مجله ایرانی اخلاق و تاریخ اخلاق پزشکی

بررسی نگرش پزشکان در مورد بیماران ترمینال

علی کاظمیان[1]

چکیده

در برخورد با بیمار ترمینال، مسائل متعدد اخلاقی در حیطه‌ی اخلاق پزشکی مطرح می‌گردد. از جمله‌ی این مسائل، مسأله‌ی اطلاع دادن به بیمار ترمینال درباره‌ی بیماری خود و کسب نظر او راجع به اقدامات حمایتی و درمانی، شروع و قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات و بالاخره بحث اتانازی است. با توجه به این‌که در فرهنگ‌های مختلف دیدگاه پزشکان و مردم نسبت به مسائل اخلاقی می‌تواند کاملاً متفاوت باشد، برخورد با مسائل اخلاقی بیماران ترمینال احتیاج به بررسی نظرات پزشکان و مردم در زمینه‌ی خاص فرهنگی جامعه دارد. با توجه به این‌که در ایران مطالعه‌ای برای بررسی نظر پزشکان نسبت به مسائل بیماران ترمینال انجام نشده بود، مطالعه‌ی حاضر سعی در روشن کردن دیدگاه پزشکان ایرانی نسبت به مسأله‌ی بیماران ترمینال دارد.

در این مطالعه با بیست پزشک متخصص در گروه‌های تخصصی نفرولوژی، هماتولوژی، بیهوشی، نورولوژی، جراحی عمومی، جراحی اعصاب و رادیوتراپی که بیش‌تر در حیطه‌ی کاری خود با بیماران ترمینال مواجه بودند مصاحبه‌ی عمیق انجام داده و نظر آن‌ها را راجع به بیماران ترمینال جویا شدیم. سپس نظرات آن‌ها جمع‌بندی و سعی در نتیجه‌گیری شد.

بر مبنای مصاحبه‌هایی که انجام شده است مشخص شد که متخصصان مورد سؤال واقع شده، گرچه تعریف واحدی از بیماری ترمینال نداشته و بعضاً تعاریف آن‌ها با تعاریف کتب اخلاق پزشکی مغایرت دارد، ولی به‌نظر آن‌ها در اطلاع‌رسانی و تصمیم‌گیری راجع به بیمار ترمینال، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار خانواده بوده و تمایلات پزشک و تشخیص او برای انجام یا قطع اقدامات حیات بخش نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. این طرز برخورد با بیمار ترمینال گرچه با اتونومی بیمار، مطابق آن‌چه در ادبیات غربی اخلاق پزشکی نامیده می‌شود مغایرت دارد، در یک مدل اخلاقی که عمدتاً در جوامع شرقی دنبال می‌گردد می‌گنجد. به‌نظر می‌رسد در این روش برخورد، بیش‌تر تبعات قانونی اقدام و تعامل با بازماندگان فرد بیمار و اصول سودرسانی و عدم ضرررسانی مورد توجه بوده و اصل اتونومی از اهمیت کم‌تری برخوردار باشد. با قبول این روش برخورد، دیگر جایی برای مطرح کردن روش مراقبت پیشرو advanced care management باقی نمی‌ماند.

واژگان کلیدی: بیماران ترمینال، اتونومی بیماران، درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات

[1]- استادیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران، بولوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نبش خیابان پورسینا، پلاک ۲۱ – طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: kazemian@tums.ac.ri

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

با پیشرفت‌های اخیر دانش پزشکی امید به زندگی در جوامع بشری افزایش یافته است و بسیاری از بیماران که قبلاً محکوم به مرگ بودند می‌توانند طول عمر بیش‌تری داشته باشند. با افزایش طول عمر، مسأله‌ی مهم، کیفیت زندگی بیمار و حد استفاده از وسایل طولانی‌کننده‌ی حیات است. طبق آمارهای موجود در آمریکا حدود ۷۵ درصد مرگ‌ها در سال ۱۹۸۷ در بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت رخ داده است؛ در حالی که این میزان در سال ۱۹۵۰، ۵۰ درصد بوده است (۱). هم‌چنین کمیته‌ی ارزیابی تکنولوژی آمریکا تخمین زده است که در سال ۱۹۸۸ حدود ۳۷۷۵ الی ۶۵۷۵ نفر از ونتیلاتور و ۱۴۰۴۵۰۰ نفر از حمایت‌های تغذیه‌ای مصنوعی بهره برده‌اند (۲). متأسفانه، در کشور ما در این زمینه آمار دقیقی وجود ندارد، ولی با توجه به روند رو به رشد تکنولوژی می‌توان حدس زد که در کشور ما نیز استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات رشد سریعی داشته است.

با کنترل بیماری‌های حاد، افزایش طول عمر و روش‌های کنترل بیماری‌های مزمن، به‌تدریج تعداد زیادی از بیماران در مرحله‌ای از زندگی خود در شرایطی قرار می‌گیرند که به آن‌ها بیمار ترمینال اطلاق می‌گردد. بیمار ترمینال می‌تواند در حیطه‌های مختلف پزشکی تعاریف متفاوتی داشته باشد؛ ولی در همه‌ی این موارد، نکته‌ی مشترک، عدم وجود درمان اساسی برای بیماری زمینه‌ای است. بیماران ترمینال معمولاً مشکلات طبی متعدد دارند و در قسمتی از برنامه‌ی درمانی خود احتیاج به اقدامات طولانی‌کننده‌ی حیات پیدا می‌کنند؛ و گاه باید برای قطع این اقدامات تصمیم گرفت.

امروزه تکنولوژی اجازه‌ی افزایش طول مدت زندگی را داده است. به‌نظر می‌رسد که رشد تعداد بیماران ترمینال باعث شده تا تصمیماتی در مورد متوقف کردن درمان در مورد بعضی از آن‌ها صورت بگیرد. در برخورد با بیمار ترمینال، مسائل متعدد اخلاقی در حیطه‌ی اخلاق پزشکی مطرح می‌گردند. از جمله‌ی این مسائل، مسأله‌ی اطلاع دادن به بیمار ترمینال درباره‌ی بیماری خود و کسب نظر او راجع به اقدامات حمایتی و درمانی، شروع و قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات و بالاخره بحث اتانازی است. با توجه به این‌که در فرهنگ‌های مختلف دیدگاه پزشکان و مردم نسبت به مسائل اخلاقی می‌تواند کاملاً متفاوت باشد، در برخورد با مسائل اخلاقی بیماران ترمینال، لازم است نظرات پزشکان و مردم در زمینه‌ی خاص فرهنگی جامعه بررسی شود. با توجه به این‌که در ایران تا کنون مطالعه‌ای برای بررسی نظر پزشکان نسبت به مسائل بیماران ترمینال انجام نشده است، مطالعه‌ی حاضر سعی در روشن کردن دیدگاه پزشکان ایرانی نسبت به مسأله‌ی بیماران ترمینال دارد.

روش اجرا

در این مطالعه با بیست پزشک متخصص در گروه‌های تخصصی نفرولوژی، هماتولوژی، بیهوشی، نورولوژی، جراحی عمومی، جراحی اعصاب و رادیوتراپی که بیش‌تر در حیطه‌ی کاری خود با بیماران ترمینال مواجه بودند، مصاحبه عمیق انجام داده و نظر آن‌ها را راجع به بیماران ترمینال جویا شدیم. انتخاب پزشکان بر مبنای شناخت مجری طرح از پزشکانی که در حیطه‌ی فعالیت خود بیش‌تر با بیماران ترمینال سروکار داشتند انجام شد. پزشکان مذکور در بخش‌های دانشگاهی و خصوصی فعالیت داشتند. از این پزشکان در مورد تعریف بیماران ترمینال، بیان حقایق با بیماران ترمینال و مشکلات آن، تصمیم‌گیری راجع به بیماران ترمینال و قطع اقدامات طولانی‌کننده‌ی حیات، معیارتصمیم‌گیری و مرجع تصمیم‌گیر در مورد بیماران ترمینال سؤال شد. سپس نظرات آن‌ها جمع بندی شده و سعی در نتیجه‌گیری شد. برای کلیه‌ی مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شد که اطلاعات و نظرات اخذ شده از آن‌ها به‌صورت محرمانه نزد محقق طرح باقی خواهد ماند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

نتایج

در مورد تعریف بیماری ترمینال تعاریف زیر به‌دست آمد:

- بیماری ترمینال و end stage در هررشته‌ای تعریف مخصوص به خود را دارد.
- معمولاً اصطلاحات بیماری ترمینال و endstage به‌صورت معلول یکدیگر توسط پزشکان به کاربرده می شوند.

مفاهیم مشترک در تعاریف بیمارترمینال که توسط اکثریت مصاحبه شوندگان عنوان شد:

۱- عدم پاسخ به درمان‌های طبی و یا جراحی موجود

۲- کاهش بقای بیمار، علی‌رغم عدم تعیین محدوده خاص زمانی برای مرگ این بیماران

پنج نفر از پزشکان، طول عمر بیمار ترمینال را بین چند روز تا چند ماه (زیر۶ ماه) تعریف کردند.

سایر نکات مربوط به تعریف بیماری ترمینال که توسط پزشکان به آن اشاره شده است:

در مورد خصوصیات بیمار ترمینال:

۱- این بیماران برای زنده ماندن به اقدامات حمایتی نیاز دارند.

۲- به درمان‌های تسکینی (palliative) و علامتی پاسخ نمی‌دهند.

۳- کیفیت زندگی بیماران با وجود درمان بهبود نمی‌یابد.

۴- بیمار توان مراقبت از خود را ندارد.

پزشکان در مواردی بین بیماری end stage و ترمینال تفاوت قائل شده‌اند. این موارد عبارتند از:

۱- از دید یک رادیوتراپیست، بیمارend stage در آینده‌ی نزدیک می‌میرد ولی بیمار ترمینال در حال مرگ است.

۲- از دید یک جراح مغز و اعصاب، بیمار end stage دچار مرگ مغزی است ولی بیمار ترمینال هوشیار است.

حال این سؤال مطرح می‌شود که معمولاً پزشکان بر مبنای چه معیارهایی برای بیماران ترمینال تصمیم‌گیری می‌کنند؟ براساس چه معیارهایی درمان را قطع می‌کنند؟ و براساس چه معیارهایی درمان را شروع می‌کنند؟

- هشت نفر از پزشکان براین عقیده بودند که تصمیم‌گیری در مورد چگونگی درمان بیماران برای هر بیمار به‌طور جداگانه و بر مبنای وضعیت بیماری، وضعیت جسمی، وضعیت مالی- اقتصادی و فرهنگی وی صورت می‌گیرد.
- هفت نفر از پزشکان، بهترین ملاک تصمیم گیری را اجماع پزشکان و نظر سایر پزشکان معالج دانستند و چهار نفر هم ملاک تصمیم گیری را مشارکت بین پزشک و بیمار و یا خانواده وی دانستند.
- از نظر این پزشکان یکی از اهداف درمان، آماده کردن محیط برای مردن آسان بیمار و « به مرگی» است.
- در اتخاذ تصمیم، مسائل روان شناختی بیماران باید مدنظر قرار گیرند.
- برای درمان این بیماران هیچ درمان اضافی نباید انجام شود.
- از مواردی که باید در درمان این بیماران مدنظر قرار گیرد، حمایت‌های روانی- اجتماعی و مذهبی است.
- ایجاد سازمان‌های حمایتی یا مراکز نگه‌داری از بیماران ترمینال می‌توانند بسیار مفید باشند.
- در مورد شروع درمان، هیچ کس با شروع به موقع و سریع آن مخالفتی نداشت.
- در مورد قطع درمان، سه نفر توافق بین پزشک و خانواده بیمار را مطرح کردند. در این شرایط، درمان‌های اصلی قطع می‌شود ولی درمان‌های تسکینی- علامتی و سایر اقدامات حمایتی تا انتهای حیات بیمار ادامه می‌یابند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

- هشت نفر از پزشکان ، درمان را تا زمانی که خانواده یا خود بیمار مانع ادامه آن شوند، و پنج نفر نیز، بدون توجه به اظهارات خانواده، درمان را تا انتهای حیات بیمار ادامه می‌دهند.
- از دیگر شرایط قطع درمان، ایجاد مسمومیت دارویی یا ایجاد مرگ مغزی است.

در خصوص نحوه‌ی مطرح کردن بیماری ترمینال با بیماران مهم آن است که این مطلب با چه افرادی مطرح می‌شود؟ چه زمانی مطرح می‌شود؟ چگونه مطرح می‌شود؟

به دلیل مسائل فرهنگی، عدم تحمل و پذیرش بیماران و تاثیر منفی در شرایط روانی و در نتیجه روند درمان بیماران، همه‌ی پزشکان بیماری ترمینال را با همراهان مطرح می‌کنند. یک نفر از پزشکان در مرحله‌ی بعد هم به خود بیماران مسأله را نمی‌گوید. یک نفر هم علل قانونی را برای عدم طرح بیماری با خود بیمار مطرح می‌کند.

- مطرح کردن بیماری با افرادی در خانواده صورت می‌گیرد که بتوانند بهتر مسأله را پیش ببرند. برای انتخاب این افراد، دو نفر از پزشکان عقیده دارند که باید با افرادی که مسؤولیت‌های قانونی در قبال بیمار دارند مسأله را در میان بگذارند و هشت نفر، افراد خانواده (درجه اول) را ترجیح می‌دهند و از میان این‌ها پدر و برادر را که تحمل بیش‌تری دارند انتخاب می‌نمایند.
- طرح بیماری با افراد خانواده به محض قطعی شدن تشخیص بیماری ترمینال صورت می‌پذیرد. معمولاً قبل از آن، بیمار چند روز تحت تأثیر انواع روش‌های درمانی بوده است که این امر پذیرش افراد خانواده را برای قبول بیماری تسهیل می‌کند.
- مطرح کردن بیماری با افراد خانواده به‌صورت مستقیم صورت می‌پذیرد. تکنیک بیان موضوع متفاوت است ولی در مجموع ، هیچ‌کس در ابتدا به صراحت مسأله را عنوان نمی‌کند، بلکه با مقدمه‌چینی به سراغ موضوع می‌رود. دو نفراز پزشکان نیز به‌صورت قابل فهم ولی علمی، به بیان مسیر بیماری، پیش‌آگهی و درمان‌های به عمل آمده می‌پردازند. نکته‌ی قابل تأمل، امید دادن به خانواده است.
- بیش‌تر پزشکان ترجیح می‌دهند تا بیمار از طریق خانواده و به‌طور غیرمستقیم با شرایط آشنا شود. در این میان، بستری شدن بیماران و در تماس قرار گرفتن با بیماران مشابه نیز به درک غیر مستقیم بیمار کمک می‌کند. پنج نفر از پزشکان عقیده دارند که دانستن حقیقت حق بیماراست و لذا با خود بیمار هم مسأله را مطرح می‌کنند، ولی در این شرایط هم اولاً با اصرار خود بیمار، ثانیاً صلاحدید خانواده و ثالثاً به‌طور کاملاً غیرمستقیم و با اشاره و کنایه، مسأله با بیمار در میان گذاشته می‌شود. به مسأله‌ی میزان بقا اصلاً اشاره نمی‌شود.
- دو نفر از پزشکان بیان داشتند که در مسائل معدودی مسأله به‌طور مستقیم با بیمار در میان گذاشته می‌شود، از آن جمله وقتی که بیمار خیلی اصرار به دانستن داشته باشد، شرایط فرهنگی بیمار مساعد باشد، یا بیمار جوان باشد؛ که در این صورت هم باید این کار با زمینه‌چینی انجام شود. در مقابل یک نفر هم تحت هیچ شرایطی حاضر نبود به بیمار، خود، مسأله را به‌طور مستقیم بگوید.

بحث

در این مطالعه‌ی کیفی، اطلاعات کافی راجع به بیماران ترمینال از متخصصانی که بیش‌تر با بیماران ترمینال سر و کار دارند، به‌دست آمد. در این مطالعه که به‌صورت مصاحبه‌ی عمیق با ۲۰ تن از پزشکان با تخصص‌های مختلف انجام شد، مشخص شد که در بین متخصصان، تعریف جامعی از بیمار ترمینال وجود ندارد. گرچه مفاهیم مشترکی مثل عدم پاسخ به درمان‌های موجود و کاهش بقای بیمار در این میان وجود

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

داشت ولی در تخصص‌های مختلف بر مبنای دید کلینیکی آن متخصص تعاریف مختلفی برای بیمار ترمینال بیان شده است. به‌عنوان مثال، جراح اعصاب بیمار مرگ مغزی را ترمینال می‌داند در حالی که متخصص نفرولوژی، بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را بیمار ترمینال می‌داند و متخصص بیهوشی بیمار در حال کوما را بیمار ترمینال می‌دانسته است. خصوصیاتی که در مصاحبه‌ی عمیق برای بیماران ترمینال ذکر کرده‌اند شامل نیاز به اقدامات حمایتی برای زنده ماندن، عدم پاسخ به درمان‌های حمایتی و کیفیت زندگی با وجود درمان بوده است. به‌نظر می‌رسد که با توجه به پاسخ‌های داده شده، تعریف بیمار ترمینال در بین متخصصان ما، با تعریف استانداردی که در کتب اخلاق پزشکی مطرح می‌شود متفاوت است. مطابق تعریف استاندارد، بیمار ترمینال بیماری است که دچار یک بیماری پیشرفته غیرقابل علاج است که به اقدامات فعال درمانی پاسخ نمی‌دهد ولی می‌توان با اقدامات حمایتی، شرایط بهتر را برای زندگی بیمار تا هنگام مرگ فراهم کرد. آن‌چه در مصاحبه با متخصصان در این باب به‌دست آمد، گرچه در هر گروه گوشه‌هایی از هم‌پوشانی با تعریف استاندارد بیمار ترمینال به‌دست می‌آید، به‌طور کلی با تعریف بیمار ترمینال، مطابق منابع اخلاق پزشکی، مطابقت کامل ندارد.

در قسمت دیگر مصاحبه از مصاحبه‌شوندگان راجع به این‌که چه گونه و با چه کسانی بیماری ترمینال بیمار خود را مطرح می‌کنند سؤال شد. اکثریت قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که بیماری ترمینال فرد را با خود بیمار در میان نگذاشته بلکه با خانواده و همراهان فرد در میان می‌گذارند؛ و در بین خانواده هم بیش‌تر با پدر و برادر یا افرادی که مسؤولیت‌های قانونی در مقابل بیمار دارند، این مسأله مطرح می‌گردد و در بیان مسأله با خانواده هم سعی در امید دادن به خانواده است. اطلاع بیمار از وضعیت خود از طریق خانواده صورت می‌گیرد و اگر قرار باشد که از طریق پزشک به اطلاع بیمار رسانده شود، این کار در شرایط خاص و با صلاحدید خانواده، با اصرار بیمار و به‌طور غیر مستقیم و با بیان مفاهیم کلی انجام می‌شود. به‌طور کلی، پزشکانی که مورد سؤال قرار گرفتند علاقه‌ای به بیان مسأله‌ی ترمینال بودن بیماری به بیمار خود را ندارند. این طرز برخورد با بیماران ترمینال شبیه طرز برخوردی است که در مطالعات کشورهای شرقی مثل ژاپن یا کره یا جوامع آفریقایی دیده می‌شود (۶، ۵، ۳). در مورد دلیل چنین برخوردی با بیان حقایق بیماری ترمینال، اکثراً مسائل فرهنگی، عدم تحمل و پذیرش بیماران و تأثیر منفی در شرایط روانی و روند درمان را مطرح کردند حتی بعضی علل قانونی را بیان نمودند.

وقتی که با پزشکان راجع به تصمیم‌گیری برای بیماران ترمینال صحبت شد، عمده‌ی پزشکان مبنای تصمیم‌گیری را اجماع پزشکان یا مشارکت بین پزشک و خانواده بیمار دانستند. این مسأله که بیمار از چرخه‌ی تصمیم‌گیری راجع به خود به‌طور فعال حذف می‌شود، با بحث بیان حقایق مربوط به بیماری که در آن‌جا نیز بیمار به‌طور غیرفعالانه در روند اطلاع‌رسانی شرکت داشت، هم خوانی دارد.

بدین معنی که در نظر مصاحبه‌شوندگان، بیمار ترمینال با توجه به ماهیت بیماری خود و ترس پزشکان از تبعات اطلاع‌رسانی صریح و شفاف از داشتن اطلاعات محروم و بالطبع از قرار گرفتن در روند تصمیم‌گیری محروم می‌گردد؛ و به جای بیمار خانواده‌ی او در این روند مشارکت خواهند داشت.

مواردی که طبق نظر مصاحبه‌شوندگان می‌توانند بر روی تصمیم پزشک در درمان بیمار ترمینالش تأثیر بگذارد شامل وضعیت بیماری، وضعیت جسمی، وضعیت مالی، اقتصادی و فرهنگی بیمار است. این روند تصمیم‌گیری که در آن پزشک به‌عنوان فرد غالب، راجع به بیمار خود تصمیم‌گیری می‌کند و برای خود این صلاحیت را قائل است که حتی بر مبنای وضعیت مالی و فرهنگی بیمار تصمیمات درمانی اتخاذ نماید، بیش‌تر در روش پدرسالارانه‌ی طبابت مطرح است. گرچه در کشورهای غربی ایده‌ی فعلی تصمیم‌گیری راجع به بیمار بر

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مبنـای تمـایلات خـود بیمـار اسـت (۱۱ ، ۱۰ ، ۷) ولـی در جوامع شرقی مثل ژاپن، نقش خانواده پررنگ‌تر بـوده و حتـی تمایلات بیمار وقتی که در تعارض با تمایلات خانواده باشـند مورد توجه قرار نمی‌گیرند (۱۳ ، ۸ ، ۶).

در مورد قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیـات، پزشـکان مورد سؤال واقع شده بر این عقیده بودند کـه قطـع درمـان بـا توافق پزشک و خانواده‌ی بیمار انجام می‌شـود و عـده‌ای نیـز بدون توجه به اظهارات خـانواده درمـان را تـا انتهـای حیـات بیمار ادامه می‌دهند. این یافته نیز در تعارض با دیدگاه غربی‌ها در برخورد با بیماران ترمینال اسـت کـه حـد انجـام اقـدامات طولانی‌کننده‌ی حیـات را خواسـت بیمـار بـرای ادامـه‌ی ایـن اقدامات می‌دانند (۱۵، ۱۱، ۹ ، ۶). در حالی که این نوع نگرش با نظر پزشکان جوامع شرقی هم‌خوانی دارد (۱۳،۱۶ ، ۶).

بر مبنـای مـصاحبه‌هـای انجـام شـده، مـشخص شـد کـه متخصصان مورد سؤال واقع شده، گرچـه تعریـف واحـدی از بیماری ترمینال نداشته و بعضاً تعاریف آن‌ها با تعاریف کتـب اخلاق پزشکی مغایرت دارد ولی به‌نظر آن‌ها مهم‌تـرین عامـل تأثیرگذار در اطـلاع‌رسـانی و تـصمیم‌گیـری راجـع بـه بیمـار ترمینال، خانواده بوده و تمایلات پزشک و تـشخیص او بـرای انجام یا قطع اقـدامات حیـات بخـش نیـز از اهمیـت خاصـی برخوردار هستند. این طرز برخورد با بیمار ترمینال گرچـه بـا اتونومی بیمار مطابق آن‌چه در ادبیات غربـی اخـلاق پزشـکی نامیده می‌شود، مغایرت دارد؛ ولی در یـک مـدل اخلاقـی کـه عمدتاً در جوامع شرقی دنبـال مـی‌گـردد مـی‌گنجـد. بـه‌نظـر می‌رسد در این روش برخورد بیش‌تر تبعـات قـانونی اقـدام و تعامل با بازماندگان فـرد بیمـار و اصـول سودرسـانی و عـدم ضرررسانی مورد توجه بوده و اصل اتونومی از اهمیت کم‌تری برخوردار است. با قبول این روش برخورد، دیگر جایی بـرای مطـرح کـردن روش مراقبـت پیـشرو advanced care management باقی نمی‌ماند.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر پارساپور و همکاران ایـشان در مرکـز مطالعات اخلاق پزشکی و آقای دکتر علاءالـدینی و همکـاران ایشان در مؤسسه‌ی پژوهشگران سلامت کمال تشکر را دارم.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

Ethics 2000; 26(4): 254-60.
8. Oh DY, Kim JE, Lee CH, et al. Discrepancies among Patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. Cancer 2004; 100(9): 1961-6.
9. Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. J Med Ethics 2001; 27(3): 186-91.
10. Wenger NS, Carmel S. Physicians' religiosity and end-of- life care attitudes and behaviors. Mt Sinai J Med 2004; 71(5): 335-43.
11. Fischer S, Bosshard G, Faisst K, et al. Swiss doctors' attitudes towards end-of-life decisions and their determinants: a comparison of three language regions. Swiss Med Wkly 2006; 136 (23-24): 370–76.
12. Hinkka H, Kosunen E, Mets?noja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. J Med Ethics 2002; 28 (2): 109-14.
13. Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, Miura Y, Tanabe N, Kurokawa K. Medical decisions concerning the end of life: a discussion with Japanese physicians. J Med Ethics 1997; 23(5): 323-7.
14. Mebane EW, Oman RF, Kroonen LT, Goldstein MK. The influence of physician race, age, and gender on physician attitudes toward advance care directives and preferences for end-of-life decision-making. J Am Geriatr Soc 1999; 47(5): 579-91.

References

1. CDC Report 1999.
2. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. Palliat Med, 2000;14(4): 287-98
3. Klessig J. The effect of values and culture on life-support decisions. West J Med 1992; 157(3): 316-22.
4. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, et al. Patient Preferences for Communication with Physicians about End-of-Life Decisions. Ann Intern Med 1997; 127(1): 1-12.
5. Kissane DW. The challenge of discrepancies in values among physicians, patients, and family members. Cancer 2004; 100(9): 1771-5.
6. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. Chest 2000; 118(4): 1172-82.
7. Dickenson DL. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life. J Med
15. Carver AC, Vickrey BG, Bernat JL, Keran C, Ringel SP, Foley KM. End-of-life care: a survey of US neurologists' attitudes, behavior, and knowledge. Neurology 1999; 53(2): 284-93.
16. Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. J Med Ethics 2001; 27 (5): 324-30.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]