بیهودگی اقدامات پزشکی از منظر چهار اصل اخلاق زیستی

سعیده سعیدی تهرانی*[۱]، منصوره مدنی[۱]

مقاله‌ی مروری

چکیده

به‌طور کلی، منظور از بیهودگی در پزشکی وضعیتی است که برای بیمار اقدامی (تشخیصی، درمانی، بازتوانی) انجام می‌شود که برای او نتیجه‌ای در پی ندارد. پزشک با توجه به تعهدات حرفه‌ای نباید دست به چنین اقدامی بزند، اگرچه در تعریف بیهودگی ابهامات زیادی وجود دارد و در مطالعات بسیاری به آن اشاره شده است. در مقاله‌ی حاضر، با مرور مقالات و کتب مربوطه، تلاش شده است تا این‌بار اقدام بیهوده از منظر چهار اصل اخلاق زیستی دیده شود.

تصمیم‌گیری درباره‌ی بیهوده بودن یک اقدام، صرف‌نظر از این‌که خواست بیمار یا خانواده‌ی او باشد یا از طرف ارائه‌دهندگان خدمت پیشنهاد شود، از موارد بسیار حساسی است که می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیمات غیراخلاقی وغیر اصولی در حیطه‌ی طبابت شود.

در رابطه با اتونومی، تفاوت دیدگاه‌ها در باب هدف درمان، اختلاف در ارزش‌های پزشک و بیمار و اختلاف نظر افراد درگیر بررسی شده است. هم‌چنین، ضمن تبیین مفهوم مراقبت‌های تسکینی، به تفاوت آن با اقدامات درمانی بیهوده و تعیین مرز مشخص آن اشاره می‌شود. هم‌چنین، به بررسی مواردی پرداخته می‌شود که اقدام بیهوده با اهداف متفاوتی از سوی پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام می‌پذیرد. این موارد به‌دلیل عواملی که ممکن است قضاوت پزشک را تحت تأثیر قرار دهد و حتی به‌دلیل انگیزه‌های غیراخلاقی مانند مسائل مالی رخ می‌دهد. در نهایت این‌که تصمیم‌سازی اخلاقی در این زمینه نیازمند روشن شدن ابعاد موضوع توسط کارشناسان و اولویت‌بخشی درست و کارشناسانه، با ملاحظه‌ی تمام شرایط، از جمله مسأله‌ی مهم تخصیص منابع محدود سلامت و عدالت در نظام سلامت و قرار دادن اطلاعات لازم در اختیار کادر درمانی است.

واژگان کلیدی: بیهودگی، اقدام بیهوده، مراقبت‌های تسکینی، تخصیص منابع، اصول اخلاقی زیستی

[۱] پزشک، دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** نشانی:** تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱-۰۲۱،

Email: mansuremadani@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

مقدمه

پزشکان همواره می‌کوشند تا در راستای تعهدات حرفه‌ای خود بیش‌ترین سودرسانی را برای بیمارانشان داشته باشند (۵-۱) و اقدامات (پیش‌گیری، درمانی و بازتوانی) انجام‌شده توسط ایشان، در راستای منافع بیماران باشد؛ ولی در برخی از موارد ممکن است یک اقدام طبی که خواست بیمار یا همراهانش یا ارائه‌دهندگان خدمت است، بدون نتیجه یا خطرساز وهمراه با هزینه و درد و رنج افزوده برای بیماران باشد؛ این‌گونه اقدامات بیهوده تلقی شده و نه تنها در راستای اهداف سلامت نخواهد بود (۷ ، ۶) بلکه منابع سلامت را نیز هدر خواهد داد.

سالانه میلیون‌ها تومان از سرانه‌ی درآمد ملی صرف آنتی‌بیوتیک‌تراپی نابه‌جا، اندوسکوپی، سونوگرافی و... می‌شود، در حالی که اندیکاسیون طبی قابل قبولی برای آن‌ها وجود ندارد (۹ ، ۸). هم‌چنین، بسیاری از تخت‌ها و اتاق‌های عمل و ICU برای مواردی استفاده می‌شود که اندیکاسیون علمی قابل ملاحظه‌ای برای آن وجود ندارد (۱۰)؛ منابع سلامت محدود است و برای تخصیص این منابع در جای مناسب آن، ارائه‌دهندگان خدمت باید در صدد شناسایی نیازهای واقعی مردم و رفع آن باشند. این مقاله درصدد است که ضمن بررسی اقدام بیهوده از منظر چهار اصل، به تعارضات پیش‌آمده اشاره کرده و به راهکاری اخلاقی دست یابد؛ این مسائل، از چند منظر کلی بحث می‌شود:

تعریف بیهودگی و بیان نظرات متفاوت در این رابطه؛ بیان مرزها و تفاوت مراقبت‌های تسکینی با درمان بیهوده؛ بررسی مراقبت بیهوده از منظر چهار اصل اخلاق زیستی که شامل اتونومی (بیمار، پزشک، خانواده، ارائه‌دهندگان مالی خدمت)، سود رسانی، ضررنرساندن و عدالت است؛ بررسی مشکلات عملی و تعارضات رایج که در دو بخش به آن پرداخته شده است، اقدام بیهوده در تعارض بین خودمختاری، سودرسانی و عدم ضرررسانی و تخصیص منابع و اقدام بیهوده.

روش اجرا

مطالعه‌ی حاضر، به روش مروری نگاشته شده و در صدد روشن کردن تعریف اقدام بیهوده به منظور تسهیل در امر تصمیم‌گیری اخلاقی درباره‌ی این بیماران است. بدین منظور در ابتدا واژه‌ی futility، از طریق جست‌وجوگرها و سایت‌های علمی معتبر جست‌وجو شد. با مطالعه‌ی دقیق مقاله‌ها و حذف مقاله‌هایی که به اثربخشی درمان‌های خاص پرداخته بودند، مقاله‌هایی که تنها در فاصله‌ی زمانی ۲۰ سال اخیر منتشر شده بودند و با اهداف مورد بررسی این پژوهش هم‌خوانی داشتند، انتخاب شدند. هم‌چنین، از برخی کتب اخلاق پزشکی به‌ویژه با موضوعات اتونومی و مراقبت‌های بیهوده استفاده شد. در این رابطه فقط دو مقاله‌ی فارسی وجود داشت (۱۲، ۱۱)؛ و سعی شد تا از منظری متفاوت، به این مسأله نگریسته شود.

۱- تعریف بیهودگی

اگرچه در تعریف بیهودگی ابهامات بسیاری وجود دارد (۱۱)، به‌طور کلی، منظور از اقدام بیهوده عملی است که از رساندن ما به هدف موردنظر ناتوان باشد و بنابراین، به تلقی ما از هدف بستگی دارد (۱۳).

بیهودگی را می‌توان براساس اهداف فیزیولوژیک تعریف کرد، در این‌صورت ممکن است یک اقدام درمانی هیچ تأثیر فیزیولوژیکی نداشته باشد که به آن بیهودگی فیزیولوژیک گفته می‌شود. حالت دیگری از بیهودگی نیز متصور است که درمان دارای تأثیرات فیزیولوژیک است، ولی این تأثیرات در حدی هستند که هیچ منفعتی را نمی‌توان به آن نسبت داد. این نوع از بیهودگی، بیهودگی هنجاری گفته می‌شود (۱۴). اگر مبنای تعریف، پیامدهای فیزیولوژیک مؤثر در نظر گرفته شود، می‌توان اهداف را به دو گونه‌ی کمی و کیفی تقسیم کرد. رایج‌ترین تعریفی که از بیهودگی وجود دارد، تعریفی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

فیزیولوژیک و کیفی است و اقدامی بیهوده به شمار می‌رود که در صد مورد مشابه قبلی، نتیجه‌ای درپی نداشته است (۱۵). البته برخی مطالعات جدیدتر احتمال زیر ۳ درصد موفقیت درمانی را ملاک قرار داده‌اند (۱۷ ، ۱۶). با این حال، در پزشکی دسترسی به آمار دقیق ممکن نیست و برخی از صاحب‌نظران معتقدند که عوامل ذهنی و عینی فراوانی در مؤثر واقع شدن درمان دخیل است که با هیچ دقت و محاسبه‌ای نمی‌توان میزان آن‌ها را تخمین زد؛ بنابراین، منطقی نیست که با تعیین احتمال موفقیت یک درمان، حکم به بیهوده بودن یا نبودن آن داده شود، ضمن این‌که نتیجه‌ی درمان حتماً نباید امری عینی باشد، بلکه می‌تواند براساس خواسته‌ی بیمار، امری ذهنی باشد، و بر آن اساس تعریف شود (۲۰ –۱۸). تعریف‌های کیفی نیز از بیهودگی ارائه شده است؛ در تعریف کیفی، یک مداخله‌ی زمانی بیهوده تلقی می‌شود که کیفیت تأثیری که از مداخله حاصل می‌شود، ضعیف یا بسیار پایین باشد. مثلاً درمانی که بیمار را در وضعیت بیهوشی دائم نگه دارد یا نتواند وابستگی بیمار را به مراقبت‌های ویژه خاتمه دهد (۲۱ ، ۱۶).

تعریف‌های ذکر شده بیش‌تر مبتنی بر اهداف فیزیولوژیک هستند که تشخیص آن تنها در صلاحیت پزشک است. این رویکرد با این نقد روبه‌روست که در این حالت به خواسته‌ی بیمار اهمیت کافی داده نشده است (۱۹). بر این مبنا، برخی از محققان معتقدند که در مورد بیمار، استفاده از تعبیر بیهودگی صحیح نیست و بهتر است به‌جای آن از عبارت درمان بی‌نتیجه یا بی‌فایده استفاده کنند که به منافع مورد نظر بیمار اشاره دارد (۱۵).

نکته‌ی بسیار مهم این است که بین درمان بیهوده و درمان غیر منطقی تمایز قائل شویم. درمان غیر منطقی اگر چه برای بیمار فایده‌ای در بردارد، به نسبت هزینه‌ای که برای خود و خانواده‌اش یا جامعه خواهد داشت، غیر منطقی تلقی می‌شود. همین‌طور وقتی که با توجه به محدودیت منابع، فرد دیگری وجود دارد که ارائه‌ی خدمت به او منطقی‌تر به‌نظر می‌رسد و ما ناچار به انتخاب بین افراد نیازمند هستیم. در این صورت ارائه‌ی خدمت به فردی که نیاز کم‌تری دارد، غیر منطقی است، پس در تعریف درمان بیهوده نه هزینه و نه نیازهای رقابتی و نه سایر افراد نیازمند درنظر گرفته نمی‌شود، بلکه حالتی مد نظر است که آن خدمت برای فرد مورد نظر فارغ از تمام شرایط ذکر شده بی فایده و بی‌ثمر باشد (۱۲).

۲- *تفاوت مراقبت‌های تسکینی با درمان بیهوده*

مراقبت‌های تسکینی نوعی مراقبت کیفی پایان عمر است که نیازهای بیماران لاعلاج و خانواده‌ها و مراقبت‌کننده‌هایشان را در بر می‌گیرد. هدف اصلی این مراقبت‌ها که کیفیت خدمات‌رسانی را در نظام سلامت بالا می‌برند، بهبود زندگی و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان است. نظام سلامت باید تمام تلاش خود را در جهت رفع نیازهای جسمانی (درمانی، پیگیری، کنترل درد و...) و نیازهای روحی، اجتماعی و فرهنگی این افراد و خانواده‌هایشان به‌کار گیرد (۲۲). در این نوع مراقبت، پزشک و بیمار و خانواده در تعامل با هم و با در نظر گرفتن نیازها و نگرانی‌های بیمار و خانواده، برنامه‌ریزی لازم را انجام می‌دهند و برای ارائه‌ی بهترین خدمت ممکن تلاش می‌شود.

هدف اصلی در مراقبت‌های تسکینی، بهبود کیفیت زندگی، از جمله حفظ آرامش بیمار، تسکین درد، رضایت بیمار و همدلی با اوست. هم‌چنین، تیم درمانی- مراقبتی موظف است به خانواده و اطرافیان بیمار نیز توجه ویژه داشته، با ارائه‌ی بسته‌های حمایتی آنان را مقاوم کرده و آمادگی رویارویی با شرایط سخت را برایشان فراهم کند. این نوع خدمات هم نوع‌دوستانه است و هم در راستای اهداف نظام سلامت بوده و منجر به افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌شود (۲۴ ، ۲۳)؛ و اگر چه ممکن است طول عمر بیمار را افزایش ندهند، به هیچ وجه بیهوده تلقی نمی‌شوند. ضروری است که مرز روشنی بین این خدمات و اقدام بیهوده قرار داده شود،

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

چراکه در دنیای کمیت‌مدار کیفیت تهی ممکن است این هزینه‌ها و منابعی که در این راستا استفاده می‌شوند، بیهوده تلقی شوند.

۳- اقدام بیهوده از منظر چهار اصل

یکی از رایج‌ترین رویکردها به حل مسائل اخلاقی، رویکرد مبتنی بر اصول است. نظریه‌پردازان اخلاق زیستی، به‌منظور دستیابی به مبنایی برای تصمیم‌گیری اخلاقی در مسائل تشخیصی و درمانی بیماران تلاش کرده‌اند که لیستی از وظایف اخلاقی اولیه را در قالب اصول اخلاقی ارائه دهند که پزشکان را در حل مشکلات اخلاقی‌شان یاری دهد. این اصول، در واقع، شکلی از وظایف در نگاه نخست نظریه‌ی مشهور Ross، در حل معضلات اخلاقی است که متناسب با هنجارهای حرفه‌ی پزشکی تدوین شده است (۲۵). یکی از معروف‌ترین نظریه‌هایی که در این باب ارائه شده است، نظریه Beauchamp و Childress است که امروزه به‌طور وسیع در بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای غربی مورد استفاده قرار می‌گیرد و چهار اصل اتونومی، سودرسانی، عدم زیان‌رسانی و عدالت را به‌عنوان مبنایی برای تصمیم‌گیری اخلاقی در پزشکی پیشنهاد می‌کند (۲۶). در این بخش، در رابطه با چالش‌های پیرامون اقدام بیهوده‌ی پزشکان، اقدام بیهوده از منظر هریک از این چهار اصل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳-۱ *اتونومی*

در قرن هجدهم، با مطرح شدن جدی مباحث حقوق بشر، در عرصه‌ی بهداشت و درمان نیز، اتونومی بیماران مورد پذیرش جوامع علمی و سپس حکومت‌ها قرار گرفت (۲۷). در یک اقدام طبی اراده‌های مختلفی در اتخاذ یک تصمیم دخالت دارند که هریک ممکن است در حد خود از حق اتونومی برخوردار باشند. از آن‌جا که ممکن است اختلاف نظرهایی بین این افراد وجود داشته باشد، اصل اتونومی را از هر منظر به‌طور مجزا بررسی می‌کنیم.

اتونومی بیمار

تا اوایل قرن بیستم، رویه‌ی سنتی پزشکان مبتنی بر نوعی پدرسالاری[1] بوده است، بدین معنا که پزشک حق داشته مانند یک پدر، با توجه به برداشت و فهم خود، بر اساس آن‌چه به مصلحت بیمار می‌داند، عمل کند؛ حتی اگر مورد رضایت بیمار نباشد (۲۸). امروزه، اتونومی بیمار که به‌معنای احترام به استقلال و آزادی فردی بیمار است، از مهم‌ترین اصول پذیرفته شده در پزشکی نوین و یکی از اساسی‌ترین ارکان ارتباط پزشک و بیمار به‌شمار می‌رود و بسیاری از اصول مسلم اخلاق پزشکی در پرتو این اصل معنا و مفهوم می‌یابند.

در باب این‌که اتونومی در مواردی باید محدود شود، اتفاق نظر وجود دارد، ولی در رابطه با حدود آن، در بین فرهنگ‌ها و مکاتب اخلاقی اختلافات بسیاری وجود دارد. در کشورهای غربی، اتونومی تا حد زیادی پذیرفته شده است؛ درحالی که در سایر فرهنگ‌ها، ازجمله کشورهای خاورمیانه گاهی نقش پزشک یا نقش بستگان بیمار، حق اختیار و استقلال بیمار را با محدودیت‌های بسیاری روبه‌رو می‌کند (۳۰ ، ۲۹).

مبنای کشورهای سکولار در باب اتونومی، دیدگاه‌های John Stuart Mill است. او معتقد است که افراد جامعه در خصوص این‌که چگونه زندگی کنند، تا آن‌جا که به دیگران زیان نرسانند، استقلال کامل دارند و نمی توان فعلی را به‌دلیل این‌که به خود فرد آسیب می‌رساند، غیراخلاقی دانست (۳۱). دیدگاه دیگری که در این مورد در غرب مطرح است، نظریه‌ی قراردهای اجتماعی John Rawls است که محدودیت بیش‌تری را برای خودمختاری بیماران قائل است.

پذیرش اتونومی عملاً چندین معضل اخلاقی در پی دارد، مانند تعارض اتونومی با تعهدات اخلاقی پزشکان، یا زمانی که اتونومی، منجر به از دست رفتن منفعتی می‌شود یا حتی مبدل به تهدیدی جدی بر علیه بیمار می‌شود (۲۹). تقاضای اقدام بیهوده، یکی از مهم‌ترین مواردی است که چنین

[1] Paternalism

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

مشکلاتی را ایجاد می‌کند. زمانی که پزشک اطمینان دارد که اقدام او چه در مقوله‌ی پیش‌گیری یا درمان یا بازتوانی برای بیمار هیچ تأثیر فیزیولوژیک مثبتی در پی ندارد و چه بسا برای بیمار مضر است، نباید تنها به‌دلیل خواست بیمار و تأمین رضایت‌مندی او و تحت پوشش احترام به اتونومی بیمار دست به یک اقدام بیهوده و بی‌اثر بزند. انجام یک اقدام بیهوده علاوه بر این‌که با تعهدات اخلاقی پزشک در تعارض است، می‌تواند منجر به آسیب رسیدن به بیمار یا محروم شدن بیمار از یک منفعت قطعی شود. مثل زمانی که بیمار خواستار داروی تزریقی است، یا خواستار درمان انتی‌بیوتیکی در عفونت ویروسی است، که نه تنها سودی از این درمان عایدش نمی‌شود، بلکه به‌دلیل ایجاد مقاومت آنتی‌بیوتیکی، در آینده بیمار را از منفعت دارو محروم می‌کند. یا اصرار بیمار به اندوسکوپی بدون اندیکاسیون می‌تواند برای بیمار خطرساز و مضر باشد. هم‌چنین، در صورتی که تصمیم‌گیری در مورد بیهوده بودن یک درمان، به بیمار واگذار شود، وضعیت دیگری هم منطقاً پیش میاید و آن این است که بیمار اقدامی درمانی را که اساسا برای او ضروری یا حیاتی است، بیهوده تلقی کند و از پذیرش آن امتناع کند.

اتونومی پزشک

پزشک در امر درمان کارشناس است و اطلاعات تخصصی دارد، بنابراین، منطقی است که پزشک در درمان و مراقبت از بیمار دارای اختیار است و هنگامی که اقدام انجام شده روی بیمار را بی فایده و چه بسا خطرساز بداند، به لحاظ اخلاقی نه تنها هیچ وظیفه‌ای برای انجام آن ندارد، بلکه باید ضمن اگاهی دادن به بیمار، از ضرررسانی به او جلوگیری کند (۳۳ ، ۳۲). زیرا انجام یک عمل بیهوده، علاوه بر این‌که هیچ سود درمانی یا حتی روانی برای بیمار ندارد، چه بسا از نظر فیزیکی و مالی و نیز در گذر زمان از نظر معنوی هزینه‌ی سنگینی را به بیمار تحمیل کند. در گذشته نیز پزشکان چنین رویه‌ای داشته‌اند؛ مثلاً بقراط درمان بیماران را منوط به سودرسانی بیماران می‌داند (۳۴).

در مورد بیماران در مراحل انتهایی حیات، پزشک موظف به پذیرش و ارائه‌ی خدمات حمایتی به بیمار است، ولی باید توجه داشت که هر درمانی را در صورتی آغاز کنیم که آن را درمان بیهوده‌ای ندانیم. برای شروع یک درمان در این شرایط، مسائل متعددی باید در نظر گرفته شود (۱۱).

قابل ذکر است که برخی معتقدند که اگر تشخیص بیهوده بودن یک اقدام، از اختیارات پزشکان باشد، این نگرانی، وجود دارد که درمان‌های مفید، به‌دلایل مختلفی مثل پرهزینه بودن درمان یا سخت بودن آن، به بهانه‌ی بیهوده بودن ترک شود (۳۵). از سوی دیگر، جلب منافع مالی می‌تواند عاملی باشد که پزشکان را وادار کند که در پوشش احترام به اتونومی بیمار، به خواست غیرمنطقی و غیرعلمی بیماران تن دهند.

اتونومی خانواده

بسیاری از مواقع تقاضای درمان بیهوده از سوی خانواده‌ی بیمار صورت می‌گیرد. تعیین بیهودگی امری فنی است و غالباً کارشناسان کادر درمانی تصمیم نهایی را می‌گیرند، اما در نظر گرفتن شرایط فردی بیمار و بستگانش، برای تصمیم‌گیری ضروری است.

تصمیم‌گیری خانواده برای بیمار فاقد ظرفیت، باید در راستای منفعت بیمار باشد، به‌خصوص در درمان‌های نگه‌دارنده‌ی پایان حیات، ممکن است مسائل مالی، اختلافات و مشکلات خانوادگی، حتی خستگی و نگرانی، همه در تصمیم‌گیری درمانی و حتی اظهار نظر در رابطه با بیهوده انگاشتن درمان مؤثر باشد. از طرف دیگر، در نظر داشتن شرایط خانواده و وضعیت روحی‌شان به‌خصوص در مراقبت‌های پایان حیات اهمیت بسیار دارد. باید شرایط خاص آن‌ها، ترس‌ها، نیازهای درمانی و مراقبتی آن‌ها جدی گرفته شود و در بررسی و تشخیص بیهودگی مد نظرقرار گیرد (۳۹ – ۳۵).

اتونومی ارائه‌دهندگان مالی خدمت

در اقدامات پزشکی (تشخیصی درمانی) پرداخت تمام

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

هزینه یا بخشی از آن را دولت یا سیستم‌های بیمه به‌عهده دارند. هنگامی که اقدام بیهوده از جانب بیمار یا خانواده یا پزشک درخواست می‌شود، سیستم ارائه‌دهنده نیز براساس معیارهای سازمانی خویش حق انتخاب دارد و می‌تواند از انجام آن سر باز زند. سیستم‌های بیمه‌ای نیز مطابق اصول اخلاقی حق دانستن دارند و باید بدانند که این درمان یا تست تشخیصی چرا و چگونه می‌تواند برای بیمار انجام شود، چرا که بیمه‌ها نباید نسبت به اتلاف منابع و هزینه‌های حوزه‌ی سلامت بی‌تفاوت باشند (۴۰). مثلاً در تمام دنیا فقط پزشکان متخصص می‌توانند با ذکر دلیل، MRI درخواست کنند تا راه درخواست‌های بیهوده بسته شود. هم‌چنین، در ایران، در بیمه‌ی سلامت ایرانیان، سنجش تراکم استخوان باید توسط متخصص داخلی یا زنان یا ارتوپدی درخواست شده باشد یا به تأیید اداره‌ی کل رسیده یا مهر و امضا فوق تخصص داشته باشد. این کار راهی است که بیمه از اتونومی خود استفاده کند تا از درخواست‌های بیهوده که صرفا سبب اتلاف انرژی و هزینه‌ی منابع سلامت می‌شود، جلوگیری شود (۴۱).

۲-۳ *سود رسانی*

واژه‌ی سودرسانی به اقداماتی اشاره دارد که رفاه و آسایش دیگران را بهبود می‌بخشد. در چارچوب پزشکی، این مفهوم به‌معنای انجام فعالیت‌هایی است که به نفع بیماران باشد. با این حال، در مورد این‌که چه نوع اقداماتی واقعاً به بیماران کمک می‌کند، قطعیتی وجود ندارد. Beauchamp و Childress در کتاب اصول اخلاق زیست- پزشکی سودرسانی را به‌عنوان یکی از ارزش‌ها و معیارهای اصلی اصول اخلاقی درمان و مراقبت بهداشتی مطرح می‌کنند. برخی محققان مثل Edmond Pellegrino این‌طور استدلال می‌کند که سود رسانی تنها اصل و قانون بنیادی اخلاق پزشکی است. آن‌ها عنوان می‌کنند که شفا دادن و درمان باید تنها هدف حوزه‌ی پزشکی باشد و تلاش‌هایی مثل جراحی زیبایی، پیش‌گیری از بارداری و اتانازی فراتر از این حوزه قرار می‌گیرند (۴۲). پزشکان با توجه به این اصل باید بیش‌ترین سود رسانی را برای بیماران در نظر بگیرند و از اقدامات بیهوده که هیچ تأثیر جسمی یا روانی سودمندی برای بیماران ندارد، اجتناب کنند.

۳-۳ *عدم ضرررسانی*

مفهوم عدم ضرررسانی به‌معنای وارد نکردن آسیب و صدمه در هر اقدامی است. بسیاری معتقدند که این مسأله باید دقت نظر اصلی و اولیه در فرایند درمان باشد و مهم‌ترین وظیفه‌ی درمانگر این است که ضمن ارائه‌ی بهترین خدمات ممکن، به بیمار صدمه‌ای نزند. مطابق دیدگاه حداقل‌گرایی[1]، حتی اگر پزشکان موظف به سودرسانی به بیمار نباشند، حداقل چیزی که وظیفه‌ی آن‌هاست، پرهیز از آسیب بیماران است. با این حال، در عمل، بسیاری از درمان‌ها و اقدامات پزشکی خطراتی را به‌دنبال دارند که گریزناپذیر است، ولی در حوزه‌ی علمی و تخصصی رایج (چه در مقام تشخیص یا درمان یا باز توانی)، تمام تلاش پزشک به‌گونه‌ای است که کم‌ترین صدمه و آسیب وارد شود؛ بنابراین، پزشک مجاز به انجام اقدامی است که منافع آن بیش از خطراتش باشد (۴۳). در موقعیت‌هایی مثل شرایط بحرانی که کسب نتیجه، مستلزم یک اقدام درمانی دشوار است، ممکن است درمان‌های خطرناکی که احتمال بالایی از آسیب‌رسانی به بیمار را دارند، قابل توجیه شوند و موازنه‌ی سود و زیان اغلب باعث ایجاد یک اثر دوگانه می‌شود.

از منظر این اصل، اقدامات بیهوده‌ای که ممکن است علاوه بر نداشتن هیچ نفعی، موجب ضرر (حتی اتلاف وقت، اتلاف هزینه، ضرر جانی و غیره) هم باشد انجام آن با اصل عدم اضرار در تزاحم بوده و ممکن است به‌سادگی در پوشش احترام به اتونومی بیمار، قابل توجیه نباشد (۴۵ ، ۴۴). مثل انجام آزمایش‌های بی‌مورد، تجویز آنتی‌بیوتیک بدون اندیکاسیون یا اقدامات تهاجمی نظیر اندوسکوپی،

[1] Minimalistic view

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

کولونوسکوپی و رادیوگرافی که اندیکاسیون طبی ندارد. برخی از این اقدامات می‌تواند آسیب‌هایی را در درازمدت ایجاد کند یا به جامعه یا نظام سلامت آسیب برساند.

۳-۴ عدالت

چهارمین اصل از اصول اخلاق زیستی عدالت است که در رابطه با موضوع اقدامات بیهوده در پزشکی اهمیت بسیاری پیدا می‌کند، چراکه از این منظر مباحث ذکر شده در رابطه با بیهودگی رنگ تازه‌ای به خود می‌گیرند.

در راستای به چالش کشیدن و بررسی این مفهوم عمیق، بیهودگی را از دو منظر «عدالت در تأمین منابع» و «عدالت در خدمت رسانی» مورد بحث قرار می‌دهیم (۴۶).

- عدالت در تأمین منابع: متأسفانه، در تأمین منابع سلامت تنها بخش مالی آن در نظر گرفته می‌شود، در حالی که نیروی انسانی کارامد و برنامه‌ریزی‌های دقیق (زمان) و حمایت‌های سیاسی – اجتماعی و فرهنگی مد نظر گرفته نمی‌شود. ما در بخش سلامت چه از حیث بودجه و چه از حیث امکانات و تجهیزات و چه از حیث نیروی کارامد و فعال که در این حیطه خدمت‌رسانی می‌کنند، منابع محدودی در اختیار داریم (۴۷). اقدامات بیهوده و صرف هزینه‌های بی‌مورد، چه مستقیم از جیب مردم باشد و چه به‌صورت خدمات عمومی و انواع بیمه‌ها و حتی از طریق خیریه تأمین شود، هدر رفتن منابع خواهد بود. چه این اقدام از سوی بیمار خواسته شده و بر پزشک تحمیل شود و چه پزشک به‌خاطر منافع شخصی و مالی آن را به بیماران تحمیل کند. این منابع می‌تواند در جای خود بسیار کارامد و مفید باشد. اتلاف منابع، استفاده‌ی نامناسب از تجهیزات پزشکی و مستهلک کردن آن‌ها، پر شدن تخت‌های بخش‌ها، ICU و اتاق‌های عمل و هم‌چنین، به‌کارگیری ارائه‌دهندگان خدمت (پزشک، پرستار، انواع تکنسین‌ها و....) در مکان و زمان نامناسب، همه‌ی عواملی هستند که باعث می‌شوند که اقدامات بیهوده، نظام سلامت را در راستای بی‌عدالتی و ناکارامدی سوق دهد.
- عدالت در خدمت‌رسانی: پزشکان در جامعه نباید تنها بیماران پیش رو را در نظر بگیرند، عدالت در خدمت‌رسانی حکم می‌کند که پزشکان بدانند که جامعه متشکل از بیماران زیادی است که منافع تمامی آنان باید در نظر گرفته شود (۴۸). با توجه به محدود بودن منابع و این‌که همه در جامعه حق استفاده از آن را دارند، این نکته بسیار مهم است که پزشکان باید به‌طور کلان مسائل را دیده و ژرف‌نگری داشته باشند و بدانند بهره‌وری و استفاده از امکانات برای بیمار فعلی و پیش رویشان ممکن است به قیمت از دست دادن همیشگی این امکان برای بیمار دیگری در جامعه تمام شود، بنابراین، باید براساس نیاز و منفعت واقعی بیماران تصمیم گرفته و از هر نوع اقدام بیهوده که باعث این محرومیت می‌شود پرهیز کنند.

۴ – تخصیص منابع و اقدام بیهوده

یکی از وظایف مهم نظام سلامت تخصیص عادلانه، مبتنی بر نیاز به آن منابع است. کوشش‌های زیادی می‌شود تا از این منابع محدود، حداکثر استفاده صورت گیرد (۴۹). گاهی در نظام سلامت تخصیص منابع مبتنی بر تقاضای بیماران است تا مبتنی بر نیازهای حقیقی آن‌ها، و این در حالی است که تخصیص منابع در نظام سلامت باید پوشش‌دهنده‌ی نیازهای واقعی مردم باشد (۵۱ ، ۵۰). مسلم است که برای تحقق اهداف سلامت چه در مقام پیش‌گیری چه در مقام درمان، باید منابع آن درست و به‌جا و با برنامه توزیع شود. در این راستا پزشکان باید برای تمام درخواست‌های تشخیصی یا اقدامات درمانی، اهداف و فواید و نتایج استانداردی را در نظر بگیرند؛ چرا که اقدامات تشخیصی درمانی باید در جهت رفع نیازهای جسمی و روان‌شناختی ایشان و با در نظر گرفتن ملاحظات

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

فردی‌شان باشد. استفاده‌ی نابه‌جا از تخت‌های ICU، اتاق عمل و انواع وسایل و تجهیزات تشخیصی و درمانی که در جهت سود و فواید بیماران نباشد، در واقع، فرصت استفاده از منابع محدود را از سایر بیمارانی که واجد نیاز واقعی و امکان بهبودی هستند، می‌گیرد؛ لذا تصمیم‌گیری در این زمینه‌ها بسیار حساس بوده و به‌نوعی مشارکت در تخصیص عادلانه‌ی منابع است.

این امر به این معنی است که نظام سلامت باید نسبت به بیهوده بودن درمان حساس بوده و با تشخیص موقعیت‌های بیهوده و رفع مشکلات عملی این موقعیت‌ها، از درمان بیهوده احتراز کند و بدین‌وسیله از اتلاف هزینه‌ها و توزیع ناعادلانه‌ی منابع ممانعت به‌عمل آورد. توجه به این نکته ضروری است که پزشک به تنهایی نمی‌تواند حکم به بیهوده بودن یک اقدام بدهد، هم‌چنین، نمی‌تواند حد منابع تخصیص یافته به یک اقدام بالینی را ارزیابی کند، بلکه باید کارشناسان، اطلاعات لازم را در اختیار او قرار دهند تا او با در نظر گرفتن این اطلاعات تصمیم نهایی را اتخاذ کند.

۵ - مشکلات عملی و تعارضات رایج

اقدام بیهوده درتعارض بین خودمختاری، سودرسانی و عدم ضرررسانی

در مواجهه با تقاضای اقدام بیهوده، پزشک ممکن است بین اتونومی خود و تعهدات حرفه‌ای‌اش مبنی بر اولویت دادن به منفعت بیمار و خواست بیمار قرار گیرد و لازم است که پزشک برای مواجهه با چنین شرایطی آمادگی لازم را داشته باشد و مهارت لازم برای حل چنین مسأله‌ای را کسب کرده باشد. این‌که هر یک از اصول اخلاقی در مقایسه با دیگری چه وزنی دارند و کدام‌یک از اصول اخلاقی را، در کدام موقعیت، باید بر اصل دیگر اولویت داد (۱۱). با تمام این تفاصیل، حتی در این صورت هم عواملی وجود دارند که تصمیم پزشک را تحت تأثیر قرار داده و او را از اتخاذ یک تصمیم اخلاقی منع می‌کنند.

عواملی که قضاوت حرفه‌ای پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پزشک در شرایط مختلفی طبابت می‌کند و تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار می‌گیرد. در برخی از مناطق ممکن است باورهای غلطی وجود داشته باشد، مثل این‌که نسخه‌های پر از دارو یا داروی تزریقی یا درخواست آزمایش‌های مکرر به نفع بیمار بوده و حاکی از سواد و مهارت و تجربه‌ی پزشک است. در این شرایط پزشک از ترس کنار گذاشته شدن و متهم شدن به بی‌سوادی، ممکن است در پوشش احترام به اتونومی بیمار، به خواسته‌ی آنان تن دهد و عملی را انجام دهد که نه تنها سودمند نیست، بلکه به ضرر بیمار است (۴۵ ، ۴۴).

برخی اقدامات هم هستند که از منظر پزشک بی‌فایده یا واجد حداقل فایده هستند، ولی از منظر بیمار آخرین فرصت به‌شمار می‌آیند و بیمار می‌خواهد خود را قانع کند که از هیچ کوششی مضایقه نکرده است. این اقدامات شاید احتمال موفقیت بسیار پایینی برای بیمار داشته باشد و انجام آن غیرمنطقی باشد، اما تنها فرصتی است که بیمار پیش رو دارد و این‌جا احترام به خودآیینی بیمار، باورها و تلاش‌های او جدی‌تر است (۲۱)، هرچند که باید با توجه به مجموع مسائل و اولویت‌بندی آن‌ها، در این مورد تصمیم‌گیری شود.

در حالتی نیز ممکن است بیمار عمل‌های جراحی بدون اندیکاسیون طبی یا روان‌شناختی را مطالبه کند که انجام این اقدامات منافعی را برای پزشک به همراه دارد. این‌جا نیز ممکن است پزشک نتواند بدون در نظر گرفتن مصالح مالی‌اش تصمیم صحیحی بگیرد. حتی ممکن است این اقدامات از طرف خود پزشک توصیه شود. در واقع، پزشک صرفاً به‌خاطر منافع و زیاده‌خواهی خود اقدام بیهوده‌ای را سودمند جلوه دهد.

درمان بیهوده و دیدگاه‌های اسلامی

اسلام و بسیاری از ادیان دیگر، در تمایزی آشکار با مکاتب اخلاقی سکولار، آزادی انسان را تنها با اجازه و

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

خواست خداوند مشروع می‌دانند، بدین معنا که انسان را مالکِ مطلق جسم خویش نمی‌دانند، و مالکیت انسان بر جسمش، مالکیتی تعریف‌شده و در راستای تکامل انسانی است (۵۳ ، ۵۲). بنابراین، بیمار حق هر نوع درخواستی را ندارد. با این وجود، بر اساس دیدگاه اسلام، کسی حق محدود کردن آزادی انسان‌ها را ندارد و حق انتخاب بیمار بسیار محترم شمرده می‌شود. بنابراین، اگر چه خودکشی، اتانازی[1] داوطلبانه و مواردی از این قبیل مجاز نیست، این امر مجوزی برای سلب اختیار انسان بر بدن خود نیست و بسیاری از مواردِ نقض اتونومی، در چارچوب تفکر دینی نمی‌گنجد (۲۸ ، ۱۸). با وجود این، درصورتی که خواسته‌ی بیمار، مستلزم انجام اقدام بیهوده و اتلاف منابع باشد، ملزم به رد آن خواهیم بود، زیرا اسراف، تبذیر و هرگونه اتلاف مال یا هر چیز ارزشمند دیگری مثل بدن یا وقت، در اسلام مورد نکوهش است و حتی فرد حق اتلاف اموال شخصی خود را ندارد (۵۴).

با این وجود، درمورد حفظ جان، به‌سادگی نمی‌توان از اتلاف منابع سخن گفت و درصورت وجود احتمال نجات، باید تا حد ممکن برای حفظ حیات بیمار تلاش کرد. در اصول و اعتقادات اسلامی حیات حرمت ویژه‌ای دارد، تا جایی که اگر لازم باشد برای حفظ نفس، مرتکب عمل حرامی شویم، ارتکاب آن عمل واجب می‌شود (۵۵ ، ۲۶). با این وجود، رعایت عدالت، لزوم حفظ حیات سایر افراد نیازمند، و هرگونه مصلحتی که بتوان برای آن اولویتی قائل شد، باید در انجام درمان‌های نگه‌دارنده مد نظر قرار گیرد (۵۶).

نتیجه‌گیری

امروزه، تحقیقات علوم پزشکی پزشکان را به دنباله‌روی از پزشکی مبتنی بر شواهد علمی سوق می‌دهد، اما بدون توجه به انتخاب بیمار که تحت تأثیر سایر جنبه‌های زندگی اوست، نمی‌توان به اثربخشی درمان امیدوار بود. پزشکی مبتنی بر شواهد، در ترکیب و همراهی با احترام به اتونومی بیمار (که نیازها، ارزش‌ها، باورها، خصوصیات شخصیتی و ترس‌های بیمار را در نظر می‌گیرد) می‌تواند کارآمدتر و مؤثرتر باشد؛ اما پیروی از خواسته‌ی بیمار در محدوده‌ی سودرسانی به خود او موجه است. هم‌چنین، پزشک بر مبنای وظایف حرفه‌ای خود، باید از آن‌چه که به‌لحاظ علمی و عملی و بر مبنای شواهد تجربی، سود و فایده‌ی چشم‌گیری ندارد، پرهیز کند. ضمن این‌که مطابق اصول حرفه‌ای خویش، باید به منافع بیمار اولویت داده و برای منافع مالی یا راضی نگه‌داشتن بیمار، یا هر دلیل دیگری اقدام بیهوده‌ای را انجام ندهد. این مهم تنها با اتخاذ رویکردی چندبعدی و جامع امکان‌پذیر است و بخش زیادی از آن نه به‌عهده‌ی درمانگر که به‌عهده‌ی نظام سلامت است و از یک‌سو نیازمند اقدامات پژوهشی و آموزشی بوده، از سوی دیگر نیاز به سیاست‌گذاری و قوانین مناسب و عادلانه دارد، هم‌چون:

الف: پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمت باید در این مورد توجیه شده و آموزش‌های لازم را دیده باشند. آموزش تعهدات حرفه‌ای، بیان اهمیت موضوع و نگاه کلان به عواقب ناگوار این مسأله، ایجاد حساسیت اخلاقی لازم و تقویت باورهای اخلاقی پزشکان و نیز اطمینان دادن به آن‌ها در زمینه‌ی حمایت از فعالیت‌های صحیح، تا حد زیادی از وقوع چنین اقداماتی جلوگیری خواهد کرد و برای مواجهه‌ی صحیح با این مشکل فراگیر ضروری است.

ب: پزشک به‌تنهایی قادر نیست پیش‌آگهی یک بیماری را دقیقا تعیین کند، یا بودجه‌ی نظام سلامت و هزینه‌ای را که او براساس عدالت، حق دارد برای هر بیمار صرف کند، به‌دقت بداند. بنابراین، تصمیم‌گیری پزشک بسیار دشوار است زیرا در تعیین بیهودگی، به اطلاعات بسیاری برای ارزیابی منافع و مضرات یک اقدام نیاز دارد و نیز مجبور است که ملاحظات روانی و اجتماعی متعددی را در نظر بگیرد. از این رو، کارشناسی‌های صحیح، تعیین حد بیهودگی توسط سیاست‌گذاران، تعیین دقیق پیش‌آگهی بیماری‌ها، تعیین مرز

[1] Euthanasia

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

هزینه‌ای که باید به هر بیمار تخصیص داده شود و اطلاعاتی از این قبیل بسیار مهم است و لازم است که ضوابط مشخصی از سوی کارشناسان تعیین شود که درمانگران بتوانند با استفاده از آن چارچوب‌ها، مرزهای بیهودگی و اقدامات غیرمنطقی را شناسایی کنند.

توجه به این مسأله از دو منظر اهمیت دارد. تعیین این ضوابط از یک‌سو اطلاعات لازم را در اختیار درمانگران قرار داده و پزشکان را در اتخاذ یک تصمیم اخلاقی یاری می‌کند و از سوی دیگر مانع از اقدامات بیهوده‌ای می‌شود که به هر دلیلی، به‌طور عامدانه از سوی درمانگران انجام می‌شود. ضابطه‌مند شدن فعالیت‌های تشخیصی و درمانی، برمبنای شواهد قابل اعتماد، امکان سوءاستفاده از بیماران و اتلاف منابع محدود نظام سلامت را بسیار کم می‌کند.

ج: گاهی اقدام بیهوده به درخواست بیمار و به‌دلیل نداشتن آگاهی، باورهای غلط، مشکلات روحی، مشاوره‌های غیرعلمی یا تحت تأثیر خانواده رخ می‌دهد. کسب رضایت بیماران، در بسیاری از موارد ضروری است و بی‌توجهی به آن، منجر به مشکلات متعددی هم برای درمانگر و هم برای بیمار و همراهان او می‌شود. در این زمینه، فرهنگ‌سازی و دادن آگاهی به بیماران و گذاشتن وقت مناسب برای فهم و پردازش اطلاعات توسط بیمار می‌تواند بسیار مؤثر باشد و درخواست اقدام بیهوده به هر دلیلی (عادت‌های غلط و باورهای نامناسب و اشتباهات رایج) را کاهش دهد. هم‌چنین، باید راهکارهایی وجود داشته باشد تا در صورت اصرار بیماران به درمان بیهوده، به‌کار آید و از پزشکانی که از انجام یک عمل بیهوده پرهیز می‌کنند، حمایت شود.

د: حالت آخر این‌که گاهی پزشک برای کسب منفعت بیش‌تر و سهم‌خواهی، بیمار را وادار به انجام اقدامات بیهوده می‌کند و موجبات ضرررسانی به بیمار یا نظام سلامت را فراهم می‌آورد؛ مانند درخواست رادیولوژی یا آزمایش‌های مکرر و بی‌مورد، یا حتی درمان‌های تهاجمی، صرفاً برای کسب منفعت و سهم‌خواهی. این مسأله، یک تعارض اخلاقی به‌شمار نمی‌رود و به‌وضوح غیراخلاقی و غیرانسانی است، ولی با توجه به اهمیت مسأله و شیوع زیاد آن و تأثیرات عظیمی که بر اتلاف منابع دارد (۵۸ ، ۵۷)، لازم است که در راستای سامان دادن به وضعیت اقدامات بیهوده و جلوگیری از اتلاف منابع سلامت، مسأله‌ی تعارض منافع مورد توجه مضاعف قرار گیرد و در موارد لازم، ضوابط و قوانینی درباره‌ی آن وضع شود. این کار ضمن ممانعت از سودجویی برخی درمانگران، در جهت حمایت از پزشکانی خواهد بود که تمایل به پرهیز از درمان بیهوده دارند، ولی برای انجام آن ضوابط و راهکارهای معینی در اختیار ندارند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

منابع

1- Ahwazi AS. [Kamelosanah Al-Tabiehy]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Pres; 2009, p. 1-10. [in Persian].

2- Shirazi SMH. [kholasatol Al-hekmat (Monajatnamh Aghili Shirazi)]. Qom: Ismaeilian; 2006, p. 1-20. [in Persian]

3- Tabatabaee S. Rhazes's views on medical ethics. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(2): 1-6. [in Persian]

4- Anonymous. The University of Texas Southwestern School of medicine. Professionalism in medical student. http://www.utsouthwestern.edu/vgn/images/portal/cit_56417/11/51/528712Professionalism_in_Medicine.pdf (accessed in 2012)

5- Anonymous. Honor code. http://pennstatehershey.org/c/document_library/get_file?folderId=517851&name=DLFE-7216.pdf (accessed in 2014).

6- Lo B. Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p. 61.

7- Lantos JD, Singer PA, Walker RM, et al. The illusion of futility in clinical practice. Am J Med1989; 87(1): 81-4

8- Mayor s. Seriously ill elderly patients are subjected to futile endoscopies. BMJ 2004; 329(7471): 837.

9- Froehlich F, Gonvers JJ, Vader JP, Burnand B. Gastrointestinal endoscopy: do we perform too many or not enough procedures? Can J Gastroenterol 1999; 13(4): 345-6.

10- Orentlicher D. Rationing health care: it's a matter of the health care system's structure. Ann Health Law 2010; 19(3): 449-64.

11- Madani m. Ethical considerations of futile treatment. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(2): 31-42. [in Persian]

12- Aramesh k. Futility in medicine. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(4): 47-52. [in Persian]

13- Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. Crit Care Med 1997; 25(5): 887-91.

14- Anonymous. Normative futility. http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/normative+futility (accessed in 2014)

15- Jonsen AR, Siegler M. Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach To Ethical Decisions in Clinical Medicine, 6th ed. McGrawHill; 2006, p. 29.

16- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meanings and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112(12): 949-54.

17- Anonymous. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. American Heart Association. Part VIII. Ethical considerations in resuscitation. JAMA 1992; 268(16): 2282-8

18- Ewer MS. The definition of medical futility: are we trying to define the wrong term? Heart Lung 2001; 30(1): 3-4

19- Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Engl J Med 1992; 326(23): 1560-4.

20- Pisu S, Caocci G, d'Aloja E, et al. Reassessing the approach to informed consent: the case of unrelated hematopoietic stem cell transplantation in adult thalassemia patients. Philos Ethics Humanit Med 2014; 9: 13.

21- Dickenson D, Richard H, Michael P. The Cambridge Medical Ethics Workbook, 2nd ed. NY: Cambridge University Press; 2010, p.10-21

22- Anonymous. Palliative care: symptom management and end of life care. http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf (accessed in 2014)

23- Anonymous. The Palliative Care Hand Book: Advice on Clinical Management, 7th ed. http://www.ruh.nhs.uk/For_Clinicians/departments_ruh/Palliative_Care/documents/palliative_care_handbook.pdf (accessed in 2014)

24- Anonymous. Palliative Care. A servese of us national library http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/palliativecare.html (accessed in 2014)

25- Graber GC. Basic theories in medical ethics. In: Monagle JF, Thomasma DC. Health Care Ethic: Critical Issues for the 21st Century. USA: Jones & Bartlett; 2005, p. 522-5.

26- Larijani B. [physician and ethical consideration]. Tehran: BarayeFarda; 1383, vol 1, p. 76. 156[in Persian]

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

http://es.ihio.gov.ir/Portal/Home/Default.aspx?CategoryID=62d950bd-875e-4c25-920d-91d37ec6c7b8. (accessed in 2014) [in Persian]
42- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. NY: Oxford University Press; 2001.
43- Dickstein E, Erlen J, Erlen JA. Ethical principles contained in currently professed medical oaths. Acad Med 1991; 66(10): 622-4.
44- Pellegrino ED, Thomasma DC. Limitations of autonomy and paternalism: towards a model of beneficence. In: Pellegrino ED, Thomasma DC, eds. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York, NY: Oxford University Press; 1988, p. 11-36.
45- Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions: defining the limits of the physician's obligation. N Engl J Med 1986; 315(21): 1347-51.
46- 46- Bagheri lankarani K, Lotfi F, Karimian Z. [Daramadi bar edalat dar nezame salamat]. http://medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/280_954_Edalat.pdf (accessed in 2014) [in Persian]
47- Poorreza A. [Barresi edalat dar taamin mali, takhsise va tozie manabe bakhsh darman]. Taamine Ejtemaee 2008; 9(28): 1-28. [in Persian]
48- Tavaglione N, Hurst SA. Why physicians ought to lie for their patients. Am J Bioeth 2012; 12(3): 4-12.
49- Rajabi A. Optimal allocation of financial resources to the Provinces and medical sciences universities. Second International Conference on Industrial Engineering. July 2005; Tehran(in Persian)
50- Mehregan N. [Eghtesad Khord], 1st ed. Tehran: Nore Elm; 1998, p. 63-9. [in Persian]
51- Yousefi M, Akbari Sari A, ArabM , .Oliaeemanesh A. Methods of resource allocation based on needs in health systems, and exploring the current Iranian resource allocation system. Hakim Res J 2010; 13(2): 80- 90 [in Persian]
52- Maghami A. Euthanasia and "right to-self" a challenge in the nature of human rights. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(2): 15-28. [in Persian]
53- Hosseini e, Samadzadeh S, Aghazadeh J. The principles and measures of medical ethics and the quality their consistency with Islamic ethics.Urmia Med J 2008; 18(4): 652-6. [in Persian]
27- Dworkin G. Paternalism. Monist 1972; 56(1): 64–84.
28- Zali MR. The novel principles of patient-doctor relationship: the guidelines for good clinical practice proposed on the basis of current views in medical ethics, 2nd ed. Tehran: Legal Publications; 2008. P. 105-106 (127-129) [in Persian]
29- Pellegrino ED. Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. J Contemp Health Law Policy 1994; 10: 47-68.
30- James R. Ethical theory and bioethics. In: kuhse H, Singer P. A Campanion to Bioethics, 1th ed. Blackwell Publishing; 1998, p. 28.
31- Mehrpour H, Tafreshi MI, Abdali M. [Ejraye hoghoghe akhlagh]. Modares 2002; 5(4): 125-40. [in Persian]
32- Daar JF. Mediacal futitlity and implications in physician atounomy. Am J Law Med 1995; 21(2-3): 221-40.
33- Wreen M. Medical futility and physician discretion. J Med Ethics 2004; 30(3): 275–8.
34- Lawson DA. Futility. Curr Anaesth Crit Care 2004; 15(3): 219- 23.
35- Cowley C. Medical Ethics, Ordinary Concepts and Ordinary Lives, 1th ed. UK: Palgrave Macmillan; 2008, p. 85.
36- Mousavi Khomeini R. [Tahrirol Al-Vasileh], 21th ed. Translated by Eslami A. Qom: Islamic Publications Office; 1425 H, vol 3, p. 299. [in Persian]
37- Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment. JAMA 2000; 283(7): 909-14.
38- Luce JM. Physicians do not have a responsibility to provide futile or unreasonable care if a patient or family insists. Crit Care Med 1995; 23(4): 760-6.
39- Hackler JC, Hiller FC. Family consent to orders not resuscitate. Reconsidering hospital policy. JAMA1990; 264(10): 1281-3.
40- Terra SM. Approach to medical futility in a community hospital: is use of scoring system applicable? Int J Allied Health Sci Pract 2006; 4(4): e1-11.
41- Anonymous. Questions for medical document. Iranian health insurance health organization. Iranian Administration of health insurance.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

54- Qaramaleky A, Javadi M, Jedari Ali M. [Esraf va Tabzir, Mahyat, Avamel va Payamadha]. Ethical Researches 1391; 4: 29-56. [in Persian]
55- Najafi MH. [Jawaher Al-kalam fi Sharh Sharaea Al-Islam], 7th ed. Lebanon: Dar Al-ehya Al-torath Al-arabi; 1404 AH (1984), vol 31, p. 396. [in Arabic]
56- Hosseini Shirazi SM. [Al- feqh wa al-ghavaed al- Feqhiah], 2nd ed. Beirut: Cultural Center Husseini; 1413 AH (1993), p. 141-6. [in Arabic]
57- Romano DH. Self-referral of imaging and increased utilization: some practical perspectives on tackling on dilemma. J Am Coll Radiol 2009; 6(11): 773-9.
58- Anonymous. Banning physician self-referral is an important step toward health reform. http://news.aha.org/article/banning-physician-selfreferral-is-an-important-step-toward-health-reform (accessed in 2014)

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]

Bioethical principles and medical futility

Saeedeh Saeedi Tehrani[1], Mansoureh Madani[*1]

[1]*Medical Ethics PhD Candidate, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract

Medical futility refers to diagnostic, treatment, and rehabilitation interventions that are unlikely to produce any positive outcome for patients. Doctors should beware of such actions due to their professional commitments. There are ambiguities in the definition of futility that have been the subject of many studies. In this paper, relevant literature was reviewed to find a definition for futility from the perspective of the four bioethical principles.

Determining the futility of an action, whether it is the request of the patient, their family or service providers, is a highly sensitive matter that can lead to unethical decisions in the medical profession.

Autonomy is a concept that is related to the diverse views on treatment objectives. In this paper we investigated the issues of physician and patient autonomy, and the differences between the values of the people involved. We have also discussed the concept of palliative care with an attempt to clarify the difference between this type of care and futile care, and to determine the boundaries. Another focus of our study was situations where physicians and other health care providers deliver futile treatment for various purposes. Such cases involve factors that may influence the judgment of physicians, and some of them are unethical due to incentives such as financial gain.

Finally, ethical decision-making in this area is only possible through clarification of the different aspects of the issue and prioritization by experts and professionals. In order to do so, all circumstances need to be taken into account, including allocation of scarce resources within the health care system and fairness. Moreover, medical staff should have access to the necessary information so that they can make ethical decisions in different situations.

Keywords: futility, futile care, palliative care, resource allocation, bioethical principles

[1] *Email: mansuremadani@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-08]