

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e3

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

A Review of the Ethical Considerations in Advance Directives (With Particular Reference to Their Status in Iranian Law)

Mohammad Hasan Sadeghi Moghadam¹, Amin Ghasempour^{1*}, Kulsoome Goli¹

1. Department of Private Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The global expansion of individualistic ideologies has influenced the field of medicine and has led to the development of the concept titled "autonomy of patients" in contrast to the traditional "paternalism" dominating medical practice. The development of the "Advance Directive" is one of the prominent outcomes and manifestations of these ideologies. "Advance Directive" allows patients to reflect their current treatment preferences in predetermined forms, so that they can be utilized by physicians in the future and in situations in which they lose their decision-making capacity. This study aims to explain the concept of advance directives, analyze principal ethical considerations, and examine its status within the legal framework of Iran.

Methods: This study was a narrative review. Persian and English articles were searched in databases, including SID, Noormags, ScienceDirect, and the Google Scholar search engine. Keywords included "Advance Directives," "Advance Care Planning," and their Persian equivalents. The articles published from 2015 to 2025 were included in this study.

Ethical Considerations: Throughout all study stages, the fundamental principles of research ethics, including originality, honesty, and trustworthiness, have been observed.

Results: According to the research findings, although the "Advance Directive" was developed to promote patients' autonomy and respect for their preferences. However, its implementation faces fundamental challenges and considerations. At the theoretical level, these challenges include self-paternalism, the prioritization of autonomy over principles of beneficence and non-maleficence, violation of human dignity, and neglect of relational autonomy. At the practical level, these challenges include uncertainty in predicting patients' future preferences, ambiguity in interpretation, disregard for the influence of cultural and social factors, physicians' failure for its implementation due to deeply established medical practices, and lack of access in emergency situations.

Conclusion: Studies indicate that although the "advance directive" has been introduced to respect patients' autonomy in the course of medical treatment and has attempted to overcome certain challenges associated with medical paternalism, it faces fundamental challenges at both theoretical and practical levels. Therefore, it cannot necessarily be considered a definitive and effective solution for end-of-life care. Within the Iranian legal system, particularly under the Patient Rights Charter, the advance directive has been recognized as a therapeutic instrument; however, it lacks legally binding force.

Keywords: Advance Directive; Medical Ethics; Patient Autonomy; Medical Law; Patient Dignity; Patient Rights Charter

Corresponding Author: Amin Ghasempour; **Email:** Amin.Ghasempour@ut.ac.ir

Received: December 27, 2025; **Accepted:** July 26, 2026; **Published Online:** August 13, 2026

Please cite this article as:

Sadeghi Moghadam MH, Ghasempour A, Goli K. A Review of the Ethical Considerations in Advance Directives (With Particular Reference to Their Status in Iranian Law). *Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e3.



مروری بر ملاحظات اخلاقی دستورالعمل پیشینی درمان

(با نگاهی به جایگاه آن در حقوق ایران)

محمد حسن صادقی مقدم^(id)، امین قاسم پور^(id)، کلثومه گلی^۱

۱. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: گسترش اندیشه‌های مبتنی بر اصالت فرد در جهان، حوزه پزشکی را نیز تحت‌الشعاع خود قرار داده است و سبب ایجاد مفهومی تحت عنوان «خودمختاری (Autonomy)» بیماران در مقابل «پدرسالاری (Paternalism)» سنتی حاکم بر پزشکی شده است. پیش‌بینی ابزاری موسوم به «دستورالعمل پیشینی درمان» از نتایج و جلوه‌های بارز این اندیشه‌هاست. «دستورالعمل پیشینی درمان (Advance Directive)» به بیماران اجازه می‌دهد که ترجیحات و خواسته‌های درمانی کنونی خود را، در فرم‌های از پیش تعیین‌شده، منعکس نمایند تا در آینده و در شرایطی که «ظرفیت تصمیم‌گیری» خود را از دست می‌دهند، مورد بهره‌برداری پزشکان قرار گیرد. این پژوهش با هدف تبیین مفهوم «دستورالعمل پیشینی درمان»، تحلیل مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی ناظر بر آن و بررسی جایگاه آن در حقوق ایران انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر با روش مرور روایتی و با جستجوی مقالات فارسی و انگلیسی صورت گرفته است. فرآیند جستجوی مقالات در پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و خارجی **ScienceDirect**، **Noormags**، **SID** و موتور جستجوی هوشمند **Google Scholar** انجام شد. واژگان کلیدی مورد استفاده شامل کلمات انگلیسی «Advance Directives» و «Advance Care Planning» و معادل‌های فارسی آن، یعنی «دستورالعمل پیشینی درمان» و «برنامه‌ریزی پیشینی مراقبت» بودند. بازه زمانی مطالعات از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ میلادی تعیین گردید.

ملاحظات اخلاقی: در کلیه مراحل تحقیق، اصول ناظر بر اخلاق پژوهش، از جمله اصالت متون، صداقت و امانتداری مد نظر قرار گرفته است.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش، اگرچه ابزار «دستورالعمل پیشینی درمان»، با هدف ارتقای خودمختاری بیمار و احترام به اراده وی طراحی شده است، اما در عمل با چالش‌ها و ملاحظات بنیادینی مواجه است. این ملاحظات هم در سطح نظری (مانند خودپدرسالاری، تقدم خودمختاری بر اصول سودرسانی و ضررنرسانی، نقض کرامت انسانی و نادیده‌انگاری خودمختاری رابطه‌ای) و هم در سطح عملی (همچون عدم قطعیت در پیش‌بینی خواسته‌های آینده بیمار، وجود ابهام در تفسیر، بی‌توجهی به تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی، عدم اجرا توسط پزشک بر اساس رویه‌های ریشه‌دار طبابت و فقدان دسترسی در شرایط اورژانسی) مطرح گردیده است.

نتیجه‌گیری: بررسی‌ها نشان می‌دهد که «دستورالعمل پیشینی درمان»، علیرغم آنکه با هدف احترام به خودمختاری بیمار در فرآیند درمان ارائه شده است و کوشیده است که بر برخی چالش‌های پدرسالاری حاکم بر پزشکی غلبه پیدا کند، اما در سطوح نظری و عملی با چالش‌ها و تعارضات بنیادینی رو به رو است و نمی‌توان این ابزار را لزوماً به عنوان راه حلی قطعی و کارآمد، برای مراقبت‌های پایان حیات تلقی کرد. دستورالعمل پیشینی درمان، در نظام حقوقی ایران و به طور خاص در منشور حقوق بیماران، به عنوان یک ابزار درمانی پیش‌بینی شده است، اما فاقد جنبه الزام‌آور است.

واژگان کلیدی: دستورالعمل پیشینی درمان؛ اخلاق پزشکی؛ خودمختاری بیماران؛ حقوق پزشکی؛ کرامت بیمار؛ منشور حقوق بیمار

نویسنده مسئول: امین قاسم پور؛ پست الکترونیک: Amin.Ghasempour@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۵/۲۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Sadeghi Moghadam MH, Ghasempour A, Goli K. A Review of the Ethical Considerations in Advance Directives (With Particular Reference to Their Status in Iranian Law). *Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e3.

مقدمه

با گذر زمان و در سیر تحول و تطور علم پزشکی و به تبع آن حرفه پزشکی، قرائت‌های پدرسالارانه حاکم بر مناسبات میان پزشکان و بیماران مورد نقد و پرسش واقع شده است، بدین ترتیب سنت دیرپای «پدرسالاری» (Paternalism) پزشکی، هم‌آوا با توسعه اندیشه‌های نوین اخلاق زیستی با محدودیت‌هایی مواجه گردیده است (۱). این اندیشه‌ها با گسستن از گذشته و عقاید مرسوم پیشینی، دیگر مداخله پزشک در تصمیم‌گیری بیمار یا امتناع پزشک از پذیرش ترجیحات و خواسته‌های بیمار را امری پذیرفتنی نمی‌دانند. پیش از این، تصمیم‌گیری درباره آنچه برای بیمار «خوب» یا «مطلوب» تلقی می‌شد، منحصراً بر دوش پزشکان بود. آنچه در این تغییر بنیادین نهفته است، گذار پزشکی از دیدگاه تخصصی مبنی بر «پدرسالاری» به اندیشه‌های نوین فردگرایانه در روابط میان پزشک و بیمار است؛ بنیان این اندیشه‌ها بر «خودمختاری» (Autonomy) بیماران استوار است (۱).

با این حال، اعطای حق تصمیم‌گیری به بیمار مشروط به تحقق مجموعه‌ای از شرایط اساسی است. یکی از مهم‌ترین این شرایط، برخورداری بیمار از «ظرفیت تصمیم‌گیری» (Decision Making Capacity) است، یعنی بیمار باید توانایی و اختیار لازم برای اظهار نظر درباره وضعیت بالینی خود را داشته باشد (۲). بنابراین، بیمارانی که در شرایطی نظیر اختلالات روانی، فقدان هوشیاری، اغما، وضعیت نباتی پایدار یا مراحل پایانی حیات قرار دارند، بالطبع قادر به اتخاذ تصمیم معتبر درباره مداخلات درمانی خود نیستند. در چنین مواردی، تصمیم‌گیری معمولاً بر عهده پزشک یا اعضای خانواده بیمار قرار می‌گیرد و اراده و اختیار بیمار در این زمینه، اهمیتی ندارد، زیرا فرض وجود «ظرفیت تصمیم‌گیری» برای ایشان در وضعیت‌های پیش‌گفته، از ابتدا مخدوش بوده است (۱). این مسأله منجر به عدم تحقق اراده «باطنی» و «واقعی» بیمار در فرآیند درمان می‌شود، به گونه‌ای که اگر او خود در چنین موقعیتی، صالح به تصمیم‌گیری بود، به احتمال زیاد، تصمیمی کاملاً مغایر با تصمیم پزشک یا اعضای خانواده‌اش

اتخاذ می‌کرد. این فاصله میان اراده باطنی خود بیمار با تصمیم اتخاذشده توسط پزشک یا بستگان وی، یکی از چالش‌های مهم و بنیادین اخلاق پزشکی، ذیل اصل لزوم احترام به خودمختاری بیماران به شمار می‌رود (۲). در پاسخ به این چالش، برخی از اندیشه‌ورزان بیان داشتند که پزشک و یا بستگان بیمار، باید در هر تصمیمی که اتخاذ می‌کنند، در مسیر تحقق «بیشترین منافع» (Best Interests) بیمار گام بردارند و تا حد امکان خواسته‌های قلبی او را مد نظر قرار دهند (۲)، اما این دیدگاه نیز همچنان واجد ایرادات و کاستی‌هایی بوده و ممکن است پزشک یا بستگان بیمار در تصمیماتشان، منافع و زیان‌های خود را، جایگزین خواسته‌های و ترجیحات باطنی بیمار نمایند (۳)، در نتیجه برای جبران این خلأها و اشکالات، ابزار نوینی در جهان، موسوم به «دستورالعمل پیشینی درمان» (Advance Directives)، مورد پیش‌بینی قرار گرفت (۴). این ابزار از جلوه‌های بارز اثرگذاری اندیشه‌های فردگرایانه در حیطه حقوق و اخلاق پزشکی است و به طور خاص از اصل لزوم احترام خودمختاری بیماران، نشأت گرفته است (۴).

«دستورالعمل پیشینی درمان» به بیمار اجازه می‌دهد تا ترجیحات، سلیق و علایق شخصی فعلی خود درباره اقدامات درمانی آتی را، در قالب فرم‌های از پیش تعیین‌شده، مکتوب نماید تا در شرایطی که «ظرفیت تصمیم‌گیری» خود را از دست می‌دهد، مورد استفاده و بهره‌برداری پزشکان قرار گیرد (۴). این دستورالعمل، نتیجه سازوکاری گفتگو محور بین پزشک و بیمار، تحت عنوان «برنامه‌ریزی پیشینی مراقبت» (Advance Care Planning) است (۵). در طی این سازوکار، چندین وضعیت پزشکی پرتکرار (سکته مغزی، کما، زوال عقل، بیماری لاعلاج) که اغلب به درمان پزشکی پایدار نیاز دارند، توسط پزشک به بیمار توضیح داده می‌شود و چندین شکل متداول درمان پزشکی پایدار (دیالیز، تهویه مکانیکی، تغذیه از طریق لوله، احیای قلبی‌ریوی) و عوارض جانبی آن‌ها برای بیمار تبیین می‌شود؛ بیمار در جریان این سازوکار، مطلوبیت‌ها، ترجیحات، ارزش‌ها و اولویت‌های درمانی خود در مورد مداخلات درمانی آتی‌اش را مطرح می‌نماید، با

این پیش فرض که ممکن است در آینده، توانایی تصمیم‌گیری خود را از دست بدهد (۶)؛ این فرآیند در نهایت، منجر به انعکاس ترجیحات و خواسته‌های بیمار در یک دستورالعمل مکتوب درمانی می‌شود (۷). نکته درخور توجه آن است که این دستورالعمل مکتوب می‌تواند متضمن اعطای نمایندگی به شخص دیگری برای مباشرت در امور بیمار، در زمان فقدان ظرفیت وی نیز باشد (۸).

با این حال، اگرچه دستورالعمل پیشینی درمان نقشی کلیدی در پاسداشت خودمختاری بیماران فاقد اهلیت تصمیم‌گیری دارد، اما به دور از چالش‌ها نیست (۹). پژوهش حاضر با تبیین این ابزار درمانی، در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که ملاحظات اخلاقی نظری و عملی ناظر بر دستورالعمل پیشینی درمان چیست. بر این اساس، هدف این پژوهش، مروری بر تعارضات اخلاقی و موانع اجرایی دستورالعمل پیشینی درمان است تا روشن گردد که آیا این ابزار، از نقطه نظر متفکران اخلاق پزشکی، توانسته است راه حلی قطعی و کارآمد برای مراقبت‌های مراحل پایان حیات قلمداد شود یا در این مهم ناتوان بوده است. همچنین پژوهش حاضر در پی آن است که نگاهی اجمالی به جایگاه دستورالعمل پیشینی درمان در نظام حقوقی ایران داشته باشد و بررسی کند که آیا این ابزار در حیطه قوانین و مقررات ایران به رسمیت شناخته شده است یا خیر.

روش

پژوهش حاضر با روش مرور روایتی و با جستجوی مقالات فارسی و انگلیسی صورت گرفته است. فرآیند جستجوی مقالات در پایگاه‌های علمی معتبر داخلی و خارجی SID، ScienceDirect، Noormags و موتور جستجوی هوشمند Google Scholar انجام شد. واژگان کلیدی مورد استفاده شامل کلمات انگلیسی «Advance Directives» و «Advance Care Planning» و معادل‌های فارسی آن، یعنی «دستورالعمل پیشینی درمان» و «برنامه‌ریزی پیشینی مراقبت» بودند. بازه زمانی مطالعات از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵

میلادی تعیین گردید. معیارهای ورود: مقالات منتشرشده در مجلات علمی معتبر، دسترسی به متن کامل مقاله و تمرکز اصلی مقاله بر جنبه‌های اخلاقی موضوع (نه صرفاً بالینی یا آماری). معیارهای خروج: مقالات تکراری، فقدان دسترسی به متن کامل، منتشرشده در نشریات کنفرانسی، فاقد رویکردهای اخلاقی. پس از غربالگری اولیه از میان ۴۹ منبع قابل دسترسی، ۳۴ منبع بر اساس معیارهای ورود انتخاب و ۱۵ منبع حذف شدند. چکیده و محتوای کلیه منابع منتخب، به دقت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا ملاحظات اخلاقی مرتبط با «دستورالعمل پیشینی درمان» شناسایی شوند. شایان ذکر است که بخش قابل توجهی از مطالعات در بازه زمانی ۲۰۱۵ الی ۲۰۱۹، ناظر به مفهوم‌شناسی دستورالعمل پیشینی بوده‌اند، اما منابع نوین‌تر (پس از ۲۰۲۰ م.) عمدتاً به چالش‌ها و ملاحظات این ابزار در اخلاق پزشکی پرداخته‌اند. در بررسی نهایی، ۲۱ منبع برای مطالعه انتخاب شد و نکات مد نظر از آن‌ها استخراج و در این پژوهش ارائه گردید.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ابزار «دستورالعمل پیشینی درمان»، در حوزه اخلاق پزشکی، از حیث مبانی مفهومی و کارکردهای اجرایی، با تلقی‌ها و رویکردهای متفاوتی مواجه بوده است، به گونه‌ای که برخی اندیشه‌ورزان اخلاق پزشکی آن را تأیید کرده و برخی با بیان دلایل و ملاحظات، به مخالفت با این ابزار برخاسته‌اند. یافته‌های پژوهش در خصوص ملاحظات اخلاقی ناظر بر دستورالعمل پیشینی درمان از میان ۲۱ منبع نهایی پژوهش که خلاصه‌ای از مهم‌ترین و مبتلابه‌ترین موارد آن در بررسی ثانویه مقالات، از میان ۱۰ منبع استخراج گردیده است، در جدول ۱ قابل مشاهده است. از میان ۱۰ منبع بررسی‌شده در جدول ۱،

جغرافیایی و مکتب فکری، از میان ۱۰ منبع بررسی شده در جدول ۱، اکثریت مقالات (پنج مورد) متعلق به ایالات متحده آمریکا هستند و عموماً در مکتب اصالت فرد (لیبرالیسم) قرار می‌گیرند. یک پژوهش از ژاپن (۱۲) با رویکرد خودمختاری رابطه‌ای، یک پژوهش از یونان (۱۳) با رویکرد اخلاق کانتی، یک پژوهش از بریتانیا (۱۴) با رویکرد اقتصاد سلامت، یک پژوهش از بلژیک (۱۱) با رویکرد تجربه‌گرایی اخلاقی و تنها یک مطالعه از ایران (۱۵) با رویکرد بومی انتخاب شده است.

هشت مطالعه از نوع توصیفی صرف بودند که عمدتاً به تحلیل مفهومی، مرور دیدگاه‌های اخلاقی و تبیین نظری پرداخته‌اند. دو مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بودند که شامل پژوهش Arruda و همکاران (۱۰) است که به بررسی متغیرهای مؤثر بر تصمیم پزشک در خصوص دستورالعمل‌های پیشینی درمان پرداخته است و پژوهش Scholten و همکاران (۱۱) که عملکرد پزشکان عمومی را در خصوص دستورالعمل‌های پیشینی درمان در مراقبت‌های اولیه بررسی کرده است. هیچ یک از مقالات مورد بررسی از نوع تحلیلی آماری، هم‌گروهی، کارآزمایی بالینی یا مداخله‌ای نبودند. از حیث قلمرو

جدول ۱: خلاصه مطالعات انجام شده در خصوص ملاحظات اخلاقی ناظر بر دستورالعمل پیشینی درمان

نام نویسنده	عنوان و سال پژوهش	روش کار	نتایج
Um (۲۰۲۲ م.) (۱۶)	رذیلت‌ها در خودمختاری پدرسالارانه: مطالعه موردی دستورالعمل‌های پیشینی درمان در افراد مبتلا به زوال عقل	توصیفی	دستورالعمل پیشینی درمان، ابزاری جهت احترام به خودمختاری بیمار است، اما ممکن است به خودپدسالاری (یعنی ارجحیت اراده خود پیشینی بیمار بر خود کنونی وی) منجر شود.
Luck و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۱۷)	ترس از درد در پایان زندگی: مروری بر دستورالعمل‌های پیشینی درمان	توصیفی	دستورالعمل پیشینی درمان، با وجود پتانسیل شکستن تابوی مرگ و کاهش اضطراب بیمار، ممکن است ناخواسته بیمار را به مواجهه زود هنگام با مرگ سوق دهد و بستگان بیمار را نیز درگیر تعارضات عاطفی کند.
Dixon و همکاران (۲۰۱۵ م.) (۱۴)	شواهد اقتصادی برنامه‌ریزی پیشینی مراقبت: مرور نظام‌مند شواهد	توصیفی	دستورالعمل پیشینی درمان، علاوه بر ارتقای خودمختاری بیمار، به عنوان ابزاری برای تخصیص بهینه منابع درمانی در نظام سلامت مطرح شده است، اما منتقدین معتقدند تمرکز بر جنبه اقتصادی دستورالعمل‌ها، می‌تواند تعهدات اخلاقی جوامع را در قبال بیماران ناتوان کاهش دهد.
Tsinorema (۲۰۱۵ م.) (۱۳)	اصل خودمختاری و اخلاق حاکم بر دستورالعمل‌های پیشینی درمان	توصیفی	دستورالعمل پیشینی درمان، با وجود حمایت از خودمختاری بیمار، می‌تواند منجر به نقض کرامت انسانی وی شود. این امر زمانی رخ می‌دهد که بیمار به دلایلی مانند فشار روانی یا ناآگاهی، اراده‌ای از خود بروز دهد که با ارزش‌های ذاتی و غیر قابل تغییر انسانیت در تضاد باشد.
Carter (۲۰۲۲ م.) (۹)	دستورالعمل‌های پیشینی درمان: اصل تعیین اصالت	توصیفی	پزشکان با توجه به واقعیت‌های بالینی ناظر بر وضعیت سلامت بیمار و آنچه برای او اصالت دارد، تصمیم می‌گیرند. بنابراین گاه سایر اصول اخلاق پزشکی را بر اصل خودمختاری بیمار ارجحیت داده و دستورالعمل پیشینی درمان را کنار می‌گذارند.
Asagumo (۲۰۲۲ م.) (۱۲)	خودمختاری رابطه‌ای، حق رد درمان و دستورالعمل‌های پیشینی درمان در ژاپن	توصیفی	دستورالعمل پیشینی درمان، با تمرکز صرف بر خودمختاری فردی، خودمختاری رابطه‌ای را نادیده می‌گیرد و تأثیر تصمیمات درمانی را بر اعضای خانواده و خویشاوندان بیمار، مد نظر قرار نمی‌دهد.
Arruda و همکاران (۲۰۱۹ م.) (۱۰)	متغیرهای مؤثر بر تصمیم‌گیری پزشک در خصوص دستورالعمل‌های پیشینی درمان و تأثیر آن بر مراقبت‌های پایان عمر	توصیفی - مقطعی	وجود دستورالعمل پیشینی درمان، با کاهش معنادار مداخلات درمانی تهاجمی در روزهای پایانی عمر همراه است و درمان‌های حفظ‌کننده حیات را تا حد زیادی تقلیل می‌دهد.

نام نویسنده	عنوان و سال پژوهش	روش کار	نتایج
آرمان و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۱۵)	آیا امکان کاربرد وصیت پزشکی در نظام سلامت ایران وجود دارد؟	توصیفی	نحوه مواجهه بیماران با دستورالعمل پیشینی درمان، ریشه در لایه‌های عمیق‌تری از هویت فردی و جمعی آنان دارد، به گونه‌ای که مراحل مختلف سنی، ارزش‌های دینی و باورهای شخصی بیماران در تنظیم یا عدم تنظیم این اسناد نقش‌آفرین است.
Banja و همکاران (۲۰۱۹ م.) (۶)	نادیده‌گرفتن دستورالعمل‌های پیشگیرانه: مروری ۲۰ ساله از نقطه‌نظر حقوقی و اخلاقی	توصیفی - مقطعی	پزشکان ممکن است به دلایل علمی، تجربی، عادات ریشه‌دار طبابت و با ممنوعیت‌های قانونی، از اجرای دستورالعمل پیشینی درمان خودداری کنند و این امر، اجرای این اسناد را در عمل محدود می‌سازد.
Scholten و همکاران (۲۰۱۸ م.) (۱۱)	دستورالعمل پیشینی: آیا پزشک عمومی آنچه بیمار می‌خواهد را می‌داند و به آن عمل می‌کند؟	توصیفی	در شرایط اورژانسی، فقدان دسترسی فوری به دستورالعمل پیشینی درمان، کادر درمانی را ناگزیر به تصمیم‌گیری بر اساس نظرات خود یا خانواده بیمار می‌کند.

بر اساس جدول یک، دیدگاه‌ها و ملاحظات اخلاقی پیرامون دستورالعمل‌های پیشینی درمان را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مورد بررسی قرار داد. در قلمرو نظری، این ابزار حقوقی، برای پاسداشت خودمختاری بیماران پی‌ریزی شده است، اما پژوهش‌های فلسفی نشان داده‌اند که این ابزار از حیث ماهوی، با پارادوکس‌های بنیادینی رو به رو است. UM (۲۰۲۲ م.) عقیده دارد که دستورالعمل پیشینی درمان، به دنبال توسعه خودمختاری بیمار بوده است، اما این ابزار سبب محدود شدن آزادی‌های «خود ناتوان آینده» بیمار در برابر «خود فعلی» او می‌شود و این امر از نقطه‌نظر اخلاق فضیلت‌مدار مورد پذیرش نیست (۱۶). در همین راستا، Tsinorema (۲۰۱۵ م.) با تکیه بر رویکردهای گوناگون اخلاقی و تفکیک دو مفهوم «کرامت شخصی» و «کرامت انسانی»، نشان می‌دهد که بیماران در تکمیل دستورالعمل پیشینی درمان، ممکن است تصمیماتی بگیرند که با «ارزش انسانی» و «کرامت ذاتی» آن‌ها سازگار نباشد؛ به عقیده این پژوهشگر، مفهوم «خودمختاری اخلاقی» کانت، چارچوب نوینی برای استدلال‌های اخلاقی در خصوص دستورالعمل پیشینی درمان فراهم می‌نماید (۱۳). Carter (۲۰۲۲ م.) با تبیین «اصل اصالت»، استدلال می‌کند که مهم آن چیزی است که برای بیمار «اصیل» است و همین امر اصیل باید در مقام اجرا قرار بگیرد. این «اصیل‌بودن»، در بسترهای زمانی و

مکانی مختلف و با توجه شرایط بیمار متفاوت است و می‌تواند در مواردی، اصل خودمختاری را به نفع سایر اصول حاکم بر اخلاق پزشکی (همچون سودرسانی و ضرررسانی) کنار بگذارد (۹). از منظر مواجهه با مرگ، پژوهش Luck و همکاران (۲۰۲۴ م.) بیان می‌دارد که دستورالعمل‌های پیشینی درمان در بعد سلبی، یعنی آنچه نباید انجام شود، تقریباً واضح‌اند، اما در بعد ایجابی، یعنی چگونگی کاستن از رنج بیمار، دچار سکوت معناداری هستند که می‌تواند منجر به یک درمان نامناسب و تشدید اضطراب بیماران شود. به عقیده این پژوهشگران، دستورالعمل پیشینی درمان، بیمار و اطرافیانش را دچار احساسات ناخوشایندی کرده و به تأمل زودرس درباره فرجام حیات وادار می‌کند (۱۷). از نقطه‌نظر اقتصاد سلامت، Dixon (۲۰۱۵ م.) دستورالعمل پیشینی درمان را وسیله‌ای برای بهره‌وری بهینه‌تر از منابع سلامت دانسته است اما بر فقدان مطالعات هزینه - فایده جامع در این حوزه تأکید دارد؛ در مقابل، مخالفان اصرار دارند که بزرگ‌نمایی کارکردهای اقتصادی این ابزار، می‌تواند مسئولیت‌های اخلاقی و تعهدات عمومی جوامع را در قبال بیماران فاقد اهلیت تصمیم‌گیری کم‌رنگ سازد و عدالت در دسترسی به مراقبت‌های پایان عمر را به مخاطره اندازد (۱۴)؛ افزون بر این، عملیاتی‌سازی این ابزار با موانع ساختاری و اجرایی متعددی همراه است؛ Banja و همکاران (۲۰۱۹ م.) به پیش‌بینی‌ناپذیری ترجیحات آینده

بیمار و سیال بودن ارزش‌های انسانی در گذر زمان اشاره کرده‌اند و معتقدند این امر، اجرای دستورالعمل‌ها را با تردید مواجه می‌کند، به علاوه این پژوهشگران معتقدند که تا زمانی که دادگاه‌ها، حمایت‌های قانونی از این ابزار ارائه ندهند، نقض دستورالعمل‌ها، امری حتمی خواهد بود (۶). Scholten و همکاران (۲۰۱۸ م.) نشان داده‌اند که در موارد فوری و به سبب کمبود وقت و یا دسترسی‌ناپذیری، تیم پزشکی ناگزیر است که بر اساس قضاوت خویش یا توصیه خانواده بیمار اقدام کند، در حالی که داوری پزشک و نظر خانواده، ممکن است با خواست واقعی بیمار هیچ‌سختی نداشته باشد (۱۱). از منظر بالینی، پژوهش Arruda و همکاران (۲۰۱۹ م.) بیانگر آن است که وجود دستورالعمل پیشینی درمان، سبب کاهش چشم‌گیر مداخلات تهاجمی در پایان عمر می‌شود، اما پزشکان در عمل، دستورالعمل را نه دستوری الزام‌آور و قطعی که یکی از چندین عامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری‌های خود می‌دانند و میان الزامات قانونی، پدرسالاری پزشکی، پیش‌آگهی‌های بیمار، تصمیمات خانواده بیمار و عوامل فرهنگی - مذهبی گرفتار می‌شوند (۱۰). در یک مطالعه موردی، Asagumo (۲۰۲۲ م.) نشان می‌دهد که دستورالعمل پیشینی درمان، در جوامع مبتنی بر ارزش‌های جمعی، خودمختاری رابطه‌ای بیمار را نادیده می‌گیرد و تأثیر تصمیمات بیمار را بر اطرافیان بازتاب نمی‌دهد؛ به عقیده این پژوهش، «خودمختاری رابطه‌ای» راهکاری عملی برای جمع میان احترام به خودمختاری بیمار و حفظ پیوندهای جمعی او در جامعه است (۱۲). همچنین یافته‌های آرمان و همکاران (۱۴۰۳ ش.) حکایت از آن دارد که نحوه تعامل با دستورالعمل پیشینی درمان، به نظام ارزشی و عقاید شخصی بیمار بستگی دارد و شبکه‌ای از روابط خانوادگی، تعهدات دینی و الزامات اخلاقی، در نوع نگاه بیماران به این دستورالعمل‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۵).

بحث

دستورالعمل پیشینی درمان، یکی از ابزارهای پیش‌بینی‌شده در حقوق و اخلاق پزشکی است که به موجب آن فرد در زمانی

که دارای ظرفیت کامل تصمیم‌گیری است، ترجیحات و خواسته‌های درمانی خود را برای زمانی که دچار فقدان ظرفیت (شرایطی همچون: اغما، کما، بیهوشی یا وضعیت نباتی پایدار) می‌شود، ثبت می‌نماید (۶). هدف اصلی این دستورالعمل، تضمین احترام به اراده پیشینی بیمار، جلوگیری از تحمیل درمان‌های ناخواسته و تهاجمی در ایام پایانی حیات، کاهش بار تصمیم‌گیری از دوش خانواده و کادر درمان و گشودن باب گفتگو پیرامون مرگ است؛ با این حال، اجرای این ابزار در عمل با چالش‌ها و ملاحظات اخلاقی متعددی مواجه بوده است. ملاحظات ناظر بر دستورالعمل پیشینی درمان را می‌توان در دو بعد نظری و عملی، مورد تحلیل و بررسی قرار داد.

از بعد نظری، در قلمرو اخلاق پزشکی، ابزار «دستورالعمل پیشینی درمان»، هم‌زمان که یکی از مهم‌ترین دستاوردهای اصل خودمختاری است، در عین حال، تضمین‌کننده این اصل نیز می‌باشد. حرفه پزشکی در سیر تاریخی خود، روزگاری بر مبنای الگوی «اقتدارمحور» استوار بوده است؛ الگویی که مطابق با مقتضیات آن، پزشک به طور انحصاری، اختیار تصمیم‌گیری در فرآیند درمان را در دست داشته است. بنابراین با گذر زمان و با تغییر الگوهای فکری حاکم بر حرفه پزشکی، بیماران نیز در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مورد توجه قرار گرفتند. دستورالعمل پیشینی درمان، پزشکان را موظف می‌کند که برای اختیار و اراده بیماران - که به تعبیری شریک در مداخلات درمانی هستند - احترام قائل شوند، بدین‌سان این ابزار درمانی را می‌توان یکی از نشانه‌های تأثیر فردگرایی بیمارمحور در پزشکی دانست (۹).

احترام به خودمختاری بیماران با توسعه اندیشه‌های فردگرایانه در جهان، در مناسبت کامل بوده است. به عنوان نمونه جان استوارت میل (John Stuart Mill)، به عنوان فیلسوفی فردگرا، عقیده خود را در خصوص خودمختاری انسان‌ها چنین بیان می‌نماید: «به رسمیت‌شناختن حق خودمختاری، امکان خودسازی را برای افراد فراهم می‌سازد. این امر به هر یک از ما اجازه می‌دهد تا مسئولیت شکل‌دهی به حیات خویش را، خود بر عهده بگیریم و به جای آنکه در امتداد زندگانی هدایت

شویم، خود آن را راهبری کنیم» (۱۳). با این حال اشکالی که بر دستورالعمل‌های پیشینی درمان وارد است، این است که این ابزار، در نفس‌الامر، منجر به خودپدرسالاری می‌گردد، بدین معنا که وفق این دستورالعمل‌ها، خواسته‌های مستند به یک «خود پیشینی» بر خواسته‌های یک «خود کنونی» که حتی در حالت فقدان ظرفیت، یک خود معتبر و شایسته احترام است، ارجحیت داده می‌شود (۱۶). بنابراین این امر سبب شکل‌گیری صورت دیگری از پدرسالاری شده و سبب نقض غرض این دستورالعمل‌ها می‌گردد. در حقیقت بیمارانی که دچار آسیب‌های شدید و دائمی شده‌اند و ظرفیت خود را از دست داده‌اند (مانند بیمارانی که در وضعیت نباتی پایدار به سر می‌برند)، دیگر آن افرادی نیستند که در زمان تدوین دستورالعمل پیشینی بوده‌اند و نباید خواسته‌ها و ترجیحات شخصی که پیش‌تر این بدن را اشغال کرده بود را بر شخص کنونی تحمیل نمود (۱۶). در پاسخ به این چالش، گروهی از اندیشه‌ورزان علم اخلاق، تفکیکی میان دو گروه از علایق بیمار صورت‌بندی کرده‌اند. به عقیده این گروه، بیمار دارای دو دسته از علایق است: «علایق تجربی» و «علایق انتقادی». بیمار در وضعیتی که ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد، ممکن است هنوز علایقی تجربی (تجربه‌محور) در زندگی خود داشته باشد، به این معنا که قابلیت درک و فهم اموری مانند درد و رنج، ترس، لذت، غم و... را داشته باشد، اما در عین حال توانایی فکرکردن در مورد ماهیت زندگی خود را از دست داده و نتواند نگرشی کلی از زندگی خود داشته باشد و یا در مورد مسائل حیاتی خود، قضاوتی صحیح صورت دهد (۱۳). به عقیده رونالد دورکین (Ronald Dworkin) که این گروه از متفکران اخلاقی، تفسیر خود را بر پایه موضع اخلاقی او بنا کرده‌اند، «علایق تجربی»، تجربیات رایج و روزمره هستند و فی‌نفسه هیچ ارزش ذاتی‌ای ندارند، جزء اینکه حاکی از این هستند که امور زندگانی یا دردناک‌اند و یا لذت‌بخش، اما «علایق انتقادی»، انواع ارزش‌ها، انتخاب‌ها و الگوهایی هستند که زندگی و نحوه ادراک ما از حیات را سامان‌دهی می‌کنند؛ به این ترتیب لازمه احترام به خودمختاری بیمار، پایبندی به اراده و ترجیحات پیشینی او است، زیرا این ترجیحات در

زمانی شکل گرفته‌اند که بیمار دارای ادراک و فهم عمیق از حیات خویش بوده است و تصمیماتش را بر اساس «علایق انتقادی» خود انتظام می‌داده است (۱۳)، بدین‌روى احترام به این اراده، همچنان می‌تواند معتبرترین راه برای حفظ کرامت و خودمختاری بیمار در وضعیت فقدان ظرفیتش باشد (۱۳). بیمارانی فاقد اهلیت تصمیم‌گیری، غالباً در زمره بیمارانی قرار می‌گیرند که در سال‌های پایانی حیات خود به سر می‌برند و به تبع آن، بار گرانی از رنج جسمانی، روانی و وجودی را بر دوش می‌کشند. مواجهه با مرگ، در بسیاری از جوامع، به عنوان یک تابو تلقی می‌شود؛ تابو بودن مرگ سبب می‌شود که افراد تا حد امکان از اندیشیدن و گفتگو درباره آن پرهیز کنند. این پرهیز، هنگامی که شخص خود را نزدیک و در آستانه مرگ می‌بیند، به احساس عمیقی از عجز و درماندگی تبدیل می‌شود، بدین‌روى مقاومت انسان‌ها در برابر اندیشیدن به مرگ، واکنشی طبیعی و قابل درک است. با این همه، مرگ واقعیتی حتمی و گریزناپذیر است و اخلاق پزشکی، لاجرم باید مواجهه مسئولانه‌ای با آن داشته باشد. از منظر برخی متفکران علم اخلاق، دستورالعمل پیشینی درمان می‌تواند ابزاری فایده‌مند برای شکستن تابوی مرگ و گشودن باب گفتگو درباره آن باشد؛ ابزاری که نه تنها امکان سخن گفتن از پایان حیات را فراهم می‌آورد، بلکه می‌تواند معنادهنده و مضمون‌بخش به مفهوم مرگ باشد (۱۸)، علاوه بر این، گروهی از اندیشه‌ورزان علم اخلاق، این ابزار را مایه دلگرمی و تسکین رنج‌های بیماران دانسته‌اند (۱۱). به عقیده ایشان دستورالعمل پیشینی کمک می‌کند تا بیمار کنترل درمانش را خود در دست بگیرد، بنابراین از اضطرابش در خصوص مرگ به میزان قابل توجهی کاسته شود؛ در عین حال بار تصمیمات دشوار از عهده عزیزانش هم برداشته می‌شود (۱۹). علیرغم این نگرش مثبت، ترغیب بیماران به تکمیل فرم دستورالعمل پیشینی درمان، ممکن است ایشان را به مواجهه‌ای زود هنگام و ناخواسته به مرگ سوق دهد؛ مواجهه‌ای که الزاماً تسکین‌دهنده آلام بیمار نیست و می‌تواند اضطراب و اندوه وی را تشدید کند. افزون بر این، اجرای دستورالعمل پیشینی، به ویژه در مواردی که متضمن توقف یا عدم شروع درمان در شرایط خاص است،

بستگان بیمار را در معرض تعارضات عاطفی و اخلاقی شدیدی قرار می‌دهد؛ تعارضاتی که گاه فراتر از توان روانی آنان است؛ بنابراین این ابزار را نمی‌توان الزاماً کاهنده رنج مرگ دانست (۱۷).

گروهی از اندیشه‌ورزان اقتصاد سلامت، دستورالعمل پیشینی درمان را نه تنها ابزاری اخلاقی، بلکه ابزاری کارآمد برای تخصیص منابع نظام درمانی، میان بیماران می‌دانند (۱۴). از منظر این گروه، نظام‌های بهداشتی و درمانی همواره با دو واقعیت انکارناپذیر مواجه‌اند: نخست آنکه میزان منابع کشورها در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی محدود است، دوم آنکه این منابع محدود باید بتواند نیازهای نامحدود نظام درمان را مرتفع نماید. وفق نگاه ایشان، بیماران با صرف نظر کردن از بسیاری از خدمات درمانی، در دستورالعمل پیشینی درمان، شرایطی فراهم می‌کنند که منابع نظام درمان، به امور بهینه‌تری تخصیص یابد. به عقیده این گروه، مداخلات درمانی ایام پایان حیات، اغلب هزینه‌های بسیار بالایی برای نظام درمان دارد، در حالی که کیفیت زندگی یا طول عمر بیماران را افزایش نمی‌دهد. به عنوان نمونه درمان‌های شدید و تهاجمی، گاهی اوقات منجر به ورود بیمار به وضعیت نباتی پایدار می‌شود و ضرورت حضور بیمار تا زمان مرگ در بیمارستان را اقتضا می‌نماید. بنابراین با تکمیل یک دستورالعمل پیشینی، می‌توان کمیت، کیفیت و هزینه‌های بعدی درمان را در ایام پایان حیات کاهش داد (۱)، ضمن اینکه از جنبه‌ای دیگر، گردآوری دستورالعمل پیشینی درمان و بررسی محتوای آن، می‌تواند زمینه برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان و آینده‌نگر را برای کشورها فراهم نماید. در مجموع این دیدگاه، دستورالعمل پیشینی را از ابزاری با هدف ارتقای خودمختاری و به‌زیستی شخصی بیمار، به ابزاری با محوریت به‌زیستی اجتماعی، سلامت عمومی و تخصیص بهینه منابع، تبدیل می‌کند (۱۸). اشکال این نگاه آنجاست که سیاست‌گذاری‌های درمانی، نباید بر دستورالعمل پیشینی درمان، به عنوان یک ابزار تخصیص منابع تمرکز کند، زیرا از سویی در خصوص این امر که آیا دستورالعمل پیشینی واقعاً می‌تواند ابزار مناسبی برای دستیابی به تخصیص عادلانه‌تر و اخلاقی‌تر منابع نظام

سلامت باشد، تحقیقات چندانی صورت نگرفته است و از سوی دیگر، چنین دیدگاهی، مسئولیت و تعهدات اخلاقی و سیاسی کشورها را در خصوص حمایت از حقوق اساسی و مصالح عالیه بیماران فاقد اهلیت تقلیل می‌دهد (۱۳). در واقع تلقی دستورالعمل درمان، به عنوان ابزاری برای تخصیص منابع، به خودی خود، امری خلاف اخلاق نیست، اما مسأله اساسی این است که چه شخص یا اشخاصی باید تصمیم بگیرند که چه هزینه‌هایی و در چه زمانی مهار بشود؛ مسئولیت اخلاقی ایجاب می‌نماید که صرفاً و انحصاراً خود بیمار در این خصوص تصمیم‌گیرنده نهایی باشد و بستگان بیمار یا سایر ذی‌ربطان، نباید در این زمینه مداخله‌ای داشته باشند.

گروهی از اخلاق‌پژوهان، دستورالعمل پیشینی درمان را ابزاری هم‌سو با اراده بیمار و ابزاری در جهت صیانت از کرامت او می‌دانند؛ در مقابل، گروهی دیگر همین ابزار را ناقض کرامت ایشان تلقی می‌کنند. تأمل در این دو رویکرد نشان می‌دهد که ریشه اختلاف نظر متفکران علم اخلاق، نه صرفاً در ارزیابی کارکردهای این دستورالعمل، بلکه در نحوه تعریف و فهم مفهوم «کرامت» نهفته است. از منظر گروه نخست، کرامت امری پیوندخورده با آزادی انتخاب، خودبنیادی و خودآیینی فرد است؛ مفهومی که دامنه آن می‌تواند با رضایت شخص، توسعه یابد یا تضییق شود و از این رو، احترام به اراده شخصی بیمار، عیناً احترام به کرامت او خواهد بود (۲۰)، اما گروه دوم، از منظری دیگر به کرامت نگریسته‌اند و آن را ذیل مفهوم «کرامت انسانی» بازتعریف کرده‌اند؛ به عقیده ایشان، «کرامت انسانی» نمایانگر آستانه‌ای است که حتی با رضایت شخص نیز قابل اغماض و یا محدود کردن نیست. به عقیده ایشان، گاهی بیمار به نقض کرامت شخصی خود رضایت می‌دهد، اما این رضایت در عین حال کرامت انسانی او را لگدمال می‌کند؛ بنابراین نباید به افراد اجازه بدهیم که به طور نامحدود، انسانیت خود را زیر سؤال ببرند. در واقع انسان، صرفاً متعلق به خودش نیست، بلکه در ذات خود نماینده و حامل شأن تمام بشریت است. از این رو، اجازه تعرض به کرامت انسانی شخص، به معنای تضعیف شأن نوع بشر تلقی می‌شود. این رویکرد، ریشه در اخلاق کانتی دارد؛ اخلاقی که انسان را نه ابزار، بلکه

غایت بالذات می‌داند و بر این باور است که هر فرد، تجلی‌بخش و آینه تمام‌نمای «کل بشریت» است. در این دیدگاه، انسان بماهوانسان، همواره شایسته احترام است. «کرامت انسانی» مانند دژی تسخیرناپذیر است که خالق آن‌را در ذات تمام انسان‌ها، از لحظه تولد تا مرگ، به ودیعه نهاده است و تعرض به این دژ در هر حال مردود است. در هر حال باید اذعان کنیم که کرامت شخصی و کرامت انسانی، در نزاع همیشگی با هم نیستند و در بسیاری از موارد می‌توانند یک سمت و سوی حرکت کنند، اما در هنگامه‌ای که میان این دو کرامت تعارضی رخ بدهد، از نگاه گروه اخیر، باید این «کرامت شخصی» باشد که به عنوان جلوه‌ای از «کرامت انسانی»، به واسطه یک مصلحت والا تر - که حفظ کرامت نوع بشر است - محدود شود (۲۱).

یکی از اشکالاتی که به دستورالعمل پیشینی وارد شده است، این است که در عین حال که ضامن حفظ یکی از اصول مهم اخلاق پزشکی، یعنی خودمختاری بیمار است، می‌تواند با سایر اصول ناظر بر اخلاق پزشکی به ویژه دو اصل سودرسانی و ضررنرسانی در تعارض قرار گیرد. به عنوان نمونه گاه خواسته‌های پیشینی بیمار با آنچه از منظر پزشکی برای او سودآور و فایده‌مند است، مغایرت پیدا می‌کند، یعنی تصمیم شخصی‌اش، آسیب‌های زیادی به وی وارد می‌کند؛ در این شرایط، ممکن است پزشکان تصمیم خود را بر پایه یک ارزیابی ضابطه‌مند و عقلانی اتخاذ کنند، به عنوان مثال اقدامات درمانی خود را متناسب با اصولی همچون بیشینه‌سازی منافع بیمار انجام دهند (۲). بسیاری از پزشکان، گرچه الگوی اخلاقی خود را بر اساس الگوی اخلاقی - فلسفی وظیفه‌گرایی سامان می‌دهند، اما به سبب برداشت اشتباهی که از این الگو دارند، اصل خودمختاری را به صورت مطلق بر دیگر اصول اولویت می‌دهند، اما وزن‌دهی به اصول اخلاقی حاکم بر پزشکی، باید بر اساس وضعیت بالینی بیمار و سایر عوامل فردی و اجتماعی مربوط به ایشان باشد و نباید در هر شرایطی خودمختاری بیمار را بر سایر اصول اخلاق پزشکی ترجیح دهیم (۱۵). طرفداران دستورالعمل پیشینی درمان در پاسخ به اشکالات فوق بیان داشته‌اند که سودرسانی به بیمار و

بیشینه‌سازی منافع ایشان در اعلاترین شکل خود، در گرو احترام به ترجیحات و خواسته‌های شخصی او است، به عبارت دیگر، حتی اگر عقیده پزشک از نقطه‌نظر اصل سودرسانی، به طور کامل به نفع بیمار باشد، اما تصمیم خود بیمار در دستورالعمل پیشینی برای او مخاطرات سترگی (حتی مرگ) داشته باشد، باز هم باید اراده پیشین بیمار را بر تصمیم فعلی پزشک مقدم داشت و بیمار تحت هر شرایطی، حق دارد که هرگونه درمان پزشکی (ولو تماماً سودمند) را متوقف کند یا از پذیرش آن امتناع ورزد (۲۱).

یکی از انتقادات مهمی که بر دستورالعمل پیشینی درمان وارد است، این است که بیماران در لحظه تکمیل دستورالعمل، لزوماً قادر به پیش‌بینی دقیق تصمیمات آینده خود نیستند. این ناتوانی، گاه ناشی از کمبود دانش بیماران در مسائل تخصصی پزشکی است و گاه ریشه در ویژگی‌های روان‌شناختی و نوع نگرش افراد به خود دارد. انسان‌ها ممکن است، در یک ارزیابی نادرست و خلاف واقع، توانایی خود برای تطبیق با شرایط دشوار را بالا بدانند و یا بالعکس قدرت خود را برای سازگاری با شدیدترین ناتوانی‌ها را دست کم بگیرند. از طرف دیگر ترجیحات و خواسته‌های شخصی بیماران امری پویا و سیال است و در گذر زمان تغییر می‌کند؛ این تغییر می‌تواند ناشی از تغییر در عقاید، باورها و ارزش‌های اساسی زندگی بیماران باشد؛ در چنین شرایطی، دستورالعمل پیشینی ممکن است با این تحولات هم‌راستا نبوده و مستلزم بازنگری‌های مستمر باشد (۶).

از سوی دیگر اعمال نظر در مداخلات درمانی در خصوص بیمار، علاوه بر خود ایشان، بر بستگان (به طور خاص اعضای خانواده) وی نیز اثرگذار است، بدین جهت ضرورت دارد تا این نقطه‌نظرات با ملاحظه خیر و منفعت بیمار و بستگان‌اش اعمال گردد؛ به عبارت دیگر تعلق داشتن به یک خانواده، اقتضا می‌نماید که فرد در نظرات خود، صرفاً به سود شخصی خود نیاندیشد. برخی مداخلات درمانی متضمن بار مالی برای خانواده هستند یا ممکن است مشقت نگهداری از بیمار را برای خانواده در پی داشته باشند، بنابراین لازم است نظر خانواده بیمار نیز در خصوص فرآیند درمان، مد نظر قرار گیرد (۱۲).

شایان ذکر است که تنظیم و تکمیل دستورالعمل پیشینی درمان، به گونه‌ای که جایی برای تفسیر و تحلیل باقی نگذارد، امری دشوار و تقریباً غیر ممکن است. ظهور و طرح جایگزین‌های نوین برای درمان بیماری‌ها و احتمال تغییر ترجیحات بیمار در گذر زمان، تفسیر دستورالعمل‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و با دشواری همراه می‌کند. از سویی می‌توان برای راهبری امور، تفسیری کاملاً انتزاعی یا تحت‌اللفظی از این دستورالعمل‌ها داشت و از سوی دیگر چنین تفسیری ممکن است برای بیمار رضایت‌بخش نباشد، بنابراین لازم است پزشک بداند که بیمار چرا چنین انتخابی داشته است و این انتخاب در چه چارچوب و زمینه فکری‌ای اتخاذ شده است. به عبارت دیگر، فهم دستورالعمل‌ها در صورتی محقق می‌شود که پزشک بتواند خواسته‌ها و نیت بیمار را همان‌طور که در اسناد ذکر شده است، مورد ادراک قرار دهد، زیرا بدون روشن شدن نیت بیمار، پزشک حتی اگر صادقانه مایل به عمل به دستورالعمل پیشینی درمان باشد، ممکن است در مورد نحوه عمل به ترجیحات بیمار دچار تردید بشود (۱۰)، علاوه بر چالش‌هایی که ممکن است پزشک در فهم خواسته‌های بیمار با آن مواجه شود، مسأله دیگری نیز وجود دارد: تشخیص اینکه آیا شرایط لازم برای استناد به دستورالعمل‌های پیشینی (مانند ناامیدی از درمان) عملاً محقق شده است یا خیر. بنابراین دور از انتظار نیست که عدم پایبندی پزشک به دستورالعمل پیشینی را ناشی از سوءتفاهم یا تلقی نادرست وی از خواسته‌های باطنی بیمار بدانیم (۱۰). همچنین اثرگذاری مؤلفه‌های برون‌ساختاری (همچون عوامل فرهنگی، نژادی و قومی) بر تکمیل دستورالعمل‌های پیشینی درمان، امری غیر قابل چشم‌پوشی است. به عنوان مثال، سن، باورهای دینی و ارزش‌های شخصی بیمار، تأثیر زیادی در تنظیم یا عدم تنظیم دستورالعمل پیشینی درمان دارد (۱۵)، بدین ترتیب دستورالعمل پیشینی درمان را باید محصولی از تعامل پیچیده میان اصول اخلاق پزشکی و نظام ارزشی بیماران دانست.

از بعد عملی، ابزار دستورالعمل پیشینی درمان، علاوه بر ملاحظات مبنایی و ماهیت‌محور، در هنگام عملیاتی شدن نیز با

چالش‌هایی مواجه می‌گردد. به عنوان نمونه ممکن است پزشکان بر اساس دلایل علمی یا به واسطه تجربیات پیشینی خود، از تمکین به مفاد دستورالعمل پیشینی درمان خودداری کنند. این عدم تمکین، ممکن است ناشی از این بینش پزشک باشد که بیمار از دانش پزشکی لازم برای داوری صحیح در مورد مزیت‌ها و معایب مداخلات درمانی برخوردار نیست (۱۰). همچنین پزشکان گاه به واسطه نگاه علمی و عادات ریشه‌دار طبابت، خود را موظف به نادیده گرفتن دستورالعمل‌های پیشینی می‌دانند. به عنوان نمونه ممکن است بیمار در قالب دستورالعمل درمانی، دستور توقف یا منع برخی از مداخلات درمانی را صادر کرده باشد، اما پزشک با این اعتقاد که بیمار در این شرایط همچنان امکان برگشت و احیا را دارد، به دستورالعمل پیشینی وی اعتنایی نکند. یکی دیگر از دلایل عدم توجه پزشک به دستورالعمل پیشینی بیمار، ممنوعیت‌های قانونی است؛ در حقیقت گاه درخواست پیشینی بیمار با قوانین کشور محل درمان، در تضاد است و پزشک اساساً حق پیروی از دستورالعمل پیشینی را ندارد (۵). ملموس‌ترین مثالی که در این خصوص می‌توان زد، در خصوص درخواست پیشینی بیمار مبنی بر مرگ مساعدت‌شده (آتانازی فعال) در شرایط خاص است. بیمار از پیش صراحتاً مقرر می‌کند که اگر در وضعیت خاصی (همچون وضعیت نباتی پایدار) قرار گرفت، پزشکان مجاز باشند تا دستگاه‌های حمایت‌کننده حیات را متوقف کنند، اما در کشور محل درمان، توقف درمان به این شکل، نوعی جنایت سلب‌کننده حیات (قتل) محسوب گردد و منجر به پیگرد قانونی پزشک شود؛ بدیهی است که در چنین شرایطی، دستورالعمل پیشینی درمان، قابلیت اجرایی خود را از دست خواهد داد. از سوی دیگر در شرایط اورژانسی و اضطراری، تصمیمات درمانی، به طور توأمان، مستلزم سرعت و دقت بیشتری هستند؛ در این شرایط، دسترسی فوری به دستورالعمل پیشینی درمان، در عین ضرورت، ممکن است امکان‌پذیر نباشد (۱۱). به طور کلی می‌توان اذعان کرد که دستورالعمل پیشینی درمان، با بسترهای اجتماعی، فرهنگی، قانونی و اجرایی پیرامون خود ارتباط بسیار زیادی دارد. این ابزار، لزوماً یک ابزار درمانی برای

احترام به خودمختاری بیمار نیست، بلکه آیینهای تمام‌نما از تعارضات بنیادین در اخلاق پزشکی (همچون تعارض خودمختاری در برابر پدرسالاری، اصالت‌فرد در برابر اصالت جمع، کرامت شخصی در برابر کرامت انسانی) است، بدین‌سان هر ارزیابی تک‌بعدی از این ابزار، چه در ستایش و چه در نکوهش، ناقص و گمراه‌کننده خواهد بود.

در این بخش از بحث، نگاهی به جایگاه دستورالعمل پیشینی درمان در حقوق ایران خواهیم داشت. پی‌جویی در مقررات و آیین‌نامه‌های ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، از پذیرش نهاد دستورالعمل پیشینی درمان، در حقوق ایران حکایت دارد. گفتنی است راهنماها و کدهای اخلاقی اخیرالتصویب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، به طور ویژه بر خودمختاری بیماران تأکید داشته و صراحتاً به بیماران حق می‌دهند تا درباره فرآیند درمانی خود اتخاذ تصمیم کنند. اشارات صریح و ضمنی برخی از این مقررات اخلاقی به نهاد دستورالعمل پیشینی درمان بدین‌شرح است که در منشور حقوق بیماران مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۸ و در بند ۵-۱-۳ آن به صورت صریح به دستورالعمل پیشینی درمان اشاره شده است. در مواد ۶۱، ۶۹، ۷۱، ۷۳، ۱۲۶ و ۱۳۱ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در سال ۱۳۹۷ به تصویب سازمان نظام پزشکی رسیده است، همچنین در بندهای ۵-۲-۱-۷، ۵-۱-۱-۳، ۵-۱-۲-۱ و ۵-۲-۱-۷ راهنمای اخلاقی کشوری در موضوع مراقبت‌های حمایتی تسکینی در بیماران در مراحل پایانی حیات که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۷ تصویب گردیده است، به علاوه در مواد ۳، ۶ و ۸ الزامات برخورد با امتناع بیماران از درمان‌های ضروری مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۹، گاه به صورت صریح و گاه به صورت ضمنی با اشاره به تصمیم‌گیرنده جایگزین به مفهوم دستورالعمل پیشینی درمان پرداخته شده است.

مقنن، در بند ۳-۱-۵ منشور حقوق بیماران، صراحتاً بیان داشته است که «اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی، در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد، ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی، با رعایت موازین قانونی، مد نظر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد»؛ به نظر می‌رسد این بند را می‌توان، به مثابه مستند قانونی پذیرش دستورالعمل پیشینی درمان در حقوق ایران قلمداد نمود. در این مقرر به چند نکته مهم در خصوص دستورالعمل پیشینی اشاره شده است: نکته اول آن است که اظهار نظر قبلی بیمار در خصوص مداخلات درمانی آینده باید توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مورد ثبت و ضبط قرار گیرد؛ در حقیقت اظهار و اعلان شفاهی دستورات توسط بیمار کافی نیست و این اظهارات باید کتبی و قابل استناد باشد؛ نکته دوم آن است که دستورات بیمار باید در زمان «ظرفیت تصمیم‌گیری» ایشان صدور یافته باشد و در زمان «فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری» مورد استفاده واقع شود؛ نکته سومی که از بند مزبور، دریافت می‌گردد این است که دستورات بیمار صرفاً «راهنمای اقدامات پزشکی» است، آنچه از این گزاره مستفاد می‌گردد، این است که تصمیم‌گیری‌های پیشینی بیمار، الزام‌آور نخواهد بود و همچنان پزشکان در اقدامات خود دارای آزادی عمل هستند؛ در حقیقت وفق این پیش‌بینی، این پزشک است که تصمیم می‌گیرد به دستورات بیمار اعتنا نماید یا خیر. دستورالعمل پیشینی درمان در حقوق ایران - برخلاف کشورهایی همچون آمریکا، کانادا، بلژیک، دانمارک، اسپانیا و هلند که دستورالعمل پیشینی درمان برای پزشکان الزام‌آور است - جنبه «اخلاقی» داشته و عمل بدان از حیث «حقوقی» الزام‌آور نیست، هرچند ممکن است در برخی فروض، بی‌اعتنایی به آن نوعی تخلف انتظامی برای پزشک محسوب گردد (به عنوان نمونه وفق تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون نظام پزشکی). در هر حال این مقررات اخلاقی، ابتکار عمل را در اختیار پزشک قرار داده‌اند و حتی زمانی که بیمار از قبل الزاماتی تعیین کرده باشد، پزشک می‌تواند با استناد به سایر اصول ناظر بر اخلاق پزشکی (سودرسانی،

ضرر نرسانی و عدالت)، از انجام دستورات بیمار سرباز زند. به عنوان نمونه ماده ۷۱ راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلی حرف پزشکی وابسته نظام پزشکی (۱۳۹۷ ش.) اشعار داشته است که اگر «... تصمیمات تصمیم‌گیرندگان جایگزین، مانند وکیل، سرپرست یا قیم قانونی از نظر حرفه‌مند معالج منطقی به نظر نرسد و به نفع بیمار نباشد...»، پزشک تکلیف دارد که جهت تصمیم‌گیری، مسأله را به کمیته اخلاق بیمارستان یا سایر نهادهای دارای صلاحیت ارجاع کرده و از آن نهادها کسب تکلیف کند. از نقطه نظر ماهیت، نهاد دستورالعمل پیشینی درمان در نظام‌های حقوقی غربی (اروپایی و آمریکایی) که خواستگاه اندیشگانی این نهاد محسوب می‌شوند، به مثابه نوعی وصیت‌نامه تلقی شده و از آنجایی که ناظر بر زمان حیات بیمار است، عنوان «وصیت‌نامه زنده (Living Will)» را بر آن اطلاق کرده‌اند؛ در حقوق ایران، امکان وصیت‌انگاری این نهاد (اعم از وصیت یا وصایت) منتفی است، زیرا مطابق قانون، وصیت عملی حقوقی است که اثر آن، معلق بر فوت انشاکننده وصیت است. دستورالعمل پیشینی درمان، آن‌گونه که در برخی کدها و آیین‌نامه‌های اخلاقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انعکاس یافته است، بیش از آنکه در قالب یک نهاد الزام‌آور حقوقی ظاهر شود، در هیأت توصیه‌نامه‌ای از سوی بیمار جلوه‌گر شده است؛ توصیه‌نامه‌ای که بیانگر اراده و ترجیحات شخصی ایشان در قبال مداخلات درمانی آینده است، بی‌آنکه ذیل هیچ‌یک از عقود معین و شناخته‌شده در قانون مدنی و سایر قوانین جای گیرد، چه آنکه عقود در حقوق ایران نوعی توافق الزام‌آور میان طرفین هستند، اما دستورالعمل پیشینی درمان فاقد این ویژگی بنیادین است.

نتیجه‌گیری

پیش‌بینی «دستورالعمل پیشینی درمان»، از آثار گذار اخلاق پزشکی از «پدرسالاری» و «اقتدارگرایی سنتی» ناظر بر مناسبات میان پزشکان و بیماران، به پزشکی مبتنی بر «خودمختاری» بیماران است. از حیث مبنایی، این ابزار

پاسخی اخلاقی، به یکی از عمیق‌ترین اضطراب‌های انسانی است؛ بیم آنکه در واپسین لحظات حیات، تصمیم‌هایی درباره وی گرفته شود که در صورتی که توان تصمیم‌گیری داشت، هرگز چنین تصمیماتی را اتخاذ نمی‌کرد. در هر حال، تحلیل و بررسی در خصوص جنبه‌های مختلف این ابزار، چالش‌های ذاتی و عارضی آن را آشکار می‌نماید. به عقیده اندیشه‌ورزان علم اخلاق، دستورالعمل پیشینی درمان، گرچه ابزاری مهم برای پاسداشت اراده بیمار و ارتقای «خودمختاری» او است، اما می‌تواند خود، به مانعی بر سر راه «خودمختاری واقعی بیمار» تبدیل شود. مسائلی همچون تعارض میان اراده پیشینی و وضعیت کنونی بیمار گرفته تا نسبت آن با کرامت انسانی، عدالت توزیعی، اصل سودرسانی، خودمختاری رابطه‌ای و محدودیت‌های تفسیری و اجرایی، جملگی حکایت از آن دارند که دستورالعمل پیشینی درمان، سازوکاری «زمینه‌مند» و «مستلزم احتیاط» را اقتضاء می‌نماید. در حقوق ایران، دستورالعمل پیشینی درمان در منشور حقوق بیماران (۱۳۸۸ ش.) و کدها و راهنماهای اخلاقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به رسمیت شناخته شده است، اما صرفاً جنبه «توصیه‌ای» و «اخلاقی» داشته و در هیچ یک از قالب‌های عقود معین مقرر در قانون مدنی نمی‌گنجد.

پژوهش حاضر، به لحاظ نوپدیدبودن مورد مطالعه و فقدان مطالعات گسترده و عمیق پیرامون ابعاد اخلاقی و کاربردی آن، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. یکی از محدودیت‌های پژوهش، ناظر بر بازه زمانی مطالعات است؛ در این پژوهش تلاش گردید تا مقالات منتشره در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ میلادی، مورد تحلیل و بررسی قرار گیرند؛ بنابراین برخی از منابع کلاسیک و بنیادین که مبانی فلسفی و حقوقی نهاد دستورالعمل پیشینی درمان را پایه‌ریزی کرده‌اند، خارج از این بازه زمانی قرار داشتند. عدم امکان دسترسی به متن کامل بسیاری از مقالات به‌روز در این حوزه و نیز هم‌پوشانی محتوایی چشم‌گیر میان مقالات قابل دسترس، کار تحلیل را با دشواری مواجه ساخت، به‌علاوه در بررسی انجام‌شده، هیچ مقاله علمی، پایان‌نامه یا کتاب مستقل و جامعی که به زبان فارسی بوده و به طور اختصاصی به تبیین «دستورالعمل‌های

پیشینی درمان» در ایران پرداخته باشد، یافت نشد و تنها در پژوهش آرمان و همکاران (۱۴۰۳ ش.)، به طور ضمنی و با استفاده از واژه «وصیت پزشکی»، اشاراتی مختصر نسبت بدان صورت گرفته است؛ در این راستا، پژوهش حاضر تلاش کرده است تا گامی کوچک در جهت شناسایی و تبیین این مفهوم در ادبیات داخلی بردارد و بتواند زمینه‌ساز پژوهش‌های گسترده‌تری در آینده، در این حوزه باشد.

مشارکت نویسندگان

محمدحسن صادقی مقدم: نظارت بر روند پژوهش و راهنمایی آن.

امین قاسم‌پور: گردآوری مطالب و تدوین پژوهش و عهده‌دار مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش.

کلثومه گلی: گردآوری مطالب و تدوین پژوهش. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Kittay EF. The liberal autonomous subject and the question of health inequalities. In: Buchbinder M, Rivkin-Fish M, Walker RL, editors. *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations Across the Disciplines*. Chapel Hill (NC): University of North Carolina Press; 2016. p.112-34.
2. Taylor HJ. What are 'best interests'? A critical evaluation of 'best interests' decision-making in clinical practice. *Medical Law Review*. 2016;24(2):176-205.
3. Peicius E, Blazeviciene A, Kaminskas R. Are advance directives helpful for good end of life decision making: A cross sectional survey of health professionals. *BMC Medical Ethics*. 2017;18(1):40.
4. Thompson AE. Advance directives. *JAMA*. 2015;313(8):868.
5. Sadini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: An overview of the main critical issues. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2022;34(2):325-30.
6. Banja J, Sumler M. Overriding advance directives: A 20-year legal and ethical overview. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2019;39(2):11-18.
7. Vogelstein E. Autonomy and the moral authority of advance directives. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2016;41(5):500-20.
8. House SA, Schoo C, Ogilvie WA. Advance directives [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2017 [cited 2026 May 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459133>.
9. Carter M. Advance directives: The principle of determining authenticity. *Hastings Center Report*. 2022;52(1):32-41.
10. Arruda LM, Abreu KP, Santana LB, Sales MV. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. *Einstein (São Paulo)*. 2019;18:eRW4852.
11. Scholten G, Bourguignon S, Delanote A, Vermeulen B, Van Boxem G, Schoenmakers B. Advance directive: Does the GP know and address what the patient wants? Advance directive in primary care. *BMC Medical Ethics*. 2018;19(1):58.
12. Asagumo A. Relational autonomy, the right to reject treatment and advance directives in Japan. *Asian Bioethics Review*. 2022;14(1):57-69.
13. Tsinorema S. The principle of autonomy and the ethics of advance directives. *Synthesis Philosophica*. 2015;59(1):73-88.
14. Dixon J, Matosevic T, Knapp M. The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence. *Palliative Medicine*. 2015;29(10):869-84.
15. Arman A, Mobasher M, Aminizadeh M. Is it Possible to apply an Advance Directive in Iran's Health System?. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024;17(1):154-64. [Persian]
16. Um S. Vices in autonomous paternalism: The case of advance directives and persons living with dementia 1. *Bioethics*. 2022;36(5):511-8.
17. Luck G, Eggenberger TL, Bautista A, Peters D, Mellman RT, Keller KB, et al. Fearing pain at the end of life: A review of advance directives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2024;41(7):824-30.
18. Stock E, Nickel CH, Elger BS, Martani A. The instrumental value of advance directives: Lesson learned from the COVID-19 pandemic for policymaking. *Research in Health Services & Regions*. 2025;4:1-9
19. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Crespo I, Monforte-Royo C. Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review. *Bioethics*. 2019;33(4):411-20.
20. Lima JS, Lima JG, Lima SI, Alves HK, Rodrigues WF. Advance directives: Patient autonomy and professional safety. *Revista Bioética*. 2022;30(4):769-79.
21. Vitale A. Advanced healthcare directives: An analysis of the ethical and legal related issues and a current comparison among EU Members States. *Bioethica*. 2019;5(2):51-66.