DOI: 10.29252/ijca.1.2.16

Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) **Original Article**

Vol.1 No.2, Summer 2022

Does Children with lymphoma the right to life with the efforts of medical and nursing? lack of parental consent for medical treatment and surgery

Tajari M[1], Sanagoo A[2*], Azimi M[3]. Jouybari L[4]

1- Nursing Student Graduate Children, Student Research Committee, Ali Abad Branch School of Nursing, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
2- Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3- Critical Care Nursing. Pediatrics Hospital Imam Hossain, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.
4- Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
Corresponding Author: Sanagoo A, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
Email: sanagoo@goums.ac.ir
Received: 29 February 2019 *Accepted: 4 June 2019*

Abstract

Introduction: Hodgkin's disease is a type of malignancy associated with the lymphoreticular systems that are in place lymphoma group. During childhood, after leukemia and brain tumors, lymphoma (including Hodgkin's and non-Hodgkin) are the third place final touch.

Method: This is a case report.

Results: The patient is a 10.5-year old boy has been hospitalized with Painless swelling of lymph nodes on both sides of the neck and a weight loss 4-3 kg since 2 months ago, The first referrals of patient has been ENT specialist. After the end of the treatment with cephalexin and incisional No improvement, biopsy is performed and given the diagnosis of lymphoma. Followed patients hospitalized in oncology ward And re-biopsy and treatment begins. After partial recovery sick father because of religious beliefs is refused further treatment And next visit to disease progression and metastasis to the lungs and heart problems and severe respiratory, The patient died despite the efforts made.

Conclusion: Based on the Islamic principles, the person has no right to harm himself, But because of the right and domination that each person has on his body .this issue does not a license for compulsory treatment , But only requires the therapist to try to dissuade a patient from making his decision. as much as possible and on the other hand, does not contribute to patient injury to yourself and especially not cooperate with the patient discontinuation of treatment.

Keywords: lymphoma, Right to life, Dissatisfaction.

Access this article online

Website: www.ijca.ir

DOI: 10.29252/ijca.1.2.16

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]

نشریه مراقبت سرطان | مقاله پژوهشی

دوره اول، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

کودک مبتلا به لنفوم آیا حق زندگی را با تلاش های پزشکی و پرستاری دارد؟ عدم رضایت والدین جهت درمان دارویی و جراحی

مهلا تجری[۱]، اکرم ثناگو[۲*]، مریم عظیمی[۳]، لیلا جویباری[۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علی آباد کتول، گرگان، ایران.
۲- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، بیمارستان کودکان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
نویسنده مسئول: اکرم ثناگو، دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
ایمیل: sanagoo@goums.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۹ *تاریخ پذیرش:* ۱۳۹۸/۳/۱۴

چکیده

مقدمه: بیماری هوچکین یک نوع بدخیمی مربوط به سیستم لنفورتیکولر است که در گروه لنفوم ها جای دارند. در دوران کودکی بعد از لوسمی و تومورهای مغزی، لنفوم ها (اعم از هوچکین و غیرهوچکین) مقام سوم را دارا می باشند.

روش: این مطالعه گزارش یک مورد است.

یافته ها: بیمار پسر ۱۰/۵ ساله می باشد که با تورم بدون درد غدد لنفاوی دو طرف گردن و کاهش وزن ۴-۳ کیلوگرمی از ۲ ماه قبل، در بیمارستان بستری شده است. اولین مراجعات بیمار به متخصص ENT بوده است پس از پایان دوره درمان با سفالکسین و عدم بهبودی، بیوپسی اکسیژنال انجام شد و با توجه به جواب تشخیص لنفوم گذاشته می شود. به دنبال آن بیمار در بخش انکولوژی بستری و مجددا بیوپسی شده و درمان شروع می شود بعد از بهبود نسبی پدر بیمار به دلیل اعتقادات مذهبی از ادامه درمان امتناع می کند و در مراجعه بعدی به دنبال پیشرفت بیماری و متاستاز تومور به ریه و مشکلات قلبی و تنفسی شدید بیمار علی رغم تلاش های انجام شده فوت می کند.

نتیجه گیری: براساس مبانی اسلامی، فرد حق آسیب رساندن به خود را ندارد، ولی به دلیل حق و سلطه ای که هر فرد بر بدن خود دارد، این مسأله مجوز درمان اجباری به شمار نمی آید، بلکه تنها درمانگر را ملزم می کند که برای منصرف کردن بیمار از تصمیم خود در حد توان تلاش کند و از سوی دیگر، با بیمار در آسیب رساندن به خود مشارکت نکند و به ویژه در قطع درمان با بیمار همکاری نکند.

کلید واژه ها: لنفوم، حق زندگی، عدم رضایت.

مقدمه

لنفوم یا بدخیمی بافت لنفوئید سومین علت شایع بدخیمی کودکان بعد از لوسمی و تومورهای مغز است. دو گروه اصلی در لنفوم وجوددارد که شامل لنفوم هوچکین و لنفوم غیرهوچکین است.تفاوت این دو نوع بیماری هوچکین و غیر هوچکین در نوع و سرمنشاء سلول بدخیم می باشد. علاوه بر این سیر این دو بیماری و پاسخ آنها به درمان نیز تفاوت قابل توجهی نشان می دهد. در واقع لنفوم زیرمجموعه نئوپلاسم هاست که به آن تومور بافت های خون ساز و و لنفاوی می گویند.از نظر بافت شناسی لنفوم غیرهوچکین ۳ زیرگروه دارد شامل لنفوم بورکیت یا سلول B, لنفوبلاستیک یا سلول T و سلول بزرگ (سلول بزرگ می تواند از سلول T یا از سلول B منشاء بگیرد) (۱).

تشخیص لنفوم بر پایه بیوپسی بافتی یا آزمایش مایع پلور یا پریتوئن و آزمایش خون است. تصویربرداری پزشکی در مرحله بعد می تواند به کار گرفته شود تا تعیین کند که آیا سرطان گسترش یافته است و در صورت گسترش به چه نواحی متاستاز داده است اگر سلول های بلاست در بیوپسی ۲۵٪ یا بیشتر باشد بیماری به صورت لوسمی حاد تقسیم بندی می شود (می تواند ALL سلول B یا ALL سلول T باشد) که هر دو نیاز به درمان تهاجمی، درمان سیستمیک دارند. درمان بیماری می تواند ترکیبی از کموتراپی، رادیوتراپی و جراحی باشد. که با توجه به مراحل مختلف بیماری می تواند به صورت منفرد و یا ترکیبی از این موارد باشد. که انجام تمامی این اقدامات نیازمند گرفتن رضایت از بیمار می باشد (۲).

اخذ رضایت از حقوق قانونی و اخلاقی پذیرفته شده ی بیماران است. علاوه بر این، نیاز به همکاری بیمار برای معاینه و درمان، دلیل کاربردی مهمی برای اخذ رضایت بیمار است. یکی از عوامل اعتبار

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]

رضایت اخذ شده این است که مبتنی بر ارائه ی اطلاعات کافی بوده و بیمار آزادانه آن را انتخاب کند و این به این معنی است که بداند می تواند از پذیرش آن امتناع کند (۳). همچنین از آنجا که اخذ رضایت یک فرایند است، امتناع از درمان نیز در هر مقطعی از سیر درمان می تواند صورت گیرد، یعنی بیماران حق دارند که نظرشان را تغییردهند. در چنین شرایطی درمانگران دو راه پیش رو دارند: آنها یا باید به خواسته ی بیمار تن دهند یا اقدام به درمان اجباری بیمار کنند. ترک یک درمان ضروری، می تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بیمار یا افراد دیگر و نیز آسیب سیستم سلامت شود. از سوی دیگر، درمان اجباری وارد کردن آسیب روحی به بیمار و نقض حریم خصوصی او بوده و با قوانین حقوق بشر منافات دارد. این مسأله در عمل، درمانگران را با دوراهی اخلاقی بزرگی مواجه می کند (۴).

امتناع از درمان همواره با احتمال آسیب به بیمار همراه است ولی در مواردی ممکن است به آسیب سایرین نیز منجر شود. آسیب به شخص سوم، تمایزی اساسی در این مسأله به شمار می رود و ابعاد اخلاقی و به ویژه حقوقی مسأله را به کلی دگرگون می کند. بدیهی است که در مواردی که امتناع بیمار منجر به آسیب فرد سومی می شود، تاحد امکان باید از آسیب فرد دیگر جلوگیری به عمل آورد. منظور از شخص سوم، فردی است که دخالتی در تصمیم گیری ندارد و به دلیل تصمیم گیری بیمار آسیب می بیند، بدیهی است زمانی که بیمارظرفیت تصمیم گیری ندارد، تصمیم گیرنده ی جایگزین به جای او تصمیم می گیرد و شخص سومی که آسیب می بیند، می تواند شخصِ بیمار باشد (۴). یکی از این موارد، امتناع والدین از درمان کودک است. غالباً عقیده بر این است که پدر و مادرآزادند که در مورد خودشان هر تصمیمی بگیرند، حتی اگر مغایر با حیاتشان باشد، ولی حق ندارند با دلایل غیرمنطقی یا به دلیل عقاید خاص خود، کودک را از درمان محروم کنند، که این امر غالباً ابعاد حقوقی هم پیدا می کند همچنین، این نوع امتناع می تواند از مصادیق کودک آزاری تلقی شود که نیاز به گزارش دهی و حمایت های مددکاری اجتماعی و سایر نهادهای مربوطه خواهد داشت (۵). با وجود این امر، از آنجا که درمان کودک بدون رضایت والدین، مشکلات عملی و تبعات ناگوار زیادی به دنبال دارد و به ویژه موجب بی اعتمادی مردم به نظام سلامت می شود، تلاش برای کسب رضایت والدین، اهمیت بسیار بالایی دارد و حتی با وجود جواز حقوقی و شرعی، به سادگی نمی توان توصیه به این کار کرد (۶).

روش مطالعه

بیمار پسر ۱۰/۵ ساله می باشد که در تاریخ ۸۹/۰۷/۱۸ برای اولین بار در بیمارستان طالقانی گرگان با علائم تورم بدون درد و دو طرفه غدد لنفاوی گردن همراه با کاهش وزن ۴-۳ کیلوگرمی که از حدود ۲ ماه قبل ذکرمی کند بستری می گردد. مراجعه ی اول بیمارحدود ۲ ماه قبل از بستری اول و به صورت سرپایی با مشاهده ی توده ای در سمت چپ گردن که ۴ روز بعد توده دیگری در سمت راست گردن به وجود می آید به متخصصENT بود که برای بیمار سفالکسین به مدت ۱۰ روز شروع شده بود و پس از پایان دوره ی درمان بهبودی حاصل نشد و توده همچنان وجود داشت و بزرگتر شده بود و در مراجعه ی دوم به متخصص ENT تحت بیوپسی اکسیژنال (نمونه برداری با برش جراحی) قرار می گیرد و با توجه به جواب بیوپسی تشخیص لنفوم گذاشته می شود. در طول این مدت بیمارعلائمی از تنگی نفس و خشونت صدا و دیسفاژی و سرفه را ذکر نمی کند و در نهایت در بخش انکولوژی اطفال پذیرش و بستری می گردد. برای بیمار ۲ روز بعداز بستری در بخش انکولوژی یعنی در تاریخ ۸۹/۰۷/۲۰ BMA (آسپیراسیون مغز استخوان) انجام می شود و آزمایشات ایمنوفنوتیپ به تهران فرستاده می شود و تشخیص قطعی ALL (لوسمی لنفوسیتیک حاد) داده می شود. همچنین برای بیمار مشاوره قلب و اکوکاردیوگرافی درخواست و انجام می شود که براساس اکوکاردیوگرافی پریکاردیال افیوژن بزرگی با شروع خفیف تامپوناد قلبی به واسطه تومور نسبتا" بزرگ و وسیع به ویژه در سمت چپ در مدیاستن قدامی گزارش می شود و طبق نظر فوق تخصص قلب بررسی مرتب قلبی از نظر بروز تامپوناد قلبی توصیه می گردد.

در طی بستری اول پدر بیمارابتدا رضایت به انجام کموتراپی می دهد و متیل پردنیزولون طبق پروتکل درمانی شروع می شود و علائم بیماری کمی تخفیف می یابد و به علت بهبود علائم بیماری پدر بیمار گمان می کند که فرزندش بهتر شده و نیازی به ادامه درمان و کموتراپی ندارد.

و با توجه به این موضوع پدر بیمار بدون در نظر گرفتن وضعیت بیمار و مشورت گرفتن از فرزندش در تاریخ ۸۹/۰۷/۲۶ بعد از ۹ روز بستری و بدون توجه به توصیه ی پزشک فوق انکولوژی و پرستاران بخش جهت ادامه درمان، عدم رضایت خود و قطع درمان را برای ادامه ی کموتراپی و جراحی برداشتن غدد لنفاوی و تومور مدیاستن اعلام می کند (پدر بیمار به گفته ی خودش که بیان کرده بود معتقد بود که خدا چندین بار مرا شفا داده و فرزندم را هم شفا می دهد) و در تاریخ ۸۹/۰۷/۲۷ با رضایت شخصی فرزندش را از بیمارستان مرخص می کند. پدر بیمار اعتقادی به درمان دارویی و جراحی نداشت و با اعتقادات مذهبی که داشت معتقد بود که شفای فرزندش در دستان

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]

خداست بیماری را خدا داده درمانش را هم خدا می دهد و به این نظر و عقیده اش اصرار می کرد و توجهی به نظرپزشکان و پرستاران جهت ادامه درمان نداشت.

مراجعه ی دوم بیمارستانی :

حدود ۲/۵ ماه بعد از بستری اول در بیمارستان طالقانی گرگان این بار با درد و تورم شکمی (ادم و آسیت) به علت وخامت حال کودک و مشکلات تنفسی شدید و با توصیه اطرافیان و فامیل به تهران مراجعه می کند و پس انجام CT و آزمایشات لازم و به توصیه مرکز درمانی تهران جهت راحتی بیشتر خانواده برای رفت و آمد و اطمینان از این که تمامی اقدامات درمانی در گرگان هم انجام می شود برای بار دوم و در تاریخ ۸۹/۱۰/۰۱ به مرکز آموزشی درمانی طالقانی گرگان مراجعه می کند و بستری می شود. علائم از حدود یک هفته قبل شروع شده بود که شامل درد و ادم و آسیت شکمی و تورم دو طرفه ی گردن بود که از ۳-۲ ماه قبل شروع شده بود. بیمار ۲ روز بعد از بستری تشنج می کند و به بخش PICU منتقل می شود و با بدترشدن وضعیت تنفسی به علت فشار تومور و همچنین تامپوناد قلبی در همان روز انتقال به بخش PICU انتوبه و به ونتیلاتور وصل می گردد. سرانجام بیمار پس از ۲ ماه بستری به علت پیشرفت بیماری و متاستاز تومور بهریه و مشکلات قلبی و تنفسی شدید علی رغم چندین نوبت CPR به علت ایست قلبی در تاریخ ۸۹/۱۰/۰۹ در PICU فوت می کند.

چالش هایی که در بعد اخلاق پزشکی وجود دارد:

چه کسی می تواند در مورد ادامه یا قطع درمان برای کودک تصمیم بگیرد؟ و این تصمیم گیری تا چه حدی اخلاقی و معتبر است؟ و آیا قطع درمان و بسنده نمودن به مراقبت، اخلاقی می باشد؟ آیا خود کودک حق تصمیم گیری و انتخاب ندارد؟ آیا در شرایط سخت بیماری مانند شرایط عادی باز هم والدین هستند که می توانند بهترین تصمیم را برای کودک بگیرند؟ زمانی که بیمار ما کودک است وظیفه پزشک در تصمیم گیری ها چیست؟ و آیا پزشک این حق را دارد که حقیقت بیماری و مراحل مختلف درمان را به کودک هم بگوید؟

بحث

لنفوما گروهی از تومورهای بدخیم هستند که سلول های لنفورتیکولر یا سیستم ایمنی مانند لنفوسیت های B لنفوسیت های T و منوسیت ها را درگیر می کنند. این بیماری ها اغلب از غدد لنفاوی منشاء می گیرند اما ممکن است ابتدا در نسوج اکسترانودال تشخیص داده شوند. لنفوما به دو نوع اصلی تقسیم می شود که عبارتند از لنفوم هوچکین و لنفوم غیر هوچکین. بیماری هوچکین یکی از سرطان های شایع دوران کودکی است. در حال حاضر با استفاده از روش های جدید درمانی طول عمر کودکان مبتلا و درمان شده افزایش یافته است (۷). در مطالعه حاضر بیمار پسر ۱۰/۵ ساله مبتلا به لنفوم که تورم دو طرفه و بدون درد غدد لنفاوی گردن را در شروع بیماری ذکر می کند. تورم در ابتدا یک طرفه بوده که بعد از ۴ روز توده دیگری در سمت راست گردن ایجاد می شود. بیمار کاهش وزن ۴-۳ کیلوگرمی را در شروع داشته است. به متخصص ENT مراجعه و سفالکسین به مدت ۱۰ روز شروع و اجرا می شود بهبودی حاصل نمی شود و در مراجعه دوم به متخصص ENT بیوپسی می شود. بعد از انجام بیوپسی در بخش انکولوژی بستری می شود. ۲ روز پس از بستری BMA می شود و تشخیص ALL گذاشته می شود. پدر بیمار ابتدا رضایت به درمان و شروع کموتراپی می دهد ولی بعد از شروع داروی کورتون و با تخفیف علائم بیماری رضایت به ادامه درمان نمی دهد و فرزندش را ترخیص می کند. در نهایت کودک با حال عمومی بسیار بد مراجعه می کند که دیگر کار از کار گذشته بود و کودک فوت می کند.

در این مرحله این سوال مطرح می شود که با توجه به سن بیمار (۱۰/۵سال) آیا نیاز به رضایت پدر وجود دارد؟ آیا خود کودک نمی تواند در مورد مراحل درمانش که نیاز به موافقت دارد رضایت دهد؟

در ارائه مراقبت تسکینی چند موضوع اخلاقی مورد توجه است: آیا ادامه ندادن درمان و بسنده نمودن به مراقبت اخلاقی است؟ تفکیک مراقبت و درمان در ذهن کودک و خانواده چگونه رخ می دهد؟ چه کسی می تواند در این مورد تصمیم بگیرد و تصمیم وی تا چه حد اخلاقی و معتبر و صحیح است؟ (۸،۹).

مشکلی که وجود دارد این است که اغلب والدین این سوال را دارند که اگر درمان را انجام ندهیم چه اتفاقی می افتد؟ آیا برای قطع درمان زود نیست؟ آیا رضایت ما برای قطع درمان منجر به مرگ کودکمان می شود؟ (مثلا در مورد بیماران مرگ مغزی).(پیرگن,۲۰۰۶ م.)

یکی از موضوعات مهم و مشترک دانش حقوق و فقه و دانش پزشکی در جهان امروز قتل از روی ترحم یا اتانازی است. صرف نظر از دیدگاه های مذهبی کشورها همواره این سوال وجود دارد که آیا اتانازی برای کودکان مطرح است؟ و اگر مطرح است از چه سنی؟ و چه کسی حق دارد در این مورد تصمیم بگیرد؟ (۱۰). در شرع مقدس هیچگونه تبصره ای برای کشتن افراد جهت رهایی آنها از درد و رنج در نظر گرفته نشده است (۱۱). سوال اصلی در اینجا این است که چه کسی حق دارد برای کودک تصمیم بگیرد؟ آیا در شرایط سخت بیماری مانند شرایط عادی این والدین هستند که می توانند بهترین تصمیم را برای کودک بگیرند؟ زمانی که درمورد

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]

تصمیم گیری کودکان صحبت می گرددهمواره براساس قوانین این حق برای والدین تعریف می گردد (۱۲). اگر چه در برخی جوامع به طور اشتراکی بین کودک و والدین در نظر گرفته شده است و حتی در مواردی تنها بر عهده کودک قرارداده شده است (۱۳،۱۴). صرف نظر از این که حق تصمیم گیری برای کودک بر عهده چه کسی است, همواره تصمیم گیری افراد در شرایط سخت و تحت فشارهای روحی و روانی مورد تردید است و حتی در جوامعی که تصمیم گیری برعهده والدین گذاشته شده, این مشکل و تردید وجود دارد (۱۵).

اگر چه براساس منشور حقوق بیماران در ایران در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیمار غیرقابل برگشت و مرگ قریب الوقوع است، خدمات بهداشتی مراقبتی با هدف حفظ آسایش بیمار که شامل: کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد ارائه می گردد (۱۰،۱۶) اما لازم است تا در مورد کودکانی که مراحل انتهایی زندگی را می گذرانند اقدامات با دیدگاه دیگری نیز دیده شود و با نگاهی موشکافانه تر قوانین اخلاقی در رابطه با چنین کودکان و خانواده آنها در نظر گرفته شود و با توجه به این که ایران کشوری اسلامی است و اسلام به بیماری و سلامتی به عنوان ابزارهایی برای کسب معنویت نگاه می کند (۱۱،۱۵) لذا لازم است افزون بر تحقیقات متداول در زمینه مسائل اخلاقی در این نوع مراقبت ها، بررسی و پژوهش هایی در مورد بیماری، مرگ کودکان با توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی در ایران انجام گردد و این که تداخل مسائل دینی، فرهنگی، اقتصادی، خرافی با یکدیگر در مورد مرگ چه اثراتی بر تصمیم گیری و ارائه مراقبت به این بیماران دارد.

نتیجه گیری

امتناع از درمان، یکی از نتایج منطقی اخذ رضایت بوده واز حقوق بیماران به شمار می آید، ولی از آنجا که می تواند منجر به ایجاد آسیب در بیمار، اطرافیان بیمار یا نظام سلامت شود، مشکلات عملی بسیاری را ایجاد می کند. امتناع از درمان به شدت با ظرفیت تصمیم گیری بیماران ارتباط پیدا می کند و حتی برخی، امتناع غیرمنطقی از درمان را به تنهایی برای عدم صلاحیت بیمار برای تصمیم گیری کافی می دانند. با وجود این برقراری یک ارتباط صحیح با بیمار، کمک بسیار بیشتری به حل مسأله می کند؛ اما اگر با وجود برقراری یک ارتباط صحیح، موفق به همراه کردن بیمار نشدیم، پیشنهاد می شود: اگر احتمال آسیب به دیگران وجود دارد، با نظر جمع و نظارت نماینده ی قانون اقدام به درمان اجباری کنیم. اگر بیمار در شرایط اورژانس حیاتی به سر می برد، به طوری که تأخیر، منجر به مرگ او می شود، بدون درنگ، در حد توان اقدام به درمان او کنیم. اگر بیمار در وضعیت تهدیدکننده ی حیات نیست، بسته به نوع بیماری، به او فرصت دهیم تا واکنش های هیجانی اولیه را سپری کند. در این فاصله اولاً اقدام به تعیین ظرفیت کرده و ثانیاً امکان مشاوره با بستگان، متخصصان، بیماران مشابه را برای بیمار فراهم کنیم. اگر بیمار ظرفیت تصمیم گیری دارد و همچنان امتناع می کند، بدون همکاری در قطع درمان، سایر درمان ها و حمایت هایی را که بیمار به آن رضایت دارد، همچنان ادامه دهیم. در مورد درمان هایی که بیمار از آنها امتناع می کند، ضمن داشتن یک تعامل مناسب با همراهان، تصمیمات اتخاذ شده، مستند شود.

References

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood. 2016; 127 (20): 2375-90.
2. Kobos R, Terry W. Advances in therapies for non-Hodgkin lymphoma in children. ASH Education Program Book. 2015; 2015 (1): 522-8.
3. Huang N, Shih S-F, Chang H-Y, Chou Y-J. Record linkage research and informed consent: who consents? BMC Health Services Research. 2007; 7 (1): 18.
4. Kelner M, Wellman B. Complementary and alternative medicine: challenge and change: Routledge; 2014.
5. Lantos JD. Child Abuse. In: Stephen GP.Encyclopedia of Bioethics. USA: MacmillanReference; 2004 p-.
6. Madani M, Madani E. Ethical and practical considerations on refusal of medical treatment. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;7 (4): 13-23.
7. Mauz-Körholz C, Metzger ML, Kelly KM, Schwartz CL, Castellanos ME, Dieckmann K, et al. Pediatric hodgkin lymphoma. Journal of Clinical Oncology. 2015; 33 (27): 2975-85.
8. Nicholas DB, Barrera M, Granek L, D'Agostino NM, Shaheed J, Beaune L, et al. Parental Spirituality in Life-threatening Pediatric Cancer. Journal of Psychosocial Oncology. 2017(just-accepted):00-.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]

9. Zhukovsky DS HC, KaurG, Lynn Palmer J. Bruera E. The impact of palliative care consultation on symptom assessment, communication needs, and palliative intervention in pediatric patients with cancer. Journal of Palliative Medicine. 2009 (12): 4.
10. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3 (0): 39-47.
11. Zahra Hashemi MM. Euthanasia in Islam and ethics of modern medicine. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 1 (3): 35-43.
12. Adrienne Af, JD. . Who will decide for Angel: A child's fight to receive adequate health Care. Journal of Nursing Law. 2007; 11 (3):129-40.
13. Mehta PH, M. Safar, M. Thompson, R. Ethics- in-oncology forums. Journal of Cancer Education. 2007; 22: 159-64.
14. Beckstrand RR, NL. Callister, L. Mandleco, BL. Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. AJCC. 2010;19(6):543-52.
15. THE PRINCIPLES AND MEASURES OF MEDICAL ETHICS AND THE QUANTITY OF THEIR CONSISTENCY WITH ISLAMIC ETHICS. URMIA MEDICAL JOURNAL. 2008; 18 (4): 652-6.
16. Jolaee s, bakhshandeh b, mohammadebrahim m, asgarzadeh m, vasheghanifarahani a, shariat e, et al. Nursing code of ethics in Iran: the report of an action research. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3 (2): 45-53.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.16]