم‌گیری منطقی بیمار ارتباط تنگاتنگ دارد. با این حال در مراحل انتهایی بیماری، با پیشرفت علایم، توان تصمیم‌گیری برای بسیاری از بیماران در نتیجه سن بالای ایشان، بستری شدن در بیمارستان، عوارض جانبی درمانی یا خود بیماری کاهش می‌یابد. در این شرایط، لازم است از صلاحیت بیمار برای تصمیم‌گیری مناسب اطمینان حاصل شود. ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری، سازوکاری برای اطمینان از استقلال بیمار و تامین حق خودمختاری او همزمان با محافظت از آنها در برابر صدمات و عوارض این تصمیم فراهم می‌کند. پزشکان و کادر درمان در تعیین این صلاحیت نقش قابل توجهی دارند^[13].

ابزارهای تعیین صلاحیت در بیماران EOL: در گذشته‌های نه‌چندان دور، تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری عمدتاً بر اساس تشخیص یک اختلال روانی یا ارزیابی کلی از وضعیت روانی بیمار بود^[14]. در سال‌های اخیر، ابزارهای متعددی به‌منظور ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته با تکیه بر سنجش توانمندی‌های کلیدی عملکردی فرد طراحی شده است و این ابزارها با استانداردهای قانونی مختلف در حوزه صلاحیت تصمیم‌گیری مطابقت داده شده است.

با وجودی که از منظر قانونی هیچ استاندارد جامعی برای تعیین صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار در مراحل انتهایی وجود ندارد، اما پژوهشگران ۴ مولفه را برای تعیین صلاحیت قضایی الزامی می‌دانند: قابلیت بیان یک انتخاب، قابلیت فهم اطلاعات ارایه‌شده، قابلیت درک اهمیت تصمیم، توانایی استنتاج از داده‌ها به شکلی

ممکن است به سردرگمی، ترس و پریشانی در بیماران و خانواده‌های آنها دامن بزند و با استقلال فردی ایشان در تضاد باشد. از این رو، توصیه شده که دخالت دادگاه‌ها در بیماران EOL حتی‌الامکان به حداقل برسد [22].

قطع درمان‌های نگهدارنده حیات

مراقبت‌های پایان زندگی در اصل با هدف کاهش آلام و دردهای بیمار و حفظ آسایش او ارایه می‌شود. در ده‌های اخیر استفاده از تجهیزات و مراقبت‌های پزشکی پیشرفته برای درمان بیماران افزایش یافته است. برخی از فناوری‌ها و مداخلات درمانی بدون آنکه در بهبودی بیمار اثر ملموسی داشته باشد، تنها به افزایش بقای او منجر می‌شود. در موارد زیادی این زمان اضافه‌شده به عمر فرد کیفیتی مناسب و درخور شان بیمار ندارد و دوام آن نیز به تداوم درمان یا استفاده از تجهیزات پزشکی وابسته است [23]. ادامه چنین مداخلاتی در بیماران EOL که به‌عنوان درمان‌های طولانی‌کننده حیات (Life-Sustaining Treatments) شناخته می‌شوند، ممکن است دسترسی به خدمات نظام سلامت برای کسانی که به‌منظور بهبودی واقعی به آن نیاز دارند را محدود کند و باعث تحمیل هزینه‌های کمرشکن به نظام سلامت شود. فرسودگی همراهان و مراقبین نیز از جمله مشکلات دیگر تداوم چنین درمان‌هایی است.

موضع قانون در قطع درمان‌های نگهدارنده حیات: تصمیم‌گیری در خصوص قطع داروها از جمله تصمیمات چالش‌برانگیز در حوزه پزشکی است. با وجودی که موضع قانون در این موضوع پیچیده و گاهی نامشخص یا متناقض است [24]، بیشتر کشورهای پیشرفته قوانینی به‌منظور تسهیل روند تصمیم‌گیری به‌منظور قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات در بیمار فاقد صلاحیت دارند [25].

شکل مواجهه با چنین چالش‌هایی به ساختار نظام حقوقی یک کشور وابستگی زیادی دارد. برای مثال در کشور انگلستان و ایالات متحده آمریکا، داورى موارد دارای تعارض EOL به دادگاه‌ها واگذار می‌شود. با این حال، نظام حقوقی ایالات متحده آمریکا بیشتر به اتونومی شخصی بها می‌دهد و تصمیمات محافظه‌کارانه‌تری در آن اتخاذ می‌شود؛ در حالی که در نظام حقوقی انگلستان بیشتر به کسب بهترین منافع برای بیمار تاکید می‌شود، حتی اگر به معنای از دست دادن زندگی بیمار و خلاف نظر تصمیم‌گیرنده جایگزین او باشد [22]. نظام حقوقی ایالات متحده آمریکا بر دو پایه قانون‌گذاری و عمل به رویه‌های قضایی بنا شده است. در بخش قانون‌گذاری، اکثر ایالت‌های آمریکا قانونی دارند که سلسله‌مراتب ویژه‌ای را برای انتخاب تصمیم‌گیرنده پزشکی برای بیماران فاقد ظرفیت پیشنهاد می‌دهد. این قوانین به این افراد امکان می‌دهد که قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات را با توجه به معیارهایی درخواست نمایند، مشروط بر اینکه تصمیم‌گیرنده جانشین اگر از خواسته بیمار مطلع است، قطع درمان خواسته بیمار هم باشد و اگر از خواسته بیمار اطلاع ندارد، اطمینان حاصل نماید که این

می‌گیرد. معمولاً یک نماینده یا وکیل مختص مراقبت‌های سلامتی، ظرفیت تصمیم‌گیری فرد را در مراحل انتهایی بررسی می‌کند؛ در صورتی که قدرت تصمیم فرد مختل شده باشد، این راهنما مبنای عمل خواهد بود. در ایالات متحده آمریکا تقریباً یک‌سوم از بیماران بالغ، وصیت پزشکی را برای تعیین مسیر مراقبت در پایان زندگی تکمیل نموده‌اند [20]. پذیرش این وصیت‌نامه در بین جمعیت کاتولیک رومی، پروتستان، یهودی و جمعیت هندو بیشتر بوده است [6]. در برخی کشورها، به‌کارگیری AD جنبه قانونی دارد ولی با وجود آن تبعیت از این قوانین در بین پزشکان کافی نیست [8].

هر چند در ایران، AD برای مراقبت پزشکی مرسوم نیست و سندی رسمی برای این کار پیش‌بینی نشده است ولی در منشور حقوق بیمار ابلاغی کشور، راهنمای پسینی مراقبت به‌طور ضمنی به رسمیت شناخته شده است. بند ۳-۵-۱ این منشور به این موضوع اشاره دارد که "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 وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد [10]". در راهنمای اخلاقی کشوری در موضوع مراقبت‌های حمایتی تسکینی در بیماران در مراحل پایانی حیات نیز به ثبت ترجیحات بیمار و عمل به آن در چارچوب ضوابط حاکم و اختیار مشروع بیمار اشاره شده است [18].

مشایخی و همکاران به‌کارگیری AD را در بستر فقهی و قانونی ایران مورد بررسی قرار داده‌اند [21]. بر اساس نتایج بررسی ایشان از نظر فقهی عمل‌کردن بر اساس تصمیمات قبلی بیمار، فقط در محدوده‌ای می‌تواند معتبر باشد که با وظایف لازم‌الاجرای پزشک در تعارض قرار نگیرد. در ارتباط با مسایل حقوقی، ایشان معتقدند با توجه به اصل حقوقی که "وصیت انشاء امری است که اثر مستقیم آن معلق به فوت است" و فقط پس از مرگ قابل اجرا است در اطلاق انتساب آن به بیمار مراحل انتهایی که حتی اگر در کما باشد (هنوز زنده است)، اشکال وجود دارد. از طرف دیگر بر اساس حقوق اسلامی، اهلیت و اختیار، دو شرط لازم برای انعقاد یک قرارداد وکالت است. پس در پیاده‌سازی وصیت پزشکی موضوع حجر و بطلان نمایندگی‌های حقوقی محجور از قبیل نیابت، ولایت، قیمومیت و وصایت نیز پس از فقدان اهلیت بیمار مطرح می‌شود. بر اساس نظر ایشان چنین سندی فعلاً نمی‌تواند در نظام حقوقی ما جایگاهی داشته باشد و به رسمیت شناخته شدن چنین سندی، نیازمند بررسی‌های حقوقی جامع‌تری است [21].

نقش دادگاه در تصمیم‌گیری‌های EOL: در مواردی پرونده‌های بیماران EOL به‌منظور تصمیم‌گیری و حل اختلاف نظر به دادگاه و مراجع قانونی ارجاع داده می‌شود. ارجاع این موارد در شرایطی که با نظر بیمار یا تصمیم‌گیرنده جایگزین او هماهنگ نباشد،

تاکید می‌شود^[18]. در منشور حقوق بیماران ایران نیز به حق بیمار برای دریافت مراقبت‌های تسکینی در مراحل پایانی به‌جای استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده حیات تاکید شده است. در بند ۱۴ این منشور به این موضوع اشاره دارد که "در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع است، مراقبت با هدف حفظ آسایش وی ارایه شود. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار است.

کمک به تسریع مرگ بیمار مراحل انتهایی: از جمله بیشترین مباحثی که در حوزه حقوقی EOL مورد بررسی قرار گرفته است، چالش‌های مرتبط با تسریع مرگ بیماران مراحل انتهایی است. این مباحث، موضوع جدیدی نیستند و از قرن‌ها پیش در جوامع به اشکال مختلف وجود داشته است.

تعاریف مرتبط با مرگ مساعدت‌شده: اصطلاح اتانازی (مرگ‌یاری، قتل ترحمی) قدیمی‌ترین واژه در این طیف است. اتانازی با فرهنگ نازیسم در آلمان گره خورده است. اتانازی را نوعی مرگ، مردن، قتل یا کشتن می‌دانند که از روی رضایت، عطوفت، ترحم، شفقت، با رضایت و انتخاب خود بیمار به‌کمک پزشک، از طریق تجویز دارو یا قطع دارو یا با وسایل، ابزارها و تجهیزات پزشکی و استفاده از دارویی خاص انجام می‌شود^[29]. با توجه به حساسیت‌های اخلاقی موجود، این تعریف عام با ظرافتی به تعاریف اختصاصی‌تری شکسته شده است. اصطلاحاتی که به نوعی به مقوله کمک به تسریع مرگ بیمار در مراحل انتهایی بیماری اشاره دارد، می‌توان از اتانازی، خودکشی به‌کمک پزشک، مساعدت در مرگ (Assisted Dying)، مرگ با عزت (Death with Dignity) و آرام‌بخشی تسکینی (Palliative Sedation) نام برد.

بیشتر پژوهشگران، قانون‌گذاران و پزشکان بر تعریفی که اتانازی را "تجویز دارو با قصد مشخص پایان‌دادن به زندگی بیمار به درخواست صریح وی" می‌داند، اتفاق نظر دارند^[30]. در خودکشی به‌کمک پزشک یا خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، پزشک یا کادر درمانی، دارو یا دیگر ملزومات مورد نیاز (برای خودکشی) را برای یک بیمار با علم به اینکه وی قصد دارد از آنها برای ارتکاب خودکشی استفاده نماید، فراهم می‌کنند. به‌عبارتی، در اتانازی، عامل مرگ یا مباشر اقدام، پزشک و در خودکشی مساعدت‌شده پزشکی، خود بیمار است^[31]. گروهی معتقدند از آنجا که بیماران در مرحله پایان زندگی عملاً با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند، اطلاق عنوان خودکشی برای مرگ محتوم ایشان منطقی به‌نظر نمی‌رسد. از این رو، استفاده از اصطلاح "مساعدت در مرگ" بیشتر توصیه می‌شود.

آرام‌بخشی تسکینی، تجویز عامدانه آرام‌بخش‌ها در حدی است که با کاهش سطح هوشیاری در بیمار مرحله انتهایی زندگی یک یا چند نشانه مقاوم او را تسکین دهد^[32]. این نشانه‌های مقاوم هم

خواسته بهترین منافع بیمار را تضمین می‌کند. در ایالات متحده آمریکا هیچ قانونی وجود ندارد که بر اساس آن قطع درمان بدون رضایت بیمار یا با وجود مخالفت آشکار او مجاز باشد. هر چند پزشکان آزاد هستند به‌سادگی از ارایه درمانی که به‌نظرشان مفید نیست، امتناع ورزند، اما مجاز به قطع این درمان‌ها بدون رضایت تصمیم‌گیرنده جایگزین نیستند. مرور رویه‌های قضایی ایشان هم نشان می‌دهد که دادگاه‌های ایالتی آمریکا، مرگ بیمار را بهترین منفعت بیمار نمی‌دانند و بر قطع درمان در تقابل با نظر تصمیم‌گیرنده جایگزین رای نمی‌دهند^[22].

از منظر قانونی در بیشتر کشورهای اروپایی به اصل خودمختاری بیماران برای امتناع از دریافت درمان‌هایی که تنها به افزایش طول عمر منجر می‌شود، احترام گذاشته می‌شود و بر این اساس درخواست‌هایی که قبلاً ممکن بود در مراجع قضایی رد شود، در حال حاضر به‌طور معمول (نه همیشه) مورد پذیرش قرار گرفته و به خواسته بیمار عمل می‌شود^[7]. در تعدادی از ایالت‌های کشور استرالیا مطالعه‌ای جامع در خصوص قوانین مرتبط با شروع‌نکردن یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات و دانش پزشکان در خصوص این قوانین انجام گرفت^[27]. بر اساس قوانین این کشور، متخصصان پزشکی نقش مهمی در تصمیم‌گیری شروع‌نکردن یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات در افراد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری بازی می‌کنند. به‌جز در شرایط اضطراری برای این موارد حتی در شرایط درمان بی‌فایده، نیاز به رضایت بیمار است. این رضایت همان گونه که اشاره شد از طریق AD و تصمیم‌گیرندگان جایگزین اعمال می‌شود^[28]. همچنین، پزشکان در چگونگی اعمال قانون به‌عنوان دیده‌بان مراجع حقوقی نیز نقش ارزشمندی دارند^[9].

جایگاه دادگاه در قطع درمان نگهدارنده حیات: در برخی موارد محدود، تصمیم‌گیری در خصوص قطع یا تداوم این درمان‌ها به دادگاه واگذار می‌شود. در کل، توصیه می‌شود در صورتی که قیم بیمار تمایلی به قطع درمان طولانی‌کننده حیات ندارد و نظر بیمار در این خصوص از قبل مشخص نیست، دادگاه کمتر در این امر مداخله کند. جنبه‌های مثبت این موضوع تحت تأثیر محدودکردن خودمختاری و آزادی بیمار قرار می‌گیرد. تنها در مواردی که نظر بیمار به قطع درمان بوده یا از درد جسمی زیادی رنج می‌برد و قیم بیمار مانع از تحقق خواست او می‌شود، دخالت دادگاه مجاز به‌نظر می‌رسد. تفویض اختیار به دادگاه در سایر موارد می‌تواند به نگرانی‌های اخلاقی دامن بزند که به‌راحتی با بهبود ارتباط موثر و شفاف با بیمار و خانواده او قابل پیشگیری یا رفع و رجوع است^[22].

جایگاه درمان تسکینی: در بیماران EOL، توصیه به درمان‌های تسکینی است. این درمان‌ها با هدف بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش علایم آزاردهنده بیماری ارایه می‌شود. در سیاست‌گذاری‌های ایران به انجام بهینه اقدامات درمانی و تسکینی و نیز طولانی‌نشدن روند طبیعی مرگ و احتضار بیماران

جنجالی، اتانازی غیرفعال را قانونی اعلام کرد؛ با این حال اتانازی فعال هنوز غیرقانونی شناخته می‌شود^[37].

در نظام حقوقی ایران، هر چند موضع صریحی در ارتباط با اتانازی یافت نمی‌شود^[38]، ولی بر اساس برخی مواد قانونی مثل بند الف ماده ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی، اتانازی فعال اجباری و اتانازی فعال در فرد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری را می‌توان معادل قتل عمد در نظر گرفت^[39]. صادقی و /یزدیار بر اساس حقوق کیفری ایران، خودکشی مساعدت‌شده پزشکی را با عنایت به اصول و قواعد حقوقی، از سه منظر معاونت، سبب اقوی از مباشر و جرم مستقل مورد تحلیل و ارزیابی قرار دادند. از منظر معاونت، از دیدگاه ایشان هرگاه عملی قانوناً جرم تلقی نشود، احراز معاونت در آن هم قابل تصور نیست و چون نفس ارتکاب خودکشی در حقوق کیفری ایران فاقد عنوان مجرمانه است، معاونت در ارتکاب آن نیز، به هر نحو (اعم از دادن اطلاعات یا امکانات لازم برای خودکشی) را قابل مجازات نمی‌دانند. از منظر سبب اقوی از مباشر ایشان به‌منظور پاسخ به این سؤال که می‌توان ارایه اطلاعات و امکانات پزشکی به بیمار را قوی‌تر از اقدام خود فرد به خودکشی در نظر گرفت، سه حالت را در نظر گرفته‌اند؛ ۱- پزشک عمداً و عامداً اطلاعات و امکانات پزشکی را در اختیار بیمار می‌گذارد و بیمار بدون آگاهی از پیامدهای احتمالی آن ابزار را به کار می‌برد، در این حالت قطعاً وی مسئولیت خواهد داشت و اقدام او از مصادیق قتل عمد محسوب می‌شود^[31]. ۲- پزشک با درخواست صریح بیمار و با اطلاع او ابزار و امکانات خودکشی را در اختیار او قرار دهد که در این شرایط احراز رابطه علیت بین فعل پزشک و مرگ بیمار دشوار به نظر می‌رسد. ۳- امکانات خودکشی بدون اطلاع پزشک از قصد بیمار در اختیار او قرار می‌گیرد که در این فرض قطعاً این قاعده مصداق ندارد^[31]. البته به‌نظر می‌رسد فرض دوم ایشان با تعریف رایج خودکشی مساعدت‌شده هماهنگی بیشتری داشته و سایر مفروضات مشمول تعریف عمومی آن نمی‌شود. از منظر سوم که جرم‌انگاری مستقل خودکشی مساعدت‌شده است، صادقی و همکاران معتقدند که هر چند ماهیت "خودکشی مساعدت‌شده پزشکی" است، طبعاً باید در قالب "معاونت در جرم" تبیین و تشریح شود. با توجه به مثال‌هایی از قوانین موجود مانند مباشرت در سقط جنین که به‌طور مستقل جرم‌انگاری شده است، نیاز است که قانون‌گذار یا به‌موجب یک قانون خاص یا با پیش‌بینی ماده‌ای در ذیل فصل "جرایم علیه اشخاص و اطفال" قانون تعزیرات، اقدام به جرم‌انگاری مستقل این پدیده نماید^[31]. جودکی و همکاران نیز مشابه با چنین دیدگاهی معتقدند که هر چند با پذیرش تئوری عاریه‌ای بودن جرم معاونت از مباشرت در حقوق ایران "خودکشی توسط پزشک جرم حساب نمی‌شود" ولی به‌نظر می‌رسد با تصویب قانون جرایم رایانه‌ای مصوب ۱۳۸۸، این اقدام پزشک جرم باشد^[33]. البته گروهی نیز با استناد به ماده قانونی ۳۷۲ قانون مجازات اسلامی در صدد جرم‌زدایی از اتانازی غیرفعال هستند^[38].

می‌تواند مثل تهوع یا تنگی نفس جسمی باشد و هم می‌تواند مثل اضطراب، هذیان روحی- روانی باشد، حتی رنج وجودی مثل ناامیدی، پوچ‌انگاری و ترس را نیز در بر می‌گیرد. معمولاً مدت کوتاهی پس از این تسکین مرگ عارض می‌شود. گروهی آرام‌بخشی تسکینی را نیز نوعی مرگ مساعدت‌شده می‌دانند ولی بیشتر متخصصین تمایز آنها را بدیهی می‌دانند^[32].

اتانازی به اشکال مختلفی طبقه‌بندی می‌شود. بر اساس شیوه انجام آن به فعال و غیرفعال یا مستقیم و غیرمستقیم و بر اساس شکل رضایت بیمار به داوطلبانه، غیرداوطلبانه و اجباری تقسیم‌بندی می‌شود. در نوع فعال، پزشک اقداماتی را برای آغاز روند مرگ آغاز می‌کند ولی در نوع غیرفعال رفتار پزشک بیشتر بر ترک فعل متمرکز است.

موضع فقهی و حقوقی در برخورد با مرگ مساعدت‌شده: از منظر فقهی، اکثریت قریب به اتفاق فقها بر عدم جواز مساعدت در مرگ بیمار مراحل انتهایی که از درد شدید و غیرقابل تحمل رنج می‌برد، توافق دارند^[33]. مهم‌ترین مبنای فقهی این پدیده، قاعده حرمت اعانت بر اثم (گناه) است^[31].

بر این اساس به‌عنوان یک کشور اسلامی، سیاست‌گذاری نظام سلامت در ایران، بر اساس مخالفت با شرکت پزشکان در اقداماتی است که مرگ را تسریع می‌کند؛ بنابراین همه اشکال کمک به خاتمه زندگی و اتانازی فعال در ایران پذیرفته‌شده نیست^[18].

از منظر حقوقی، نحوه برخورد با موضوع مرگ مساعدت‌شده در کشورهای مختلف جهان متفاوت است. در حال حاضر در تعداد معدودی از کشورهای جهان مانند کانادا، هلند، بلژیک، کلمبیا و برخی از ایالات در آمریکا مساعدت در مرگ بیماران را با لحاظ شرایطی خاص از نظر قانونی پذیرفته‌اند^[34]. به‌تازگی کشور آلمان هم که با توجه به خاطره جنایات جنگی نازی‌ها برای ممنوعیت خودکشی مساعدت‌شده قانون وضع نموده بود، با فشار کمپینی متشکل از پزشکان و بیماران EOL این قانون را لغو کرد^[35]. در بیشتر کشورهای اروپایی هر چند مساعدت در مرگ بیمار غیرقانونی است ولی در اصلاحات قانونی با تخفیف در جنبه‌های جرم‌انگاری مواجه شده است و در موارد زیادی از اطلاق قتل در مواردی که تصمیم پزشک به‌منظور کاستن از درد و رنج بیمار بوده است، خودداری می‌شود^[30]. درصد زیادی از مردم اروپا بر اساس پذیرش حق مرگ معتقدند که اتانازی و خودکشی با کمک پزشک باید قانونی اعلام شود^[26].

در ایالات متحده آمریکا، با آنکه سابقه تلاش‌ها برای قانونی‌سازی مرگ باعزت یا خودکشی با کمک پزشک از اواخر قرن نوزدهم آغاز شده بود تا اواخر سال ۲۰۱۹، تلاش تعداد معدودی از گروه‌های حمایتگر از طریق لابی‌گری، دادخواهی و آموزش عمومی جامعه منجر به تصویب قانون مرگ باعزت در ۹ ایالت و به‌رسمیت‌شناختن این حق توسط یکی از دیوان‌های عالی دولتی شده است^[36]. در هندوستان نیز دیوان عالی کشور در یک پرونده

وکیل انتخابی می‌تواند از قبل توسط بیمار انتخاب شود و فقط مختص مراقبت‌های سلامتی او بوده یا وکیل عمومی او باشد. در برخی کشورها، بیمار می‌تواند انتخاب و ترجیحات خود را در شرایط وخامت احتمالی وضعیت سلامتی‌اش به شکل وصیت پزشکی از قبل تنظیم کرده و در اختیار تیم پزشکی قرار دهد.^[13, 21] [27, 42]. در ایران، هر چند در منشور حقوق بیماران و راهنمای اخلاقی کشوری در موضوع مراقبت‌های تسکینی به مفهوم آن اشاره شده^[10, 18]، ولی به نظر می‌رسد برای اطمینان از کارایی آن در کشور و انطباق با قوانین کشوری نیازمند بررسی‌های بیشتری باشد^[21]. مبنای تصمیم‌گیری در بیماران مراحل انتهایی، کادر پزشکی و مراجع قانونی هستند که می‌تواند اطمینان از کسب بهترین منافع بیمار هم باشد^[3, 17, 43].

قطع درمان‌های نگهدارنده حیات، یکی از چالش‌های مهم دیگر EOL است. با وجودی که موضع قانون در این موضوع پیچیده، گاهی نامشخص یا متناقض است^[24]، بیشتر کشورهای پیشرفته قوانینی به منظور تسهیل روند تصمیم‌گیری به منظور قطع درمان‌های طولانی‌کننده حیات در بیمار فاقد صلاحیت دارند.^[25] [26]. در ایران با توجه به فرامین دین مبین اسلام و محدودیت‌هایی که در قطع چنین درمان‌هایی در فتاوی مراجع شیعه است، بیشتر بر شروع نکردن چنین درمان‌هایی تاکید می‌شود^[18, 44].

مسائل مرتبط با تسریع مرگ بیماران مراحل انتهایی در منابع حقوقی بیشتر از سایر چالش‌ها مورد توجه قرار گرفته است. واژه‌های مرتبط با این مفاهیم نیز در ده‌های اخیر گسترش بیشتری یافته است و سعی شده مرزهای تفکیکی بیشتری برای برخورد بهتر قضایی با آنها تعیین شود. از منظر حقوقی، نحوه برخورد با موضوع مرگ مساعدت‌شده در کشورهای مختلف جهان متفاوت است. در حال حاضر در تعداد معدودی از کشورهای جهان مانند کانادا، هلند، بلژیک، کلمبیا و برخی از ایالات در آمریکا و آلمان و هندوستان، مساعدت در مرگ بیماران را با لحاظ شرایطی خاص از نظر قانونی پذیرفته‌اند^[34, 35, 37]. آرام‌بخشی تسکینی در مجامع پزشکی مورد قبول است و به نظر می‌رسد که رویکرد مراجع قانونی نیز باید با آن کاملاً متفاوت باشد^[40]. در نظام حقوقی ایران، هر چند موضع صریحی در ارتباط با مساعدت در مرگ بیماران یافت نمی‌شود^[38]، ولی با توجه به مبانی شرعی، سیاست‌گذاری نظام سلامت ایران، بر اساس مخالفت با شرکت پزشکان در اقداماتی است که مرگ را تسریع می‌کند؛ بنابراین همه اشکال کمک به خاتمه زندگی و اتانازی فعال در کشور پذیرفته‌شده نیست^[18].

مستندسازی تأثیر قوانین، مقررات، پرونده‌های قضایی و اقدامات اجرایی-اداری روی پزشکان، بیماران، خانواده‌ها و دیگران می‌تواند دشوار باشد. قابلیت بهره‌گیری از قانون‌های مختلف و رویه‌های قضایی در شرایط خاص بیمار، اغلب بیش از اینکه آن قانون به‌طور مستقیم با شرایط خاص بیمار سازگاری داشته باشد، موضوع

آرام‌بخشی تسکینی با سایر اشکال مرگ مساعدت‌شده تفاوت‌هایی اساسی دارد که به نظر می‌رسد پذیرش آن را از نظر قانونی و اخلاقی مجاز می‌نماید و کمتر چالش‌زا است. برای مثال، هدف فاعل در آرام‌بخشی تسکینی مرگ نیست؛ بلکه تسکین علایم بیمار است (هر چند ممکن است مرگ هم از عواقب آن باشد). مقدار دارو نیز بر اساس علایم بیمار تنظیم می‌شود در آرام‌بخشی تسکینی، دوزهای داروی آرام‌بخش متناسب با نتیجه مورد انتظار (تسکین بیمار) است؛ در حالی که در اتانازی دوز داروها کشنده است. در نهایت در آرام‌بخشی تسکینی، تسکین علایم بیمار ممکن است خطر کوتاه‌کردن عمر را به دنبال داشته باشد ولی در اتانازی، نتیجه محتوم دارو، مرگ فوری بیمار است^[40].

بحث

هدف، مرور برخی از ابعاد چالش‌برانگیز مراقبت‌های پایان زندگی (EOL) و بیماران مراحل انتهایی (TD) از منظر حقوقی بود. در سلسله‌مراتب ارزش‌ها، اخلاق مقدم بر حقوق است و نسبت به آن جایگاه برتری دارد. قواعد اخلاقی متعادل‌کننده قواعد حقوقی است و موجبات پذیرش اجتماعی قوانین را فراهم می‌سازد. حقوق می‌تواند نقش حامی اخلاق یا حفظ آن را ایفا نماید. در وابستگی قانون و اخلاق باید به این نکته توجه داشت که اگرچه سازوکارهای هدایتگر متمایزی دارند ولی ارتباط متقابل آنها، الگوی رفتاری کنشگر را تبیین می‌کند^[41]؛ از این رو، در ارائه موضوعات قانونی شاید مرزبندی دقیقی با مسائل فقهی و اخلاقی آن امکان‌پذیر نباشد. در مقاله حاضر نیز، این موضوع مستثنی نبوده است و نوعی درهم‌تنیدگی موضوعات با مسائل اخلاقی و فقهی در آن به چشم می‌خورد.

در دهه‌های اخیر، اقبال عمومی جوامع به‌خصوص کشورهای توسعه‌یافته به‌دادن بیشتر به کیفیت زندگی به‌جای کمیت آن است. این نوع نگرش، نحوه برخورد با مسائل و چالش‌های پایان زندگی را نیز تحت تأثیر قرار داده است^[30]. بیشترین این چالش‌ها در حوزه‌های تعیین فرد صالح در خصوص تصمیم‌گیری برای بیمار، قطع درمان‌های نگهدارنده حیات و درمان‌های بی‌فایده یا کم‌فایده و کمک به تسریع مرگ این بیماران مشاهده می‌شود. بر اساس حق اتونومی یا خودمختاری، فرد اصلح برای تصمیم‌گیری (در صورت داشتن صلاحیت)، شخص بیمار است. در حال حاضر، صلاحیت تصمیم‌گیری عمدتاً توسط تیم پزشکی تعیین می‌شود. در سال‌های اخیر برای کمک به کادر پزشکی، ابزارهایی برای سنجش صلاحیت بیمار طراحی شده است. در طراحی این ابزارها تلاش شده، استانداردهای قانونی و حقوقی نیز در نظر گرفته شود^[13].

با توجه به اینکه بیماران مراحل انتهایی ممکن است به‌دلیل مشکلات جسمی وخیم یا عوارض دارو در دوره‌ای از درمان، صلاحیت تصمیم‌گیری خود را از دست بدهند، وکیل یا تصمیم‌گیرنده جایگزین می‌تواند به‌جای آنها تصمیم‌گیری کند.

- G. Key findings-Withholding and withdrawing life-sustaining medical treatment from adults who lack capacity: The role of law in medical practice [Report]. Brisbane: Queensland University of Technology; 2018.
- 10- Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Acta Med Iran*. 2014;52(1):24-8.
- 11- Yavari N, Parsapoor A. The domain of autonomy, limitations and solutions. *Med Ethics Hist Med*. 2017;10(1):182-97. [Persian]
- 12- Houska A, Loucka M. Patients' autonomy at the end of life: A critical review. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(4):835-45.
- 13- Kolva E, Rosenfeld B, Brescia R, Comfort C. Assessing decision-making capacity at end of life. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(4):392-7.
- 14- Moye J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: An emerging area of practice and research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007;62(1):3-11.
- 15- Broeckaert B, Federation FPC. Treatment decisions in advanced disease: A conceptual framework. *Indian J Palliat Care*. 2009;15(1):30-6.
- 16- Gomez-Virseda C, De Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):76.
- 17- Sibbald R. End-of-life decision-making is difficult (problems with the consent and capacity board). *Can J Anesth*. 2018;65(10):1161-2.
- 18- behdasht.gov.ir [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2018 [Cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://behdasht.gov.ir>
- 19- Mackenzie C, Rogers W. Autonomy, vulnerability and capacity: A philosophical appraisal of the mental capacity act. *Int J Law Context*. 2013;9(1):37-52.
- 20- Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, Kent S, Kim J, Herbst N, et al. Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Aff*. 2017;36(7):1244-51.
- 21- Mashayekhi J, Madani M, Saeedi Tehrani S. Ethical considerations on advance directives: an overview of the ethical and legal aspects in the context of islamic teachings. *Med Ethics Hist Med*. 2015;8(3):15-26. [Persian]
- 22- Dauber MS. Bioethics and the law: Should courts be allowed to make end of life decisions? reflections on the charlie gard and alfie evans controversies. *Ethics Med Public Health*. 2018;6:94-104.
- 23- Sopcheck J. Social, economic, and political issues affecting end-of-life care. *Policy Polit Nurs Pract*. 2016;17(1):32-42.
- 24- White B, Willmott L, Trowse P, Parker M, Cartwright C. The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 1 (New South Wales). *J Low Med*. 2011;18(3):498-522.
- 25- Choi K. Legal and ethical issues regarding end-of-life care in Korea. *Dev Soc*. 2016;45(1):151-64.
- 26- Van Der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: Descriptive study. *Lancet*. 2003;362(9381):345-50.
- 27- Willmott L, White B, Parker M, Cartwright C, Williams G. Is there a role for law in medical practice when withholding and withdrawing life-sustaining medical treatment? empirical findings on attitudes of

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه، نشانگر تفاوت‌های قوانین و رویکرد قضایی کشورهای مختلف با مسائل EOL است. از آنجا که فوریت زمانی و مشکلات احساسی ذینفعان پرونده نیز در بررسی این پرونده‌ها وجود دارد، بهتر است تا حد امکان از مداخله قانونی در دعاوی مرتبط با مسائل EOL اجتناب شود و در صورت ارجاع پرونده‌های قضایی، از ظرفیت‌های میانجیگری و شورایی در ساختارهای موجود مثل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی بهره‌گیری شود. جایگاه سازمان نظام پزشکی در کشور ایران نیز در بررسی احتمالی چنین پرونده‌هایی از اهمیت ویژه برخوردار است. شروع درمان تسکینی بیماران در زمان مناسب، آموزش بیماران و خانواده و اطلاع‌رسانی و توجیه ایشان توسط کادر پزشکی می‌تواند مداخلات قانونی مورد نیاز را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تاییدیه اخلاقی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: الهه معظم (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی (۲۵٪); محمود عباسی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۲۰٪); وحید قاسمی‌عهد (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۲۰٪); الهام معظم (نویسنده چهارم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۵٪).

منابع مالی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- 1- McGowan CM. Legal aspects of end-of-life care. *Crit Care Nurse*. 2011;31(5):64-9.
- 2- Pope TM. Legal aspects in palliative and end of life care in the United States [Internet]. Alphen Aan Den Rijn: Up To Date; 2019 [Cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/legal-aspects-in-palliative-and-end-of-life-care-in-the-united-states>.
- 3- Taylor H. Legal and ethical issues in end of life care: Implications for primary health care. *Prim Health Care*. 2015;25(5):34-41.
- 4- Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. *Clin Med*. 2010;10(3):282-5.
- 5- Hopp FP, Duffy SA. Racial variations in end-of-life care. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(6):658-63.
- 6- Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi S. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care*. 2017;15(5):609-22.
- 7- Jox RJ, Horn RJ, Huxtable R. European perspectives on ethics and law in end-of-life care. *Handb Clin Neurol*. 2013;118:155-65.
- 8- White BP, Willmott L, Williams G, Cartwright C, Parker M. The role of law in decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment from adults who lack capacity: A cross-sectional study. *J Med Ethics*. 2017;43(5):327-33.
- 9- White B, Willmott L, Cartwright C, Parker M, Williams

- 36- Meisel A. A history of the law of assisted dying in the United States. *SMU Law Rev.* 2020;73(1):118-54.
- 37- Kausar H, Porwal A. A comparative analysis on issues concerning euthanasia: Legal, religious and international position. *Omnisci Multidiscip J.* 2016;6(3):15-23.
- 38- Hejazi A, Moshir Ahmadi A, Sabetian G, Badiyeyan Mousavi N. Euthanasia: An analytical review based on the article 372 of the islamic penal code. *Med Ethics Hist Med.* 2017;9(5):1-12. [Persian]
- 39- Salimi E, Fathi MJ. A legal analysis of euthanasia in the islamic criminal code of 2011. *Med Ethics Hist Med.* 2013;6(4):17-28. [Persian]
- 40- Menezes MS, De Assis Figueiredo MGMC. The role of end-of-life palliative sedation: Medical and ethical aspects-review. *Rev Bras Anesthesiol.* 2019;69(1):72-7.
- 41- Alqahtani AJ, Mitchell G. End-of-life care challenges from staff viewpoints in emergency departments: Systematic review. *Healthcare.* 2019;7(3):83.
- 42- Hillman K, Chen J. Conflict resolution in end of life treatment decisions: A rapid review [Report]. Sydney: The Sax Institute; 2009.
- 43- Zaman S, Inbadas H, Whitelaw A, Clark D. Common or multiple futures for end of life care around the world? Ideas from the waiting room of history. *Soc Sci Med.* 2017;172:72-9.
- 44- Zahedifar M, Ardeshir Larijani MB, Tavakoli Bazaz J. End of life ethical issues and islamic views. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2007;6(Suppl 5):5-15. [Persian]
- doctors. *J Law Med.* 2016;24(2):342-55.
- 28- Willmott L, White B, Parker MH, Cartwright C. The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 2 (Queensland). *J Law Med.* 2011;18(3):523-44.
- 29- Javanmard B. Concept of euthanasia from viewpoint of figh, law and ethics. *Med Law J.* 2009;3(8):175-206. [Persian]
- 30- Jain G, Sahni SP. Euthanasia: A review on worldwide legal status and public opinion. *Criminol Crim Law Rev.* 2018 Jan:63-76.
- 31- Mirmohamad Sadeghi H, Izadyar A. Physician assisted suicide: From foundations of criminalization to penal reaction. *Med Law J.* 2015;9(32):161-205. [Persian]
- 32- Rodrigues P, Crokaert J, Gastmans C. Palliative sedation for existential suffering: A systematic review of argument-based ethics literature. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(6):1577-90.
- 33- Joodaki B, Sadeghi M, Ghani K, Mirzaie M. Physician-assisted suicide: Ethical, jurisprudence and legal issues. *J Med Ethics Hist Med.* 2016;9(4):14-29. [Persian]
- 34- Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics.* 2020;27(1):152-67.
- 35- Hyde R. Germany overturns ban on assisted suicide. *Lancet.* 2020;395(10226):774.