

## اخلاق پزشکی و بحران

امیراحمد شجاعی<sup>۱\*</sup>، فرشته ابوالحسنی نیارکی<sup>۲</sup>

### مقاله‌ی مروری

#### چکیده

شرایط بحرانی شرایطی است که تشابه بسیار کمی با شرایط عادی دارد. تعاریف بسیاری برای بحران و شرایط بحرانی ارائه شده است و مؤلفه‌های زیادی را برای آن می‌توان منظور کرد اما آنچه در همه‌ی تعاریف و همه‌ی شرایط بحرانی یافت می‌شود تلفات و صدمات جانی است. هر جا صدمات جانی مطرح باشد به تبع آن مراقبت‌های پزشکی از مصدومان نیز مطرح خواهد بود. یعنی در هر حال، هنگام بحران حضور کادر پزشکی اعم از پزشک یا دیگر مراقبان سلامت لازم است. ارائه‌ی خدمات سلامت در دو دسته‌ی کلی قرار می‌گیرند. یکی هنگام شرایط عادی و دیگری هنگام شرایط بحرانی و از آن‌جا که شرایط بحرانی با شرایط عادی تفاوت کلی دارد، مسؤلیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت هم در شرایط عادی و شرایط بحرانی متفاوت خواهد بود.

برای تبیین اخلاق پزشکی (یا به شکل عام‌تر، اخلاق در مراقبت‌های سلامت) در شرایط بحرانی به دو موضوع کلی باید پرداخت؛ یکی مسؤلیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت و دیگری حل اثر بخش مسائل اخلاقی مربوطه. موضوع دوم بسیار گسترده است و در این مقاله با اشاره‌ای جزئی از کنار آن می‌گذریم. اما در خصوص تبیین مسؤلیت‌های اخلاقی مراقبان سلامت در بحران دو نگاه می‌توان داشت. یکی نگاه شخص‌گروانه و فردی که البته تحویلی و خردانگارانه است و دیگری نگاه سیستمی و راهبردی که البته کامل‌تر و همه‌جانبه‌تر است. در نگاه سیستمیک برای تدوین اخلاق به سه جزء باید پرداخت. اول، اصول اخلاقی، دوم کدهای اخلاقی و سوم منشور چندوجهی اخلاق سازمان. که در این مقاله اشاره‌ای کوتاه به اصول و کدها کرده و به ذکر یک نمونه از اصول و کدها که در جمعیت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر حاکم است اکتفا می‌کنیم.

شرایط بحرانی به قدری وسیع و پدیده‌هاست که نمی‌توان به یک شکل واحد و به طریق موضوع محور (subject oriented) در مورد آن‌ها صحبت کرد و لازم است حوزه‌های گوناگون بحران احصا شده و مسائل هر کدام استخراج شود و آن‌گاه با رویکردی مسئله‌محور (problem oriented) به آن‌ها نگریت و پژوهش کرد. از سوی دیگر، لازم است اخلاق پزشکی و مراقبت در شرایط بحرانی جزء اولویت‌های وزارت بهداشت و دیگر سازمان‌های مربوطه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، بحران، تریاژ

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری فلسفه اسلامی دانشکده الهیات دانشگاه تهران

\* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱،

## مقدمه

امداد و دستگیری از دیگران در تعالیم گهر بار اسلام بسیار مورد تأکید و سفارش قرار گرفته تا جایی که معصوم (سلام... علیه) کسی را که فریاد استمداد مسلمانی را بشنود و به یاری او نشتابد مسلمان نمی‌داند. این قبیل فرمایشات آن‌گونه متواتر است که نیازی به ذکر آن‌ها نیست جز آن‌که کمک به دیگران در شرایط بحران را فرض شمرده و بر ضرورت انجام آن صحه بگذاریم.

شرایط بحرانی شرایطی متفاوت از وضعیت عادی است که برخی افراد، نیازمند کمک و یاری‌اند و لازم است کسانی دیگر باشند تا خدمات مناسب و مورد نیاز ایشان را ارائه نمایند. چون بحران همواره مستلزم صدمات مالی و جانی است، بی‌شک پزشکان از جمله افرادی هستند که در پاسخگویی به بحران نقش مهم و جدی ایفا خواهند کرد و از این رو پرداختن به نقش پزشکان در بحران اهمیت خاصی پیدا می‌کند.

پزشکی از جمله مهم‌ترین حرفه‌هاست. موضوع حرفه‌ی پزشکی، انسان است و او برترین خلقت آفرینش است. سلامت انسان‌ها اولین و پر اهمیت‌ترین ضرورت حیات است. حال با این فرض که اهمیت هر حرفه به اهمیت موضوع آن مرتبط است، می‌توان پزشکی را از جمله مهم‌ترین حرفه‌ها به حساب آورد (۱). حرفه‌ای که صاحبان آن پزشکان و کلیه‌ی گروه‌های مرتبط با پزشکی هستند. پزشکی مانند تمامی حرفه‌ها مستلزم اخلاق می‌باشد و صاحبان حرفه از اخلاق دو توقع دارند: یکی بیان نظام‌مند مسؤولیت‌های اخلاقی در حرفه و دیگری تشخیص دقیق و حل اثر بخش مسائل اخلاقی حرفه (۲).

بیان مسؤولیت‌های اخلاقی حرفه به دو شیوه ممکن است، یکی نگرش و رویکرد راهبردی و دیگری نگرش شخص‌گرایانه و فردی. در نگرش سیستمیک و استراتژیک ملزم به تدوین سند جامع اخلاقی هستیم که متشکل است از

سه جزء: ۱- اصول اخلاقی ۲- منشور چند وجهی اخلاقی و ۳- عهدنامه‌های اخلاقی یا همان کدهای اخلاقی. در نگرش شخص‌گرایانه و فردی، ناگزیر از تدوین دو جزء هستیم که عبارتند از: ۱- اصول اخلاقی و ۲- کدهای اخلاقی. اما نگرش مطلوب و مورد پذیرش در بیان مسؤولیت‌های اخلاقی همان نگرش سیستمیک یا استراتژیک است (۳) و عموماً پزشکان و نجات‌گران و کلیه‌ی دست‌اندرکاران خدمات امدادی، تحت حمایت و هماهنگی سازمان‌ها یا نهادهای دولتی یا غیر دولتی به ارائه‌ی خدمت می‌پردازند. لذا بسیار اولاست که رویکرد اخلاقی برای تدوین مسؤولیت‌های اخلاقی پزشکان در بحران، رویکرد راهبردی باشد. نکته‌ی مهم این‌جاست که پزشکی در شرایط بحرانی با آنچه در شرایط عادی انجام می‌شود تفاوت‌های جدی دارد و همین موضوع باعث تفاوت در مسؤولیت‌ها و مسائل اخلاقی مرتبط می‌گردد. لذا، پرداختن به اخلاق پزشکی در بحران اهمیتی نه چندان کم‌تر از اخلاق پزشکی می‌یابد که محور این مقاله نیز پرداختن به اهمیت اخلاق پزشکی در بحران است.

## روش کار

روش تحقیق در این مقاله مروری بوده و با بررسی مقالات قابل دسترسی توسط کتابخانه‌ی الکترونیک دانشگاه علوم پزشکی تهران و با واژه‌های: اخلاق، بحران، پزشکی، سلامت، اخلاق پزشکی در شرایط اضطراری، اخلاق پزشکی در شرایط بحرانی جست‌وجوی اینترنتی انجام شد و همچنین کتب و منابع معتبر در خصوص بحران که در کتابخانه‌ی مؤسسه علمی هلال احمر موجود بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس این مطالعات ابتدا بحران مورد تعریف قرار گرفت و انواع آن بر شمرده شد و مورد طبقه‌بندی قرار گرفت و از آن میان مشترکات همه‌ی تعاریف و انواع بحران‌ها استخراج شد. سپس نقش پزشکان در بحران و تریاز (که مهم‌ترین نقش آن‌هاست) توضیح داده شد و پس از ارائه‌ی توضیحاتی در خصوص اخلاق پزشکی، کدهای اخلاقی

بسیاری دارد که عبارتند از:

الف - وقفه در جریان عادی زندگی مردم

ب - خسارت مالی

ج - خسارت، تلفات و ضایعات جانی

د - تخریب محیط زیست

ه - مشکلات عاطفی و روانی

و - مشکلات اجتماعی

نکته‌ی قابل توجه این‌جاست که «تلفات و ضایعات جانی» در تمام تعاریف بحران آمده است و حتی اگر بحران را به وقایعی کوچک‌تر نظیر رخداد و حادثه و سانحه نیز تحویل نمایم باز نمی‌توان مؤلفه‌ی تلفات و ضایعات جانی را از تعریف واژه‌ی بحران حذف کرد. بنابراین، بحران و شرایط بحرانی با پزشکی و حضور پزشکان نسبت مستقیم پیدا می‌کند. از سوی دیگر، مفهوم بحران متضمن عدم تناسب نیاز موجود با امکانات موجود است که خود حاکی از شرایط بحرانی است.

## ۲- طبقه‌بندی بحران

بحران‌ها هر چند تشابهات بسیاری با هم دارند، تفاوت‌های بی‌شماری هستند که آن‌ها را از هم متمایز می‌کنند. بحران‌ها از نظر شدت ضایعات، کیفیت بروز، قلمرو درگیر شده، عامل زمان و منشأ با هم تفاوت دارند و هر کدام از این عوامل می‌توانند مبنای طبقه‌بندی بحران قرار گیرند.

بارزترین وجه تفاوت بحران‌ها منشأ بروز آن‌هاست و بر این اساس به دو دسته‌ی طبیعی و دست‌ساز بشر تقسیم می‌شوند، بحران‌های طبیعی نظیر سیل، زلزله، خشکسالی و غیره و بحران‌های دست‌ساز بشر نظیر حوادث تکنولوژیک، تصادفات، جنگ‌ها، حملات تروریستی و غیره (۸).

علیرغم همه‌ی طبقه‌بندی‌ها و وجوه تمایز، بحران‌ها در تلفات و صدمات انسانی با هم تشابه دارند که خود مستلزم حضور پزشکان و ارائه‌ی خدمات سلامت است.

با بهره‌گیری از تعاریف و مفاهیم فوق به‌سادگی می‌توان به اهمیت موضوع اخلاق پزشکی در بحران پی برد.

پزشکان در بحران آورده شد و مورد تحلیل قرار گرفت و همچنین کدهای اخلاقی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر توضیح داده شدند و در نهایت همه‌ی این مباحث مورد تحلیل و نتیجه‌گیری قرار گرفتند.

## ۱- بحران چیست؟

واژه‌ی بحران<sup>۱</sup> مورد تعاریف بسیاری قرار گرفته است و توافق عمومی روی تعاریف این واژه وجود ندارد. در واقع بیش از چهل تعریف از این واژه مشاهده شده است. از دلایل پراکندگی و تنوع تعاریف واژه‌ی بحران این است که واژه‌های سانحه<sup>۲</sup> و حادثه<sup>۳</sup> را گاهی با بحران یکی دانسته‌اند و همه شرایطی که عده‌ای افراد به شکل اضطراری نیازمند کمک دیگران می‌شوند را بحران به حساب آورده‌اند (۴).

از میان تعاریف گوناگون بحران، تعاریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> و برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل متحد<sup>۵</sup> و طرح جامع امداد و نجات کشور قابل توجه هستند که بدین شرح می‌آید:

سازمان بهداشت جهانی: بحران عبارت است از در هم‌ریختگی شدید زیست - محیطی و روانی - اجتماعی که بسیار فراتر از ظرفیت انطباقی جامعه‌ی مبتلا به است (۵).

برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل: بحران عبارت است از وقفه‌ی کامل یا بخشی از فعالیت گروه یا جامعه که همراه با ضایعات جانی، خسارات مادی و آسیب‌های محیطی گسترش یافته باشد و جامعه‌ی مربوطه با منابعی که در اختیار دارد قادر به جبران آن نباشد (۶).

طرح جامع امداد و نجات کشور: بحران عبارت است از حادثی که در اثر رخدادهای طبیعی و عملکردهای انسانی، به‌طور ناگهانی به‌وجود می‌آید و مشقت و سختی را به یک مجموعه یا جامعه‌ی انسانی تحمیل می‌کند و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات ضروری، فوری و فوق‌العاده دارد (۷).

از تعاریف فوق چنین بر می‌آید که بحران مؤلفه‌های

<sup>۱</sup> Crisis

<sup>۲</sup> Event/Accident

<sup>۳</sup> Disaster

<sup>۴</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>۵</sup> UNDP (United Nation Development Program)

## ۳- نقش پزشکان در بحران

پزشکان در شرایط بحرانی نقشی متفاوت از سایر ارکان مدیریت بحران پیدا می‌کنند. این نقش را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد. یکی نقش پزشکان در ارتباط با اعمال پزشکی و خدمات درمانی در شرایط بحرانی و دیگری نقش مدیریتی پزشکان. نقش مدیریتی پزشکان بسیار قابل توجه است و در واقع بزرگ‌ترین مانع برای ارائه‌ی خدمات سلامت در شرایط بحرانی سوءمدیریت و عدم هماهنگی است (۹). اما این بحث به مقوله‌ی این مقاله مرتبط نیست و مجال جداگانه‌ای می‌طلبد.

اما نقش پزشکی پزشکان در بحران با موضوع اصلی این مقاله مرتبط بوده و از دو بعد مورد بررسی اخلاقی قرار خواهد گرفت: یکی از منظر اخلاق پزشکی که ناظر بر تصمیمات و رفتار پزشک است و عمدتاً به تریاژ مصدومان و بیماران باز می‌گردد و دیگری اخلاق حاکم بر سازمان‌ها یا مؤسساتی که متولی پاسخگویی به نیازهای پزشکی و خدمات سلامت در شرایط بحرانی هستند.

از آنجا که تریاژ از موضوعات تأثیرگذار بر تفاوت اخلاق پزشکی در بحران و شرایط عادی است توضیح مختصری داده می‌شود.

## ۴- تریاژ

یکی از تفاوت‌های جدی شرایط بحرانی و شرایط عادی، تریاژ<sup>۱</sup> مصدومان است که در شرایط بحرانی و اضطراری انجام می‌شود. تریاژ به معنای دسته‌بندی است و در عمل به معنای دسته‌بندی بیماران و مصدومان و تعیین میزان نیاز به رسیدگی آنان به کار می‌رود.

در زمان بحران و نیاز به تریاژ، مصدومان به سه دسته تقسیم می‌شوند: یک دسته آن‌ها که نیاز به کمک و درمان چندانی ندارند، دسته دوم کسانی که نیازمند توجه پزشکی هستند و با امکانات شرایط بحران قادر به ادامه‌ی حیات می‌باشند و دسته‌ی سوم کسانی که مصدومیت بسیار شدید

دارند.

معمولاً در شرایط بحرانی، پزشکان مکلف به انجام تریاژ هستند و نمی‌توانند منابع موجود را بین همه به شکل یکسان توزیع کنند؛ بنابراین، در چنین شرایطی ملاک عملکرد آن‌ها اثربخشی<sup>۲</sup> است نه عدالت<sup>۳</sup>. به عبارت دیگر، در هنگام بحران و در صورت بروز تعارض بین اثربخشی و عدالت، اولویت را به اثربخشی می‌دهیم. و همان‌گونه که اشاره شد مصداق این تعارض در هنگام تخصیص منابع است. تخصیص منابع در سطوح مختلف انجام می‌شود و سطح نهایی آن را در هنگام بحران، پزشکان به انجام می‌رسانند (۱۰).

البته عدم انجام تریاژ و رسیدگی به حال همه‌ی مصدومان اولویت داشته و مطلوب‌تر است اما با عنایت به مفهوم بحران که متضمن از بین رفتن تعادل میان نیاز و منابع است، گریزی از انجام تریاژ نیست. پس باید تلاش شود که در حین انجام تریاژ، حقوق بشر<sup>۴</sup> و منشور حقوق بشردوستانه<sup>۵</sup> رعایت شود و حتی‌المقدور رضایت آگاهانه کسب شده و انجام تریاژ مرتباً تجدید گردد (۱۱).

## ۵- اخلاق پزشکی

پزشکی و ارائه‌ی خدمات سلامت اخلاقیات خاصی می‌طلبد که تحت عنوان اخلاق پزشکی شناخته می‌شود. برای تدوین اخلاق پزشکی در بحران ناگزیر از دو تدوین هستیم؛ یکی، تدوین اصول اخلاقی حاکم بر پزشکی در بحران و دیگری کدهای اخلاق پزشکان در بحران.

## اصول اخلاق پزشکی

اصول اخلاق پزشکی در بحران هنوز به شکل جامع و مورد اتفاق در سطح بین‌الملل تدوین نشده است و در سطح کشور نیز هرگز اصولی در این خصوص مطرح نشده است. اصول اخلاق پزشکی به شکل عام و برای شرایط عادی کم و بیش موجود است. اصولی که در شناخته شده‌ترین شکل

<sup>2</sup> Efficiency

<sup>3</sup> Justice

<sup>4</sup> Human rights

<sup>5</sup> Humanitarian law

<sup>1</sup> Triage

مبانی علمی تبعیت می‌کند.

مثال دیگر خودآیینی در هنگام بحران است که تا حد زیادی به بی‌اعتنایی و فراموشی سپرده می‌شود. هر چند که هیچ‌کس توصیه‌ای مبنی بر عدم لحاظ خودآیینی ندارد، اما عملاً در شرایط بحرانی حاد و صدمات سنگین، رعایت آن از توان پزشکان بحران خارج است. رضایت آگاهانه که از لوازم خودآیینی است نیز در شرایط بحرانی مخدوش می‌شود و گرچه حتی‌المقدور باید مورد توجه قرار گیرد اما عملاً در بسیاری از اوقات بحرانی مجال پرداختن به آن نیست.

سودرسانی به بیمار نیز که از اصول بلامنزاع در اخلاق پزشکی است و هدف اصلی از طبابت را در مفهوم خود مستتر دارد، در شرایط بحرانی چهره‌ای کاملاً متفاوت به خود گرفته و در تعارض با سود مابقی مصدومان قرار می‌گیرد (۱۴).

برای آن‌که شرایطی را بحرانی بنامیم لازم است که سه مؤلفه وجود داشته باشد: اول آن‌که صدمات شدیدی وارد شده باشد و مصدومیت‌های حاصله عمده و اورژانسی باشند و حیات مصدومان به خطر افتاده باشد. دوم آن‌که با شرایط پیش آمده امکان نجات و ارائه‌ی خدمات اورژانسی سلامت باشد؛ و مؤلفه‌ی سوم محدودیت زمانی است که خود ضرورت تصمیمات سریع و متفاوت با شرایط عادی را به دنبال خواهد داشت. در این شرایط متفاوت ارائه‌ی خدمات پزشکی و سلامت نیز متفاوت بوده و آغاز ارائه‌ی خدمات سلامت غالباً براساس تریاژ و دسته‌بندی مصدومان و بیماران صورت می‌گیرد و سیاست‌ها و اصول متمایزی را می‌طلبد. بدین معنی که استانداردهای اخلاقی پزشکی در شرایط عادی را نمی‌توان به همان گونه که هستند، در شرایط بحرانی به کار برد و بایستی استانداردهای اخلاق پزشکی را منطبق با شرایط بحران تدوین کرد (۱۵).

#### ۷- اصول اخلاق پزشکی در بحران

در زمان سوانح و بحران تصمیم‌گیری‌ها گیج‌کننده و سخت می‌شود. این‌گونه تصمیمات می‌تواند کاملاً دینامیک و

خود در چهار اصل به نام‌های «Childress و Beachamp» نامگذاری شده‌اند. این چهار اصل عبارتند از سودرسانی<sup>۱</sup>، عدم اضرا<sup>۲</sup>، خودآیینی<sup>۳</sup> و عدالت<sup>۴</sup> که البته این اصول مربوط به شرایط طبیعی بوده و قابل تعمیم برای بحران‌ها نیست. این اصول در واقع برای حفاظت فوری جامعه تدوین شده‌اند و تمامیت‌پذیری آن‌ها در شرایط عادی مورد بحث و دفاع فراوان قرار گرفته است. Childress و Beachamp معتقدند که این اصول چهارگانه مانع از انجام غیر اخلاقی خدمات سلامت خواهد بود. ایشان می‌گویند چنان‌چه بیمار خود پیگیر حقوق خود باشد و با پزشکانی روبه‌رو شود که سود بیمار و همانا سلامتی او را بخواهند و هرگز کاری نکنند که برای بیمار ضرر داشته باشد و هم‌چنین عدالت را در توزیع منابع و رفتار با بیماران مراعات کنند و تبعیض روا ندارند، در آن صورت جای نگرانی نبوده و می‌توان به ارائه‌ی اخلاقی خدمات سلامت امید بست (۱۲).

#### ۶- اخلاق پزشکی در بحران

آیا در شرایط بحران پزشکان می‌توانند به اصول چهارگانه‌ی فوق پایبند باشند؟ و آیا این اصول برای اخلاقی بودن در شرایط بحران کافی است؟ که البته پاسخ منفی است و از آن‌جا که شرایط بحرانی متفاوت از شرایط عادی است، پزشکان نیز اخلاقیات متفاوتی را باید از خود نشان دهند. اخلاقیاتی که هنوز به شکل مدون و ساختار یافته تدوین و عرضه نشده‌اند. اصولی که در شرایط مختلف بحرانی اشکال متفاوتی به خود می‌گیرند و بسته به اقتضائات بحران متفاوت می‌باشند (۱۳).

به‌عنوان مثال، مبانی عدالت در بحران متفاوت از شرایط عادی است و استانداردهای عدالت را نمی‌توان در شرایط بحرانی حاکم دانست یا توزیع منابع در هنگام تریاژ براساس توزیع مبتنی برشایستگی یا براساس نیاز نمی‌باشد و فقط از

<sup>1</sup> Beneficence

<sup>2</sup> Nonmaleficence

<sup>3</sup> Autonomy

<sup>4</sup> Justice

خارج بوده و مجال جداگانه‌ای می‌طلبد.

Larkin و Arnold از جمله دانشمندان اخلاق و بحران بودند که اصول چهارگانه یا پنج‌گانه‌ی اخلاق پزشکی (در بالا آمد) را مناسب شرایط بحرانی ندانستند و هفت اصل اساسی<sup>۷</sup> پیشنهاد دادند که به نام خودشان شناخته شد. اصول Larkin و Arnold عبارتند از:

- ۱- دوراندیشی<sup>۸</sup>
- ۲- شجاعت<sup>۹</sup>
- ۳- عدالت<sup>۱۰</sup>
- ۴- به‌خرجی<sup>۱۱</sup>
- ۵- آمادگی<sup>۱۲</sup>
- ۶- انعطاف‌پذیری<sup>۱۳</sup>
- ۷- خیرخواهی<sup>۱۴</sup> (۱۳).

با فرض پذیرش این اصول در واقع اخلاق فضیلت‌محور<sup>۱۵</sup> را پذیرفته‌ایم. برخی معتقدند که اخلاق فضیلت‌محور برای شرایط نامتعادل بحران مناسب‌تر است. شرایطی که مدام در حال تغییر است و هر سانحه با سوانح مشابه خود بسیار متفاوت است تا چه رسد به حوادث متفاوت. پزشکان در شرایط بحران خود را غرق مسائل اخلاقی می‌بینند و عملاً نمی‌توانند از اصول ثابت و غیر مبتنی بر فضیلت بهره‌برند. از سوی دیگر سه اصل از این هفت اصل اساسی به‌گونه‌ای متضمن معنای اجبار و تکلیف است که عبارتند از: عدالت، خیرخواهی و به‌خرجی. با پذیرش این اصول پزشکان و نجاتگران خود را ملزم به حضور در سوانح و بحران‌ها می‌دانند که البته اصول فایده‌گرایی<sup>۱۶</sup> خالی از این بار است. در واقع، «اخلاق مبتنی بر فایده» پزشکان را ملزم به تخصیص

حسب شرایط باشد. به‌عبارت دیگر، تصمیمات در شرایط بحرانی به شکل اقتضائی گرفته می‌شوند. در این‌گونه مواقع وجود اصول و مبانی اخلاقی بسیار کمک‌کننده است. هرچند این‌گونه اصول به شکل ویژه برای پزشکان بحران تدوین نشده‌اند، اما از اصول حاکم بر اخلاق پزشکی که در غرب حاکم است می‌توان در شرایط بحرانی نیز بهره‌برد، هرچند تطابق کامل ندارند اما بهتر از این است که هیچ اصولی حاکم نباشد. این اصول عبارتند از:

- ۱- خودآئینی<sup>۱</sup>
- ۲- عدالت<sup>۲</sup>
- ۳- سودرسانی<sup>۳</sup>
- ۴- وفاداری<sup>۴</sup>
- ۵- صداقت<sup>۵</sup>

اصول فوق که عمدتاً همان چهار اصل مطرح شده توسط «Beauchamp و Childress» است، به‌جای اصل عدم اضرار از دو اصل وفاداری و صداقت استفاده کرده است تا هم‌خوانی بیشتری با اخلاق پزشکی در بحران پیدا کند (۱۶).

همان‌گونه که گذشت حملات تروریستی از مصادیق بحران هستند و به‌خصوص پس از حملات تروریستی یازده سپتامبر به برج‌های دو قلوی نیویورک مبنای بسیاری تغییرات و نوآوری‌ها در مدیریت بحران شدند که از آن جمله است تدوین «سامانه‌ی ملی مدیریت سوانح»<sup>۶</sup> برای دست‌اندرکاران مدیریت بحران و هم‌چنین پیشنهاد اصول اخلاقی برای پزشکانی که در زمینه‌ی بحران فعالیت می‌کنند. البته هر چند که هر دوی آن‌ها یعنی «سامانه‌ی ملی مدیریت سوانح» و «اصول اخلاق پزشکی بحران» برای پزشکان حاضر در بحران لازم است، اما سامانه‌ی ملی مدیریت سوانح از این بحث

<sup>7</sup> Cardinal Principles

<sup>8</sup> Prudence

<sup>9</sup> Courage

<sup>10</sup> Justice

<sup>11</sup> Stewardship

<sup>12</sup> Vigilance

<sup>13</sup> Resilience

<sup>14</sup> Charity

<sup>15</sup> Virtue Based Ethics

<sup>16</sup> Utilitarian Based Ethics

<sup>1</sup> Autonomy

<sup>2</sup> Justice

<sup>3</sup> Beneficence

<sup>4</sup> Fidelity (وفاداری، اعتماد بین بیمار یا مصدوم و درمانگر به‌دنبال خود می‌آورد)

<sup>5</sup> Veracity

<sup>6</sup> Nims (National Incident Management System)

به‌خرجی بدین معناست که علیرغم کمبود منابع در بحران آن‌ها را به شکل عاقلانه و مبتنی بر نیاز معقول توزیع کنیم. به معنای دیگر یکی از صفات اخلاقی پزشکان این است که هنگام مصرف منابع نهایت دقت و عقلانیت را به خرج دهند.

۵. *آمادگی:*

آمادگی یعنی پزشکی که قرار است به مصدومان سوانح و بحران کمک کند، از توانایی و آمادگی جسمی، علمی و روحی برخوردار باشد. در غیر این صورت، نه تنها کمک‌سایانی نخواهد کرد، بلکه خود باری بر دوش دیگران خواهد شد.

۶. *انعطاف‌پذیری:*

انعطاف‌پذیری یعنی پزشک بحران باید بتواند در شرایط سخت و تحت فشارهای گوناگون فعالیت کند. همچنین، حضور پزشک در تیم‌های گوناگون، با افراد و سرپرستان گوناگون اقتضا می‌کند که پزشک انعطاف‌پذیر بوده و بتواند ظرفیت خود را حفظ کند.

۷. *خیرخواهی:*

خیرخواهی مفهومی است که توسط Aquinas و در قرون وسطی مطرح شد. خیرخواهی یکی از اصول اساسی اخلاق فضیلت است که معنای آن فرای دو واژه‌ی سودرسانی و عدم اضرار می‌باشد. خیرخواهی به‌گونه‌ای متضمن معنای بخشندگی و شادمانی از خدمت است (۱۷).

به‌راستی آیا با این اصول و اصول مشابه می‌توان پاسخگوی تعارضات هنگام بحران بود؟ می‌توان تریاژ را انجام داد؟ آیا نباید اصول اخلاق اسلامی و اولویت‌های اسلام را مد نظر داشت و در تصمیم‌گیری‌ها دخالت داد؟ به‌راستی، نگاه اسلام بر این شرایط خاص چیست؟ که خود موضوعی گسترده و مطلوب پژوهشی مجزا و مستقل است.

#### ۱- *کدهای اخلاق پزشکی در بحران*

کدهای اخلاق پزشکی در بحران مانند اصول و منشور و سند اخلاقی، امروزه غایب بزرگ میدان پاسخ‌گویی به بحران است. و چون هنوز اقدامی جدی در راه تدوین این کدها و دیگر ملزومات اخلاقی پزشکی در بحران انجام نشده است،

منابع و تریاژ بر اساس قواعد علمی و امکان بقای بیش‌تر می‌کند (۱۷).

امروزه، تریاژ مصدومان غالباً براساس پیش‌آگهی و میزان بقای مصدوم یا بیمار انجام می‌شود و مبنای تصمیماتی که هنگام تریاژ اتخاذ می‌شود، فایده‌گرایی است، یعنی بیش‌ترین سود برای بیش‌ترین اشخاص. پس پزشکان کسانی را در اولویت تخصیص منابع می‌دانند که امکان بقای بیش‌تری داشته باشند و ضمناً مراقبت شدیدی از وضعیت سلامتی و امنیت خود می‌نمایند؛ در واقع، پزشکان نیز در زمره‌ی افرادی که قرار است بیش‌ترین سود را دریافت کنند قرار می‌گیرند (۱۸).

توجه به معنای اصول هفت‌گانه‌ی Larkin و Arnold به درک اصول فضیلت‌محور کمک می‌کند:

#### ۱. *دوراندیشی:*

دوراندیشی همان عقل عملی<sup>۱</sup> است که توسط ارسطو<sup>۲</sup> نیز نیز مطرح شده بود. این واژه متضمن مفهوم حزم و احتیاط است و در هنگام تریاژ و شرایط بحرانی به پزشکان کمک می‌کند که چه موقع تریاژ کنند، چگونه منابع را تقسیم کنند و...

#### ۲. *شجاعت:*

شجاعت حد واسط ترسویی و بی‌پروایی است. این صفت برای نجات مصدومان در هنگام بحران بسیار لازم است تا هر کاری که بتوانیم برای بیمار و مصدوم انجام دهیم و از واهمه‌های بیرونی و بیهوده نظیر بی‌نتیجه بودن درمان، طبابت نابه‌جا، خطر عفونت، بازپرداخت اقتصادی درمان و... فارغ باشیم.

#### ۳. *عدالت:*

عدالت آن است که منابع را براساس نیاز و انصاف مصرف

نماییم.

#### ۴. *به‌خرجی:*

<sup>۱</sup> Practical wisdom

<sup>۲</sup> Aristotle

لازم است که ابتدا به اهمیت و توضیحاتی کوتاه در خصوص چیستی آن‌ها بپردازیم و بدانیم که برای تدوین آن‌ها راه دراز و البته قانون‌مندی را در پیش خواهیم داشت.

کدهای اخلاقی در چهار ساحت تدوین می‌شوند و هر کد ناظر به یکی از آن‌هاست. یکی، مسؤولیت‌های اخلاقی افراد؛ دوم، اجبارهای حرفه‌ای؛ سوم، حقوق افراد طرف ارتباط و چهارم، وظایفی که شخص بر عهده دارد.

کدهای اخلاقی از جمله پیش‌نیازهای تدوین منشور اخلاقی پزشکان در بحران است و متضمن توجیحات اخلاقی است، نه اجبار و حکم قانونی. بنابراین، برای اجرایی شدن و تضمین پایبندی، باید توسط خود پزشکان و برخاسته از تجربیات موفق حضور در بحران تدوین شود. به عبارت دیگر، ساحت کدهای اخلاقی توجیه‌آوری<sup>۱</sup> است و نه اجبار<sup>۲</sup>. همچنین، لازم است این کدها کاملاً شفاف و قابل دریافت توسط عمده‌ی پزشکان باشد (۱۹).

کدهای اخلاقی غالباً با تأکید بر الزامات و تعهدات حرفه<sup>۳</sup> تدوین می‌شود. بدین معنا که هر حرفه، نظیر پزشکی ملزم به رعایت برخی قوانین حقوقی و برخی تعهدات حرفه‌ای است. تعهدات حرفه‌ای عموماً از آن دسته مسؤولیت‌هایی است که هنوز ملبس به لباس حقوق و قانون نشده است، ولی رعایت آن‌ها به منزله‌ی احترام به حرفه و صاحبان آن حرفه است و به‌گونه‌ای می‌توان این الزامات و تعهدات را از ملزومات حرفه به حساب آورد. پس آن دسته از تعهدات که در قوانین حاکم بر سلامت و پزشکی نیست، در تعهدات حرفه منعکس شده و اجبار اخلاقی و نه قانونی بر آن حاکم می‌گردد. طبیعت کدهای اخلاقی، غیر قانونی<sup>۴</sup> بودن آن‌هاست و برای تدوین این کدها علاوه بر دانستن اصول حاکم بر اخلاق پزشکی به‌ویژه در زمان بحران، باید به حقوق و مراتب قانونی حاکم بر وضعیت و نقش پزشکان در بحران آگاهی کامل داشت

(۲۰).

#### ۹- اخلاق در سازمان‌های بهداشتی درمانی متولی

##### پاسخگویی به بحران

توصیه‌ی جدی بسیاری از صاحب‌نظران برای اخلاقی عمل کردن پزشکان و هم‌ی نجاتگران در هنگام بحران پیوستن آن‌ها به سازمان‌ها و دستگاه‌های متولی به پاسخگویی به بحران است تا براساس اصول اخلاقی و کدهای اخلاقی تدوین شده در آن سازمان‌ها، پزشکان و نجاتگران به مسؤولیت‌های اخلاقی خود واقف شده و قادر به ارائه‌ی خدمات اخلاقی باشند (۱۳).

این دست سازمان‌ها در کشورهای مختلف بسیارند و برخی در سطوح بین‌المللی و برخی در سطوح کشوری فعالیت می‌کنند، اما تنها سازمان یا نهادی که تقریباً همه‌ی کشورهای جهان عضو آن هستند و به اصول و مقررات آن پایبند هستند، جمعیت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر است. لذا، در این مقاله تنها به بررسی اصول و کدهای اخلاقی جمعیت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر می‌پردازیم.

#### ۱۰- اصول هفتگانه‌ی جمعیت‌های بین‌المللی صلیب

##### سرخ و هلال احمر

##### ۱- انسانیت<sup>۵</sup>:

انسانیت هدف اصلی جمعیت است و به معنای احترام برای انسان بودن و کرامت انسانی می‌باشد. این اصل متضمن حمایت از زندگی و سلامت انسان‌هاست و پایبندی به آن موجب ایجاد صلح و تفاهم میان انسان‌ها می‌شود.

##### ۲- بی‌غرضی<sup>۶</sup>:

بی‌غرضی به معنای عدم تبعیض به لحاظ نژاد، ملیت، مذهب و سیاست و تلاش فقط برای کاهش آلام انسان‌هاست.

##### ۳- بی‌طرفی<sup>۷</sup>:

بی‌طرفی به معنای جلب اعتماد همه، به‌خصوص در مخاصمات و جنگ‌هاست.

<sup>1</sup> Reasoning

<sup>2</sup> Mandatory

<sup>3</sup> Professional obligations

<sup>4</sup> Nonlegislative

<sup>5</sup> Humanity

<sup>6</sup> Impartiality

<sup>7</sup> Neutrality

۶- ما تلاش خواهیم کرد که در ارائه‌ی کمک‌ها، ظرفیت‌های محلی را مورد نظر قرار دهیم.

۷- ما در جست‌وجوی یافتن برنامه‌های مؤثر و مفید برای ارائه‌ی خدمات امدادی هستیم.

۸- ما در خدمات امدادی علاوه بر تأمین نیازهای اولیه در پی کاهش آسیب‌های بعدی هستیم.

۹- ما در قبال آسیب‌دیدگان و هم‌چنین حمایت‌کنندگان پاسخگو هستیم.

۱۰- ما در کلیه‌ی برنامه‌ها و اطلاع‌رسانی‌ها و تبلیغات همواره قربانیان سوانح را دارای ارج و منزلت انسانی می‌دانیم و هرگز آن‌ها را به‌عنوان اشیا یا افرادی درمانده تلقی نمی‌کنیم (۲۲).

#### بحث

از مرور منابع و متون فوق و کمی تعمق در موضوعات در می‌یابیم که خدمات سلامت را در دو وضعیت می‌توان ارائه کرد، یکی وضعیت و شرایط عادی و دیگری وضعیت و شرایط بحرانی.

ارائه‌ی خدمات سلامت در شرایط بحرانی ویژگی‌هایی دارد که آن‌ها را از وضعیت عادی کاملاً متمایز و متفاوت می‌کند، و این تفاوت به حدی زیاد است که چنان‌چه بگوییم این دو وضعیت تشابه کمی دارند، بیهوده نگفته‌ایم. ویژگی‌های وضعیت بحرانی در ارائه‌ی خدمات سلامت عبارتند از:

#### ویژگی‌های بیمار:

- بیمار از اتونومی برخوردار نبوده و قادر به خویش‌بانی و خویش‌خواهی نیست.
- بیمار پزشک خود را انتخاب نمی‌کند.
- بیمار در تصمیم‌گیری دخالت نمی‌کند.
- بیمار از وضعیت خود آن‌چنان که در وضعیت عادی مرسوم است، آگاهی پیدا نمی‌کند.
- بیمار قدرت رد خدمات سلامت را ندارد.
- بیمار وضعیت روحی - روانی مخدوشی دارد.

۴- عدم وابستگی<sup>۱</sup>:

عدم وابستگی به این معناست که برای عمل به اصول هفت‌گانه نباید به هیچ دولت و قدرتی وابسته بود.

۵- خدمات داوطلبانه<sup>۲</sup>:

این اصل متضمن معنای ایثار است. بدین معنا که در قبال پاسخگویی به سوانح، هیچ چشم‌داشتی برای جبران خدمت و درآمد نباشد. لذا حضور اجباری افراد مردود است.

۶- یگانگی<sup>۳</sup>:

یگانگی به این معناست که هر کشور فقط یک جمعیت ملی داشته باشد.

۷- جهانشمولی<sup>۴</sup>:

جهانشمولی یعنی جمعیت‌های کشورهای مختلف در هنگام نیاز، به یاری هم بشتابند (۲۱).

۱۱- *کدهای اخلاقی جمعیت بین‌المللی صلیب سرخ و*

#### هلال احمر

کدهای اخلاقی تدوین شده توسط فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر، کاملاً برگرفته از اصول هفت‌گانه و تأکیدی بر اجرای آن‌هاست. این کدها که گاهی قواعد رفتاری<sup>۵</sup> نیز نامیده می‌شوند، عبارتند از:

- ۱- ما توجه به انسانیت را اصل لازم الاجرا و اولیه در خدمات امدادی خود می‌دانیم.
- ۲- ما خدمات خود را بدون توجه به نژاد، مذهب و ملیت ارائه می‌کنیم و تنها اولویت عرضه‌ی خدمات، خود نیاز موجود است.
- ۳- ارائه‌ی خدمات ما برای مقاصد سیاسی یا مذهبی نخواهد بود و فقط برای انسان‌های نیازمند است.
- ۴- ما به‌عنوان ابزار سیاست دولت‌ها عمل نمی‌کنیم.
- ۵- ما برای فرهنگ و سنت‌ها احترام قائلیم.

<sup>1</sup> Independency

<sup>2</sup> Voluntary services

<sup>3</sup> Unity

<sup>4</sup> Universality

<sup>5</sup> Code of Conduct

- بیمار قدرت به رضایت آگاهانه ندارد. غنای آن افزود؟
- ویژگی‌های پزشک:
- پزشک در وضعیت روحی و روانی عادی قرار ندارد. آیا با برشمردن برخی اصول اخلاقی می‌توان به عملکرد اخلاقی پزشکان در بحران امید بست؟ و اگر پاسخ این سؤال منفی است راهکار مؤثر کدام است؟
- پزشک باید از هوش هیجانی بالایی برخوردار باشد. مواجهه‌ی اخلاقی پزشکان در بحران مستلزم تحقق دو عادی زندگی خود را مدیریت یا تحمل کند. ساحت است:
- پزشک باید توان زندگی در شرایط سخت را داشته باشد. یکی ساحت تولید دانش خاص و دیگری ایجاد مهارت خاص.
- پزشک باید تجربه‌ی طبابت در وضعیت‌های مشابه (بحرانی) را داشته باشد. دانش خاص مشتمل است بر تبیین اصول اخلاقی و کدهای اخلاقی که براساس تجربیات موجود و نقد و تحلیل آن‌ها و بهره‌گیری از دانش موجود می‌توان تا حدی به این ساحت رسید.
- پزشک باید اصول تریاز را بداند و تمرین کرده باشد. مهارت خاص مستلزم ایجاد ورزیدگی در پزشکان بحران است که از طریق تمرین و آموزش عملی نظیر کارگاه‌ها و تجربه‌ی عینی در بحران‌ها میسر است اما یک ملزوم دیگری نیز دارد که تبیین شاخص‌های رفتار اخلاقی است. به عبارت دیگر، در این تدوین باید معلوم شود که چه رفتاری اخلاقی است و چه رفتاری اخلاقی نیست. به عنوان مثال، نمی‌توان به پزشکان گفت که به بیماران در شرایط بحرانی احترام بگذارند و به همین کد اکتفا کرد، بلکه باید ملاک عملکرد احترام آمیز را معلوم کنیم و بگوییم شاخص احترام چیست. با این شاخص و ملاک، احترام و ترحم را از هم سوا می‌کنیم و پزشک را متوجه می‌کنیم که مبادا در عوض احترام به بیمار ترحم کند چون ترحم بر ذلت بیمار می‌افزاید و احترام بر عزت او.
- پزشک باید ظرفیت و استعداد کار در تیم‌های اضطراری را داشته باشد و به مدیریت اقتضایی آگاه باشد. عملیات پرریسک را انجام دهد.
- پزشک باید روحیه‌ی اطاعت و حرف‌شنوی از مقام مافوق را فارغ از آن‌که این مقام چه کسی باشد داشته باشد.
- پزشک باید به شرح وظایف ویژه‌ی خود عمل کند و از خودسری و خودرأیی پرهیزد.
- علیرغم شرایط ویژه‌ی حاکم بر پزشک و بیمار، انتظار می‌رود که پزشکان بحران، اخلاقی عمل کنند و اجازه ندهند که ویژگی‌های شرایط موجب مخدوش شدن عملکرد اخلاقی آن‌ها شود. و به همین دلیل است که اصول هفتگانه‌ی اخلاق پزشکی در بحران پیشنهاد شده است و در این اصول به خیر خواهی، عقل عملی، شجاعت، عدالت، آمادگی، انعطاف‌پذیری و به‌خرجی اشاره شده است.
- اما آیا به واقع این اصول هفتگانه می‌تواند همه‌ی جوانب اخلاقی مورد نظر را پوشش دهد؟
- آیا نمی‌توان برخی اصول را به این لیست اضافه کرد و به

## منابع

- ۱- لاریجانی ب. پزشک و ملاحظات اخلاقی. تهران: انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۳.
- ۲- قراملکی اف. درآمدی بر اخلاق حرفه ای. تهران: انتشارات سرآمد؛ ۱۳۸۷.
- ۳- قراملکی اف. اخلاق سازمانی. تهران: انتشارات سرآمد؛ ۱۳۸۸.
- ۴- بیرویدیان ن. مدیریت بحران. مشهد: جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۸۵.
- 5- Anonymous. Composition of the WMO. <http://www.wmo.int/pages/governance/composition/composition.pdf> (accessed in 2011).
- 6- Anonymous. An Overview of Disaster Management. <http://iaemeuropa.terapad.com/resources/8959/assets/documents/UN%20DMTP%20-%20Overview%20of%20DM.pdf> (accessed in 2011)
- ۷- بدون نام. طرح جامع امداد و نجات کشور. تصویب نامه هیئت وزیران مورخ ۱۳۸۲/۱/۱۷. <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/123469> (accessed in 2011)
- 8- Reed SB, Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator. UNDP/UNDRO Disaster Management Training Programme. Disaster Management Training Programme; 1997, p. 138.
- ۹- خانکه ح ر، محمدی ر، احمدی ف، مداح س س ب، رنجبر م، خدای م ر. مدی‌ریت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی. فصلنامه توانبخشی ۱۳۸۵؛ دوره هفتم (شماره ۲): ۴۹-۵۵.
- 10- Veatch RM. Disaster preparedness and triage: justice and the common good. Mt Sinai J Med 2005; 72(4): 235-41.
- 11- Domres B, Koch M, Manger A, Becker HD. Ethics and triage. Prehosp Disaster Med 2001; 16(1): 53-8.
- 12- Beachamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 2001.
- 13- Larkin GL, Arnold J. Ethical considerations in emergency planning, preparedness, and response to acts of

در شرایط بحرانی پزشکان دو گونه رفتار از خود نشان می دهند؛ یکی، رفتار هوشمندانه و مسئولیت پذیرانه و دیگری رفتار ناشی از عواطف و هیجانات که برای پرهیز از رفتار هیجانی و عاطفی باید مهارت حل مسائل در شرایط بحرانی را به پزشکان آموخت و هوش هیجانی آن‌ها را افزایش داد و البته هر دوی آن‌ها مهارت خاص خود را می طلبد.

## نتیجه گیری

اخلاق پزشکی و بحران موضوعی پردامنه و عمیق است. یعنی هم این‌که حوزه‌های مختلفی را در بر می‌گیرد و هم هر حوزه نیازمند تعمق ویژه است. لذا، این موضوع باید به حوزه‌های کوچک‌تر تبدیل شده و مسائل مختلف هر حوزه بر شمرده شوند و آن‌گاه با رویکرد مسأله‌محور به تحقیق در باب مسائل مطروحه بپردازیم.

وضعیت شرایط بحرانی و تنگناها و مشکلات بسیاری که بر بیماران و پزشکان در آن شرایط حاکم است ایجاب می‌کند که پرداختن به اخلاق پزشکی و بحران را در اولویت قرار داده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر نهادهای مرتبط در این راه تلاش ویژه کنند. اصول، کدها و معیارهای عملکرد اخلاقی پزشکان در بحران تدوین شوند و در کوریکولوم آموزشی پزشکان قرار گیرد. پزشکان در خصوص راهکارهای حل مسأله در بحران و مهارت‌های خاص مورد نیاز دوره‌های خاص بگذرانند.

اصول اخلاقی پزشکی در شرایط بحرانی بر مبنای معارف اسلامی و فرهنگ ایرانی بازنگاری یا از نو تدوین شوند. مثلاً صفت حلم می‌تواند جایگزینی مناسب و کامل‌تر برای کنترل هوش هیجانی و انجام رفتار معقول باشد. یاد خدا همواره آرام‌بخش دل‌هاست و نمی‌توان انتظار داشت که این موهبت بزرگ الهی نادیده گرفته شود.

- 19- Kluge EH . Codes of ethics and other illusions. CMAJ 1992; 146(7): 1234-5.
- 20- Ruderman C, Tray CS, Bensimon CM, et al. On pandemics and the duty to care: whose duty? Who cares? BMC Med Ethics 2006; 7: E5.
- 21- The seven Fundamental Principles. <http://www.ifrc.org/en/who-we-are/vision-and-mission/the-seven-fundamental-principles/> access done 9,9,2011
- ۲۲- آنجی ک، گاب نیگارد س، لوندبرگ م، سگارد پ، اسکولاند گ ت، اوکلوند ا. خدمات روانی اجتماعی مبتنی بر اجتماع در بلایا. ترجمه ی صدیق ب، براتی سده ف، خدابخشی کولای ی آ، شکراللهی ا. تهران: انتشارات رشد؛ ۳۸۴ .
- terrorism . Prehosp Disaster Med 2003; 18(3): 170 – 8.
- 14- Holt GR. Making difficult decisions in patient care during natural disasters and other mass casualty events. Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 139(2): 181-6.
- 15- Gert HJ. How are emergencies different from other medical situations? Mt Sinai J Med 2005; 72(4): 216-20.
- 16- Repine TB, Lisagor P, Cohen DJ. The dynamics and ethics of triage: rationing care in hard times. Mil Med 2005; 170(6): 505-9.
- 17- Good L. Ethical decision making in disaster triage. J Emerg Nurs 2008; 34(2): 112-5.
- 18- Pesik N, Keim ME, Iserson KV. Terrorism and the ethics of emergency medical care. Ann Emerg Med 2001; 37(6): 642-6.