

ملاحظات اخلاقی درمان بیهوده

منصوره مدنی^{۱*}

مقاله‌ی مروری

چکیده

زمانی که پزشک تشخیص دهد درمان بیمار نتیجه‌ای در پی ندارد، موظف است که از درمان بیمار پرهیز کند ولی این کار با مشکلات جدی و پرتنشی همراه است. در مقاله‌ی حاضر، با مرور مقالات و کتب مربوطه و به‌منظور تسهیل در امر تصمیم‌گیری اخلاقی درمانگران، تلاش شده است که ضمن تشریح اشکال بالینی متفاوت اقدامات درمانی بیهوده، ابعاد نظری و عملی این مسأله مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از این مشکلات، ابهامات موجود در تعریف بیهودگی است. مشکل بعدی تعیین ملاک‌های عملی و قضاوت در انتساب عنوان بیهودگی به یک درمان خاص است. این ابهام تا حدودی ناشی از تفاوت دیدگاه‌ها در باب هدف درمان، اختلاف در ارزش‌های پزشکی و بیمار و اختلاف سلیقه درباره‌ی کسی است که در نهایت حق تصمیم‌گیری دارد؛ هم‌چنین، ممکن است مرتبط با مسائل مالی و انگیزه‌های غیراخلاقی باشد. تراحمات عملی، مانند تقاضای درمان بیهوده از سوی بیمار و مسأله‌ی تقدس حیات، به‌ویژه در دیدگاه‌های مذهبی نیز بخش دیگری از این مشکلات را تشکیل می‌دهد.

برای درمان بیهوده تعاریف متعددی ارائه شده است که هر یک درصد مشخص کردن مرزی بوده‌اند که بتوان در ورای آن درمان را بیهوده دانست، اما صرف‌نظر از این که چه تعریفی پذیرفته شود، بررسی‌ها نشان می‌دهد که تقاضای درمان بیهوده از سوی بیمار است که اغلب ناشی از بی‌اعتمادی و مشکلات عاطفی است و برای حل آن نیاز به درایت پزشک و در موارد اندکی نیز دخالت قانون است. مشکل جدی دیگر که بیش‌تر در زمینه‌ی مراقبت‌های پایان حیات در دیدگاه‌های مذهبی پیش می‌آید و ارتباط نزدیکی با اتانازی غیرفعال دارد، ضرورت حفظ نفس است. در این مورد با اولویت دادن به موضوعات مهم‌تری چون محدودیت بودجه‌ی سلامت، می‌توان به قواعد عملی و راهگشا دست یافت.

واژگان کلیدی: بیهودگی، درمان بیهوده، اتونومی، اتانازی غیرفعال، حرمت حیات

^۱ دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: mansouremadani@yahoo.com

مقدمه

با وجودی که مباحث مربوط به درمان بیهوده از دیرباز در پزشکی مطرح بوده است، در دهه‌های اخیر این موضوع اهمیت بیش‌تری پیدا کرده است و به‌صورت مشکلی جدی در حوزه سلامت ظاهر شده است. علت این امر را می‌توان پیرشدن جمعیت، پیشرفت تکنولوژی و تجهیزات مدرن پزشکی، بالارفتن هزینه‌های درمانی و دادن اهمیت بیش از حد به اتونومی بیماران دانست (۱).

وظیفه‌ی اصلی پزشک درمان بیماران است ولی خدمات پزشکی مانند تمام حرفه‌ها، نامحدود نیست و توان پزشک در درمان بیماری‌ها محدود است. در مواردی که پزشک از رسیدن به هدف درمانی خود ناتوان است، ادامه‌ی درمان می‌تواند مستلزم نتایج ناخوشایند یا نادرستی از جمله اتلاف منابع مالی و غیرمالی، دادن امید واهی به بیمار و اطرفیان او و تحمیل درد و رنج بیهوده به بیمار باشد (۲). اما با این وجود، در مواردی اجتناب از درمان بیهوده به‌سادگی امکان‌پذیر نیست.

حساسیت این موضوع از آنجا ناشی می‌شود که عبارت درمان بیهوده در بسیاری از استدلال‌های پزشکی به‌کار می‌رود و یکی از توجیهاتی است که به‌عنوان دلیلی محکم برای درمان نکردن یک بیمار، مورد استناد قرار می‌گیرد^۱. بنابراین، همواره این نگرانی وجود دارد که تحت عنوان بیهودگی، درمان‌های بارز، به‌ویژه در بیماران فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری ترک شود (۳). از سوی دیگر، با انجام درمان‌های بیهوده، منابع هزینه‌های محدود سلامت، به هدر رفته و ارائه‌ی عادلانه‌ی خدمات بهداشتی به مخاطره می‌افتد. به‌علاوه، این امر به‌معنای نادیده گرفتن تعهدات حرفه‌ای و الزامات اخلاقی پزشک

^۱ در کتب اخلاق پزشکی، عمدتاً سه دلیل را برای امتناع از درمان بیمار، موجه می‌دانند، این سه دلیل عبارتند از عدم پذیرش خود بیمار، نداشتن توجیه علمی برای درمان و بیهودگی درمان.

است. به زعم بسیاری از صاحب‌نظران، خودداری از درمان بیهوده، یک الزام اخلاقی برای پزشک محسوب می‌شود، به‌طوری که با انجام آن، پزشک مرتکب قصور شده است (۵)، حکمای زمان باستان نیز با مسأله‌ی درمان بیهوده چنین مواجهه‌ای داشته‌اند. بقراط یکی از وظایف پزشک را پرهیز از درمان بیماری می‌داند که کاملاً مغلوب بیماری شده است (۶). علاوه بر این، وضعیت موسوم به درمان غیرمنطقی وجود دارد که در آن، یک اقدام درمانی به نتایج مطلوب منتهی می‌شود ولی هزینه‌ی این درمان بسیار بالاست یا نیاز بیمار دیگری به این درمان بیش‌تر است. در درمان غیرمنطقی، هزینه‌ای که برای درمان لازم است و میزان کلی امکانات بهداشتی جامعه مدنظر است، در حالی که درمان بیهوده، ربطی به هزینه‌ی درمان ندارد. البته برخی از محققان این نوع درمان را هم به‌نوعی درمان بیهوده تلقی می‌کنند و در این رابطه از عبارت ارزش بیهوده^۲ استفاده می‌کنند؛ بدین معنا که هدف قابل دسترسی است ولی ارزش هزینه‌ای را که طلب می‌کند، ندارد و با انجام آن، می‌توان گفت که به هدف مطلوب خود دست نیافته‌ایم (۷).

برای درمان بیهوده دو حالت کلی می‌توان برشمرد: یکی زمانی است که درمان یا هر مداخله‌ی طبی دیگری قطعاً هیچ اثری ندارد و به معنای واقعی بیهوده است. با توجه به این که در پزشکی به‌ندرت می‌توان به چنین قطعیتی دست یافت، عملاً در اغلب موارد با حالت دیگری مواجه هستیم که احتمال موفقیت وجود دارد ولی بسیار کم است و بنابراین، ناچاریم که مرزی را تعیین کنیم که درمان را در ورای آن مرز، بیهوده تلقی کنیم.

نیاز به ذکر است که موضوع بیهودگی را می‌توان نه تنها در مورد درمان، بلکه در مورد هراقدام پزشکی اعم از اقدامات تشخیصی، توانبخشی و پیشگیری به‌کاربرد ولی از آنجا که

^۲ Futile value

مشکلات ناشی از درمان بیهوده بسیار شایع تر و جدی تر از سایر موارد است، بیش تر مباحث مربوط به بیهودگی، به امر درمان های بیهوده اختصاص یافته است و این مقاله نیز عمدتاً به مسائل بیهودگی در درمان پرداخته است، ولی عمده‌ی مطالب ذکر شده قابل تعمیم به سایر خدمات سلامت نیز است. ضمناً یکی از چالش برانگیزترین مباحث درمان بیهوده، در رابطه با تقاضای درمان بیهوده در بیماران درحال مرگ است که به علت حساسیت آن، مشاجرات زیادی را برانگیخته و اختلاف دیدگاه های زیادی را به خود اختصاص داده است. بسیاری از مباحث دیگر مربوط به بیهودگی، از منظر اخلاقی ابهامی نداشته، عمدتاً به دلایل مشکلات اجرایی یا انگیزه های غیر اخلاقی ایجاد می شود.

در این پژوهش، مسائل مهمی که در رابطه با درمان بیهوده پیش می آید، از چند منظر کلی مورد بحث قرار گرفته است:

۱- تعریف بیهودگی

اصطلاح *futy*، مربوط به قرن شانزدهم، از یک کلمه‌ی لاتین معادل *leaky* به معنای رخنه دار و نشت کننده گرفته شده است. در افسانه های کلاسیک این تعبیر را در موردی به کار برده اند که خدایان به دختران دانوس^۱ فرمان می دهند که آب را با سبد، به جایی حمل کنند و آن ها هرچقدر که تلاش می کنند، به هدف نمی رسند. این کار شبیه همان کاری است که در درمان بیهوده انجام می شود (۸، ۳).

وقتی ما از بیهوده بودن کاری حرف می زنیم، معنایی که ناخودآگاه به ذهن متبادر می شود این است که هدف خاصی مدنظر ماست و برای ما امکان انجام اقداماتی وجود دارد که آن اقدامات، ما را به هدف موردنظر نمی رساند. محققان بسیاری این شرح ساده را برای درک مفهوم بیهودگی در پزشکی کافی ندانسته و ضمن انتقاد از آن، به ارائه‌ی تعریف های گوناگونی برای بیهودگی در پزشکی پرداخته اند و برای توضیح آن اصطلاحات گوناگونی را به کار گرفته اند که به

مشکلات ناشی از درمان بیهوده بسیار شایع تر و جدی تر از سایر موارد است، بیش تر مباحث مربوط به بیهودگی، به امر درمان های بیهوده اختصاص یافته است و این مقاله نیز عمدتاً به مسائل بیهودگی در درمان پرداخته است، ولی عمده‌ی مطالب ذکر شده قابل تعمیم به سایر خدمات سلامت نیز است. ضمناً یکی از چالش برانگیزترین مباحث درمان بیهوده، در رابطه با تقاضای درمان بیهوده در بیماران درحال مرگ است که به علت حساسیت آن، مشاجرات زیادی را برانگیخته و اختلاف دیدگاه های زیادی را به خود اختصاص داده است. بسیاری از مباحث دیگر مربوط به بیهودگی، از منظر اخلاقی ابهامی نداشته، عمدتاً به دلایل مشکلات اجرایی یا انگیزه های غیر اخلاقی ایجاد می شود.

در این پژوهش، مسائل مهمی که در رابطه با درمان بیهوده پیش می آید، از چند منظر کلی مورد بحث قرار گرفته است:

۱- تعریف بیهودگی و نیز ابهامات و اختلاف

دیدگاه های موجود در تعریف بیهودگی

۲- تطبیق تعریف بر مصادیق و ابهام در نحوه‌ی

قضاوت ما درباره‌ی بیهودگی یک درمان خاص

۳- مشکلات عملی و نزاحمات رایج که در دو بخش

به آن پرداخته شده است:

الف: تعارض بین پرهیز از درمان بیهوده و اتونومی بیمار

ب: ملاحظه‌ی تقدس حیات در مراقبت های پایان حیات

روش کار

تصمیم گیری درباره‌ی بیهوده بودن یک اقدام درمانی خاص، و چگونگی مواجهه با این بیماران، از موارد بسیار حساسی است که می تواند منجر به اتخاذ تصمیمات غیر اخلاقی از سوی درمانگران شود. مطالعه‌ی حاضر، به روش مروری نگاشته شده و در صدد روشن کردن ابعاد نظری و عملی درمان بیهوده به منظور تسهیل در امر تصمیم گیری اخلاقی درباره‌ی این بیماران است. بدین منظور در ابتدا واژه های (*futility, futile care, passive euthanasia*)

¹ Danaus

ابهام آن افزوده است (۹، ۸).

از شاخص‌ترین تعاریف بیهودگی پزشکی، تعریف با معیارهای کمی است که مبتنی بر احتمال موفقیت یک اقدام است. براساس رایج‌ترین تعریف، اقدامی بیهوده تلقی می‌شود که در صد مورد مشابه قبلی، نتیجه‌ای در پی نداشته است. تعاریف کیفی نیز از بیهودگی ارائه شده است، از آن جمله یکی از این تعاریف در باب درمان‌های بیهوده‌ی پایان حیات، درمانی را بیهوده تلقی می‌کند که بیمار را در وضعیت بیهوشی دائم نگه دارد یا نتواند وابستگی بیمار را به مراقبت‌های ویژه خاتمه دهد (۱۰).

این تعاریف عمدتاً مبتنی بر این فرض است که اهداف مد نظر ما، اهداف فیزیولوژیک است که تنها پزشک صلاحیت تشخیص آن را دارد، پس تعیین بیهودگی در حیطه‌ی وظایف پزشک است. در حالی که برخی دیگر، خواسته‌ی بیمار را در اولویت می‌دانند و از نظر ایشان، فایده و سود الزاماً نباید امری عینی باشد، بلکه باید براساس اهداف بیمار که حتی ممکن است ذهنی باشد، تعریف شود (۱۱). بر این مبنا برخی از محققان عبارت درمان بیهوده را نقد کرده و ترجیح می‌دهند که در این موارد از درمان بی‌نتیجه یا بی‌فایده^۱ استفاده کنند. واژه‌ی بیهودگی اغلب اشاره به بیهودگی فیزیولوژیک دارد و عمدتاً به احتمال دستیابی به نتایج مطلوب فیزیولوژیک نظر دارد، درحالی که نتیجه به منافع مورد نظر بیمار اشاره دارد (۱۲). علاوه بر تعاریف گوناگونی که از مفهوم بیهودگی پزشکی ارائه شده است، نگرش‌های دیگری نیز وجود دارند که مفهوم درمان بیهوده را معتبر نمی‌دانند یا آن را به مسائل دیگر قابل تحویل می‌دانند. برخی از صاحب‌نظران اساساً تعیین بیهوده بودن یک اقدام را تنها به صورت گذشته‌نگر امکان پذیر می‌دانند. به عقیده‌ی آن‌ها تقریباً غیرممکن است که تعیین کنیم که یک درمان، درمورد یک بیمار قطعاً بیهوده

است. عوامل ذهنی و عینی فراوانی در تاثیر یک درمان دخالت دارند که با هیچ دقت و محاسبه‌ای نمی‌توان میزان آن را تخمین زد، بنابراین، منطقی نیست که با تعیین احتمال موفقیت یک درمان، حکم به بیهوده بودن یا نبودن یک درمان کنیم. ما به جای جست‌وجو برای یافتن یک تعریف، باید در پی یافتن یک نقطه‌ی عطف برای ادامه ندادن یک درمان با توجه به شرایط خاص هر بیمار باشیم و تنها راهی که داریم این است که به‌طور قراردادی مرزی را به‌عنوان حد بیهودگی بپذیریم (۱۳).

برخی دیگر معتقدند که بخش اعظم بحث‌های فراوانی که تحت عنوان درمان بیهوده صورت می‌گیرد، نامربوط است. از جمله این‌که برخی معتقدند مباحث بیهودگی، دراصل یک اختلاف عقیده بین پزشکان و بیماران است یا گروهی معتقدند که جدی شدن این مباحث در قرون اخیر، به دنبال نقدهایی است که اخیراً به اتونومی افراطی بیماران صورت می‌گیرد و درواقع حربه‌ای است که مخالفان اتونومی، برای اثبات مضرات بهادادن بیش از حد به اتونومی بیماران مطرح می‌کنند (۶). گروهی نیز معتقدند که مباحث بیهودگی، در اصل مباحث قدرت است و برخی از پزشکان به علت ناراضی بودن از این‌که قدرت گذشته‌ی خود را از دست داده‌اند، این مباحث را چنین جدی مطرح کرده‌اند (۱۴). البته برخی بر این باورند که آنچه پزشکان در گذشته دارا بوده‌اند و امروز از دست داده‌اند، قدرت آن‌ها نبوده، بلکه اعتماد استواری بوده که درسایه‌ی تعهدات قوی پزشک و در قالب نقش حکیمانه و خداگونه‌ی پزشکان به‌وجود آمده است (۱۱).

در این رابطه دیدگاه دیگری نیز وجود دارد که معتقد است که در ورای بسیاری از مشاجرات مربوط به تقاضای درمان بیهوده، ترس بیمار از رهاشدن و نیاز او به مراقبت و تسکین وجود دارد و تقاضای اصلی بیمار، توجه و مراقبت از طریق درمان است. به عقیده‌ی این‌ها مباحث بیهودگی باید از نقطه نظر اخلاق مراقبت مورد ملاحظه قرار گیرد (۱۵).

¹ medically ineffective or non-beneficial treatment

۲- معیارهای تعیین درمان بیهوده

علاوه بر ابهاماتی که در تعریف اقدامات طبی بیهوده وجود دارد، تعیین بیهوده بودن یک اقدام خاص و تطبیق یک تعریف بر یک مورد مشخص نیز به سادگی امکان پذیر نیست. ابهام در این قضاوت، که گاهی ممکن است ناشی از ابهام در تعریف بیهودگی باشد، منجر به اختلاف سلیقه‌های بسیاری شده است که دسترسی به یک دستورالعمل کلی را نامحتمل کرده و تصمیم‌گیری در موارد خاص را بسیار مشکل کرده است. در این رابطه، رویکرد برخی از صاحب‌نظران قابل ذکر است که معتقدند در مواجهه با درمان بیهوده، باید هرگونه تعریفی را رها کرد و باتوجه به شرایط خاص هر مورد، درصدد یافتن راهی منصفانه بود (۱۶) به‌رحال، این دیدگاه نیز در قضاوت در مورد بیهودگی با مشکلات خاص خود روبه‌روست.

سودجویی‌ها در تعیین بیهودگی درمان

مسائلی وجود دارد که به‌طور غیراخلاقی قضاوت در مورد بیهودگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ یکی از این مسائل، مربوط به منبع تامین هزینه‌ی درمان است. در مواردی که شرکت‌های بیمه هزینه‌ی درمان را به عهده دارند، بیهودگی بهانه‌ی خوبی برای قطع زودتر درمان است، درحالی که در مواردی که هزینه‌ی درمان توسط بیمار تامین می‌شود، ممکن است درمانگر به دلیل منافع مادی، تمایل به ادامه دادن درمان بیهوده داشته باشد (۱۷). از موارد دیگر، تمایل پزشک به درمان بیهوده‌ی بیمار به‌منظور درگیرنشدن با بستگان بیمار یا ترس از اتهام و شکایت یا به‌قصد آموزش دانشجویان است (۱). همچنین، ممکن است پزشک برای احتراز از قطع ارتباط بیمار، به خواسته‌های نابجای او تن دهد. تجویز بی‌رویه‌ی آنتی‌بیوتیک‌ها یا فرم‌های تزریقی داروها از این موارد است که نیاز به فرهنگ‌سازی‌های گسترده هم در بیماران و هم در پزشکان دارد. این عوامل غیراخلاقی، ابعاد پیدا و پنهان بسیاری دارد و حذف آن‌ها راهکارهای پیچیده‌ای را می‌طلبد که نیاز به بررسی بیش‌تری دارد و مجال دیگری را می‌طلبد.

در این‌جا صرف‌نظر از این موارد، به مهم‌ترین مسائلی که در تعیین بیهوده بودن درمان در یک مورد خاص، مشکل‌ساز می‌شوند، اشاره می‌شود.

• هدف درمان

بیهوده بودن درمان، به‌معنای بی‌فایده بودن درمان و ناتوانی آن در دستیابی به هدف است. اولین سؤالی که ممکن است پیش آید، این است که هدف از درمان چیست و ما چه چیزی را فایده می‌دانیم؟ اغلب اختلافاتی که در مورد درمان نکردن یا قطع درمان یک بیمار پیش می‌آید، ناشی از اختلاف عقیده در این موضوع است.

هدف ما از اقدامات پزشکی، ممکن است حفظ حیات بیمار، تسکین درد و آرامش بیمار، رضایت بیمار و همدلی با او یا بهبود کیفیت زندگی باشد که با ملاحظه‌ی هر یک، ممکن است قضاوت ما در باب بیهوده بودن یک درمان تغییر کند. حتی ممکن است اقدام به درمان بیهوده، با هدف امید دادن به بیمار و تسکین روانی او صورت پذیرد. با توجه به این‌که در درمان همواره سود و فایده‌ی بیمار مدنظر است، ممکن است با دخالت دادن ارزش‌های بیمار، پای برخی منافع غیرواقعی و ذهنی نیز به میان آید، مثلاً بیماری ممکن است متقاضی یک IVF^۱ کاملاً بی‌اثر باشد، ولی این‌کار به او این آرامش را می‌دهد که تا آخر عمر احساس کند که از هیچ تلاشی فروگذار نکرده‌است (۱۸). یا ممکن است بیمار درباره‌ی درمان، دیدگاه‌های کاملاً شخصی و احیاناً غیرعلمی داشته باشد و پزشک را موظف به رعایت آن بداند.

کیفیت مطلوب حیات

کیفیت حیات شاخصی است که در ارزیابی خدمات سلامت، به‌عنوان هدف درمانی، مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران است. به عقیده‌ی آنان طولانی کردن زندگی، زمانی ارزشمند است که بتواند سطح مطلوبی از زندگی را تامین کند و درمانی که چنین سطحی را فراهم نکند، بیهوده تلقی می‌شود. درصورت پذیرش این عقیده، با مشکل مهم

¹ In Vitro Fertilization

تعیین استاندارد برای کیفیت مطلوب حیات روبه‌رو هستیم، به‌ویژه که بررسی‌های متعددی نشان داده است که پزشکان اغلب سطح کیفیت زندگی بیماران را کم‌تر از خود بیماران ارزیابی می‌کنند و اغلب فاکتورهای غیرپزشکی مثل روابط اجتماعی بیمار را در نظر نمی‌گیرند (۱۹).

اختلاف در ارزش‌های پزشک و بیمار

یکی از جدی‌ترین اختلافاتی که درباب درمان بیهوده پیش می‌آید و مباحث پرتنش را به دنبال دارد، مواردی است که نتیجه به‌راحتی قابل پیش‌بینی است ولی درمورد موجه بودن یا نبودن نتیجه، اختلاف نظر وجود دارد. این اختلاف در واقع اختلاف در ارزش‌های پزشک و بیمار است. مثلاً در یک بیمار در حال مرگ، سؤال محوری اغلب این است که «چه نوعی از حیات ارزش حفظ کردن دارد؟» ممکن است پزشک معتقد باشد که حیات نباتی یا سطوح پایین حیات در یک بیمار در حال مرگ، ارزش حفظ کردن ندارد، درحالی که بستگان بیمار به‌ویژه در زمینه‌ی اعتقادات مذهبی، حیات را در هر سطحی مقدس شمرده و حفظ آن را الزامی بدانند (۲۰).

در این‌باره هم‌چنین، می‌توان به اختلاف در مبانی نظری افراد اشاره کرد. به‌عنوان مثال، درحالی که قائلین به تقدس حیات، حفظ حیات بیمار را در هر شرایطی ضروری می‌دانند، یک نتیجه‌گرا ممکن است طولانی‌شدن حیات، به هر قیمتی را به سود بیمار یا به سود جامعه نداند یا کیفیت حیات را مدنظر قرار دهد.

• حق تصمیم‌گیری

اختلافی که در ارزش‌ها و دیدگاه‌های افراد وجود دارد، موجب اتخاذ تصمیم‌های مختلف و حتی متضاد درباره‌ی شروع یا ادامه‌ی درمان یک بیمار می‌شود. یکی از سؤالات مهمی که در زمینه‌ی درمان بیهوده پیش می‌آید، این است که از نظر اخلاقی چه کسی حق تصمیم‌گیری دارد؟ در این زمینه، نظرات متفاوتی ارائه شده است:

۱- بسیاری از محققان بر این عقیده‌اند که تصمیم

گیرنده‌ی نهایی پزشکی است و هیچ فرد دیگری صلاحیت قضاوت درباره‌ی بیهوده بودن یا نبودن یک درمان را ندارد. این گروه، عمدتاً تقلیل-گرایانی هستند که مسائل مربوط به بیهودگی را از سنخ سایر مشکلات طبی می‌شمرند و آن را به یک مسأله‌ی حرفه‌ای تقلیل می‌دهند که پزشک با تکیه بر تجربیات و آموخته‌های خود، در این‌باره به تشخیص می‌رسد و تصمیم‌گیری درباره‌ی آن را منحصر در حیطه‌ی تخصصی پزشک موجه می‌دانند. ایرادی که به این دیدگاه وارد می‌شود، این است که ممکن است یک مورد خاص، در گذشته، مشابهی نداشته باشد تا براساس آن تصمیم بگیریم (۲۱). به‌علاوه، تجربیات بالینی نشان می‌دهد که حتی در بیمارانی که بیماری مشابهی دارند، سیر بیماری تفاوت‌های بسیاری را نشان می‌دهد، درحالی که قضاوت کردن براساس نتایج درمانی مثلاً صد بیمار قبلی، مستلزم این است که بیماران را یکسان فرض کنیم. نقد دیگری که به این پیش‌بینی وارد است، این است که این پیش‌بینی مستعد یک خطای بزرگ است و آن این‌که می‌تواند خودش، به‌طور اتوماتیک خودش را تایید کند. با پذیرش بیهوده بودن درمان، درمان قطع می‌شود و فرد می‌میرد و این مرگ تاییدی بر اجتناب‌ناپذیر بودن مرگ او تلقی می‌شود (۵).

۲- گروه دیگری از محققان تصمیم‌گیری را حق بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین او می‌دانند. دلیل آن‌ها این است که وقتی بیماری تقاضای درمانی را دارد که پزشک آن را بیهوده می‌داند، ادعای یک حق مثبت را دارد و آن دریافت کمک و رسیدگی است و این وظیفه‌ی پزشک است که

تلاش کند تا او به حق خود برسد (۲۲).

نقدی که به این دیدگاه وارد است، این است که ممکن است تصمیم بیمار غیرمنطقی باشد و موجب شود که به بیمار رنج بیهوده‌ای تحمیل شود یا منابع محدود بهداشتی تلف شود، هم‌چنین، این‌کار با وجدان حرفه‌ای پزشک سازگار نیست.

۳- گروه دیگری معتقدند که تصمیمات مربوط به درمان بیهوده، باید براساس توافق عمومی اتخاذ شوند تا احتمال یک اقدام غیراخلاقی به حداقل برسد. با این‌وجود، بارها دیده شده‌است که توافق عمومی به‌ویژه در مورد اقوام اقلیت، بر یک حکم ناعادلانه صورت گرفته است (۲۱).

۴- دیدگاه دیگر معتقد است که حق با کسی است که بیش‌ترین تاثیر را از یک تصمیم می‌پذیرد که این فرد اغلب بیمار است (۲۱) ولی در مواردی که هزینه سنگینی به سیستم سلامت وارد می‌شود، می‌توان حق تصمیم‌گیری را به درمانگر داد.

۳- مشکلات عملی و نزاحمات رایج

در تعریف و تعیین موارد درمان بیهوده ابهامات و اختلاف سلیقه‌های زیادی وجود دارد ولی حتی پس از تطبیق تعریف بیهودگی بر یک درمان خاص، مشکل خاتمه نمی‌یابد؛ به‌ویژه در مورد بیماران درحال مرگ که بیهوده دانستن درمان به‌معنای مرگ قریب‌الوقوع بیمار است و هیجانانگیز و واکنش‌های غیرعقلانی بستگان بیمار را به همراه دارد. در ادامه به دو مورد از مهم‌ترین این موارد اشاره می‌شود:

الف: تقاضای درمان بیهوده و اتونومی بیمار

مهم‌ترین مسأله‌ای که در زمینه‌ی درمان بیهوده در سیستم بهداشتی کشورها، مشکلات پرتنش و گاه پرجنگالی را ایجاد می‌کند، تعارض بین وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشک مبنی بر پرهیز از درمان بیهوده و احترام به حق اتونومی بیمار است. این مسأله، به‌ویژه در کشورهایی مشکل‌ساز می‌شود که به اتونومی

بیماران بهای بسیاری داده می‌شود.

از عوامل مهم در حل این نوع اختلافات، دیدگاه ما در مورد نوع رابطه‌ی پزشک با بیمار و قهری بودن یا قراردادی بودن این رابطه است که در پس‌زمینه‌ی بسیاری از تعارضات اخلاقی به چشم می‌خورد. در پزشکی سنتی، پزشک براساس الزامات درونی خود، اقدام به انجام وظایف خود می‌کرد و درمان بیهوده را انجام نمی‌داد، درحالی که قراردادی بودن ارتباط پزشک با بیمار، بدین معناست که آن‌ها، براساس نوعی قرارداد، درقبال یکدیگر مسئولیت دارند و وظیفه‌ی پزشک الزام به قرارداد است (۲۳). در این دیدگاه که ویژگی پزشکی نوین است، اغلب، پزشک نقش ارائه‌دهنده‌ی خدمات به افراد متقاضی را دارد و پزشکی، تجارت یا معامله‌ای است که خدمات تکنولوژیک و اطلاعات را با تقاضا و نیازهای افراد مستقل مبادله می‌کند (۲۴). براساس این دیدگاه، بیمار، یک مشتری محسوب می‌شود و زمانی که تقاضای درمان بیهوده‌ای را دارد، پزشک باید به درمان او بپردازد. در حالی که این کار با تفکر اخلاقی متعارف ما سازگار نیست. نقد دیگری که بر این دیدگاه وارد است، این است که مشتری بودن بیمار با مشتری بودن در یک سوپرمارکت متفاوت است و نباید جایگاه پزشک را به جایگاه یک فروشنده‌ی کالا تقلیل داد. نقش سنتی پزشک به‌عنوان تأمین‌کننده‌ی خیر و خدمت، بسیار مطلوب‌تر از چنین نگرشی است (۲۵).

صرف‌نظر از هریک از این دیدگاه‌ها، توجه به عواملی که موجب تقاضای درمان بیهوده از سوی بیمار می‌شود، کمک بزرگی به حل این مسأله می‌کند. تقاضای درمان بیهوده از سوی بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین او، علل مختلفی دارد. یکی از مهم‌ترین و جدی‌ترین آن‌ها وجود اختلاف بین ارزش‌های بیمار و پزشک است که به‌سادگی برطرف نمی‌شود ولی ناشایع است.

یکی از شایع‌ترین عوامل ایجاد این مشاجرات، بی‌اعتمادی و بی‌اعتنایی کادر درمانی به واکنش‌های عاطفی بستگان بیمار است. مسائل شخصی همراهان، مانند احساس گناه نسبت به

بیمار یا عواقب سنگین مرگ بیمار مثلاً از دست دادن یک امتیاز مهم در صورت فوت بیمار، می‌تواند عامل مهمی در پافشاری بستگان بیمار برای ادامه‌ی درمان باشد (۲۶). بیماری که از همه چیز ناامید شده، ممکن است حتی به احتمال کمتر از یک درصد هم اهمیت بدهد یا ممکن است نظر پزشک را به حساب یک اشتباه تشخیصی بگذارد. اصولاً در شرایط حساس و خاص، ما بیش‌تر با هیجانات افراد مواجه هستیم تا با رفتارهای عقلانی و منطقی (۳). عوامل اجتماعی نیز می‌تواند به این مشکل دامن بزند، مثلاً نابرابری‌هایی که در طول تاریخ در درمان سیاهپوستان انجام شده، موجب بی‌اعتمادی آن‌ها به سیاستگذاران و نظام سلامت کشور شده است؛ از این رو، ممکن است یک بیمار سیاهپوست، ادعای پزشک سفیدپوست را مبنی بر بیهوده بودن یک درمان، به حساب سهل‌انگاری و بی‌اعتنایی او گذاشته و آن را نپذیرد (۲۷). بیمار ممکن است اعتقادات و تصورات خاصی در مورد مرگ، زندگی یا بیماری داشته باشد و به این دلیل خواستار یک اقدام درمانی خاص مثلاً تجویز آنتی‌بیوتیک یا کورتون باشد، درحالی که تجربه‌ی قبلی بیمار در باب موفقیت‌آمیز بودن یک درمان بیهوده مثل آنتی‌بیوتیک‌تراپی در سرماخوردگی می‌تواند کاملاً اتفاقی یا مربوط به اثر پلاسبو باشد.

در هنگام بروز این تعارضات، وجود تعاملی بین طرفین بحث برای رسیدن به یک تصمیم مشترک ضروری است. اغلب این مشاجرات با صرف وقت کافی، ایجاد اعتماد، رفع علل تقاضای درمان بیهوده و گرفتن کمک یا مشاوره از دیگران برطرف می‌شود ولی اگر با وجود مذاکره و مشورت گرفتن از سایرین، توافق حاصل نشد، وجود یک استاندارد مورد قبول جامعه، برای ختم اختلافات لازم خواهد بود که در مرحله‌ی اول می‌تواند توسط کمیته‌ی اخلاق بیمارستان و در مرحله‌ی بعد، توسط مراجع قانونی کشور ارائه شود. در هر حال، این مسائل باید تا حد امکان پیش‌بینی شده و راهکارهای مناسب و دستورات عمل‌های اخلاقی یا حقوقی،

از قبل برای آن در نظر گرفته شود.

ب. قطع درمان و ملاحظه‌ی تقدس حیات

اگرچه دیدگاه‌های مذهبی اغلب مباحث مربوط به بیهودگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، مهم‌ترین چالشی که در این زمینه ایجاد می‌شود و گاهی در تقابل جدی با سایر دیدگاه‌ها برآمده و موجب ابهامات اجرایی بسیاری می‌شود، مسأله‌ی تقدس حیات و در نتیجه عدم جواز قطع درمان است. بر اساس دیدگاه اغلب ادیان، حیات امری مقدس بوده و انسان‌ها موظفند که به آن احترام بگذارند. بر این اساس، کشتن انسان‌ها نهی شده و به حفظ جان انسان‌ها فرمان اکید داده شده است. این فرمان‌ها با چنین تاکیدی مانع از این می‌شود که پیروان این ادیان، بیماری را به حال خود رها کنند، حتی اگر این درمان کم‌اثر باشد یا هزینه‌ی غیرمنطقی و بسیار زیادی را طلب کند.

دیدگاه اسلام نیز در باب حیات بسیار سخت‌گیرانه است تا جایی که بر اساس احکام فقه شیعه، «در هر موردی که حفظ نفس، بر ارتکاب حرام، توقف داشته باشد، ارتکاب آن واجب است» (۲۸). بنابراین، اگر حیات انسان یا حتی حیوانی متوقف بر غصب اموال دیگران باشد، این کار جایز و بلکه واجب است. مثلاً می‌توان غذا یا دارو یا نخ بخیه را به زور از کسی که آن را دارد و از دادن آن امتناع می‌کند و نیز نیاز ضروری به آن ندارد، گرفت^۱ (۲۹،۳۰). همچنین، اگر حفظ جان یا سلامتی مسلمانی متوقف بر قطع و پیوند عضو مبتدی باشد، اذن قبلی و وصیت او و حتی اجازه‌ی ورثه لازم نیست (۳۱). نکته‌ی دیگر این‌که هر هزینه‌ای که برای حفظ حیات جاننداری لازم باشد، باید پرداخت شود، مگر امر مهم‌تری در کار باشد. این امر به جهت تقدس ذاتی حیات است که شامل سایر جانداران نیز می‌شود، مثلاً زمانی که ترس غرق شدن کشتی وجود دارد و باید برای سبک‌شدن کشتی، همه چیز را به آب

۱ ... يجوز غضب ... لإبقائها إذا لم يوجد غيره، كما يجوز غضبه كذلك لحفظ الإنسان، و يلزمه المثل أو القيمة.

است. در این جا باید با اولویت دادن به حیات انسان‌های دیگری که با درمان نجات می‌یابند، منابع درمانی را به بخش‌های مهم‌تر تخصیص دهیم. با ملاحظه‌ی این امر، با کارشناسی ابعاد فردی و اجتماعی مسأله و با در نظر گرفتن مقدار کلی امکانات در توزیع منابع، می‌توان با اولویت‌بندی‌های دقیق، به دستورالعمل‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب و معقول دست یافت. از این رو، ابعاد گوناگون و عواقب کوتاه‌مدت و درازمدت این کار باید توسط کارشناسان سنجیده شود و با اجتناب از درمان‌های پرهزینه و بیهوده، امکانات درمانی را بر مبنای اولویت‌ها به بیماران تخصیص داد.

بحث و نتیجه‌گیری

مباحث مربوط به درمان بیهوده از مباحث ناشایع اما پرتنش است که از یک سو می‌تواند به محرومیت برخی از بیماران از خدمات درمانی منجر شود و از سوی دیگر، به اتلاف سرمایه‌های محدود حوزه‌ی سلامت منتهی شود. بهبودگی با عوامل متعددی چون ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، نظام ارزشی پزشک و بیمار، اهداف درمانی، مسائل عاطفی و مسائل کاملاً شخصی گره می‌خورد و این تنوع، امکان دسترسی به یک توافق عام را نامحتمل می‌کند. با این اوصاف می‌توان گفت که:

بخشی از مشکلات مربوط به درمان بیهوده، بدون حل مسائل نظری و مطالعات کارشناسانه‌ی عملی قابل رفع نیست. در این گونه امور، لازم است که متخصصان رشته‌های مختلف، به بررسی ابعاد مختلف این مشکل بپردازند. مباحث مربوط به وجوب حفظ نفس و تقدس حیات و ملاحظات مربوط به سرانه‌ی درمان و سیاست‌گذاری‌های متناسب با آن، هم‌چنین، کسب اطلاعات تجربی مربوط به سیر بیماری‌ها، به منظور پیش‌بینی هرچه دقیق‌تر نتایج درمان از این گروه‌ها.

بخش دیگر، اموری هستند که نیاز به درایت پزشک و تیم درمانگر دارند. اولین مرحله در حل مشکل تقاضای درمان بیهوده، تلاش برای شناخت ابعاد مسأله است که ممکن است مسائل عاطفی، بی‌اعتمادی به پزشک یا دلایل کاملاً شخصی

بیندازند، لازم است که از هلاک حیوان تاحد ممکن احتراز شود و تا زمانی که شی‌ای وجود دارد، موجود زنده‌ای را به آب نیندازند، درحالی که ممکن است ارزش آن اموال بیش از ارزش حیوانات باشد^۱ (۳۲). یعنی بالابودن هزینه‌ی درمان، به خودی خود نمی‌تواند توجیهی بر قطع یک درمان غیرمنطقی یا درمانی که احتمال موفقیت آن بسیار کم است باشد. البته اگر درمان کاملاً بیهوده باشد و عرفاً حیات بیمار را طولانی نکند، الزامی به ادامه‌ی درمان نیست (۳۳، ۳۱).

با این اوصاف درحالی که درمان کاملاً بیهوده نیست و احتمال ضعیفی برای موفقیت وجود دارد یا انجام اقدام درمانی مستلزم هزینه‌ی گزاف و نامعقول است، تنها وجود حکم دیگری که بتوان برای آن، اولویتی شرعی یا عقلی به‌دست آورد، می‌تواند مجوز قطع یا شروع نکردن درمان باشد. هنگامی که بین امثال دو حکم، منع جمع وجود داشته باشد، عقل حکم می‌کند که فرد به‌دنبال عاملی باشد که با ایجاد رجحان در یک انتخاب، او را در انتخاب گزینه‌ی مهم‌تر یاری کند که از این امر به ترجیح اهم بر مهم تعبیر شده‌است، مثلاً در ملاک‌های اولویت، حفظ جامعه‌ی اسلامی، از حفظ جان افراد مهم‌تر است، حفظ جان بر حفظ آبرو اولویت دارد. در غیاب عامل اهمیت، احتمال وجود عامل مرجح نیز می‌تواند عاملی برای ترجیح محسوب شود (۳۴).

ج: مشکلات مالی

محدودیت منابع مالی یا سایر امکانات درمانی حکم می‌کند که توزیع منابع به‌صورت سازماندهی شده انجام شود. بدیهی است که تخصیص منابع به بیمارانی مانند بیماران مرگ مغزی که از درمان هیچ سودی نمی‌برند یا سود بسیار کمی می‌برند، مستلزم حذف هزینه‌هایی در قسمت‌های دیگر بهداشت و درمان خواهد بود و تمرکز منابع مالی به این سمت، به منزله‌ی به مخاطره انداختن حیات سایر انسان‌ها

^۱ و... یجب إلقاء ما لا روح فيه لتخليص ذی الروح. و لا يجوز إلقاء الحيوان إذا حصل الغرض بغيره .

منابع

- 1- Jerker NS, Schneiderman LJ. Futility and rationing. *Am J Med* 1992; 92(2): 189-6.
- ۲- آرامش ک. بیهودگی در پزشکی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۴۷-۵۲.
- 3- Cowley C. *Medical Ethics, Ordinary Concepts and Ordinary Lives*. New York: Palgrave Macmillan; 2008, p.85, 182-183.
- 4- Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas, a Guide for Clinicians*, Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p.61.
- 5- Lantos JD, Singer PA, Robert M, et al. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989; 87(1); 81-4.
- 6- Lawson DA. Futility. *Current Anaesth Crit Care* 2004; 15: 219-23.
- 7- Mohindra RK. Medical futility: a conceptual model. *J Med Ethics* 2007; 33(2): 71-5.
- 8- Scanlon A, Murphy M. Medical futility in the care of non-competent terminally ill patient: Nursing perspectives and responsibilities. *Aust Crit Care* 2012, PMID: 23218919
- 9- Young R. *Medically Assisted Death*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2007, p. 31-32.
- 10- [Schneiderman](#) LJ, [Jecker](#) NS, [Jonsen](#) AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112(12): 949-54.
- 11- Caocci G, Pisu S, Vacca A, et al. Clinical, psychological and ethical dilemmas: the case of unrelated bone marrow transplantation in adult thalassemic Patients. In: Murphy D. Longo D. *Encyclopedia of Psychology of Decision Making*. New York: Nova Science Publishers; 2009, p. 106-7.
- 12- Jonsen AR, Siegler M. Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6th edition. MC: Graw Hill; 2006, p 29.
- 13- Ewer MS. The definition of medical futility: are we trying to define the wrong term? *Heart Lung* 2001; 30(1): 3-4.
- 14- Baqeri A. Controversy over medical futility. First UNESCO Bangkok Bioethics Roundtable; 2005.
- 15- [Schneiderman](#) LJ, Faber-Langendoen K,

باشد. با آگاهی به علل تقاضای بیمار و بستگان او ممکن است بتوان به توافق عادلانه‌ای دست یافت. اگر به‌وسیله‌ی مذاکره توافق حاصل نشد، نیاز به وجود یک دستورالعمل کارشناسی شده و از پیش تعیین‌شده هست که با استناد به آن تصمیم مشخصی اتخاذ شود.

در تمام موارد درمان، باید به‌خاطر داشت که بین درمان و مراقبت تفاوت هست. درمان و حفظ حیات نقطه‌ی پایان دارد، درحالی که مراقبت بی‌انتهاست (۵) و این امر، توجه بیش‌تر به طب تسکینی و مدیریت درد را می‌طلبد.

در نهایت، بخش مهمی از مشکلات مربوط به درمان بیهوده، ناشی از انگیزه‌های غیراخلاقی و حتی سودجویی‌های افراد یا ارگان‌های مختلف است. این مسائل که بسیار پیچیده بوده و طیف بسیار متنوعی از مشکلات را در برمی‌گیرد، ابعاد پیدا و پنهان بسیاری دارد و نیازمند بررسی‌های دقیق، رفع خلاهای قانونی و وضع قوانین کارآمد و حتی دخالت‌های قضایی است. در برخی موارد نیز نیاز به فرهنگ‌سازی گسترده در بیماران و پزشکان دارد.

- 26- Anonymous. EPEC, The education for physicians on end of life care. http://endlink.lurie.northwestern.edu/advance_care_planning/module1.pdf. (accessed in 2012)
- 27- Snyder JE, Gauthier CC. Evidence based medical ethics: cases for practice based learning. Totowa, USA: Humana Press; 2008, p. 6.
- ۲۸- موسوی خمینی ر. تحریر الوسیله. ترجمه‌ی اسلامی ع. چاپ بیست و یکم. قم: دفتر انتشارات اسلامی؛ ۱۴۲۵، جلد ۳، ص ۲۹۹.
- ۲۹- نجفی صاحب الجواهر م. جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام، چاپ هفتم. بیروت: دار احیاء التراث العربی؛ ۱۴۰۴، جلد ۳۱، ص ۳۹۶.
- ۳۰- علامه حلی ح. قواعد الأحکام فی معرفه الحلال و الحرام، چاپ اول. قم: دفتر انتشارات اسلامی؛ ۱۴۱۳، جلد ۳، ص ۱۱۸.
- ۳۱- لنکرانی م. جامع المسائل (فارسی - فاضل)، چاپ یازدهم. قم: انتشارات امیر قلم؛ جلد ۱، ص ۵۷۴.
- ۳۲- عاملی شهید ثانی ز. مسالک الأفهام إلى تنقیح شرائع الإسلام، چاپ اول. قم: مؤسسه المعارف الإسلامیه؛ ۱۴۱۳، جلد ۱۵، ص ۳۸۳.
- ۳۳- خامنه‌ای ع. پزشکی در آئینه اجتهاد. طرح و تحقیق محمدزاده خ ع، چاپ اول. قم: انتشارات انصاریان؛ ۱۳۷۵، ص ۱۷۷.
- ۳۴- حسینی شیرازی م. الفقه و القواعد الفقهیة، چاپ اول. بیروت: مؤسسه امام رضاع؛ ۱۴۱۳ ه ق، ص ۱۴۲.
- Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. Am J Med 1994; 96(2): 110-4.
- 16- Kleespies PM, Miller PJ, Preston TA. End of Life Choices in Decision Making Near the End of Life Issues, Developments, and Future Directions. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2009, p133.
- 17- Bayley C. Hospital, contemporary ethical problems of the. In: Stephen G (ed). Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition. USA: Macmillan Reference; 2004, p. 1181.
- 18- Dickenson D, Richard H, Michael P. The Cambridge Medical Ethics Workbook, Second Edition. New York: Cambridge University Press; 2010, p. 10.
- ۱۹- اسلامی تبارش، آیت‌اللهی م. مسائل اخلاقی و حقوقی در قتل ترحم آمیز، چاپ اول. تهران: انتشارات مجد؛ ۱۳۸۶، ص ۱۲۰.
- ۲۰- لاریجانی ب. پزشک و ملاحظات اخلاقی، چاپ اول. تهران: برای فردا؛ ۱۳۸۳، جلد دوم، ص ۱۵۲.
- 21- Kopelman LM. Conceptual and moral disputes about futile and useful treatments. J Med Philos 1995; 20(2): 109-21.
- 22- Davis JK. Futility, conscientious refusal, and who gets to decide. J Med Philos 2008; 33(4): 356-73.
- 23- Erde EL. A method of ethical decision making. In: Monagle JF, Thomasma DC. Health Care Ethic: Critical Issues for The 21st Century. Sudbury, USA: Jones and Bartlett; 2005, p 534.
- 24- Ten Have H. A helping and caring profession: medicine as a normative practice. Clin Bioethics 2005; 26: 75-97.
- 25- Schwartz L, Preece PE, Henry RA. Medical Ethic: A Case-based Approach. Philadelphia: Saunders WB company; 2003, p. 71.

Ethical considerations of futile care

Mansoureh Madani ^{*1}

¹ *Medical Ethics PhD student, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract

When medical treatment is futile, the physicians must refrain from treating patients, and this can lead to serious and stressful problems. In this paper, in order to facilitate ethical decision making relevant literatures have been reviewed. This review article aimed to explaining the different clinical forms of futile treatment, and exploring theoretical and practical dimensions of futility.

The first problem in this field is ambiguity in the definition of futility. The next problem is determining the practical criteria and attributing the meaning of futility to particular treatments. This ambiguity is partly due to different perspectives about the goal of treatment, and variations in physicians' and patients' values and also disagreements regarding the person who should have the right to make decisions ultimately. It may also be related to finances and immoral motives. The third problem is some practical conflicts the most notable are futile care, requested by the patient and the sanctity of life, especially in the concern of religious considerations.

In this regard, several definitions have been proposed for the futile treatment. Studies indicate that requesting futile care is often due to emotional problems or lack of trust a case that requires the physician's tact to resolve and rarely is resolved by rule. Another serious problem that is regarding to end of life cares, especially in the context of religious views, is the necessity of life saving, that is closely related to the inactive euthanasia. This can be solved by giving priority to more important issues such as health budget constraints.

Keywords: futility, futile care, autonomy, inactive euthanasia, sanctity of life

*Email: ????