نشریه مطالعات آموزشی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش
سال سوم، تابستان ۱۳۹۳، شماره ۱
مقاله مروری

آموزش اخلاق‌پزشکی‌در محیط‌های‌نظامی انتظامی و امنیتی

عبدالحسن کاظمی[۱]

چکیده

سابقه‌و هدف: ضوابط و کدهای اخلاقی خاصی وی، حقوق کادر پزشکی، محیط‌های طبی و حقوق متقابل مجموعه محیط پزشکی با مجموعه‌های بیرونی و غیرپزشکی است که اعتدال و توازن حقوق و مسئولیت طرفین در موارد یادشده و سلامت کلی روابط پزشکی را تضمین می‌نماید ولی به نظر می‌رسد که تنظیم این روابط در مورد مسائلی مانند: رازداری پزشکی، اظهار و کتمان بیماری، قبول و یا عدم قبول درمان، ترک درمان، اهدا عضو، انواع یوتانازی و غیره سازمان‌های نظامی، انتظامی و امنیتی در چهارچوب‌های متفاوتی قابل بررسی باشد. این مقاله به بررسی تفاوت ماهوی و کاربردی مسائل فوق در محیط‌های غیرنظامی و نظامی در حوزه اخلاق پزشکی می‌پردازد.

مواد وروش‌ها: روابط پزشکی با توجه به رویکرد مکاتب اخلاقی فضیلت، وظیفه و نتیجه‌گرا برای مسائل اساسی حوزه اخلاق پزشکی مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به ویژگی‌های ذاتی خود، حقوق و مسئولیت‌های متقابل طرفین رابطه، اجزای رابطه با عنایت به اصول‌کلی اخلاق عمومی و اخلاق حرفه‌ای تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بیمار و مجموعه ارائه‌کننده خدمات پزشکی در محیط‌های نظامی، انتظامی و امنیتی ماهیت و موضوع‌های به نسبت متفاوتی از شرایط معمول و مرسوم اجتماعی دارند و ضرورت انجام بهینه ماموریت‌های ذاتی و پیرامونی مجموعه‌های دارای ماهیت نظامی- امنیتی، تنظیم ضوابط وکدهای اخلاق حرفه‌ای پزشکی در این مجموعه‌ها را در چهارچوب خاص و متفاوت از چهارچوب معمول در محیط‌های پزشکی مدنی (غیرنظامی) قابل توجیه و موجه می‌نماید.

بحث‌و نتیجه‌گیری: تضمین‌سلامت نیروی انسانی و حفظ تداوم بهینه فکری و جسمانی مجموعه پرسنل در محیط‌های نظامی، انتظامی و امنیتی، از پارامترهای تعیین‌کننده برای حفظ راندمان‌کاری و انجام وظیفه بهینه این سازمان‌هاست و تنظیم واقع‌گرایانه، دوراندیشانه و جامع کدهای اخلاق پزشکی برای این محیط‌ها بر توانایی و پتانسیل خدمت‌دهی این واحدها و تسهیل وتسریع امور خواهد افزود.

کلمات‌کلیدی: اخلاق پزشکی، محیط نظامی، مکاتب اخلاقی فضیلت‌گرا، وظیفه‌گرا و نتیجه‌گرا

مقدمه

به نظر می‌رسد که موارد قابل‌توجهی از موضوع‌های اساسی پزشکی در محیط‌های نظامی، انتظامی و امنیتی در چهارچوب‌های خاصی از موازین مربوطه به اخلاق پزشکی قابل بررسی می‌باشد که این چهارچوب‌ها می‌توانند تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای با چهارچوب‌های متداول و پذیرفته شده برای همان موضوع‌های پزشکی در محیط‌های غیرنظامی داشته باشند (۲، ۱). این موضوع از آن جهت حائز اهمیت است که

۱ـ استاد، ایران، تبریز، مرکز تحقیقات بیمای‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۷۳۷۴۵ آدرس الکترونیک: kazemi1338@gmail.com

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

جمیع موارد و موضوع‌های پزشکی در اصل و باید از موازین خاص اخلاق پزشکی و با رعایت استانداردهای مربوط به رعایت حقوق بیمار، رعایت مقررات حرفه‌ای و قوانین انتظامی مربوط به حرفه‌پزشکی، نامه‌پزشکی، توجه اکید و شرافت و کرامت‌ذاتی طبیب و طبابت، رعایت حقوق و شرایط ویژه محیط‌های پزشکی و بیمارستانی و غیره صورت پذیرد (۵-۳) و تخطی از موازین اخلاق پزشکی و سایر موارد یاد شده هم به لحاظ قانونی و هم از جهت ضرورت حفظ چهارچوب‌های عمومی اخلاقی قابل‌توجیه وپذیرش نمی‌باشد. در سازمان‌ها و ساختارهای نظامی، انتظامی و امنیتی در نگاه نخست شاید چنین به نظر برسد که تعهدات اخلاقی و ارزشی و هنجاری مربوط به مباحث اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی در این سازمان‌ها، منزلتی بنیادی نداشته و در بستر و زمینه‌ای از تعهدات نظامی، انتظامی و امنیتی قرار می‌گیرند که البته چنین دیدگاهی اصالت و مقبولیت ندارد و برخی ابهام‌های اخلاقی قابل‌طرح، با تنظیم منشورها و کدهای اخلاق پزشکی متناسب با ساختارهای نظامی، انتظامی و امنیتی و تعدیل اصلاح قوانین و مقررات‌قابل رفع می‌باشد، زیرا ممکن است در مورد مسئولیت اخلاقی کادرهای پزشکی و درمانی در این سازمان‌ها، در زمینه ارجحیت رعایت حقوق سربازان خودی نسبت به بیگانه در جنگ، رعایت اصول حفاظتی و رزمی در زمان مسلحانه منازعات از مواردی مانند امور محرمانه و پرهیز از افشای اسرار نظامی، ضرورت تغییر و یا عدم تغییر مواضع اخلاقی پزشکان و سایر کادرهای درمانی در زمان جنگ و صلح، خدشه دارشدن بی‌طرفی پزشکان و کادر درمانی در جنگ‌ها ابهام‌هایی پیش‌آید اما به عنوان مثال، عهدنامه‌های چهارجانبه ژنو در حوزه حقوق بشردوستانه بین المللی به‌جزدرمواردخاص‌حتی‌درجنگ‌ها نیزتفاوتی‌بین‌مداوای سربازان خودی و بیگانه قائل نیست و بنابراین منشورها و کدهای اخلاق پزشکی متناسب با ساختارهای نظامی، انتظامی و امنیتی برای این موارد بسیار موثرخواهد بود (۷-۶) و بنابراین موارد عمده و اساسی مربوط به موضوع‌های پزشکی مانند: رازداری پزشکی و حفظ اسرار بیماران، اظهار و یا کتمان بیماری (به ویژه بیماری‌های مسری، ناتوان کننده وغیره)، ترک درمان و یا عدم قبول درمان و یا استنکاف از اجرای دقیق پروتکل درمانی‌توصیه شده، اهدأ عضو، یوتانازی، تمارض، ایجاد عمدی جراحت و یا بیماری و غیره به وسیله پرسنل نظامی، انتظامی و امنیتی و در محیط‌های شغلی مربوط به سازمان‌های فوق باید تحت ضوابط مربوط به اخلاق پزشکی Medical Ethic (۱۰-۸) و مسائل‌کلی و عمومی‌تری مانند ضرورت رعایت بهداشت عمومی و بهداشت محیط در سازمان‌های نظامی، انتظامی و امنیتی جهت جلوگیری از بروز مشکلات عمومی‌منجر به ناتوانی پرسنل به خصوص در محیط‌های تجمع پرسنل مانند: پادگان‌ها، اردوگاه‌ها، قشون‌کشی‌ها، عملیات مانوری و صحرایی و غیره توسط تک‌تک پرسنل باید تحت ضوابط مربوط به اخلاق زیستی Bioethics مورد بررسی‌قرارگیرد (۱۲-۱۱، ۳) و منشوراخلاق خاص‌برای محیط‌های‌نظامی، انتظامی و امنیتی با توجه به ماموریت ذاتی این نیروها و محیط‌ها و وظایف ویژه محول شده به آنان به صورت کلی در اطراف و دور اندیشانه تنظیم گردد، زیرا به‌نظر می‌رسد که منشورهای اخلاق زیستی پزشکی مربوط به محیط‌های پزشکی و بیمارستانی کشوری در موارد عدیده‌ای با اهداف سازمانی و ماموریت ذاتی نیروهای نظامی، انتظامی و امنیتی تعارض داشته و برای محیط این سازمان‌ها متناسب و قابل اجرا نمی‌باشد (۱۴-۱۲) و هر چند که شرح و بررسی جمیع موارد اساسی پزشکی مربوط به محیط‌های نظامی، انتظامی، امنیتی از نظر ویژگی‌های مرتبط به حوزه اخلاقی زیستی- پزشکی در یک مقاله حتی به صورت کلی هم مقدور نمی‌باشد ولی از باب ورود به موضوع و روشن شدن ابعاد مسئله اگر موضوعی مانند کتمان بیماری و یا عدم قبول درمان و یا به طور مثال ترک درمان به وسیله پرسنل نظامی را در نظرگرفته و نتایج مترتب بر آنها را در محیط‌های نظامی و یا انتظامی بررسی نماییم، به

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

وضوح ملاحظه خواهیم‌کرد که مبادرت به چنین رفتارها و ارتکاب چنین اعمالی در محیط‌های نظامی، با حقوق مربوط به ارکان سازمان نظامی متعارض خواهد بود (۱۷-۱۵) و هر چند که از نظر اخلاق پزشکی، بیمار غیرنظامی‌در موارد عدیده و یا شاید حتی در اکثریت قریب به اتفاق موارد- متناسب با اصول مکاتب اخلاقی متفاوت- حق عدم قبول درمان و یا ترک درمان را دارد (۱۸) ولی بیمارنظامی به‌ویژه در شرایط خاص مربوط به ماموریت‌های ذاتی نیروهای نظامی، انتظامی‌و امنیتی مانند: شرایط جنگ و دفاع، آماده باش، مانور، ماموریت امداد و نجات اجتماعی محوله به سازمان‌های نظامی وغیره در اصل باید در حفظ‌سلامتی خود کوشا باشد (۲۰-۱۹)، در صورت بیماری نیز با قبول درمان و انصراف یا پرهیز حق ترک درمان به رسمیت شناخته شده برای افراد غیرنظامی خود را برای برگشت هرچه‌سریع‌تر به محیط‌خدمت و ادامه ماموریت محوله آماده نماید و سایر شکل‌های پزشکی مربوط به محیط‌های نظامی و پرسنل مربوط نیز از چنین ویژگی‌های خاص اخلاقی در مقایسه با محیط‌های غیرنظامی نیز تبعیت خواهند کرد (۲۱، ۱۶-۱۵، ۱) همچنان که توجه به‌حقوق انسانی پرسنل نظامی و ضرورت دقت در مورد بهره‌گیری از انظباط نظامی موجود در این سازمان‌ها مطابق دستورالعمل‌های سازمانی دقت جلوگیری از استفاده از انظباط نظامی برای موارد پزشکی برخلاف دستورالعمل‌های سازمانی نیز امری ویژه می‌باشد (۲۴-۲۲) و در این نوشتار به بررسی جوانب این موضوع خواهیم پرداخت.

مواد و روش‌ها

با توجه اصول و مبانی مکاتب اخلاقی عمده‌ای مانند: اخلاق‌فضیلت‌گرا Virtua، اخلاق وظیفه‌گرا Deontology، اخلاق نتیجه‌گرا Consequentialism موارد پزشکی تعیین‌کننده‌ای مانند رازداری پزشکی مورد بررسی قرارگرفت (۲۷-۲۵) تا شرایط انطباق این موارد پزشکی‌تعیین‌کننده، با رعایت حقوق و مسئولیت متقابل پرسنل از یک طرف، حقوق و مسئولیت متقابل سازمان و نهاد نظامی، انتظامی، امنیتی از طرف دیگر و پرسنل و حقوق و مسئولیت و قسمت‌های ارائه‌کننده خدمات پزشکی- بهداشتی در سازمان‌ها و نهادهای نظامی و غیره در ضلع سوم این روابط با موازین اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی روشن گردد (۳۲-۲۸، ۲-۱). زیرا با توجه به ماموریت‌های محوله به نهادهای نظامی و غیره مغفول ماندن این وظایف به هیچ وجه و در هیچ شرایطی توسط هیچ کدام از مکاتب اخلاقی معتبر قابل توجیه و پذیرش نمی‌باشد (۳۳) و توجه به شرایط عضویت و استخدام و قبول ارائه خدمت و انجام وظیفه سازمانی در این نهادها ایجاب می‌نماید که فردعلاقه‌مند به قبول مسئولیت در نهادهای دارای ماموریت اصلی حفظ امنیت کشور (ارتش، نیروهای انتظامی، نهادهای امنیتی) از حوزه‌های پیرامونی حقوق شخصی خود و حتی در مواردی از قسمتی از هسته حقوق شخصی خود با رضایت و تمایل آزادانه صرف نظر نماید و با قرار دادن حقوق فردی در تحت اشراف مسئولیت شغلی و سازمانی، به الزام درونی و باطنی خاصی مقید شده و اخلاق حرفه‌ای Provisional Ethic ویژه‌ای را قبول نماید که در این نوشتار از آن با عنوان Military Ethic اخلاق نظامی یاد می‌گردد (۳۵-۳۴) و بررسی موارد پزشکی خاص مطرح شده در این نوشتار با اصول سه مکتب اخلاقی اصلی با توجه به اصول حاکم بر این مکاتبات اخلاقی مانند توجه به کسب و نهادینه شدن فضایل اخلاقی و ملکات نفسانی در مکاتب فضیلت‌گرا بدون‌توجه به کاربرد عملی و عینی آنها در عرصه رفتار و اجتماع، توجه به تقویت ارزش‌های اخلاقی در مکاتب ارزش گرا با رویکرد به کاربرد عینی و عملی ارزش‌ها در رفتار فردی و عرصه روابط اجتماعی، توجه به نتیجه عینی و عملی تصمیم و رفتار در عملکرد فرد و انعکاس بیرونی آن در اجتماع در مکاتب اخلاقی نتیجه‌گرا (۳۷-۳۶) در این بررسی مدنظر قرار گرفت.

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

یافته‌ها

اساس امنیت ملت و کشور را آمادگی کامل و بی‌قید و شرط تشکیلات نظامی، انتظامی و امنیتی آن کشور تشکیل می‌دهد و بنابراین وجود چهارچوب کارآمد و متناسب با ماموریت و ماهیت وظایف این تشکیلات در زمینه اخلاق پزشکی در مورد مسائلی مانند: رازداری پزشکی، کتمان و یا اظهار بیماری، قبول درمان، امتناع از درمان و یا ترک درمان، اهدای عضو، یوتانازی از آن جهت اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند (۳۸) که نه تنها برآمادگی این تشکیلات تاثیر سویی اعمال نکند بلکه اسباب آرامش‌خاطر و طمانینه روانی پرسنلی را فراهم بیاورد و با افزودن بر عمق و میزان رضایت شغلی‌آنان، علایق سازمانی و دلبستگی تشکیلاتی بیشتری را برای انجام وظیفه ایجاد نماید. از طرف دیگر نباید از نظر دور داشت که پرسنل تشکیلات نظامی، انتظامی، امنیتی همانند هر انسان دیگری دارای کرامت ذاتی انسانی بوده و تنظیم قواعد اخلاق پزشکی برای سازمان‌های دارای ماهیت نظامی، به هیچ وجه نباید حریم کرامت انسانی پرسنل را مخدوش نماید (۳۹، ۱۵، ۱۲، ۱) و بدین‌ترتیب به نظر می‌رسدکه حفظ اسرار پزشکی پرسنل همراه با اجازه دسترسی محرمانه و سطح بندی شده مسئولیت تشکیلات به این اطلاعات در صورت تصویب یک کمیته اخلاق پزشکی راه حل متناسبی باشد (۴۰، ۲-۱).

بحث و نتیجه‌گیری

پرسنل نظامی مجاز به کتمان بیماری خود به ویژه در مواقعی که برآمادگی انجام وظیفه آنان تاثیر نامطلوبی می‌گذارد؛ نمی‌باشند و این موضوع حتی می‌تواند به افراد تحت تکفل قانونی آنان نیز تسری می‌یابد، زیرا اشتغال فکری ناشی از بیماری نزدیکان نیز، سلامت جسمانی و عاطفی پرسنل را مخدوش می‌سازد، تبعیت از پروتکل‌های درمانی ارائه شده به پرسنل نظامی، نه فقط یک وظیفه اخلاقی و پزشکی بلکه حتی یک وظیفه اداری و قسمتی از انضباط سازمانی محسوب خواهد شد (۳۷-۳۵) و پرسنل‌های نظامی، انتظامی، امنیتی، همانند سایر بیماران سیویل، مجاز به امتناع از درمان و یا ترک درمان نمی‌باشند، زیرا این امر می‌تواند به منزله تمهید و تدارک مقدمات امتناع از خدمت به ویژه در شرایط بحران (رزم، مانور، عملیات امداد کشوری، آماده باش و غیره) تلقی گردد و به صورت غیرمستقیم، مفهوم «خودزنی» را در خود دارد (۲۱، ۱۳-۱۲، ۲). اهدای عضو توسط پرسنل دارای وظایف نظامی ماهوی، بحث پیچیده وچند وجهی به نظر می‌رسد و ارائه چهارچوب قاطع اخلاق پزشکی برای اهدأ عضو درشرایط متفاوت، مشکل به نظر می‌رسد و تصمیم حسب شرایط معقول می‌نماید. این عمل می‌تواند شامل موارد ساده‌ای مانند اهدای خون و یا به نسبت پیچیده مانند اهدای مغز استخوان ویا اهدای عضو کاملی به طورکلیه باشد و در صورت تداخل و تعارض شرایط با لزوم انجام خدمت و یا حفظ آمادگی خدمت با وظایف خانوادگی و یا اخلاقی پرسنل نظامی در قبال اعضأ خانواده و یا اقربا، محل تاهل و حوصله خواهد بود (۴۱). موضوع یوتانازی هر چند که مطابق موازین شرعی و قانونی‌در جامعه ما نامعقول می‌باشد ولی‌ممکن است در سیستم‌های قانونی و اخلاقی محیط‌های نظامی سایر جوامع وکشورها به طور مثال در وضعیت یوتانازی غیر فعال داوطلبانه Passive voluntary euthanasia به ویژه در شرایط بحران و ازدحام بیماران و مجروحین موضوعی قابل بحث باشد (۴۳، ۴۲). همچنان که ممکن است مبادرت به یوتانازی از طرف کادر پزشکی به‌صورت یوتانازی فعال داوطلبانه active voluntary euthanasia در شرایط ازدحام مجروحین در عرصه عملیات برای نجات جان یک مهره نظامی و یا امنیتی بسیار و ارزشمند و یا تصمیم‌گیری ما بین نجات‌جان یک مهره بسیار ارزشمند نظامی و امنیتی خودی و یک مجروح دشمن محل بحث و مناقشه به نظر بیاید (۴۵-۴۴، ۴۲)، اما تامل در باب چنین موادی با توجه به مبانی موجود در حوزه فرا اخلاق (Meta ethics) امکان برون رفت از ابهام و مناقشه اخلاقی را فراهم می‌آورد و در مقدمه مقاله نیز به این

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

موضوع اشاره شد (۴۳).

نتایج: مکاتب اخلاقی فضیلت‌گرا، به طور عام با تاکید بر جنبه‌های ارزشی و ماهوی اعمال اخلاقی، انجام عملی فعالیت بر مبنای ارزش‌های اخلاقی را صعب و دشوار می‌نمایند و این‌دشواری به ویژه در عرصه‌هایی مانند اخلاق پزشکی با توجه به پیچیدگی‌های چند وجهی امورپزشکی، مضاعف می‌گردد و انطباق ارزش‌های اخلاقی مکاتب فضیلت‌گرا با عرصه عمل بعضی اوقات ناممکن به نظر می‌رسد (۴۸-۴۶). مکاتب اخلاقی وظیفه‌گرا با توجه به انشقاق نظری این‌مکاتب به دو حوزه قاعده محور rule utilitarianism و عمل محور act utilitarianism، تصمیم‌گیری بیمار برای خودش را تسهیل می‌نمایند ولی ممکن است تصمیم‌گیری برای بیمار به وسیله کادر پزشکی در چهارچوب موازین این مکاتب دشوار باشد به ویژه آن‌که کادر پزشکی‌هایی مانند: سوگندنامه پزشکی، اخلاق حرفه‌ای Provisional ethic، آیین‌نامه انتظامی پزشکی و قوانین موضوعه‌کشوری و یا حتی‌محیط نظامی را برای تصمیم‌گیری داشته باشند (۴۹). در این میان به نظر می‌رسد که مکاتب اخلاقی نتیجه‌گرا consequentialism (utilitarianism) بر تاکید بر اخلاقی بودن و روایی‌اخلاقی اعمال بر مبنای نتیجه افعال، میدان‌عمل و تصمیم‌گیری گسترده‌تری را برای کادر پزشکی به ویژه در شرایط منضبط و یا بحرانی محیط‌های نظامی فراهم می‌آورد (۵۳-۵۰)، زیرا قاعده کلی بعضی‌از این مکاتب یعنی بیشترین ارزش = رضایت برای بیشترین افراد The greatest value = The greatest happiness for greatest number با واقعیت‌های ملموس عملی منطبق‌تر می‌باشد (۵۵-۵۴) و بدین جهت تنظیم چهارچوب قانونی و یا ارضا و اقناع درونی برای تصمیم‌گیری بر مبنای این مکاتب به ویژه در شرایط سخت عملیات نظامی، میادین جنگ، ازدحام مجروحین، عدم کفایت کمی و کیفی امکانات پزشکی، تصمیم‌گیری‌های لحظه‌ای و یا حتی در شرایط عادی محیط‌های نظامی عملی‌تر و واقع بینانه‌تر جلوه می‌کند (۵۷-۵۶).

References

1- Schapowal AG, Baer HU. Medical ethics in peace and in the armed conflict. Mil Med. 2002; 167 (8 Suppl): 26-31.
2- Hallager K. Military physicians and medical ethics. Ugeskr Laeger. 2004; 27;166 (40): 3522-3.
3- Ott A. Reviews in medical ethics. One goal? One consensus? One more trip to the drawing board: a review of global bioethics: the collapse of consensus. J Law Med Ethics. 2007;35 (4): 748-50.
4- Chervenak FA, McCullough LB. The identification, management, and prevention of conflict with faculty and fellows: A practical ethical guide for department chairs and division chiefs. Am J Obstet Gynecol. 2007;197 (6): 572.e1-5.
5- Rodwin MA. Medical commerce, physician entrepreneurialism, and conflicts of interest. Cambridge University Press, 2007: 26–34
6- Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. JAMA. 2007; 298 (22): 2668-2670.
7- Tullus K. American military physicians participate in torture-like deeds. Lakartidningen. 2005; 7-13;102 (6): 418.
8- Rubenstein LS. First, do no harm: health professionals and Guantánamo. Seton Hall Law Rev. 2007;37 (3): 733-48.
9- Gordon S. The military physician and contested medical humanitarianism: A dueling identity? Soc Sci Med. 2014 Apr 29. pii: S0277-9536 (14) 00256-1. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.025
10- Girre C, Chabaux C. Medical ethics and deontology; rights of the patient: problems linked to diagnosis, respect of the person and death. Rev Prat. 2007; 30;57 (14): 1613-7.
11- Russo MB, Arnett MV, Thomas ML, Caldwell JA. Ethical use of cogniceuticals in the militaries of democratic nations. Am J Bioeth. 2008 Feb;8 (2): 39-41;
12- Rew DA. Cold steel and warm hearts: the professional ethics and strategic planning of expeditionary warfare. J R Army Med Corps. 2010 Dec;156 (4): 219-20.
13- Larkin GL, Hamann CJ, Monico EP, Degutis L, Schuur J, Kantor W, et al. Knowledge translation at the macro level: legal and ethical considerations. Acad Emerg Med. 2007;14 (11): 1042-6.
14- Cetin M, Cimen M. Assessing a group of physicians' ethical sensitivity in Turkey. Iran J Public Health. 2011;40 (3): 89-97.
15- Bloche MG, Marks JH. When doctors go to war. N Engl J Med. 2005; 6;352 (1): 3-6.
16- Xenakis BS. Military medical ethics under attack. J Ambul

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

Care Manage. 2006; 29 (4): 342-4.
17- Wells RJ. Wartime medical ethics. Hastings Cent Rep. 2005 May-Jun;35 (3): 7.
18- Gross ML. Bioethics and armed conflict: mapping the moral dimensions of medicine and war. Hastings Cent Rep. 2004;34 (6): 22-30.
19- Eckerdal G, Engström I, Lynöe N, Löfmark R, Sallin K. Respect patient's right to refuse life support care. New guidelines from The Swedish Society of Medicine's delegation. Lakartidningen. 2007;10-16;104 (41): 2969-71.
20- Wright SL. Protecting the right to medical treatment from the War on Terror. The status of Guantanamo Bay detainees. J Leg Med. 2007;28 (1): 135-49.
21- Xenakis SN. More on: "Doctors Must Be Healers". Seton Hall Law Rev. 2007;37 (3): 703-10.
22- Rubenstein LS. Medicine and war. Hastings Cent Rep. 2004;34 (6): 3.
23- Pajević I, Hasanović M, Koprić A. Psychiatry in a battle zone. Bioethics. 2010 Jul;24 (6): 304-7.
24- Sulsky SI, Grabenstein JD, Delbos RG. Disability among U.S. Army personnel vaccinated against anthrax. J Occup Environ Med. 2004; 46: 1065–75.
25- Clark PA. Medical ethics at Guantanamo Bay and Abu Ghraib: the problem of dual loyalty. J Law Med Ethics. 2006;34 (3): 570-80, 481.
26- Sokol DK. How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship. J R Soc Med. 2006;99 (12): 632-6.
27- New T. Patient tracking. Telling tales. Health Serv J. 2003 Aug 7;113 (5867): 24-7.
28- Marzanski M. Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia. J Med Ethics. 2000;26 (2): 108-13.
29- Marks JH. Doctors as pawns? Law and medical ethics at Guantánamo Bay. Seton Hall Law Rev. 2007;37 (3): 711-31. Arya N. Is military action ever justified? A physician defends the 'Responsibility to Protect'. Med Confl Surviv. 2007;23 (3): 172-88.
30- Boyd JW, Himmelstein DU, Lasser K, McCormick D, Bor DH, Cutrona SL, et al. U.S. medical students' knowledge about the military draft, the Geneva Conventions, and military medical ethics. Int J Health Serv. 2007;37 (4): 643-50.
31- Annas GJ, Grodin MA (eds). The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation. Oxford: Oxford University Press, 1992; P: 86-98.
32- Kemp KR, Thompson JC, Jefferson T, Ong B, Sharkey CD, Jeffries J, Nuñez L. Ethics training for military medical trainees: the Brooke Army Medical Center experience. Mil Med. 2008 Oct;173 (10): 968-74.
33- Wilson Memorandum. Dated February 23, 1953. From the Secretary of Defense to the Secretaries of the Army, Navy and Air Force. Available at: http: //www.gwu.edu/~nsarchiv/radiation/dir/mstreet/commeet/meet3/brief3.gfr/ tab_h/br3h1.txt. Accessed February 2005.
34- Aas T, Markestad T. Information before screening. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007;18;127 (20): 2705.
35- Smith KL, Saavedra R, Raeke JL, O'Donell AA. The journey to creating a campus-wide culture of professionalism. Acad Med. 2007 Nov;82 (11): 1015-21.
36- Holm S. What should other healthcare professions learn from nursing ethics. Nurs Philos. 2006;7 (3): 165-74.
37- Gadit AA. Professional behaviour of doctors: are we meeting the criteria? J Pak Med Assoc. 2007;57 (8): 425-7.
38- Wynia MK. Breaching confidentiality to protect the public: evolving standards of medical confidentiality for military detainees. Am J Bioeth. 2007 Aug;7 (8): 1-5.
39- Gross ML. Physician-assisted draft evasion: civil disobedience, medicine, and war. Camb Q Healthc Ethics. 2005;14 (4): 444-54.
40- Wilks M. A stain on medical ethics. Lancet. 2005 Aug 6-12;366 (9484): 429-31.
41- Chenault JC. The Army's Community-Based Health Care Initiative: an innovative military case management program. Lippincotts Case Manag. 2006 May-Jun;11 (3): 165-74.
42- Smith KA. Do-not-resuscitate orders in the operating room: required reconsideration. Mil Med. 2000;165 (7): 524-7.
43- Ritchie EC, Benedek D, Malone R, Carr-Malone R. Psychiatry and the military: an update. Psychiatr Clin North Am. 2006 Sep;29 (3): 695-707.
44- López-Muñoz F, Alamo C, Dudley M, Rubio G, García-García P, Molina JD, et al. Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: the ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2007;31 (4): 791-806.
45- Zupan D, Solis G, Schoonhoven R, Annas G. Dialysis for a prisoner of war. Hastings Cent Rep. 2004;34 (6): 11; discussion 11-2.
46- Bryan CS, Call TJ, Elliott KC. The ethics of infection control: philosophical frameworks. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007;28 (9): 1077-84.
47- Coverdale JH. Virtues-based advice for beginning medical students. Acad Psychiatry. 2007;31 (5): 354-7.
48- Bishop JP, Rees CE. Hero or has-been: is there a future for altruism in medical education? Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2007;12 (3): 391-9.
49- Javemick MA1, Doukas WC. Process of care for battle casualties at Walter Reed Army Medical Center: Part I. Orthopedic surgery service. Mil Med. 2006 Mar;171 (3): 200-2.
50- Takala T. Concepts of "person" and "liberty," and their implications to our fading notions of autonomy. J Med Ethics. 2007;33 (4): 225-8.
51- Harmon SH. Solidarity: a (new) ethic for global health policy.

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

Health Care Anal. 2006;14 (4): 215-36.

52- Zucker A. Medical ethics as therapy. Med Humanit. 2006 Jun;32 (1): 48-52.

53- Warner CH, Appenzeller GN, Grieger TA, Benedek DM, Roberts LW. Ethical considerations in military psychiatry. Psychiatr Clin North Am. 2009 Jun;32 (2): 271-81. doi: 10.1016/j.psc.2009.02.006.

54- Schwab AP. Formal and effective autonomy in healthcare. J Med Ethics. 2006;32 (10): 575-9.

55- Tauber AI. The moral domain of the medical record: the routine ethics evaluation. Am J Bioeth. 2006;6 (4): W1-16.

56- Burns-Cox CJ, Rouse A, Halpin D, Mayor V, Marshall T. Guantanamo: a call for action: would GMC dismiss a complaint against Guantanamo doctor? BMJ. 2006 Apr 8;332 (7545): 855.

57- Annas GJ. Military medical ethics--physician first, last, always. N Engl J Med. 2008 Sep 11;359 (11): 1087-90. doi: 10.1056/NEJMp0805975.

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]

Medical Ethics Education for Military, Police and Security Forces

Kazemy A[1]

Abstract:

Background: Confidentiality is a core value in medicine and public health, yet, like other core values, it is not absolute. Medical ethics has typically allowed the breach of confidentiality when there is a credible threat of significant harm to an identifiable third party. Applied medical ethics may vary in cases related to military or civil environments in matter such as medical confidence, treatment acceptance or refusal, organ donation and different types of euthanasia. The main purpose of this article is to survey the different aspects of the subject in each of the mentioned fields.

Material and methods: Ethical codes relating to various medical subjects and according to the enumerable principles of virtual ethics, deontology and utilitarianism were examined. The rights and responsibilities of the health care staff, patient and the patient's relatives were analyzed with regard to the mentioned principles.

Results: The health care staff and patients in military environments have rather different conditions and responsibilities in comparison to civilians. The necessity of carrying out their duties by the staff well requires and optimally organized and specific structure of ethical laws and professional codes.

Conclusion: ensuring the health of the staff and their physical and mental stability I military establishment is essential in order to guarantee a high efficiency relating the responsibilities expected of such organization. A thoughtful and well managed charter od laws and ethical codes will ensure a high standard level of healthcare services provided by such organs.

Keywords: Medical ethics, Military environment, Virtual, Deontology and Utilitarianism Ethics

1- Professor Abdolhassan Kazemi, Infectious & Tropical Research Center, Tabriz Uni. of Med. Sci., Tabriz, Iran

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-25]