

## الگوی اخلاق طب مسافرتی در برنامه همکاری‌های بین‌المللی طب رزمی

افشین پاکجو<sup>۱</sup> MA، مرتضی ایزدی<sup>\*</sup> MD، شهرام مسعودی پور<sup>۲</sup> MSc، مژگان فاضل<sup>۲</sup> MD

\* مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران  
<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات طب و دین، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> مرکز بین‌المللی طب مسافرتی ایران، تهران، ایران

### چکیده

**مقدمه:** رشد نظامی‌گری بین‌المللی، حضور طب رزمی در حوادث غیرمترقبه را نیز به‌همراه داشته است. نگرانی‌های اخلاقی، نیاز به یک پروتکل اخلاقی جامع را مطالبه می‌نماید. حضور نیروهای نظامی در حوادث غیرمترقبه سایر کشورها به‌عنوان اولین گروه‌های واکنشی علاوه بر یک عمل بشردوستانه، می‌تواند موجب افزایش امنیت ملی یک کشور می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی متغیر اخلاق بین طب مسافرتی و طب بین‌المللی رزمی و تحلیل اثر آن بر میزان رضایت‌بخشی امدادجویان، انجام شد. مطالعه‌ای توسعه‌ای بر پایه روش تحقیق همبستگی صورت پذیرفت و روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای بود. با استفاده از منابع الکترونیک و چاپی داخلی و خارجی و بهره‌گیری از موتور جستجوگر گوگل و پایگاه‌های داده‌های علمی، متغیر اخلاق بین طب مسافرتی و طب بین‌المللی رزمی بررسی و اثر آن در میزان رضایت‌بخشی امدادجویان به‌روش سیستماتیک تحلیل شد.

**نتیجه‌گیری:** بین کدهای اخلاقی در طب نظامی بین‌المللی و طب مسافرتی افتراق وجود داشت. اجرای کدهای اخلاقی طب مسافرتی با توسعه صلح و بهداشت جهانی همبستگی مثبت داشت. به‌دلیل حضور فعال طب رزمی کشور در حوادث غیرمترقبه منطقه، تدوین استانداردهای اخلاق پزشکی در طیف بین‌المللی می‌تواند در ارتقای صلح منطقه‌ای کمک نماید.

**کلیدواژه‌ها:** اخلاق، اخلاق پزشکی، طب مسافرتی، کمیته بین‌المللی طب رزمی، بهداشت جهانی

## Pattern of travel medicine ethics in international cooperation programs of military medicine

Pakjou A.<sup>1</sup> MA, Izadi M.\* MD, Masoudi Pour Sh.<sup>2</sup> MSc, Fazel M.<sup>2</sup> MD

\*Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Medicine & Religious Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>International Travel Medicine Center of Iran, Tehran, Iran

### Abstract

**Introduction:** International growth of militarism, has also accompanied the presence of Military Medicine (disaster). Ethical concerns require a comprehensive ethical protocol. The presence of military forces in other countries within unexpected events as the first response groups, in addition of a humanitarian act, can be the cause of growth in the national security of sponsor country. This study was performed with the aim of investigating ethics in travel medicine and international military medicine and analyzing its effect on the rate of relief-seekers' satisfaction. A developmental study based on correlation method was performed and data was collected by correlation method. Using the electronic and published local and international references and utilizing Google search engine and scientific databases, "ethics" was investigated in travel medicine and international military medicine, and its effect on the rate of relief-seekers' satisfaction was systematically analyzed.

**Conclusion:** There was differentiation between international ethical codes in the international military medicine and travel medicine. Applying the travel medicine ethical codes had positive correlation with peace and world health development. Due to the active presence of Iran's military medicine in the disasters of region, applying the standards of medical ethics at the international level can promote peace in the region.

**Keywords:** Ethics, Medical Ethics, Travel Medicine, International Committee of Military Medicine, World Health

## مقدمه

اسلامی در زلزله مظفرآباد پاکستان (۱۳۸۴) و یا حضور نیروهای امدادی سایر کشورها در زلزله بم، نمونه‌ای از این عملیات‌های بین‌المللی است [۴].

## سوابق بحران‌های بین‌المللی بهداشتی در طب مسافرتی

- در بین سال‌های ۱۹۱۷ تا ۱۹۱۸ در حین جنگ جهانی اول به دلیل تردد لاقید سربازان و کارکنان نظامی در شهرها، جهان با همه‌گیری آنفلوآنزا مواجه شد. تلفات شیوع سریع این بیماری ۲۰ تا ۳۰ میلیون نفر بود که این رقم از تمام تلفات ناشی از رویارویی نظامی بالاتر بود [۵، ۶].

- سواحل زیبا در یوگسلاوی سابق، همه‌ساله میزبان جمعیت زیادی از مردم جهان برای تفریح و شنا است. بیماری ابله‌مرغان در سال ۱۹۷۵ در این کشور به سرعت شایع شد. گزارش‌هایی به‌دست آمد مبنی بر این که ویروس ابله‌مرغان از طریق آب به توریست‌ها انتقال یافته و آنها نیز به کشور خود منتقل نموده‌اند. انتشار این گزارش، رئیس‌جمهور وقت یوگسلاوی را بر آن داشت تا طی فرمانی کلیدی، ساحل‌های کشور را به روی توریست‌ها ببندد و هرگونه مسافرتی را به ساحل‌ها ممنوع نماید. این اقدام، ضربه اقتصادی مهمی را به یوگسلاوی وارد نمود [۵].

- در تابستان سال ۱۹۹۹، عفونت ناشی از *لشیریشیاکلی* در ایالات متحده شایع شد. اما شکاف ارتباطی بین دو واحد ایالتی به‌نام‌های سازمان حفاظت محیط زیست و سازمان نظارت و کنترل بر حوزه‌های آبی منجر به آلوده‌شدن هزاران نفر شد که برخی از آنها جان باختند [۵].

- در ژوئیه سال ۱۹۹۹، تعداد ۱۹ نفر ماجراجو که در قالب توریست در کوه‌های آلپ به‌سر می‌بردند، به‌دلیل عدم آشنایی با مسیرهای مطمئن و عدم نصب تابلو یا اطلاع‌رسانی مناسب از سوی مقامات محلی، از مسیر اصلی منحرف شده و در نهایت جان خود را از دست دادند [۶]. بیماری تنفسی سارس که از جنوب شرقی آسیا شروع شد و تا نواحی کانادا پیش رفت و پاندمی آنفلوآنزای منشا گرفته از خوک‌ها  $A_1H_1N_1$  در سال ۲۰۰۹، به اهمیت انتقال بیماری‌ها توسط مسافرت‌های بین‌المللی و نیاز به یک همکاری بین‌المللی جهت کنترل آنها تاکید می‌نماید [۷].

## تاریخچه طب و اخلاق در ایران

سابقه طب و اخلاق در ایران باستان به قبل از دوران بقراط برمی‌گردد. از همان آغاز، طبابت در ایران با دین و الگوهای دینی همراه بوده است، به‌نحوی که پزشکی با تعالیم اوستا همراه بود و پزشکان از عالی‌ترین طبقه اجتماع یعنی روحانیون برگزیده می‌شدند. آنچه پزشک ایرانی را شایسته می‌نمود، تنها مهارت علمی او نبود، بلکه وجدان بیدار و خداترس او بود، بدون آن که توقع الثفات خاص از مردم داشته باشد. *ابن‌سینا* نیز یکی از کدهای امروزی اخلاق پزشکی به‌نام "اطلاع‌رسانی

با پایان جنگ سرد، کمک‌های بشردوستانه مانند امدادرسانی، مدیریت پناهندگان و مداخله بشردوستانه در درگیری‌های نیروهای نظامی و ملت‌ها مورد توجه قرار گرفت. در این خصوص نقش ارتش‌ها در کمک‌های بشردوستانه، بسیار مورد بحث واقع شده است. اخیراً، واکنش‌های اضطراری موثر امدادی توسط نیروهای نظامی به‌عنوان توانایی کشورها برای اعمال قدرت مطرح بوده است و برنامه‌ریزی مرتبط و سیاست‌گذاری‌های استراتژیک در این زمینه انجام می‌پذیرد [۱]. گسترش نظامی‌گری بین‌المللی حتی به عرصه‌های طب رزمی نیز رسیده است که داوطلبانه و گاه با درخواست کشور آسیب‌دیده یا تحت سرپرستی کنوانسیون‌های بین‌المللی مانند کمیته بین‌المللی طب رزمی (ICMM) انجام می‌شود. اما این امور تا چه حد با استانداردهای اخلاقی و استانداردهای بین‌المللی سازگار است و اجرای این استانداردها چه تاثیری در رضایت حادثه‌دیدگان دارد؟

## کمیته بین‌المللی طب رزمی (ICMM)

نخستین تفکر بهره از خدمات درمانی بشردوستانه و متمرکز طب رزمی در سطح بین‌المللی در سال ۱۹۲۱ در بلژیک با دعوت از بهداری نیروهای زمینی، دریایی و هوایی کشورهای اروپایی و ایالات متحده آغاز شد. این حرکت بعدها زمینه‌ساز تاسیس کمیته ICMM شد. هدف اصلی این کمیته، اطمینان از همکاری‌های مشترک پزشکی، با استفاده از شیوه‌های مشابه در عملیات مربوط به همکاری‌های بین‌المللی است. طبق اساس‌نامه کمیته، دستیابی به این هدف از طریق تشویق به اشتراک‌گذاری منطقه‌ای فعالیت‌هایی است که در آن تجربه‌های علمی و فنی وجود دارد. همچنین ارایه خدمات پزشکی برای حفظ و تقویت روابط بین کشورهای عضو و ترویج فعالیت‌های علمی نظامی و پزشکی و ارایه بهترین استانداردهایی که کشورهای عضو می‌توانند برای کمک به توسعه دستورات پزشکی و عملیات انسان‌دوستانه انجام دهند، صورت می‌گیرد. این امر از طریق نیروهای طب نظامی و مداخلات انسان‌دوستانه برای حفظ صلح انجام می‌پذیرد. از سوی دیگر، تسهیل روابط میان نیروهای طب نظامی دولت‌های عضو و سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سازمان جهانی بهداشت حیوانات (OIE)، سازمان ملل (برنامه ایدز) و غیره از دیگر برنامه‌های کمیته ICMM است [۲]. برای مثال، در زلزله اخیر ژاپن، نیروهای امدادی و نظامی بیش از ۱۳۴ کشور و ۳۹ سازمان بین‌المللی تمایل خود را برای کمک در حادثه اعلام نمودند. طی یک ماه گذشته، گروه‌های پشتیبانی امداد و نجات از ۲۰ کشور و منطقه شامل استرالیا، چین، فرانسه، آلمان و غیره، به‌علاوه دفتر هماهنگی‌های انسان‌دوستانه سازمان ملل (اوچا) و گروه‌های کارشناسی بین‌المللی در مناطق زلزله‌زده به عملیات پرداختند [۳]. ارایه خدمات‌های بشردوستانه نیروهای سپاه پاسداران انقلاب

پیچیده‌تر شدن سازمان‌ها در سال‌های اخیر میزان کارهای غیراخلاقی و ناصحیح مدیران و کارکنان، نظر صاحب‌نظران اخلاق را به این مقوله معطوف داشته است. ریشه این ضعف‌ها گاه در نبود قوانین و مقررات و اصول علمی مدیریت و گاه در نبود ساختارهای دینی است. رقابت پیشرفته در سازمان‌های امروزی به‌ویژه سازمان‌های بین‌المللی، بر پایه تکریم، جلب مخاطب و نصب کارکنان براساس شایستگی آنها است. این‌که از نتایج یک سازمان دیگر بدون رضایت آن سازمان و صاحب اصلی اطلاعات استفاده شود، امری اخلاقی نیست. مانند استفاده از اطلاعات آزمایشگاهی یک بیمارستان در بیمارستان دیگر برای مداوای بیماری که قبلاً در آن بیمارستان به‌سر برده است. نکته غیراخلاقی این عمل، تعارضی است که در منافع ایجاد می‌شود. راه‌کار برون‌رفت از این معضل، استفاده از اصول اخلاق سازمانی است تا تعادلی بین ارزش‌های رقیب به‌وجود آید [۹]. بدیهی است وجود منشور اخلاقی در سازمان‌ها، همچنین کمیته‌ای که بر حسن انجام این امور نظارت داشته باشد، ضروری است. ایجاد ضمانت‌های اجرایی و رویکردی هنجار با نهادینه‌کردن نظام اخلاقی در فرهنگ سازمان، نقش مفیدی را در اجرایی‌سازی اخلاق و ارتقای رضایت‌مندی حادثه‌دیدگان خواهد داشت [۱۰]. گریفین و بارنی، مسئولیت اجتماعی سازمان را مجموعه تعهداتی می‌دانند که سازمان بایستی در حفظ و مراقبت و کمک به جامعه‌ای که در آن فعالیت می‌کند، انجام دهد. اما دِرک فرنچ و هیل ساورد، وظایف سازمان را حول محور آلوده‌نکردن، عدم تبعیض و آگاهی مصرف‌کننده از کیفیت محصولات و مشارکت مثبت در زندگی افراد جامعه می‌دانند [۱۱، ۱۲]. این موارد، از جمله موضوعاتی هستند که در اخلاق بین‌المللی پزشکی نیز مطرح هستند؛ مانند عدم تبعیض بین تبعه کشور با بیگانه و اطلاع‌رسانی بیمار از روند درمان و بیماری‌اش. به‌عبارتی، تفکر بهداشتی کل‌نگر است. یک تیم امدادگر طب رزمی نیز باید در منطقه حادثه‌دیده به این نکات توجه داشته باشد تا بتواند ضریب رضایت مخاطب را بالا برده و اعتماد مخاطب را نسبت به سازگاربودن خدمات گروه با آداب و مذهب امدادجو تضمین نماید.

سازمان باید نسبت به محیط زیست و سلامت انسان‌ها در سطح جهانی پاسخگو بوده و حساسیت داشته باشد [۱۳]. آمارها اثر تغییر شرایط محیطی بر سلامتی را تا ۲۰٪ برآورد نموده‌اند. حضور درازمدت در یک کشور بیگانه، رقمی ۵۰ درصدی به آن خواهد افزود. اینها در حالی است که نوع خدمات بهداشتی فقط ۱۰٪ در سلامتی انسان موثر است [۱۴]. این نیز از موارد اخلاقی است که باید در سازمان در خصوص نیروهای امدادی مورد توجه قرار گیرد تا به‌واسطه طولانی‌شدن ماموریت، لطمه جدی بر تمامیت جسمی او وارد نشود. گاه تبلیغات اغواگرانه در کشور حادثه‌دیده می‌تواند منجر به افزایش رشد بیماری‌های مسری شود. این تبلیغات غیراخلاقی می‌تواند به‌شکل مستقیم در انتقال بیماری‌های مقاربتی موثر باشد [۱۵]. در چنین مواردی باید قبل از اعزام نیرو، امدادگران را در خصوص چنین تبلیغاتی

به‌موقع و موثر را مدنظر داشته است. او همچنین اقلیم جغرافیایی، نژادی، سن، جنس، شغل، فصل و هوا را در سلامت موثر می‌داند [۷]. در اسلام نیز به بحث اخلاقی مشورت‌دهی از روی صداقت و پاکی و افزایش آگاهی مسافران بسیار تاکید شده است. برای مثال از مواردی که در قدیم‌الایام در مورد آن به مسافران مشاوره می‌دادند، مسایل بیماری و رنج‌های راه بود و حتی هزینه‌های درمانی بلاد متفاوت را برای تمهید خرج و هزینه راه به یکدیگر گوشزد می‌نمودند [۸]. حضرت علی<sup>(ع)</sup> در نهج‌البلاغه، بیانی اخلاقی در گردشگری سلامت دارد که نظریه‌ای جدید در خدمات پزشکی ارائه می‌نماید. در این نظریه، به‌جای مهاجرت بیماران از بلاد خود به سوی بلاد پزشکان، پیشنهاد شده است که به‌خاطر کرامت والای انسانی، پزشک به نزد بیمار رود [۸].

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی با روش تحقیق همبستگی است. روش گردآوری اطلاعات، کتابخانه‌ای بود. نخست، منابع موجود (چاپی و الکترونیک) و همچنین موتور جستجوگر گوگل و پایگاه‌های داده‌های علمی علوم انسانی و پزشکی مانند Black، Iran medex و well و SID مورد استفاده قرار گرفت و مقالات موجود فارسی و لاتین به‌ویژه مقالات دانشکده‌های حقوق و کرسی حقوق پزشکی هاروارد، ویلامیت، آکادمی بین‌المللی انجمن مطالعه گردشگری، به‌ویژه پایگاه Tourism Advisory Board واقع در واشنگتن‌دی‌سی مطالعه شد. سپس نقش متغیر اخلاق در دو حوزه طب مسافرتی و طب رزمی بین‌المللی و اثرات آن در افزایش رضایت‌بخشی حادثه‌دیدگان مورد بحث و تحلیل نظری قرار گرفت.

این مطالعه سعی دارد ضمن بیان جنبه بین‌المللی اخلاق در طب مسافرتی، به‌دلیل قرابتی که بین این شاخه از پزشکی با طب رزمی بین‌المللی وجود دارد، به بررسی تاثیر متغیر اخلاق در طب رزمی بین‌المللی پرداخته و نقش آن در ارتقای کیفیت خدمات و افزایش ضریب رضایت‌بخشی دریافت‌کنندگان خدمات امدادی طب بین‌المللی رزمی در حوادث غیرمترقبه را با تاکید بر نقش کمیته بین‌المللی طب رزمی (ICMM) بیان نماید.

### اخلاق سازمانی در ارتباط تنگاتنگ با طب رزمی بین‌المللی

ابتکار ایجاد شخصیت حقوقی برای سازمان‌ها، رشد سازمانی شدن را در عرصه بین‌المللی شتاب داد. طب رزمی نیز از این قافله عقب نماند و با بین‌المللی و صلح‌جویانه‌کردن خدمات، شکل سازمان‌یافته به خود گرفت. پیشرفت‌های علم و تکنولوژی در آغاز هزاره سوم، با خلأ اخلاق همراه بود. اما به‌مرور، به‌دلیل مواجهه با موانع انسانی و تجهیزاتی، ارزش مقوله اخلاق در تمام گرایش‌ها مانند اخلاق حرفه‌ای و سازمانی، بیشتر مشاهده شد. در این شاخه از اخلاق به‌دلیل

تحقیقاتی و آگاه‌نمودن یکدیگر یا دبیر کل، از این تحقیقات بیان شده است که تداوم این همکاری‌ها، رعایت اخلاق در محرمانه‌ماندن و تعلق منافع متصور برای کشور عضوی که سازمان را از روند تحقیقات خود مطلع نموده است را مطالبه می‌کند.

### اعزام نیروهای درمانی به کشورهای خارجی

در پزشکی داخلی (به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته)، بیمار به‌صورت فردی به مراکز درمانی مراجعه می‌کند. بنابراین مراجعه غالباً سازمان‌یافته نیست. گاه مراجعات از طریق پزشک خانواده است. اما در طب مسافرتی به‌ویژه در توریسم درمانی، اعزام از طریق آژانس‌های خاص صورت می‌پذیرد. سایر شقوق توریستی (غالباً آژانس‌های جهانگردی) با مراکز درمانی خاصی طرف قرارداد هستند تا از تخفیف‌های ویژه‌ای بهره‌مند باشند. لذا رعایت اصول اخلاق در دو حوزه تخصصی (درمانی) و غیرتخصصی (کارگزاران) سازمانی ضروری به‌نظر می‌رسد [۲۱]. در طب نظامی نیز این نیروها به‌شکلی سازمان‌یافته و از طریق سازمان‌های بین‌المللی دولتی و خصوصی به کشور خارجی اعزام می‌شوند و یا از مراکز درمانی نظامی برای پذیرش بیماران و یا مصدومین سایر کشورها استفاده می‌شود.

طب مسافرتی در مفهوم جدید خود، سازمان‌یافتگی عمیقی با آژانس‌های مسافرتی و آژانس‌های زدگیری و شناسایی بیماران به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و جایابی در کشورهای صاحب تکنولوژی و متخصصان متبحر در علوم پزشکی دارد. ساختار کمیته ICMم نیز پیچیدگی‌هایی را با دفاتر رابط در ارتش‌های دنیا پیدا نموده است و لزوماً اعضا از نقاط ضعف و قوت یکدیگر مطلع می‌شوند. بالتبع، این امر مشکلات اخلاقی بسیاری را نیز به بار خواهد آورد. طرفداران حقوق بشر، همچنین گروه‌های مدافع صلح و بهداشت جهانی، قطعاً نسبت به این موضوع حساس خواهند شد. برای مثال استفاده از کودکان (به‌ویژه در کشورهای آفریقایی) برای دفع فضولات، امور خدماتی و کار در آشپزخانه‌ها به‌دلیل ایمنی پایین این گروه و در عین حال، تعامل مستمر با افراد بیگانه احتمال انتقال بیماری را افزایش می‌دهد [۱۴]. از سویی این به‌کارگیری با پروتکل‌های حقوق بشر در تعارض است. مانند؛ ماده ۲۳ اعلامیه حقوق بشر در خصوص کار متناسب با شأن، ماده ۲۵ یا ماده ۸ در خصوص اعمال شاقه و سخت، ماده ۱۹ کنوانسیون حقوق کودک در خصوص حمایت دولت‌ها در مقابل سوء استفاده در تمام اشکال از کودک، ماده ۲۴ کنوانسیون اخیرالذکر در خصوص حمایت دولت از مسایل بهداشتی کودک و ماده ۳۲ در خصوص منع استعمار کودک در به‌کارگیری او در اموری که سلامتی جسمی و روحی او را خدشه‌دار می‌نماید. از سوی دیگر، کشورهای حادثه‌دیده غالباً در مورد کانون‌های خطر در کشور خود اطلاعات درستی نمی‌دهند. نمونه آن در وقایع تشعشعات رادیواکتیو و آلودگی‌های اتمی در زلزله ژاپن بود که تا مدت‌ها مسئولان ژاپنی از

هشیار نمود. نمونه آشکار این اعمال غیراخلاقی توسط نظامیان ایالات متحده در جزیره اُکیناوا ژاپن بسیار گزارش شده است [۱۶]. در واقع، این وظیفه اخلاقی سازمان بین‌المللی است تا سلامت گروه و حرمت‌های سازمان و اهالی منطقه را حفظ نماید [۱۲].

### تاثیر متقابل تجارت جهانی و بهداشت جهانی

برآورد شده است که تا سال ۲۰۲۰ سفرهای بین‌المللی به ۱/۶ میلیارد نفر خواهد رسید. این در حالی است که این رقم در سال ۱۹۹۸ حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است. ظرفیت ویژه‌ای از این سفرها مربوط به مأموریت‌های نظامی در قالب عملیات‌های رزمی و یا کمک‌های انسان‌دوستانه در حوادث و بلایا است [۱۷]. این هشدار است برای نیروهای نظامی امدادی، بدین معنی که امکان دارد فرد حادثه‌دیده تبعه کشور آسیب‌دیده نباشد. در این صورت مصالح اخلاقی متناسب با آموزه‌های دینی و فرهنگی او نیز باید محترم شمرده شود. رشد اقتصادی سالانه استرالیا از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ به رقمی معادل ۶/۳٪ رسید که بسیار بالاتر از کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند ایالات متحده، آلمان، ژاپن و انگلستان بود. علت اصلی این رشد، نگرش مثبت به تغییر و نیروی انسانی آموزش‌دیده با اخلاق کار بسیار قوی اعلام شده است [۱۸]. این بیان به ما می‌آموزد که رعایت اخلاق منجر به ارتقای رضایت و در نتیجه، افزایش مراجعه و تحقیقاً ارتقای اقتصاد خواهد شد.

### وجود جزء چهارمی به‌نام عامل خارجی

علاوه بر بیمار، پزشک و بیماری، جزء چهارمی نیز در طب مسافرتی و طب رزمی بین‌المللی به‌نام "عامل خارجی" وجود دارد. بدین معنی که یکی (بیمار یا پزشک) در کشور دیگری میهمان است. وجود عنصر چهارم یا خارجی، ماهیت این شاخه پزشکی را بین‌المللی نموده است. به‌دلیل خواستگاه فطری اخلاق، رعایت حقوق بین‌الملل و نزاکت و اخلاق بین‌المللی، علاوه بر موارد اخلاقی بومی، میزان سازگاری رفتارهای امدادی با استانداردهای بین‌المللی را خواهد افزود. مواردی چون تدفین و احترام به کشته‌شدگان از سوی گروه امدادی که خواستگاهی فرهنگی و مذهبی دارد، در امداد طب رزمی الزامی است. سازمان جهانی بهداشت براساس اصل اخلاقی عدم تبعیض، از کشورهای عضوی که با انجام آزمون HIV از ورود گردشگران یا سایر متقاضیان به کشور مقصد ممانعت می‌کردند، خواست این قانون را لغو کنند [۱۹]. به‌همین دلیل، نیروی امدادی نمی‌بایست از آرایه خدمات درمانی به بیمار به دلایل تبعیض‌آمیز استنکاف نماید. همچنین این سازمان به‌تازگی شبکه سراسری WHO.Net را ایجاد نموده که وظیفه آن نظارت بر آزمایشگاه‌های بیولوژی سراسر دنیا است. استفاده از این خدمات نیز مسایل اخلاقی بسیاری مثل تعارضات منافع عمومی و مسایل بومی کشورها [۲۰] را به‌دنبال خواهد داشت. موارد مشابهی از این قبیل در اساس‌نامه کمیته ICMم نقل شده و تبادل اطلاعات

به حساب می‌آید [۲۴]. زیرپا گذاشتن عقاید، مذهب و فرهنگ میهمانان در کشورهای میزبان که به دلیل اضطرار و دفع بیماری، الزاماً مجبور به رعایت پروتکل‌های درمانی ارائه شده هستند و عدم حمایت برنامه‌های بیمه‌ای، امروزه از رضایت خدمات کاسته است. بنابراین، وجود برنامه‌های الزام‌آور سازمان‌های بین‌المللی متولی امر بهداشت و پروتکل‌های خاصی که برای کشورهای عضو ارسال شود (مانند ICMM و WHO) ضروری است.

### تعارض با کد اخلاقی "اطلاع‌رسانی به موقع"

با آن که در ۴ دهه اخیر بیش از ۳۵ بیماری جدید در جهان کشف شده است، اما این اکتشافات چون خارج از بسته نظارتی WHO بوده است، هشدارهای لازم در این رابطه داده نشده است. این موضوع به دلیل تعارض با کد اخلاقی "اطلاع‌رسانی به موقع" مورد توجه تحلیل‌گران بوده است [۲۵].

گاه سازمان‌های بین‌المللی متولی امر بهداشت (WHO) و کمیته ICMM تحت تاثیر سیاسی برخی اعضا، بیشتر به اطاعت کورکورانه پرداخته‌اند تا وظیفه اصلی خود؛ برای مثال، این سازمان هرگز به اطلاق لفظ اپیدمی در خصوص بیماری ایدز نپرداخته و صرفاً به هشدارهای پزشکی بسنده نموده است [۱۹]. همچنین برخی اعتقاد دارند که اجرای پروتکل‌های WHO معضل را حل نمی‌کند، بلکه فقط آن را پس می‌زند. اما برخی نیز معتقدند این پروتکل‌ها در خصوص ایبولا، تب ریفت و ویروس ماریبورگ نسبتاً خوب عمل کرده است [۱۹]. از طرفی، این سؤال مطرح است که عمق صلاحیت‌های این سازمان‌ها تا کجاست؟ آیا این سازمان‌ها می‌توانند تضمین لازم را به جامعه جهانی بدهند که اگر توصیه‌های بهداشتی آنها اجرا شود، به‌طور قطع یا با ضریب احتمال بالایی سلامت را برای جامعه جهانی به ارمغان خواهد آورد؟ چرا که صلاحیت این سازمان یک صلاحیت صنفی است. یا اگر مصوباتی به تصویب رسید که در تعارض با اساس‌نامه بود، تا چه حد لازم‌الاجرا هستند [۲۵]؟ البته در این راستا اقداماتی با گرایش سیستم‌های خودنظارتی صورت پذیرفته است، مانند: تشکیل گروه ۳۰ نفری پزشکان متعهد در سال ۱۹۹۳ که امروزه تبدیل به ۱۰ هزار نفر در ۱۳۰ کشور شده است، یا مواردی چون انجمن بین‌المللی IPMA و ASPA در ایالات متحده. اما در کمتر کشوری دیده می‌شود که اراده واقعی برای اجرایی کردن کدهای اخلاقی وجود داشته باشد. در عین حال، صنعت توریسم درمانی و طب رزمی بین‌المللی، برای رسیدن به یک استاندارد اخلاقی واحد، به یک اجماع عمومی در تنظیم کدهای بین‌المللی نیاز دارد.

### رضایت‌مندی بیمار بسته به فرهنگ حقوقی کشور متبوع

مساله بعد، رضایت‌مندی بیمار است. این رضایت ممکن است آشکار (رسمی) یا مخفی (سکوت در مقابل عمل درمانی پزشک) یا مکنون (برداشت پزشک از مکنونات ذهنی بیمار) باشد. بیشترین خطاها به‌ویژه

### عدالت توزیعی در تعارض با اهداف بشردوستانه

مشکل دیگر، عدالت توزیعی است. این مساله در پزشکی داخلی نیز مطرح است. اما در مداخلات امدادی طب نظامی، رسالت‌های دولت در خصوص تامین بهداشت اتباع، با سهم‌دهی بخشی از هزینه‌های ملی درمانی به افراد غیرتبعه که با اهداف متعدد به کشور حادثه‌دیده سفر کرده‌اند، در تعارض قرار گرفته است. به‌راستی اولویت امداد با کیست؟ اتباع کشور حادثه‌دیده یا بیگانه‌ای که از بد حادثه در آن کشور حضور داشته است؟ رضایت اتباع در اولویت است یا بیگانگان؟ مساله مهم‌تر این که اگر حادثه‌دیده از اتباع نیروهای طب رزمی کشوری باشد که برای کمک‌های امدادی به منطقه حادثه‌دیده سفر کرده است، اخلاقاً اولویت با کدامیک است؟ طب مسافرتی و قواعد حقوق بشری، اصل را بر تساوی قرار داده و این امر در کنوانسیون‌های مهاجران و پناهندگان در خصوص تامین بهداشت و خدمات سلامت این قشر به کرات، با محوریت تساوی و عدم تبعیض قید شده است. پس در اخلاق پزشکی طب مسافرتی و همکاری‌های بین‌المللی طب رزمی (با هر ساختار سازمانی که باشد چه خودجوش و چه در لوای سازمان بین‌المللی مانند کمیته ICMM)، باید به کرامت انسانی و رفتارهای عمومی بخش بهداشت که همان رضایت همگانی و بهره‌مندی از زندگی سالم است، توجه نمود [۲۲]. علی‌رغم موارد گفته‌شده، برخی سیاسیون به نظریه‌ای موسوم به Caveat Emptor (هشدار به مشتری) اعتقاد دارند. به این معنی که دولت فقط مسئول تامین امنیت و سلامت اتباع خود است و در مقابل غیرتبعه مسئولیتی ندارد [۱۵].

### لزوم وجود پروتکل واحد و منسجم در سازمان‌های بین‌المللی بهداشت

نکته دیگر، استانداردبودن خدمات امدادگر است. به‌راستی کدام استاندارد پذیرفته است؟ استانداردهای میزبان یا میهمان یا سازمان‌های بین‌المللی یا رضایت بیمار؟ بهترین راه حل، تعریف استانداردها مطابق مفاهیم بین‌المللی، حقوق بشر و نظام مسئولیت‌های بین‌المللی است [۲۳]. متأسفانه، نبود یک پروتکل واحد و منسجم، مسایل غیراخلاقی بی‌شماری را در این عرصه به وجود آورده است. این ناهنجاری‌ها منجر به سلب اعتماد نیروهای بومی منطقه حادثه‌دیده نسبت به کارایی امدادگران بیگانه شده و افراد حادثه‌دیده نیز تمایل کمتری در مراجعه به کمپ‌های درمانی این گروه دارند. کما این که در حادثه زلزله پاکستان، علی‌رغم وجود تجهیزات درمانی پیشرفته در پُست‌های امدادی غربی، اقبال حادثه‌دیدگان به کمپ و بیمارستان صحرایی ایران و رضایت مراجعان (به دلیل قرابت فرهنگی و دینی)، بیشتر بود [۲۴]. از سوی دیگر، برخی کشورها و نهادهای بین‌المللی، تحقیقات مخفی را در خصوص بهداشت قاره‌ها، بدون رضایت صاحبان اطلاعات انجام می‌دهند. این امر از نظر پژوهشی خلاف اخلاق

- ۱- آیا کمیته ICMM صلاحیت ورود به فرآیند درمانی مورد نظر را دارد؟
  - ۲- آیا کمیته ICMM دارای کارگروه اخلاق برای افزایش رضایت بخشی عملیات امداد (براساس منشور از پیش اعلام شده) است؟
  - ۳- آیا کمیته ICMM سیستمی را برای عذرخواهی مناسب و به موقع از بیمار تدارک دیده است؟
  - ۴- آیا گروه، واقعاً تخصص خود را به کار می‌گیرد؟
  - ۵- آیا بین اتباع کشور و بیگانه تبعیض قائل می‌شوند؟
  - ۶- وضعیت تداوم این مراقبت‌ها (در صورت نیاز و نبود تکنولوژی لازم در کشور حادثه دیده) چگونه خواهد بود؟
  - ۷- کمپ‌های امدادی و بیمارستان‌های استقرار یافته در منطقه حادثه دیده تا چه حد با پروتکل‌های کمیته ICMM و کنوانسیون‌های حمایت از حقوق معلولان، زنان و پناهجویان که به امضای نمایندگان کشورهای عضو رسیده است، سازگاری دارند؟
  - ۸- بیمارستان و کارکنان بیمارستانی گروه طب رزمی بین‌المللی باید متعهد شوند از اطلاعات مربوط به بیماران برای مصارف تحقیقاتی یا جاسوسی استفاده ننمایند.
- متاسفانه پاسخ به پرسش‌های بالا چندان امیدوارکننده نیست. همه این موارد، لزوم تدوین منشوری اخلاقی و جهانی را برای رعایت و حرمت موارد اخلاقی در طب رزمی بین‌المللی صدچندان می‌نماید و این امر بالتبع، رضایت حادثه‌دیدگان را از گروه امدادی اعزامی ارتقا خواهد بخشید و حرکتی در راستای استفاده از طب نظامی به منظور بقای صلح جهانی و استحکام مودت بین‌المللی خواهد بود.

## منابع

- 1- Burkle FM, Frost DS, Greco SB, Petersen HV, Lillibridge SR. Disaster preparedness and response: Implications for military medicine under joint command. *Mil Med.* 1996;161(8):442-7.
- 2- Pharo L. International course on preparation of peace support operations. France: Marseilles Publication; 2011. Available from: [http://www.cimm-icmm.org/index\\_en.php](http://www.cimm-icmm.org/index_en.php)
- 3- Schulten K. Teaching ideas: The earthquake and tsunami in Japan. New York: New York Times; 2011.
- 4- Jonaidi Jafari N, Rafar MH, Ghofrani H. Incidence of infectious diseases one month after the Bam earthquake (2004). *J Med Sci.* 2007;7(4):597-602.
- 5- Crosby A. America's forgotten pandemic: The influenza epidemic of 1918. UK: Cambridge University Press; 1990.
- 6- Izadi M. Medical guideline for international travel. Tehran: Iran Helal Institute Of Applied Science And Technology Publication; 2008. [Persian]
- 7- Izadi M, Ghanei M, Aslani J, Goya M, Jonaidi N. Swine origin influenza A1H1N1 virus. Tehran: Baqiatalah University of Medical Sciences Publication; 2007.
- 8- Sadeghi M. Ethics and custom travel in Islam. *Ethic J.* 2007; (1):21.
- 9- Mohagheghi A. Corporate ethics in the third millennium. Tehran: Ebtakar Newsletter; 2007. Available from: <http://www.ebtekarnews.com> [Persian]
- 10- Modiryar [homepage on the Internet]. Ethics in

در برخورد با بیماران، از نوع مکتون گزارش شده است [۱۰، ۲۶]. این تعابیر و ایجاد رابطه سببیت با آسیب وارده به بیمار در نتیجه قصور یا تقصیر پزشک بسته به فرهنگ حقوقی کشوری که بیمار تبعه آن است، متغیر است. برخی، عامل بلافصل به آسیب را دلیل آسیب دانسته و برخی علت اولیه را عامل می‌دانند. برخی نیز مجموعه اعمال منجر به آسیب را تضامناً در جبران خسارت محاسبه می‌نمایند. البته فرامین آمرانه در نیروهای نظامی، در خصوص براءت یا تقصیر متهم نباید از نظر پنهان بماند.

در یک تحقیق آماری در جوامع مختلف در خصوص تمایل بیماران به دانستن حقایق بیماری و درمان خود، پاسخ‌های متفاوتی داده شده است که بیانگر تفاوت فرهنگی بین ملیت‌های مختلف در دانستن حقایق بیماری است. بر این اساس در اروپا ۸۰ تا ۹۰٪ بیماران از حقایق بیماری خود مطلع‌اند، اما در سایر فرهنگ‌ها این میزان بین صفر تا ۵۰٪ است. این تحقیق موید آن است که حتی اولویت‌های اخلاق پزشکی در کشورهای مختلف، از شدت و حدت‌های متفاوتی بهره می‌برد و این خود موید افتراق مباحث اخلاق طب مسافرتی و طب داخلی است. در ایران در این رابطه، دو تحقیق جداگانه توسط *کاظمیان* در تهران و *وحدانی‌نیا* و *منتظری* در تبریز انجام شده است [۲۲، ۲۷] که نتایج تحقیق حاکی از آن است که ۲۰٪ بیماران در تبریز و ۴۸٪ بیماران در تهران علاقه‌مند به دانستن حقایق مربوط به بیماری خود هستند.

## نتیجه‌گیری

رضایت‌مندی بیمار و مددجو، از برنامه‌های بهبود فرآیند درمانی است. یکی از بهترین و قدیمی‌ترین ابزار در این خصوص، بهره‌گرفتن از اخلاق پزشکی است. در این وادی، افتراقات و اشتراکاتی بین طب داخلی و ملی کشورها با طب بین‌المللی رزمی وجود دارد. حال که استفاده از نیروهای طب رزمی کشورها تحت پروتکل‌های سازمان‌های بین‌المللی یا توافقات دوجانبه و چندجانبه بین‌المللی سازمان یافته است، دانستن کدهای اخلاقی به منظور ارتقای رضایت‌مندی اتباع کشور هدف (آسیب‌دیده) ضروری است. در این گذر، بسیاری از موضوعات اخلاقی طب داخلی را می‌توان در طب مسافرتی و طب رزمی بین‌المللی نفوذ داد. اما به دلیل بین‌المللی شدن و گوناگونی علایق سیاسیون، آداب، فرهنگ، مذهب و عرف‌های ملل مختلف، برخی از موارد به شکل خاص مطرح است که تاثیر مستقیم در جلب اعتماد مخاطب و در نهایت افزایش رضایت‌مندی حادثه‌دیدگان از گروه اعزامی طب رزمی دارد.

کشور ایران، به دلیل بهره‌مندی از ذخایر باستانی، نظری و فلسفی علم اخلاق می‌تواند ضمن پیوستن به کمیته بین‌المللی طب رزمی، افق جدیدی را در خدمات بشردوستانه این نهاد بین‌المللی ایجاد نماید. با عنایت به موارد بحث شده، چک‌لیست پیشنهادی ذیل ما را به کدهای اخلاقی بین‌المللی رهنمون می‌سازد:

from: <http://www.axiss.com.au/assets/document>

19- Ritchen W, Frances B. Combating corruption/encouraging ethics: A sourcebook for public service ethics. Washington: American Society for Public Administration; 2000.

20- Pirages D, Rund P. Ecological interdependence and the spread of infectious diseases. In: Maryann K, editor. New York: Beyond Sovereignty; 2000.

21- Kazemian A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. *J Med Ethics Hist Med*. 2008;1(2):61-7. [Persian]

22- Rhodes R. The Blackwell guide to medical ethics. New York: Blackwell Publication; 2007.

23- European Health Forum Gastein. Patients' rights and citizen empowerment. Geneva: WHO; 1999.

24- Usatoday [homepage on the Internet]. Milberg Weiss announces the filing of a class action lawsuit against Mannatech. USA: c1999-2011 [cited 2009 May 27]. Available from: <http://www.allbusiness.com/legal/legal-services-litigation/5061603-1.html>

25- Musazadeh R. International organizations. Tehran: Mizan. 4<sup>th</sup> ed; 2009:37-9. [Persian]

26- Seyed Fatemi M. Latent satisfaction. *J Fertil*. 2000;1(4):3-8. [Persian]

27- Montazeri Gh. To inform cancer patients from the perspective of medical and health professionals: A cross-sectional study. *J Monitoring*. 2003;1(4):259-65. [Persian]

organizations: A comprehensive site management. Tehran: c2009 [cited 2011 Nov 5]. Available from: <http://www.modiryar.com/index> [Persian]

11- Morden T. Principles of strategic management. Arabi M, Izadi D, translators. Tehran: Cultural Studies Publication; 2005. [Persian]

12- Gold M. Is honesty always the best policy? Ethical aspect of truth telling. *Int Med J*. 2004;34:578-80.

13- Ethics Resource Center [homepage on the Internet]. National business ethics survey. New York: c2011 [cited 2003 Aug 13]. Available from: <http://www.ethics.org>

14- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The Re-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1322-7.

15- Ricuter L. The politics of tourism in Asia. 14<sup>th</sup> ed. Honolulu: University of Hawaii Press; 2005.

16- Usatoday [homepage on the Internet]. U.S. military investigates soldier accused of rape in Japan. USA: c2011 [cited 2008 May 30]. Available from: [http://www.usatoday.com/news/world/2008-07-30-Japan-military\\_N.htm](http://www.usatoday.com/news/world/2008-07-30-Japan-military_N.htm)

17- Richter L. After political Turmoil: The lessons of rebuilding tourism in three Asian countries. *J Travel Res*. 1999;38(1):41-6.

18- Axis [homepage on the Internet]. OECD productivity database. New York: c2011 [cited 2005 Jun 3]. Available