



Shiraz University
RiCeST
ISC

ISSN: 2008-7926

Journal of

Legal Studies

Vol. 18, Issue 3, Autumn 2026

JLS

Journal of Legal Studies

Journal Homepage: <https://jls.shirazu.ac.ir/>
doi: <https://10.22099/JLS.2026.55080.5428>



Research Article

From Ethics to Obligation: Analyzing the Position of Medical Ethics Principles in International Humanitarian Law

Fatemeh Gholizadeh¹, Zahra Mahmoudi Kordi^{2*}, Nazila Taghavi³

1. MA. Student in International Law, Department of Public and International Law, Faculty of Law and Political Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran
2. Associate Prof. of International Law, Department of Public and International Law, Faculty of Law and Political Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran
3. Ph.D. in Private Law, Department of Private Law, Faculty of Law and Political Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. Postal address: Iran, Mazandaran, Babolsar

Article history:

Received: 11-12-2025

Accepted: 19-04-2026

Abstract

Introduction

The four fundamental principles of medical ethics—autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice—are regarded as the cornerstone of professional conduct in the medical field. However, the application of these principles in the context of armed conflicts faces significant challenges. In such situations, physicians and healthcare personnel are often confronted with ethical dilemmas, including conflicts between military orders and professional obligations, as well as pressure to discriminate in the treatment of wounded enemy combatants. This study aims to analyze the normative status of these principles within the framework of international humanitarian law.

Please cite this article as:

Gholizadeh, F., Mahmoudi Kordi, Z., Taghavi, N (2026). From Ethics to Obligation: Analyzing the Position of Medical Ethics Principles in International Humanitarian Law. *Journal of Legal Studies*, 18(3), 431-470. doi: <https://10.22099/JLS.2026.55080.5428>

* Corresponding author:

E-mail address: z.mahmoudi@umz.ac.ir



Copyright: C 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

The main research question of this study is whether these principles, within the framework of international law, go beyond the status of ethical recommendations and become binding rules.

Methods

This study employs a descriptive-analytical method and relies on library-based sources, including authoritative texts, international instruments (both treaties and soft law), the case law of international courts and tribunals, and interpretations provided by competent bodies such as the International Committee of the Red Cross. The study systematically examines the issue, and the information derived from these sources is analyzed using an analytical-interpretative approach.

Results and Discussion

The findings indicate that the principles of medical ethics have been widely reflected in international humanitarian law instruments and have acquired a degree of criminal enforceability. In this regard, an examination of the Geneva Conventions and their Additional Protocols shows that these principles are explicitly or implicitly embedded within the framework of humanitarian law. For example, the principles of non-maleficence and beneficence are reflected in provisions that require "humane treatment" and the protection of the wounded and sick (such as Article 12 of the First and Second Geneva Conventions). The principle of autonomy is respected through provisions emphasizing the prohibition of medical procedures without consent (Article 11(5) of Additional Protocol I) and the requirement of medical confidentiality (Article 16 of Additional Protocol I). The principle of justice is clearly reflected in rules governing "non-discriminatory treatment" and prioritization based solely on medical criteria (such as Article 12 of the First Geneva Convention and Article 10(2) of Additional Protocol I). Furthermore, non-binding instruments such as the "Ethical Principles of Health Care (2015)" contribute to the articulation and strengthening of ethical standards in complex wartime situations by fostering an international professional consensus. Through their flexibility and capacity for updating, these instruments address legal gaps and serve as highly effective practical guidelines for healthcare personnel and military commanders. An analysis of international judicial decisions also demonstrates that serious violations of medical ethical principles may give rise to individual criminal responsibility. The prosecution of Nazi physicians during the Nuremberg Trials for unethical medical experiments marked a turning point in the development of criminal accountability for medical professionals. In subsequent cases, such as the Čelebići case before the

International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia, the deliberate denial of medical care to detainees was recognized as a violation of international humanitarian law. Moreover, jurisprudence in cases such as *Ntakirutimana* and *Stakić* indicates that a physician's abuse of their professional position to commit crimes is not considered a mitigating factor; rather, it is regarded as an aggravating circumstance in sentencing. These judgments recognize adherence to medical ethics as a legal obligation. It is also noteworthy that medical ethical principles and the fundamental principles of international humanitarian law—namely humanity, neutrality, and professional independence—share a common foundation, namely the protection of human dignity.

Conclusions

The findings of this study indicate that the principles of medical ethics have moved beyond the realm of voluntary ethical recommendations and have been consolidated as binding norms within the framework of international humanitarian law. This process of the "transformation from ethics into law" can be traced through three main pathways: codification in binding instruments, reinforcement through soft-law instruments, and the establishment of criminal enforcement via judicial practice. Today, adherence to the four fundamental principles of medical ethics by healthcare personnel in situations of armed conflict is not merely an ethical choice, but a legal obligation. Accordingly, it can be concluded that medical ethics and international humanitarian law are inextricably linked, together forming a robust safeguard against injustice in situations of war.

Keywords: Principles of medical ethics, International Instruments, International Humanitarian law, Medical law, Armed conflict.

Ethical Considerations

Not applicable

Funding

Not applicable

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest



از اخلاق تا الزام: تحلیل جایگاه اصول اخلاق پزشکی در حقوق بشردوستانه بین‌المللی

فاطمه قلی‌زاده^۱، زهرا محمودی کردی^۲، نازیلا تقوی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران
۲. دانشیار حقوق بین‌الملل، گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران
۳. دانش‌آموخته دکتری حقوق خصوصی، گروه حقوق، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۳۰

چکیده

اصول چهارگانه اخلاق پزشکی که شامل خودمختاری، سودرسانی، عدم ورود آسیب و عدالت است، شالوده رفتار صاحبان حرف پزشکی در عرصه پزشکی محسوب می‌شود. در زمان درگیرهای مسلحانه، کاربرد این اصول با حساسیت‌های بیشتری همراه می‌شود؛ زیرا در بستر جنگ، تصمیم‌گیری برای پزشکان و کادر درمان به دلایلی همچون فشارهای سیاسی، کمبود منابع و غیره سخت‌تر است. پژوهش حاضر، با هدف تبیین جایگاه و الزام‌آوری اصول اخلاق پزشکی در چارچوب حقوق بشردوستانه تدوین شده و با استفاده از روش توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای، اسناد بین‌المللی، رویه قضایی و بعضاً تفاسیر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، به بررسی جایگاه اصول یادشده در حقوق

استناد به این مقاله:

قلی‌زاده، فاطمه؛ محمودی کردی، زهرا و تقوی، نازیلا (۱۴۰۵). از اخلاق تا الزام: تحلیل جایگاه اصول اخلاق پزشکی در حقوق بشردوستانه بین‌المللی. *مجله مطالعات حقوقی*. ۱۸. (۳). ۴۷۰-۴۳۱.

E-mail address: z.mahmoudi@umz.ac.ir

* نویسنده مسئول:



بشردوستانه بین‌المللی می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که این اصول، در اسناد الزام‌آور و نرم این حوزه، صریحاً و ضمناً نمود پیدا کرده و رویه قضایی نیز مبین آن است که نقص اصول اخلاق پزشکی می‌تواند با پیامدهای حقوقی همراه باشد. یافته‌ها حکایت از آن دارند که اصول اخلاق پزشکی از سطح توصیه‌های اخلاقی فراتر رفته و به‌عنوان هنجارهایی الزام‌آور و هم‌سو با اهداف و اصول بنیادین حقوق بشردوستانه یعنی انسانیت، بی‌طرفی، استقلال و عدم تبعیض در نظام حقوقی بین‌المللی نهادینه شده‌اند و رعایت آن‌ها، در شرایط درگیری‌های مسلحانه برای پزشکان و کادر درمانی الزامی است.

واژگان کلیدی: اصول اخلاق پزشکی، پزشکان، حقوق بشردوستانه، حقوق نرم، درگیری مسلحانه.

سرآغاز

طبابت از طریق تلاقی قانون و اخلاق اداره می‌شود. قانون برای پزشک یک مسیر عملی الزام‌آور تعیین می‌کند، درحالی‌که اخلاق مجموعه‌ای از اصولی است که بر فعالیت‌ها یا رفتارهای یک فرد حاکم است و اغلب توسط مقررات حرفه‌ای تدوین می‌شود (Foster, Miola, 2015:3). از این رو، پزشکان و به‌طور کلی کارکنان مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی در سراسر جهان، باید از اصول اخلاقی مقرر در حوزه پزشکی پیروی کنند. اصول اخلاق پزشکی، نظامی از اصول اخلاقی است که ارزش‌ها و قضاوت‌ها را در عمل پزشکی تعیین می‌کند (Young & Wagner, 2023: 13) و راهنمایی برای متخصصان مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی است و تضمین می‌کند که منافع بیماران در اولویت قرار دارد و با آن‌ها با احترام رفتار می‌شود؛ نتیجه این مهم، افزایش اعتماد و اطمینان نسبت به نظام مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی خواهد بود (Young, Wagner, 2023: 13). برای اینکه یک عمل پزشکی، «اخلاقی» تلقی شود، باید مبتنی بر اصول اخلاق پزشکی باشد؛ اصول مذکور شامل، خودمختاری^۱، سودرسانی^۲ و عدم ضرر رسانی^۳ و عدالت^۴ است که البته از دل هر یک از این اصول، اصول دیگری همانند رضایت آگاهانه و عدم افشای سر استخراج می‌شوند.

باید توجه داشت، رعایت اصول اخلاق پزشکی فقط منحصر به زمان صلح نبوده و اهمیت آن‌ها در درگیری‌های مسلحانه دوچندان است؛ زیرا، پزشکان اعم از نظامی، غیرنظامی و پزشکان شاغل در سازمان‌های بشردوستانه، هم نقش قابل توجهی در درگیری‌های مسلحانه دارند و هم شرایط جنگی آن‌ها را با دوراهی‌های اخلاقی روبه‌رو می‌کند؛ بدین توضیح که در درگیری‌های مسلحانه بین‌المللی، دو طرف از نیروی نظامی

-
1. Autonomy
 2. Beneficence
 3. Non-Maleficence
 4. Justice

و کشنده علیه یکدیگر استفاده می‌کنند و برای طرفین درگیری، مهم است که چه کسی مراقب‌های پزشکی را به چه وسیله‌ای و به چه کسی ارائه می‌دهد. از یک طرف پزشکان، سرباز کشورشان و از طرفی، از اعضای حرفه‌ای هستند و در مقطعی از حرفه خود، سوگند اخلاق پزشکی یاد کرده‌اند. از همین رو، اصولاً پزشکان در هنگام انجام فعالیت‌های پزشکی در درگیرهای مسلحانه با دوراهی‌های اخلاقی روبرو هستند؛ به‌طور مثال، پزشک ممکن است با افرادی مواجه شود که گرچه نیاز به مراقب پزشکی دارند، اما از غیرنظامیان یا نظامیان نیروی دشمن هستند. همچنین پزشک ممکن است مجبور شود که تصمیم بگیرد که از میان مجروحان چه کسی را درمان کند و با در نظر گرفتن منابع محدود پزشکی، آن‌ها را به چه شخصی اختصاص دهد؟ مسئله قابل توجه دیگر موضوع دخالت پزشک در بازجویی‌های اجباری و احتمالاً شکنجه است. علاوه بر موارد فوق، از یک طرف پزشک نباید برخلاف اصول اخلاق پزشکی عمل کند و از طرفی دیگر، امتناع از اطاعت از دستور قانونی توسط مافوق، عواقب سنگینی مانند پیگرد قانونی در دادگاه نظامی در دادگاه نظامی دارد. در مقابل، الزام به رعایت اصول اخلاق پزشکی، پزشکان را از فشارهای نیروهای امنیتی یا نظامی برای شرکت در اعمال شکنجه یا بدرفتاری با مجروحان و بیماران در شرایط درگیری‌های مسلحانه یا بر بازداشت شدگان و افراد محروم از آزادی محافظت می‌کند.

به نظر می‌رسد، در حال حاضر علی‌رغم توسعه حقوق بشردوستانه، کماکان در بسیاری از درگیری‌های مسلحانه، پزشکان در معرض تعارض میان اجرای دستورات نظامی و پایبندی به اصول اخلاق پزشکی قرار می‌گیرند. دوراهی‌ها و تعارضات اشاره شده این پرسش را به ذهن متبادر می‌سازد که آیا اصول اخلاق پزشکی صرفاً راهنمایی اخلاقی‌اند یا از پشتوانه الزام‌آور حقوقی در قالب حقوق بشردوستانه بین‌المللی برخوردار شده‌اند؟ آیا می‌توان آن‌ها را به‌عنوان قواعد الزام‌آور تلقی کرد؟

تبیین این مسئله علاوه بر غنای نظری، در حوزه کاربردی نیز اهمیت دارد؛ زیرا روشن می‌سازد که پزشکان در شرایط جنگی تحت چه حمایت‌هایی قرار دارند و مرز میان تعهدات اخلاقی و الزامات حقوقی آنان چیست.

بررسی آثار موجود نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌های پیشین در حوزه اخلاق پزشکی، به تحلیل رابطه آن با حقوق بشر یا فقه پزشکی پرداخته‌اند و به پیوند آن با حقوق بشردوستانه بین‌المللی توجه کافی نشان داده نشده است. افزون بر آن، مقاله حاضر، به‌عنوان یک مطالعه میان‌رشته‌ای کوشیده است تا میان دو حوزه متفاوت و دو نظام مفهومی مجزا یعنی اخلاق پزشکی و حقوق بشردوستانه بین‌المللی پیوند برقرار سازد. از آنجایی که اغلب مقالات موجود، به اخلاق پزشکی، از منظر فلسفی یا اخلاقی، نگریسته‌اند، نگارندگان بر آن هستند که در پژوهش حاضر موضوع را از منظر الزام حقوقی، بررسی کنند؛ امری که خواهد توانست خلأ مطالعات میان‌رشته‌ای در حوزه اخلاق پزشکی و حقوق بین‌الملل را در ادبیات حقوقی فارسی پوشش دهد.

۱. تأملی بر اصول اخلاق پزشکی

از سوگند بقراط، به‌عنوان نقطه آغاز اخلاق پزشکی مدرن یاد می‌شود که توصیف‌کننده اصول اخلاق پزشکی نیز است (Mehring, 2015: 28-29). این قوانین باستانی، کماکان در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی اثرگذار بوده و اساساً بخشی از فرآیند پزشک شدن، یاد کردن سوگند است. تقریباً همه اصول ارزش محور اخلاق پزشکی، در تعامل میان جامعه پزشکی و مردم شکل می‌گیرد و علاوه بر محدود کردن اختیارات حرفه‌ای، بازتاب دهنده ارزش‌ها و انتظارات جامعه نیز است (Nathanson, 2013: 192). این اصول، چارچوب‌هایی را برای تصمیم‌گیری متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تعیین می‌کند (Nathanson, 2013: 192) و به‌عنوان نوعی توافق میان پزشکان و جامعه - ای که به آن خدمات پزشکی ارائه می‌دهند، در نظر گرفته می‌شوند (Oboirien, Oge, 2023: 3). ذیلاً به چهار اصل کلیدی اخلاق پزشکی اشاره می‌شود.

۱-۱. خودمختاری

وفق اصل خودمختاری، هر شخص حق دارد آزادانه و بدون دخالت یا اجبار دیگران، سرنوشت و مسیر زندگی خود را تعیین کند و باید آزادی و توانایی لازم را برای انتخاب معنادار داشته باشد. این اصل که ریشه در آموزه‌های فلسفی کانت دارد، بر ضرورت برخورداری انسان‌ها از منزلت ذاتی و عدم استفاده ابزاری از آنان تأکید دارد و مقرر می‌کند که افراد همواره باید به عنوان «غایت» در نظر گرفته شوند نه «وسیله‌ای برای تحقق اهداف دیگران» (Kant et al, 2007: 61). اصل مذکور متضمن دو تعهد منفی و مثبت برای پزشک است؛ تعهد منفی ناظر بر محدود نکردن بیمار و تعهد مثبت ناظر بر اینکه به بیمار حق دهد که مستقل عمل کند (Mehring, 2015: 37).

از دل خودمختاری، اصلی مهم دیگری با عنوان رضایت آگاهانه زاییده شده که امروزه، در کدهای اخلاق پزشکی و پژوهشی تحت عنوان اخذ رضایت آگاهانه نمود یافته است. در ابتدا هدف اصلی این اصل، اخذ رضایت و کاهش خطرات احتمالی بود، اما از دهه ۷۰ میلادی به بعد، بیشتر برای حفاظت از حق خودمختاری شخص به کار می‌رود (Beauchamp, Childress, 2019: 13/39). برای تضمین اصل مذکور، پزشکان باید پیش از انجام هر اقدام پزشکی، صلاحیت، افشا، درک، اختیار و رضایت شخص را ارزیابی کنند (Beauchamp Childress, 2019: 6/39). از منظر حقوقی نیز رضایت، مشروعیت بخش بسیاری از اعمال و مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. البته باید توجه داشت که در برخی موارد استثنایی، نظیر وضعیت‌های اضطراری پزشکی، مداخلات بهداشت عمومی یا پژوهش‌هایی که داده‌های ناشناس را شامل می‌شوند، اخذ رضایت نه تنها الزام‌آور نبوده، بلکه اساساً امکان‌پذیر نیست (Beauchamp, Childress, 2019: 6/39).

عدم افشای سر، اصل دیگر مشتق شده از خودمختاری است. انگیزه حفظ اسرار، چیزی جز ایجاد حس اطمینان در بیماران نیست؛ به گونه‌ای که بدون نگرانی از افشای اطلاعات شخصی بتوانند تمام اطلاعات لازم برای تشخیص و درمان بیماری خود را به

پزشک بسپارند (گودرزی و کیانی، ۱۳۸۴: ۲۹) در بخشی از سوگندنامه پزشکی بقراط چنین آمده است: «آنچه در حین انجام این حرفه و حتی خارج از آن، درباره زندگی مردم خواهم دید و یا خواهم شنید، نباید فاش شود و به هیچ کس نخواهم گفت؛ زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد» (اسمعیلی و غفاری، ۱۳۸۳: ۴۰). در واقع، به لحاظ احترام به خودمختاری، اطلاعات شخصی یک فرد متعلق به خود اوست و دیگران نباید بدون رضایت او از آن مطلع شوند. رعایت این اصل، ضامن حفظ کرامت بیمار و نیز اعتبار حرفه پزشکی است.

۲-۱. عدم ایراد آسیب

این اصل، پزشکان را ملزم می‌کند که از ورود آسیب به بیمار خودداری کنند. اصل عدم ایراد آسیب، از چند قاعده اخلاقی حمایت می‌کند؛ از جمله اینکه نباید شخصی را کشت و نباید موجب درد یا رنج شخصی شد. بر اساس این اصل، پزشک موظف است همواره منافع و مضرات هر مداخله یا درمان را با دقت بسنجد و از اقداماتی که فشار نامناسب و سنگینی را بر بیمار تحمیل می‌کنند، خودداری کرده و بهترین مسیر درمانی را برای بیمار برگزیند (Varkey, 2020: 18). از نظر برخی، اصل مذکور از جمله مهم‌ترین وظایف پزشک بوده و در مواقعی که احتمال آسیب به بیمار وجود داشته باشد این اصل حتی بر اصل خودمختاری بیمار نیز مقدم می‌شود (Percival, 1803: 165).

۳-۱. اصل سودرسانی

این اصل پزشکان را نه تنها از ایراد آسیب به بیماران منع می‌کند، بلکه آنان را ملزم می‌سازد تا اقدامات مثبتی در جهت تأمین سلامت و رفاه بیماران انجام دهند (Beauchamp, Childress, 2019: 1/36). اخلاق ایجاب می‌کند که پزشکان به رفاه بیماران توجه نشان دهند. به عبارت دیگر، آن‌ها نه تنها نباید به بیمار آسیب برسانند، بلکه بایستی گام‌های مثبتی را نیز برای کمک به بیماران بردارند. این اصل متضمن انجام

اقدامات مثبت در جهت تأمین سلامت و رفاه بیماران است (Beauchamp, Childress, 2019: 1/36).

۴-۱. اصل عدالت

عدالت در اخلاق پزشکی، بدین معناست که همه افراد جامعه باید به طور برابر و بدون تبعیض به خدمات درمانی و منابع سلامت دسترسی داشته باشند. علاوه بر اعضای کادر درمان، دولت‌ها نیز متعهد هستند که مانع دسترسی یکسان تمام شهروندان به خدمات بهداشتی و درمانی یا دارویی نشوند (حاجی ملا و سیفی، ۱۳۹۸: ۱۷۰). به طور کلی، حق بر دسترسی به خدمات بهداشتی با فرصت‌های برابر برای همه و بدون تبعیض، از جنبه‌های اساسی حق بر سلامت محسوب می‌شود (بلیک و مقصدی، ۱۴۰۴: ۴۷۳-۴۷۴). عدالت تعهدی اخلاقی برای عمل بر اساس قضاوت‌های عادلانه در حیطه پزشکی اعم از پیشگیری، تشخیص و درمان است (نظری توکلی و منتظری، ۱۳۹۲: ۱۵). از میان چندین دسته عدالت، عدالت توزیعی بیشترین ارتباط را با اخلاق بالینی دارد (Varkey, 2020: 20). این نوع از عدالت به توزیع منصفانه، عادلانه و مناسب منابع مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارد (Beauchamp, Childress, 2019: 1/43). بر اساس نظریه تقسیم عادلانه ارسطو، امتیازات و اموال باید بین اشخاص به نسبت شایستگی و لیاقت آن‌ها توزیع شود و اگر اشخاص برابر نباشند، سهمی برابر نخواهند داشت (نظری، ۱۳۸۳: ۷۰). رفتار نابرابر زمانی موجه است که منابع بر اساس تفاوت‌های اخلاقی و معنوی مرتبط، مانند تفاوت در میزان نیاز یا سودمندی احتمالی، تخصیص یابند و عواملی مانند جنسیت، سن، مذهب یا سطح تحصیلات در این تخصیص دخیل نباشند؛ بنابراین، توزیع عادلانه منابع محدود تنها با تعیین اولویت‌های صحیح و منطقی امکان‌پذیر خواهد بود (نظری توکلی و منتظری، ۱۳۹۲: ۱۰).

۲. تبلور اصول اخلاق پزشکی در اسناد حقوق بشر دوستانه

در این قسمت، هدف این است که با بررسی تجلی اصول اخلاق پزشکی در مهم‌ترین اسناد الزام‌آور و غیر الزام‌آور حقوق بشر دوستانه، تأثیر آن‌ها در تبیین، تقویت و قوام اصول مذکور بررسی شود.

۲-۱. اخلاق پزشکی به مثابه بنیان رفتار انسانی (احترام و محافظت) در جنگ

احترام به کرامت مجروحان و بیماران، در کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو و پروتکل‌های الحاقی، همان اصل احترام به انسانیت است که بنیان اخلاق پزشکی را شکل می‌دهد. «رفتار با انسانیت در همه شرایط» در اسناد فوق از جمله بند دوم ماده ۷ پروتکل الحاقی دوم و ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول مورد تأکید قرار گرفته است.^۱ برای مثال، مواد ۱۲

۱. ماده ۷ پروتکل الحاقی دوم: «۱. تمام زخمی‌ها، بیماران و غرق‌شدگان، چه درگیر در درگیری مسلحانه باشند یا نه، باید مورد احترام و حفاظت قرار گیرند. ۲. در تمامی شرایط، آن‌ها باید به‌طور انسانی درمان شوند و به‌طور کامل و با حداقل تأخیر ممکن، مراقبت و توجه پزشکی مورد نیاز بر اساس وضعیتشان را دریافت کنند. هیچ تمایزی میان آن‌ها بر اساس هیچ دلیلی غیر از دلایل پزشکی مجاز نیست.»
ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول: «حفاظت از اشخاص:

۱- سلامت جسمی یا روانی و تمامیت افرادی که در اختیار طرف مقابل هستند یا به دلیل وضعیتی که در ماده ۱ اشاره شده است، در بازداشت، حبس یا به هر نحو دیگری از آزادی محروم شده‌اند، نباید به‌وسیله هیچ فعل یا ترک فعلی غیرموجه به خطر بیفتند. بر این اساس، انجام هیچ‌گونه عمل پزشکی بر روی افراد توصیف شده در این ماده مجاز نیست، مگر اینکه به وضعیت سلامت شخص مربوط باشد و با استانداردهای پزشکی عمومی که تحت شرایط پزشکی مشابه بر روی افرادی که تابعیت طرف انجام دهنده عمل را دارند و به‌هیچ‌وجه از آزادی محروم نیستند، مطابقت داشته باشد.

۲- به‌ویژه، انجام موارد زیر بر روی چنین اشخاصی حتی با رضایت آن‌ها ممنوع است: الف: قطع عضو؛ ب: آزمایش‌های پزشکی یا علمی؛ ج: برداشت بافت یا اعضا برای پیوند، مگر اینکه این اعمال مطابق با شرایط مندرج در بند ۱ توجیه‌پذیر باشند.

۳- استثنائات بر ممنوعیت مندرج در بند ۲ (C) تنها در مورد اهدا خون برای انتقال، یا پوست برای پیوند ممکن است، به شرطی که به‌صورت داوطلبانه و بدون هیچ‌گونه فشار یا ترغیبی انجام شود و تنها برای اهداف

کنوانسیون‌های اول و دوم ژنو مقرر می‌دارند: «اعضای نیروهای مسلح و سایر افراد مذکور در ماده بعد^۱ که مجروح یا بیمار هستند، در هر شرایطی باید محترم شمرده و محافظت شوند.» این ماده اساس کنوانسیون‌های ژنو را تشکیل می‌دهد و هدف آن حفاظت از کسانی است که به دلیل جراحت، بیماری یا غرق شدن دیگر قادر به نبرد نیستند (Pictet, 1952: 145). مواد ۱۰^۲ و ۱۷ پروتکل الحاقی اول^۳ نیز به‌نوعی تکرار مواد فوق هستند.

از منظر اخلاق پزشکی، عبارات فوق دو جنبه دارند: «محافظت» بیانگر وجود تعهد مثبت برای کارکنان پزشکی است که باید مراقبت‌های لازم را به افراد زخمی، بیمار و غرق‌شده ارائه دهند و واژه «احترام» که گویای تعهد منفی است؛ یعنی نباید به هیچ نحو

درمانی و تحت شرایطی که با استانداردهای پزشکی عمومی و کنترل‌هایی که برای منافع هر دو اهداکننده و گیرنده طراحی شده‌اند، مطابقت داشته باشد.

۴- هر فعل یا ترک فعل عمدی که به‌طور جدی سلامت جسمی یا روانی یا تمامیت هر شخصی که در اختیار یک طرف دیگر قرار دارد را به خطر اندازد و که یا یکی از ممنوعیت‌های مندرج در بندهای ۱ و ۲ را نقض کند یا از الزامات بند ۳ پیروی نکند، نقض جدی این پروتکل محسوب می‌شود.

۵- اشخاص توصیف شده در بند ۱ حق دارند هرگونه عمل جراحی را رد کنند. در صورت رد، کادر پزشکی باید تلاش کند تا یک بیانی‌ی کتبی به امضای بیمار یا تأیید او دریافت کند.

۶- هر طرف درگیر در مخاصمه باید برای هر اهدا خون برای انتقال یا پوست برای پیوند توسط اشخاص مذکور در بند ۱، اگر آن اهدا تحت مسئولیت آن طرف انجام شود، یک پرونده پزشکی نگهداری کند. علاوه بر این، هر طرف درگیر باید سعی کند سوابق تمام اعمال پزشکی انجام شده نسبت به هر شخصی که به دلیل وضعیتی که در ماده ۱ اشاره شده است، بازداشت، حبس یا به هر نحو دیگری از آزادی محروم شده است را نگهداری کند. این سوابق باید در تمامی اوقات برای بازرسی توسط قدرت حمایت‌کننده در دسترس باشد.

۱. این افراد شامل: اعضای نیروهای مسلح دولت - اعضای سایر چریک‌ها و دسته‌های داوطلب - اعضای نیروهای مسلح منظم - اشخاص همراه نیروهای مسلح - اعضای ناوگان تجاری و هواپیمایی کشوری - نفوس اراضی اشغال‌نشده، هستند.

۲. «همه مجروحان، بیماران و کشته‌شدگان در آب، بدون توجه به اینکه به کدام طرف تعلق دارند، باید مورد احترام و حفاظت قرار گیرند. در همه شرایط، آن‌ها باید به شکلی انسانی رفتار شوند.»

۳. «جمعیت غیرنظامی باید به مجروحان، بیماران و کشته‌شدگان آبی احترام بگذارند، حتی اگر به‌طرف مقابل تعلق داشته باشند و نباید به آن‌ها هیچ نوع خشونت روا دارند.»

به زخمی‌ها، بیماران و غرق‌شدگان آسیب رسانده شود (Baccino_Astrada, 1982: 39). با توجه به آنچه بیان شد، باید گفت که تعهدات فوق مبین اصول سودرسانی و عدم آسیب هستند؛ به همان شکل که در اخلاق پزشکی نیز از پزشک خواسته می‌شود که اولاً، به بیمار صدمه نزند و ثانیاً، برای رفاه حال بیمار تلاش کند. همچنین ماده ۱۳ کنوانسیون سوم ژنو و ماده ۱۰ پروتکل الحاقی اول بر ممنوعیت ایراد جرح جسمانی یا انجام آزمایش طبی یا علمی برای اسرای جنگی که برای معالجه پزشکی اسیر نبوده و یا به نفع آن‌ها نباشد تأکید دارند که صراحتاً بیانگر اصول سودرسانی و عدم ایراد آسیب هستند.

سه بند نخست ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول^۲ که ناظر به ممنوعیت درمان پزشکی نامناسب هستند، تضمین‌کننده رفتار انسانی در جنگ هستند؛ بدین نحو که افراد تحت حمایت نباید به واسطه هیچ فعل یا ترک فعل غیرموجهی، در معرض خطر قرار گیرند. جمله دوم بند ۱، به اقدامات پزشکی غیرموجه می‌پردازد و در آن به صراحت ذکر شده

۱. «انجام هرگونه اقدام پزشکی که با وضعیت سلامتی فرد سازگار نباشد و مطابق استانداردهای پزشکی پذیرفته شده که در شرایط مشابه برای افراد آزاد و تابع طرف انجام دهنده به کار می‌رود نباشد، ممنوع است.»

۲. «۱. سلامت جسمی و روانی و تمامیت جسمانی افرادی که تحت کنترل طرف مقابل هستند یا به دلیل وضعیت مندرج در ماده ۱ بازداشت، زندانی یا محروم از آزادی شده‌اند، نباید با هیچ فعل یا ترک فعلی غیرموجه به خطر بیفتد؛ بنابراین، انجام هرگونه اقدام پزشکی که با وضعیت سلامتی فرد سازگار نباشد و مطابق استانداردهای پزشکی پذیرفته شده که در شرایط مشابه برای افراد آزاد و تابع طرف انجام دهنده به کار می‌رود نباشد، ممنوع است.

۲. به‌خصوص ممنوع است انجام موارد زیر حتی با رضایت افراد: (الف) ناقص سازی جسمی؛ (ب) آزمایش‌های پزشکی یا علمی؛ (ج) برداشتن بافت یا عضو برای پیوند، مگر زمانی که این اقدامات طبق شرایط بند ۱ توجیه شود.

۳. استثناً در بند ۲ (ج) فقط برای اهدای داوطلبانه خون برای انتقال یا پوست برای پیوند و بدون هیچ اجبار یا تشویقی و تنها برای اهداف درمانی و با رعایت استانداردهای پزشکی پذیرفته شده و کنترل‌های لازم برای منافع اهدا کننده و گیرنده مجاز است.»

۴. هر فعل یا ترک فعل عمدی که سلامت جسمی یا روانی هر فردی که تحت کنترل طرف مقابل است را به‌طور جدی به خطر بیندازد و ممنوعیت‌های بندهای ۱ و ۲ را نقض کند یا الزامات بند ۳ را رعایت نکند، نقض شدید این پروتکل محسوب می‌شود.»

که کدام یک از اقدامات پزشکی ممنوع هستند (Sandoz, Zwinarski, Zimmermann, 473: 1987). بند مذکور مقرر کرده است: «هر اقدام پزشکی که به واسطه وضعیت سلامت فرد مربوطه، ضروری نیست و با استانداردهای پزشکی مورد قبول عمومی مطابقت ندارد». برخی اقدامات مشخصاً در بند ۲ ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول ممنوع اعلام شده‌اند، همانند مثله کردن جسمی، آزمایش‌های پزشکی یا علمی، برداشت بافت یا اندام برای پیوند. بند چهارم ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول به این حمایت ضمانت اجرا می‌دهد و حسب آن هر اقدام عمدی که سلامت و تمامیت جسمی یک فرد را به طور جدی به خطر بیندازد، نقض فاحش پروتکل تلقی می‌شود. این افعال، همگی در راستای نقض اصل عدم آسیب هستند که در کنوانسیون‌های ژنو، ممنوع اعلام شده‌اند. مجدداً طبق ماده ۳۲ کنوانسیون چهارم^۱ نیز اقدامات وحشیانه از جمله قطع عضو، شکنجه و آزمایش‌های پزشکی‌ای که برای درمان پزشکی شخص حفاظت شده ضروری نیستند، ممنوع است. هدف از این ماده جلوگیری از این موضوع است که غیرنظامیان به عنوان «موش آزمایشگاهی» استفاده شوند، امری که در جنگ جهانی دوم اتفاق افتاد (Uhler, Coursie, 1958: 224). ماده ۱۰۰ کنوانسیون چهارم^۲ ایستادن طولانی مدت،

۱. «دول معظمه متعاهد هرگونه اقدامی را که خواه موجب آلام جسمانی اشخاص مورد حمایت موجوده در اختیار ایشان و خواه موجب قتل آنان شود صریحاً بر خود ممنوع می‌سازند. این ممنوعیت نه تنها ناظر بر قتل و شکنجه و صدمات جسمانی و بریدن اعضای اشخاص مورد حمایت و آزمایش‌های پزشکی یا عملی است که برای معالجه طبی آنان ضرورت نداشته باشد، بلکه شامل هرگونه خشونت‌های دیگر که عامل آن اعم از مأمورین کشوری یا نظامی باشد نیز است.»

۲. «انتظامات محل بازداشت باید مقرون به اصول انسانیت بوده و در هیچ مورد، مشتمل بر مقرراتی نخواهد بود که خستگی‌های جسمانی خطرناک جهت سلامت مزاج یا صدمات بدنی یا روحی برای بازداشتیان ایجاد کند. خال کوبی و گذاشتن علائم یا نشان‌های جسمانی جهت تعیین هویت ممنوع است. بالأخص ایست و حاضر و غایب ممتد ورزش‌های بدنی از جنبه تنبیهی و ورزش‌های مانور نظامی و تزیینات غذایی ممنوع است.»

تمرین تنبیهی و کاهش تنبیهی جیره غذایی را که همگی می‌توانند اثرات مضر بر سلامت بازداشت‌شدگان داشته باشند، ممنوع می‌کند.^۱

شایان ذکر است که تفسیر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در این خصوص مقرر کرده است که اشکال جدید درمان به دلایل پزشکی تنها با هدف «بهبود وضعیت بیمار» مجاز خواهند بود (Uhler, Coursie, 1958: 224). بدین معنا که همین روند درمانی که صرفاً دلایل پزشکی موجه مبنای آن است، به دنبال تضمین اصل سودرسانی است زیرا به دنبال رعایت منافع بیمار، در تمام شرایط است.

با وجود تأکید اسناد بشردوستانه بر رعایت اصول و آداب اخلاق پزشکی در زمان جنگ،^۲ اعمال اصول اخلاق پزشکی در شرایط جنگ دشوار بوده و ممکن است کادر درمان، متأثر از فشارهای سیاسی مفاد فوق را نقض کنند؛ به‌منظور پیشگیری از چنین نقضی، ماده ۱۶ پروتکل الحاقی اول از کادر درمان، به‌ویژه در زمان درمان رزمندگان دشمن، در برابر مجازات کیفری و دیگر تنبیهات، محافظت کرده است (Torrelli, 1984: 597). مهم‌تر از همه، ماده ۱۷ پروتکل الحاقی اول^۳ مقرر می‌کند: «هیچ‌کس نباید به خاطر چنین اعمال بشردوستانه‌ای مجازات شود». به عبارتی، می‌توان قائل بر این بود که مجازات کادر درمان، به علت رفتار مطابق با اصول اخلاق پزشکی، محکوم شده است.

۱. برای مطالعه بیشتر نک: مواد ۲۷، ۳۲، ۱۰۰ و ۱۱۹ کنوانسیون چهارم - مواد ۵۲، ۱۳، ۹۹ و ۱۳۰ کنوانسیون سوم - مواد ۴۹ و ۵۰ کنوانسیون اول - مواد ۴۷، ۵۰ و ۵۱ کنوانسیون دوم.

۲. نک: ماده ۲۸ کنوانسیون اول ژنو - ماده ۱۶ پروتکل الحاقی اول - ماده ۱۱ پروتکل اول.

۳. «جمعیت غیرنظامی باید به مجروحان، بیماران و غرق‌شدگان احترام بگذارند، حتی اگر به‌طرف مقابل تعلق داشته باشند و نباید هیچ عمل خشونت‌آمیزی علیه آن‌ها انجام دهند. جمعیت غیرنظامی و سازمان‌های امدادی مانند صلیب سرخ ملی (هلال‌احمر، شیر و خورشید سرخ) مجاز هستند حتی به ابتکار خود، مجروحان، بیماران و غرق‌شدگان را جمع‌آوری و مراقبت کنند، حتی در مناطق اشغال شده یا تصرف شده. هیچ‌کس به خاطر این اقدامات انسانی نباید آسیب ببیند، تحت تعقیب قرار گیرد یا مجازات شود.»

۲-۲. اصل خودمختاری و سطوح فردی تا حرفه‌ای

وفق مواد ۵۲ و ۹۹ کنوانسیون سوم، اسرای جنگی نباید به کارهای خطرناک یا تحقیرآمیز واداشته شوند مگر به خواست خودشان و نباید تحت هیچ فشار روحی یا بدنی برای اعتراف قرار گیرند. این دو ماده، به‌طور ضمنی دلالت بر اصل احترام به خودمختاری دارند. بند ۵ ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول نیز با ذکر عبارت منع انجام هرگونه عمل جراحی بر افرادی که تحت کنترل طرف مقابل قرار داشته، بازداشت یا زندانی شده و یا به هر نحو از آزادی محروم هستند و با الزام ثبت این تصمیم به‌صورت کتبی همراه با امضا یا تأیید بیمار توسط کارکنان پزشکی، بر اصل خودمختاری و اهمیت رضایت آگاهانه افراد بازداشت شده در زمان جنگ، صحنه گذاشته است.

تأکید بر احترام به خودمختاری، صرفاً در رابطه میان پزشک و بیمار خلاصه نمی‌شود و می‌کوشد این احترام را از سطح فردی به سطح حرفه‌ای و جمعی نیز ارتقا دهد. چنان‌که پیش‌تر نیز اشاره شد، عدم افشای سر (رازداری) و محرمانگی اطلاعات پزشکی از شقوق اصل خودمختاری به شمار می‌رود. ماده ۱۶ پروتکل اول نیز به‌روشنی رعایت این اصل را در مورد حفظ اطلاعات پزشکی مربوط به مجروحان و بیماران دشمن یا نیروی خودی الزامی دانسته و استثنائات^۱ آن را برشمرده است.

در برخی مواد، شاهد احترام به تلفیقی از اصول مختلف اخلاق پزشکی هستیم. برای مثال، مطابق ماده ۱۲ کنوانسیون‌های اول و دوم،^۲ هیچ‌کس حق آسیب رساندن به

۱. بند ۳ ماده ۱۶ پروتکل الحاقی اول: «هیچ فردی که در فعالیت‌های پزشکی مشغول است، نباید مجبور به ارائه اطلاعاتی به هر شخصی، چه متعلق به‌طرف مقابل باشد یا به‌طرف خودی، به‌جز در مواردی که قانون طرف خودی ایجاب کند، درباره مجروحان و بیماران تحت مراقبت خود شود، اگر چنین اطلاعاتی به نظر او برای بیماران مربوطه یا خانواده‌های آن‌ها مضر باشد. با این حال، مقررات مربوط به اطلاع‌رسانی اجباری بیماری‌های واگیر باید رعایت شود.»

مجروحان یا بیماران را ندارد، حتی به دلایل ضرورت نظامی؛ همچنین هرگونه شکنجه، قتل یا ترک درمان، آزمایش‌های بیولوژیک بدون رضایت اکیداً ممنوع است. این ممنوعیت‌ها، ازجمله شکنجه و آزمایش‌های بیولوژیک بدون اخذ رضایت آگاهانه، نشان‌دهنده احترام هم‌زمان به اصول عدم ایراد آسیب و رضایت آگاهانه (مشتق شده از اصل احترام به خودمختاری) است.

در راستای رعایت اصل رضایت آگاهانه به‌عنوان یکی از مشتقات اصل احترام به خودمختاری بیمار، ماده ۱۰ پروتکل الحاقی دوم به‌طور خاص با هدف جلوگیری از اجبار قانونی برای معرفی بیماران و مجروحان تنظیم شده است؛ امری که در جنگ جهانی دوم رایج بود (Sandoz, Swinarski, Zimmermann, 1987: 670-676). این ماده ضمن تأکید بر لزوم احترام به وظایف حرفه‌ای پزشکان در خصوص اطلاعاتی که درباره مجروحان و بیماران تحت مراقبت خود کسب می‌کنند، تصریح می‌کند که افراد مشغول به فعالیت پزشکی نباید به هیچ نحو، به دلیل خودداری از ارائه اطلاعات مربوط به مجروحان و بیماران تحت مراقبتشان مجازات شوند.

این مواد، که ناظر به حفظ استقلال حرفه‌ای پزشک در هنگام تصمیم‌گیری تحت فشار نظامی هستند؛ به‌نوعی گویای این مهم‌اند که می‌توان استقلال حرفه‌ای پزشک را معادل جمعی اصل خودمختاری قلمداد کرد.

۲-۳. اصل عدالت و حق بر درمان غیر تبعیض‌آمیز

اصل عدم تبعیض، از هنجارهای بنیادین حقوق بین‌الملل بشردوستانه است (McCoubrey, 1998: 82-83). ماده ۱۲ کنوانسیون دوم ژنو، رفتار توأم با انسانیت

۲. «اعضای نیروهای مسلح و سایر اشخاص مذکور در ماده ذیل که مجروح یا بیمار شوند، در همه احوال مورد احترام و حمایت قرار گیرند. هرگونه دست‌درازی به حیات شخص آنان من‌جمله قتل محضران قتل عام، شکنجه و اجرای آزمایش‌های بیولوژی درباره آنان و رها کردن آنان بدون کمک پزشکی و یا قرار دادن آنان در معرض مخاطرات سرایت یا ابتلای امراض که آن مخاطرات عمداً برای همین منظور ایجاد شده باشد، اکیداً ممنوع است.»

نسبت به مجروحان و بیماران را یادآور شده و مقرر می‌دارد که در ارائه مراقبت پزشکی نباید بر اساس جنسیت، نژاد، ملیت، مذهب، یا عقاید سیاسی، تبعیضی اعمال شود. این ماده، اولویت‌بندی در ترتیب درمان زخمی‌ها و بیماران را تنها زمانی توجیه‌پذیر می‌داند که بر اساس شدت جراحات یا وضعیت کلی پزشکی صورت گیرد (بند ۳ ماده ۱۲). این رویکرد در پروتکل الحاقی اول نیز با این مضمون که تنها دلایل پزشکی می‌توانند تبعیض در درمان را توجیه کنند تکرار شده است (بند ۲ ماده ۱۰). همچنین، درمان و پرستاری بدون تبعیض ناشی از جنس، نژاد، ملیت، مذهب و عقاید سیاسی در ماده ۱۲ کنوانسیون اول ژنو نیز به صراحت نمود یافته است. تمامی این مواد، بازتاب روشنی از اصل عدالت در اخلاق پزشکی به شمار می‌آیند.

۴-۲. ارتقای استانداردهای اخلاقی از طریق اسناد غیر الزام‌آور

علاوه بر کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های آن، اسناد دیگری با ماهیت غیر الزام‌آور وجود دارند که محوریت آن‌ها بر اصول اخلاق پزشکی در زمان درگیری‌های مسلحانه است و در صورت نیاز می‌توان به آن‌ها نیز استناد کرد. اگرچه این اسناد فاقد ضمانت اجرای صریح در حوزه اخلاق پزشکی و حقوق بشردوستانه هستند، اما از طریق اجماع حرفه‌ای، آموزش‌های بین‌المللی و تأثیرگذاری تدریجی بر عرف و حقوق داخلی کشورها، به ابزاری مؤثر برای تحقق اهداف انسانی و تثبیت اصول اخلاقی در میدان جنگ تبدیل شده‌اند.

در حال حاضر، «اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی در زمان درگیری‌های مسلحانه و سایر وضعیت‌ها اضطراری» (۲۰۱۵)^۱ و «راهنمای کمیته بین‌المللی صلیب سرخ برای نیروهای مسلح در مورد حفاظت از مراقبت‌های بهداشتی» (۲۰۲۰) مهم‌ترین اسناد نرم این حوزه محسوب می‌شوند که در ادامه به ارزیابی تأثیر آن‌ها پرداخته می‌شود.

1. Ethical Principles of Health Care in times of Armed conflict and other emergencies (2015)

الف) اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی در زمان درگیری‌های مسلحانه و سایر وضعیت‌های اضطراری^۱

بر اساس این سند که مبتنی بر اصول انسانیت، پیشگیری و کاهش رنج انسانی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی بدون تبعیض است، نهادهای متولی مراقبت‌های بهداشتی، چه غیرنظامی و چه نظامی، هدف مشترکی را دنبال می‌کنند که عبارت است از ارائه مراقبت‌های بهداشتی بی‌طرفانه و کارآمد در درگیری‌های مسلحانه و سایر وضعیت‌های اضطراری. این سند که با هدف ایجاد اجماع پیرامون اصول اخلاقی مشترک برای ارائه خدمات سلامت در شرایط بحرانی تدوین شده است، نشان دهنده اجماع بین‌المللی بر اصول اخلاقی است و از طریق نفوذ جمعی کمیته بین‌المللی پزشکی نظامی، به تدریج در سیاست‌ها و رویه‌های ملی نیروهای مسلح گنجانده شده است (Marshall, Miron, 2021: 855). بدین ترتیب، این اصول به مثابه معیارهای رفتاری جهانی برای پزشکان در جنگ توانسته‌اند/جماعی/اخلاقی و حرفه‌ای ایجاد کنند.

در این سند، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، موظف‌اند همواره مطابق قوانین بین‌المللی، مقررات ملی و وجدان حرفه‌ای خود عمل کنند. بند نخست سند، ضمن تأکید بر اصل عدالت، تصریح می‌کند که در ارائه بهترین مراقبت‌های ممکن، توزیع عادلانه منابع باید رعایت شود. بند هفتم نیز مقرر می‌دارد که نباید میان بیماران هیچ‌گونه تمایزی قائل شد، مگر بر اساس ضرورت بالینی و محدودیت منابع موجود.

بند سوم، با تأکید بر اصول عدم ورود آسیب و عدالت، هدف اصلی مراقبت‌های بهداشتی را حفظ سلامت جسمی و روانی انسان و تسکین رنج‌ها با رعایت شأن انسانی، اعلام کرده و این تعهد در هر شرایطی اعم از جنگ یا صلح لازم‌الاجرا است. بند پنجم نیز کارکنان درمانی را از هرگونه مشارکت یا همکاری در شکنجه، رفتار ظالمانه یا

۱. این سند توسط کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و با همکاری انجمن پزشکی جهانی، کمیته بین‌المللی پزشکی نظامی، شورای بین‌المللی پرستاران و فدراسیون بین‌المللی داروسازی، تهیه شده است.

تحقیق‌آمیز منع می‌کند. بند ششم، با یادآوری اصول خودمختاری و سودرسانی تأکید می‌کند که ارائه خدمات درمانی باید در راستای منافع بیمار و بر پایه رضایت آگاهانه او انجام شود. افزون بر این، بند هشتم، با تکیه بر اصل رازداری پزشکی مقرر می‌دارد که اطلاعات بیماران تنها با رضایت آن‌ها یا در صورت وجود خطر قریب‌الوقوع برای خود یا دیگران قابل افشا است.

ب) راهنمای کمیته بین‌المللی صلیب سرخ برای نیروهای مسلح در مورد حفاظت از مراقبت‌های بهداشتی

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ راهنمای فوق را در سال ۲۰۲۰^۱ را منتشر کرده است؛ این سند بر اهمیت تمایز در استفاده از زور برای به‌منظور به حداقل رساندن آسیب به مراکز درمانی و دسترسی بیماران تأکید دارد و مرجع مهمی برای فرماندهان نظامی، مشاوران پزشکی و مشاوران حقوقی آنان به شمار می‌آیند (Marshall, Miron, 2021: 857). بر اساس این راهنما، کارکنان پزشکی نظامی مکلف‌اند در اجرای وظایف خود، اصول اخلاق پزشکی و حقوق بین‌الملل بشردوستانه را رعایت کنند و پیامدهای انسانی اقدامات خود را مدنظر قرار دهند. پزشکان نظامی باید حتی به مجروحان دشمن یا نیروهای مخالف نیز درمان بی‌طرفانه ارائه کرده و در هر شرایطی از آسیب رساندن به بیماران اجتناب کنند. پیوست نخست راهنما صراحتاً اعلام می‌کند که کشتن عمدی مجروحان یا بیماران یا ایراد رنج و آسیب شدید به آنان، جنایت جنگی و نقض فاحش کنوانسیون‌های ژنو است. همچنین، امتناع از ارائه مراقبت‌های ضروری می‌تواند مصداق رفتار ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیق‌آمیز تلقی شود.

راهنما همچنین، تأکید می‌کند که کارکنان درمانی نباید تحت هیچ شرایطی مجبور به انجام اقداماتی مغایر با اخلاق پزشکی شوند و طرفین مخاصمه حق مجازات آنان به

1. Protection health care- Guidance for the armed forces (2020), https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2021/03/4504_002-ebook.pdf

دلیل عمل بر اساس اصول اخلاقی را ندارند. در راستای اصول سودرسانی و خودمختاری بیمار، این سند انجام آزمایش‌های پزشکی یا علمی بر بیماران را تنها در صورتی مجاز می‌داند که مستقیماً به نفع آنان باشد و رضایت آگاهانه ایشان جلب شده باشد. درمان بیماران باید بدون تبعیض انجام گیرد و تفاوت در ارائه مراقبت صرفاً بر اساس وضعیت پزشکی و نیاز بالینی مجاز است. به‌طور کلی، احیا یا تقویت اعتماد از دست رفته جامعه خصوصاً از طریق توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی حتی می‌تواند در کاهش یا رفع مخاصمه مفید باشد (رحمانی، محمدی، ۱۴۰۴: ۳۰۷). همچنین، محرمانگی اطلاعات پزشکی یکی از الزامات اساسی است که نقض آن می‌تواند پیامدهای کیفی و اخلاقی به دنبال داشته باشد.

در مجموع باید گفت، درحالی‌که کنوانسیون‌های ژنو چارچوب حقوقی پایه را ترسیم می‌کنند، اسناد غیر الزام‌آور با انعطاف و به‌روز بودن خود، به تبیین مصادیق جدید رفتار اخلاقی کمک می‌کنند. برای مثال، اصول ۲۰۱۵ نه تنها مقررات مواد ۱۱ و ۱۶ پروتکل اول را تفسیر می‌کنند، بلکه معیارهایی برای رفتار در موقعیت‌هایی ارائه می‌دهند که اسناد الزام‌آور نسبت به آن‌ها سکوت کرده‌اند (مانند فناوری‌های پزشکی نوین یا اقدامات بشردوستانه در درگیری‌های داخلی). از این حیث، این اسناد نقش راهنمای اخلاقی برای تکمیل خلأهای حقوقی را ایفا می‌کنند. از سوی دیگر، در بسیاری از کشورها، مفاد سند ۲۰۱۵ در آموزش نظامی پزشکان و دستورالعمل‌های بهداشتی نیروهای مسلح گنجانده شده و به الگویی جهانی برای رفتار حرفه‌ای در شرایط جنگی بدل شده است. بدین‌سان، اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی، با وجود منشأ نرم حقوقی، اکنون نقش مؤثری در تدوین سیاست‌های ملی، تفسیر قواعد بشردوستانه و ارتقای استانداردهای حرفه‌ای جهانی ایفا می‌کنند.

۳. اشتراک مفهومی اصول اخلاق پزشکی با اصول حقوق بین‌الملل بشردوستانه

اصول اخلاق پزشکی و اصول بنیادین حقوق بین‌الملل بشردوستانه، در ظاهر متعلق به دو نظام متفاوت هستند، یکی اخلاق حرفه‌ای و دیگری حقوق بین‌الملل؛ اما در عمل بر مبنای یک هسته مشترک یعنی صیانت از کرامت انسانی و اصل انسانیت شکل گرفته‌اند. این اشتراک مفهومی موجب می‌شود که در مخاصمات مسلحانه، وظایف پزشکان نه تنها بر اساس اخلاق پزشکی، بلکه بر پایه اصول الزام‌آور حقوق بشردوستانه نیز تعریف و محدود شود (Mehring, 2015: 34). وفق حقوق بشردوستانه، اصول اساسی که رفتار کلی پزشکان را در درگیری‌های مسلحانه هدایت می‌کنند، عبارت‌اند از: انسانیت، بی‌طرفی و عدم تبعیض و استقلال که در اسناد کلیدی مانند ماده ۳ مشترک کنوانسیون‌های ژنو، پروتکل الحاقی اول و اصول بنیادین نهضت صلیب سرخ مورد تصریح قرار گرفته‌اند (Pictet, 1952:133).^۱ از میان این اصول، انسانیت به‌عنوان اصل اساسی حقوق بین‌الملل بشردوستانه تلقی می‌شود و سایر اصول، ابزارهایی برای رسیدن به آن هستند (Thürer, 2007: 47-51).

اصل انسانیت، شامل پیشگیری و کاهش رنج تا حد ممکن، حفاظت از جان و سلامت افراد تحت درمان، احترام به همه افراد تحت درمان است (Pictet, 1952: 130-147). در حرفه پزشکی، انسانیت در قالب دو اصل سودرسانی و عدم ورود آسیب نمود یافته است (Mehring, 2015: 15). افزون بر این، اصل انسانیت نقش ایجاد تعادل به‌ویژه در برابر اصل ضرورت نظامی را دارد؛ زیرا طبق اصل، نیروهای مسلح می‌توانند هر اقدامی برای رسیدن به پیروزی نظامی انجام دهند تا جایی که اصل انسانیت نقض نشود (Sandoz, 2004: 7-8).

۱. نک: مقدمه و ماده ۴ اساسنامه کمیته بین‌المللی صلیب سرخ.

اصل بی طرفی که در اصول صلیب سرخ، ماده ۱۲ کنوانسیون اول ژنو، ماده ۱۰ پروتکل اول الحاقی و تفسیر کمیته بین المللی صلیب سرخ در قالب ممنوعیت هرگونه تبعیض سلامت محور تجسم یافته است، کمک رسانی را تنها بر اساس نیاز و بدون هرگونه تبعیض جنسیتی، قومی یا سیاسی مجاز می داند. اگر گمان رود که یک سازمان یا پزشک وابسته، حامی یا تحت کنترل یکی از طرفین درگیری است، این امر می تواند اعتماد افراد نیازمند به مراقبت های پزشکی نسبت به آن پزشک، سازمان یا حتی بیمارستان را کاهش دهد (Mehring, 2015: 17). اصل بی طرفی شامل چهار جنبه است:

۱. عدم تبعیض در ارائه مراقبت؛ ۲. مجاز بودن تبعیض تنها بر اساس نیازهای پزشکی؛
۳. ارائه مراقبت پزشکی بر اساس میزان نیاز بیماران؛ ۴. رعایت بی طرف واقعی در عمل، نه فقط به صورت ظاهری (Haug, 1993: 460). مطابق این اصل، نباید هیچ تفاوتی میان بیماران جز بر اساس «نیاز پزشکی» گذاشته شود. مشخص است که بی طرفی با اصل عدالت در اخلاق پزشکی منطبق است، اصلی که تأکید دارد مراقبت های پزشکی باید بر پایه نیاز بالینی و نه وابستگی های سیاسی، قومی یا نظامی بیمار توزیع شود. به بیان دیگر، عدالت اخلاقی و بی طرفی حقوقی هر دو وظیفه ای واحد ایجاد می کنند که همان درمان بدون تبعیض است.

اصل استقلال از منظر حقوق بین الملل بشردوستانه، بدین معناست که کارکنان مراقبت پزشکی مستقل از نفوذ دولت و فشارهای نظامی عمل می کنند. بر اساس این اصل، پزشکان در تصمیم گیری آزاد بوده و صرفاً باید به اصول انسانی و تعهدات حرفه ای خود پایبند باشند (Thürer, 2007: 58). به نظر می رسد اصل استقلال در حقوق بشردوستانه، مستقیماً با تعهد پزشک به پایبندی به اصول اخلاق پزشکی گره خورده است؛ زیرا رعایت این اصول از سوی پزشک نسبت به نیروی بیمار و زخمی دشمن تنها زمانی ممکن است که پزشک بتواند بدون واهمه از فشار دولتی و ملاحظات سیاسی تصمیم گیری کند و مطمئن باشد که در فرض اجرای اصول اخلاق پزشکی، تحت تعقیب دولت خود قرار نخواهد گرفت و مصونیت دارد. به دیگر سخن، اگر

پزشک مستقل نباشد و تحت دستور دولت، فرمانده نظامی یا فشار امنیتی باشد، ممکن است وادار شود که برخلاف اصول اخلاق پزشکی عمل کند؛ به طور مثال، انتخاب بیمار را بر اساس ملاحظات سیاسی انجام دهد و برخلاف اصل عدالت عمل کند؛ اما اصل استقلال در حقوق بشردوستانه دقیقاً برای جلوگیری از چنین وضعیت‌هایی طراحی شده است. این اصل به پزشک این امکان را می‌دهد تا آسوده خاطر و بدون نگرانی از فشارها، اصول اخلاق پزشکی را در شرایطی جنگی به طور کامل اجرا کند. به طور خلاصه، اصل استقلال در حقوق بشردوستانه، شرط اجرای اصول اخلاق پزشکی در زمان جنگ است. ماده ۱۶ پروتکل الحاقی اول نیز مقرر داشته است که کارکنان پزشکی نباید به دلیل انجام وظایف انسانی خود مجازات یا تهدید شوند؛ که به روشنی بر اصل استقلال حرفه‌ای پزشکان صحنه می‌گذارد.

۴. رویه قضایی بین‌المللی و ضمانت اجرای کیفری اصول

بر هیچ حقوقدان بین‌المللی پوشیده نیست که رویه قضایی بین‌المللی نقشی تعیین کننده در مسیر تبدیل شدن هنجارهای نرم و غیر الزام‌آور به قواعد الزام‌آور، تبیین و شفاف‌سازی قواعد عرفی و نیز توسعه حقوق بین‌الملل ایفا می‌کند. اصول اخلاق پزشکی نیز از این قاعده مستثنا نیستند. هرچند، رویه قضایی مرتبط با این حوزه هنوز چندان تنومند نشده است، اما مطالعه سیر تطور آن نشان می‌دهد که چگونه اصول اخلاقی برخاسته از سنت‌های حرفه‌ای پزشکی، به تدریج مسیر تبدیل شدن به قواعد الزام‌آور کیفری را طی کرده و طی می‌کنند. رویه محاکم کیفری بین‌المللی بعضاً، به صورت صریح و در مواردی هم به صورت ضمنی، چارچوب‌های مفهومی و عملی مهمی را برای «رفتار انسانی در جنگ» ارائه کرده‌اند. در این بخش، از رهگذر بررسی چند رأی شاخص نشان داده می‌شود که اصول اخلاق پزشکی علاوه بر پشتوانه معاهداتی و عرفی، مورد تصدیق رویه قضایی مرتبط نیز بوده و نقض آن‌ها می‌تواند به تحقق مسئولیت کیفری منجر شود.

۱-۴. دادگاه نورنبرگ: آغاز مسئولیت کیفری پزشکان

«دادگاه پزشکان» یکی از دادرسی‌های نظامی بین‌المللی بود که از نوامبر ۱۹۴۶ تا اوت ۱۹۴۷ در نورنبرگ، به منظور محاکمه پزشکان آلمانی برگزار شد. این دادگاه، بخشی از مجموعه محاکمات نورنبرگ علیه سران رژیم نازی به شمار می‌آید و می‌توان آن را نقطه آغاز فرآیند تبدیل «هنجارهای اخلاقی» به «قواعد حقوقی الزام‌آور» در عرصه اخلاق پزشکی دانست؛ زیرا برای نخستین بار، دادگاهی بین‌المللی صراحتاً از عباراتی همچون «تکالیف اخلاقی پزشکان» و «اخلاق پزشکی» نام برده و رفتار پزشکان را به‌عنوان جنایت جنگی و جنایت علیه بشریت، مورد رسیدگی قرار داده است.

در جریان محاکمه، «کد نورنبرگ» توسط قضات دادگاه تصویب شد که محور اصلی آن اصول اخلاق پزشکی بود.^۱ این کد که مشتمل بر ده بند است و اصول بنیادین اخلاق پزشکی از جمله رضایت آگاهانه، عدم ایراد آسیب و سودرسانی را به‌صورت هنجارهای روشن تدوین کرده است.

در روند رسیدگی، اتهاماتی همچون ارتکاب جنایت علیه بشریت، جنایات جنگی و عضویت در سازمان‌های جنایتکار علیه متهمان^۲ - شامل ۲۰ پزشک آلمانی و سه شخص غیرپزشک - مطرح شد (Bryant, 2005: 92-93). افزون بر این، چهار نفر^۳ (سه پزشک و یک غیرپزشک) نیز به دلیل «مشارکت در برنامه اتانازی» تحت تعقیب قرار گرفتند؛ لازم به توضیح است که این برنامه با هدف حذف صدها هزار نفر از سالمندان،

1. THE NUREMBERG CODE {from Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. }

۲. به‌عنوان مثال یکی از این متهمان، کارل برانت، پزشک همراه هیتلر، کمیسر بهداشت و سلامت رایش و مسئول جنگ شیمیایی در اردوگاه‌های کار اجباری آلمان بود. دکتر هوون نیز، کاپیان وافن اس اس (گاردان حفاظتی حزب نازی) بود. کورت بلوم نیز، معاون رهبر بهداشت رایش و نماینده تام‌الاختیار تحقیقات سرطان در شورای تحقیقات رایش بود.

۳. سه پزشک متهم، عبارت بودند از: دکتر برانت، دکتر هوون و دکتر بلوم - آقای براک نیز، افسر ارشد رابط با وزارت بهداشت بود، هرچند که هیچ تجربه پزشکی نداشت.

بیماران روانی، بیماران لاعلاج و کودکان معلول از طریق گاز، تزریق مواد کشنده و روش‌های مشابه انجام می‌شد، صرفاً به این دلیل که این افراد «مصرف کنندگان بی‌فایده» و «مانعی برای ماشین جنگی آلمان» قلمداد می‌شدند. برنامه در ابتدا محدود به بیماران روانی لاعلاج بود، اما به تدریج دامنه آن به یهودیان و زندانیان اردوگاه‌ها گسترش یافت و به شکل کشتار جمعی درآمد (Bryant, 2005: 92-93).

با بررسی پرونده‌های مطرح شده در این دادگاه از منظر اصول اخلاق پزشکی، می‌توان دریافت که در برنامه اتانازی نازی‌ها، قربانیان نه تنها رضایتی نسبت به انجام آزمایش‌ها نداشتند (نقض اصل رضایت آگاهانه)، بلکه اساساً از سرنوشت خود نیز بی‌اطلاع بودند و بدون اجازه یا آگاهی، به قتل می‌رسیدند. بیماران به عنوان ابزاری برای اهداف سیاسی و نظامی تلقی شدند، نه به عنوان انسان‌هایی برخوردار از حق انتخاب (نقض اصل خودمختاری). اقدام پزشکان دخیل در این برنامه دقیقاً نقطه مقابل اصل عدم ورود آسیب بود؛ زیرا در این فرآیند، نه تنها هیچ سودی برای بیماران متصور نبود، بلکه دانش پزشکی به طور سازمان‌یافته برای برنامه‌ریزی و اجرای قتل مورد استفاده قرار گرفت و پزشکان به جای درمان و مراقبت، خود به عامل مستقیم مرگ بیماران تبدیل شده و صدها هزار نفر را به طور سازمان‌یافته با گاز، تزریق مرگبار و سایر روش‌ها به قتل رساندند. افزون بر این، با حذف هدفمند گروه‌هایی خاص (نامطلوب)، تبعیض سیستماتیک و نقض اصل عدالت نیز اتفاق افتاد؛ به گونه‌ای که منابع درمانی و مراقبتی از این افراد دریغ و به نفع گروه‌های دیگر (نظیر ارتش و افراد سالم) تخصیص داده شد. در مجموع، جرائم مورد رسیدگی در این دادگاه، در تعارض کامل با اصول محوری اخلاق پزشکی قرار داشتند و احکام صادره، آغازگر تبدیل این اصول به تعهدات حقوقی الزام‌آور بود.

دادگاه نیز پس از رسیدگی به اتهامات وارده، سه نفر از متهمان اصلی (به نام‌های برانت، براک و هوون) را به ارتکاب جنایت جنگی و جنایت علیه بشریت محکوم کرد^۱ و پس از رد درخواست‌های فرجام‌خواهی، در سال ۱۹۴۸ حکم اعدام آنان اجرا شد (Bryant, 2005: 104).

۲-۴. دادگاه هادامار: استناد مستقیم به وظایف اخلاقی پزشکان

کمیسیون نظامی آمریکایی در اکتبر ۱۹۴۵، دادگاهی را برای رسیدگی به جنایات مرتبط با برنامه اتانازی در هادامار برگزار کرد. در این دادرسی، والمان و شش نفر دیگر به اتهام قتل عمد بیش از ۴۰۰ کارگر روس و لهستانی محاکمه شدند. دادگاه هادامار-که در آن دو پزشک آلمانی به نام‌های دکتر آلفرد والمان و دکتر هانس بودو گورگاس محاکمه شدند- را می‌توان نخستین گام در جهت شناسایی کرامت انسانی به‌عنوان مبنای الزام‌آور رفتار پزشکی در سطح بین‌المللی دانست^۲؛ زیرا دادگاه تصریح کرد که انجام

۱. دادگاه بر اساس بندهای ۲ و ۳ از ماده ۲ قانون شماره ۱۰ شورای کنترل متفقین، متهمان را به جنایت جنگی و جنایت علیه بشریت محکوم کرد:

بند ۲: جنایات جنگی. جنایات یا جرائم علیه افراد یا اموال که نقض قوانین یا آداب و رسوم جنگ محسوب می‌شود، از جمله اما نه محدود به قتل، بدرفتاری یا تبعید جمعیت غیرنظامی از سرزمین اشغالی برای کار برده‌داری یا به هر منظور دیگر، قتل یا بدرفتاری با اسرای جنگی یا افراد در دریا، کشتن گروگان‌ها، غارت اموال عمومی یا خصوصی، تخریب بی‌مورد شهرها، شهرستان‌ها یا روستاها، یا ویرانی که ضرورت نظامی آن را توجیه نمی‌کند.

بند ۳: جنایات علیه بشریت. فجایع و جرائم، از جمله اما نه محدود به قتل، نابودی، به بردگی گرفتن، تبعید، حبس، شکنجه، تجاوز جنسی یا سایر اعمال غیرانسانی که علیه هر جمعیت غیرنظامی انجام می‌شود، یا آزار و اذیت به دلایل سیاسی، نژادی یا مذهبی، چه ناقض قوانین داخلی کشور محل ارتکاب باشد و چه نباشد.

گفتنی است که دادگاه در پرونده فوق، بند دوم (جنایات جنگی) و بند سوم (جنایات علیه بشریت) را ادغام کرده و با آن‌ها به‌عنوان یک بند واحد، برخورد کرده است.

۲. هادامار در آلمان ابتدا به‌عنوان بیمارستان روانی و مرکز درمانی برای سربازان و اسرا فعالیت می‌کرد، اما از اواخر سال ۱۹۴۰ به یکی از مراکز اصلی اجرای برنامه‌ی اتانازی نازی‌ها تبدیل شد. تا اوت ۱۹۴۱، دست‌کم ده هزار فرد معلول ذهنی آلمانی در این مرکز با گاز کشته شدند. پس از وقفه‌ای کوتاه، از اوت ۱۹۴۲ کشتار دوباره

اقدامات پزشکی بدون «ضرورت درمانی» یا «بدون رضایت بیمار»، مصداق «قتل عمد» و «نقض کرامت انسانی» است. همچنین اشاره به عبارت «سوء رفتار حرفه‌ای پزشکان»^۱ و تکالیف اخلاقی آنان در رأی، دادگاه هادامار را در زمره محاکمی قرار می‌دهد که صراحتاً از اخلاق پزشکی نام برده است.

گورگاس از ژوئن تا اوت ۱۹۴۱ به‌عنوان دستیار پزشک ارشد در هادامار فعالیت داشت و در این مدت، حدود ۱۵ هزار غیرنظامی آلمانی کشته شدند. او وظیفه معاینه بیماران، کنترل جریان گاز، نظارت بر روند کشتار و صدور دستور سوزاندن اجساد را به عهده داشت (Mehring, 2015: 154-155). والمان نیز از اوت ۱۹۴۲ تا مارس ۱۹۴۵ به‌عنوان پزشک ارشد هادامار، پس از معاینه بیماران روانی و تشخیص «مناسب بودن» آن‌ها برای اتانازی، به پرستاران دستور تزریق دوز کشنده دارو را می‌داد (De Mildet, 1996: 97-99).

کمیسون نظامی رسیدگی کننده به پرونده در ۱۵ اکتبر ۱۹۴۵، پس از یک هفته محاکمه، همه متهمان را به جرم قتل و به علت نقض عرف‌های جنگی و حقوق بین‌الملل مجرم شناخت (Bryant, 2005: 89).

۳-۴. پرونده اردوگاه چلیچی: تأکید بر حق برخورداری از درمان زندانیان

اردوگاه چلیچی در سال ۱۹۹۲ توسط نیروهای مسلمان و کروات بوسنیایی در یک پادگان قدیمی ارتش یوگسلاوی و در نزدیکی شهر کونیچ تأسیس شد. پس از گلوله‌باران شهر توسط نیروهای صرب در ۴ مه ۱۹۹۲ و شکست مذاکرات میان طرفین، بسیاری از صرب‌ها بازداشت و در اردوگاه چلیچی نگهداری شدند. در جریان

آغاز شد؛ این بار با آوردن دارویی و ایجاد بخش‌هایی ویژه برای قتل کودکان معلول و کودکان دورگه یهودی. همچنین کارکنان هادامار، در چارچوب عملیات «۱۴ اف ۱۳»، زندانیان اردوگاه‌های کار اجباری را به قتل رساندند و در ادامه، صدها کارگر لهستانی و روسی مبتلا به سل نیز قربانی شدند.

رسیدگی به اتهامات متهمین در دادگاه کیفری یوگسلاوی سابق، چهار نفر از مسئولان و کارکنان اردوگاه^۱ به دلیل مشارکت مستقیم یا غیرمستقیم در شکنجه، قتل، رفتار غیرانسانی و ضد حقوق بشری با زندانیان و با اتهام ارتکاب جنایات جنگی و نقض فاحش کنوانسیون‌های ژنو (به‌ویژه ماده ۳) محاکمه شدند (ICTY, n.d, p5).

نکته قابل تأمل آن است که دادگاه در این پرونده بدون اشاره صریح به اصول اخلاق پزشکی، از عباراتی همچون «وظیفه ارائه مراقبت پزشکی»، «محروم‌سازی از درمان»، «رفتار غیرانسانی با بیماران» و «نقض استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی» استفاده کرده که مشخص می‌سازد که منطق و محتوای رأی، صحه گذاشتن بر اصول اخلاق پزشکی است. به بیان روشن‌تر، متهمان به خاطر رفتارهایی محکوم شدند که ماهیتاً در قلمرو اخلاق پزشکی قرار می‌گیرند.

بازداشت شدگان نه تنها از حق انتخاب و تصمیم‌گیری درباره سلامت و زندگی خود محروم بودند، بلکه حتی ابتدایی‌ترین حقوق انسانی آنان نیز نادیده گرفته شده بود.^۲ برای مثال، دادگاه در فرازی از رأی صادره بیان داشت: «هازیم دلیچ هرگاه با درخواست مراقبت و کمک پزشکی مواجه می‌شد، درخواست را رد کرده و بیان

۱. متهمان این پرونده عبارت بودند از: ۱. فرمانده اردوگاه به نام زدراوکو موسیچ که به دلیل ایجاد شرایط غیرانسانی برای زندانیان، قتل عمد، شکنجه و رفتار بی‌رحمانه و غیرانسانی، مسئول و به ۹ سال حبس محکوم شد.
۲. هازیم دلیچ ابتدا معاون و سپس فرمانده اردوگاه بود او به دلیل قتل عمد، شکنجه، ایجاد رنج شدید، محدود کردن آب و مراقبت پزشکی برای زندانیان و تجاوز جنسی به دو زندانی زن به ۱۸ سال حبس محکوم شد و ۳. ایساد لاندزو یکی از نگهبانان اردوگاه بود که به قتل عمد، شکنجه و رفتار بی‌رحمانه علیه زندانیان، از جمله آزارهای جسمی شدید و تحقیرآمیز به سال حبس ۱۵ محکوم شد. یک متهم هم نگهبان اردوگاه بود که تبرئه شد.
۲. دادگاه بیان کرد که شواهد نشان می‌دهد، چگونه بازداشت شدگان در شرایط شلوغ بازداشت، مجبور بودند بدون هیچ کمکی، جراحات و رنج‌های وحشتناک ناشی از این بدرفتاری و همچنین اجساد بازداشت شدگانی را که در اثر آزار و اذیت جان خود را از دست داده بودند، مشاهده کنند. دادگاه همچنین دریافت که بازداشت شدگان از غذای کافی، دسترسی به آب، مراقبت‌های پزشکی و امکانات خواب و توالت محروم بوده‌اند:

ČELEBIĆI CAMP”, ICTY, Case No. IT-96-21, CASE INFORMATION SHEET- p. 7

می‌داشت شما در هر صورت باید بمیرید، چه با کمک پزشکی و چه بدون کمک پزشکی» (ICTY, 2001, Para 517).

شکنجه، حبس غیرقانونی و رفتار غیرانسانی، آشکارا برخلاف احترام به خودمختاری و کرامت انسانی است. ارتکاب جرائمی چون قتل عمد، شکنجه، ضرب و جرح، تجاوز و رفتار غیرانسانی، مصداق بارز نقض اصل عدم ورود آسیب به شمار می‌آیند؛ مسئولان اردوگاه نه تنها از آسیب‌رسانی خودداری نکردند، بلکه به‌طور مستقیم در ایجاد درد و رنج جسمی و روانی زندانیان نقش داشتند. در چلیپچی، مسئولان نه برای بهبود وضعیت بازداشت‌شدگان تلاش کردند و نه مراقبت‌های پزشکی لازم را فراهم آوردند؛ بلکه با اعمال شکنجه و محرومیت از غذا و آب، سلامت و حیات آنان را به خطر انداختند. مضاف بر این، بازداشت و آزار افراد صرفاً به دلیل تعلق قومی یا مذهبی، محرومیت از حقوق اولیه و شرایط غیرانسانی، نمونه روشن تبعیض و نقض اصل عدالت است. همچنین، توزیع ناعادلانه خدمات پزشکی و رفتار تبعیض‌آمیز با زندانیان مستقیماً با اصل عدالت در تعارض است. در پرونده چلیپچی، اگرچه دادگاه کیفری یوگسلاوی سابق مستقیماً به اصول اخلاق پزشکی استناد نکرده است، اما تحلیل دادگاه به‌گونه‌ای است که اصول اخلاق پزشکی در بطن استدلال حقوقی آن حضور دارند. محروم‌سازی زندانیان از مراقبت‌های پزشکی ضروری، رفتار غیرانسانی با مجروحان، تبعیض در ارائه خدمات درمانی و قرار دادن بازداشت‌شدگان در شرایطی که سلامت آنان را به خطر می‌انداخت، همگی مصادیق روشن نقض اصول عدم ورود آسیب، سود رسانی، عدالت و خودمختاری هستند. دادگاه این اعمال را نقض فاحش ماده ۳ مشترک کنوانسیون‌های ژنو تلقی کرد (ICTY, n.d.: p 5). با استناد به حکم دادگاه در این پرونده و استخراج مفاهیم مرتبط با اصول اخلاق پزشکی از آن، می‌توان قائل بر این شد که حق برخورداری از درمان و حمایت پزشکی صرفاً یک توصیه اخلاقی نیست، بلکه تعهدی الزام‌آور در حقوق بین‌الملل بشردوستانه تلقی می‌شود.

۴-۴. محاکمه دکتر جرارد نتاکیروتیماننا و نقض سیستماتیک اصول اخلاق پزشکی

دکتر ژرارد نتاکیروتیماننا، پزشک و عضو هیئت علمی مرکز بهداشت عمومی در دانشگاه، توسط دادگاه بین المللی کیفری برای رواندا در سال ۱۹۹۴ به اتهامات متعددی مرتبط با نسل کشی محکوم شد. وی که در بیمارستان «اس دی ای» در مجتمع موگونرو مشغول به کار بود، با سوءاستفاده از موقعیت شغلی خود به عنوان پزشک، نقش مستقیمی در کشتار قوم توتسی ایفا کرد. وی در آوریل ۱۹۹۴ با جدا کردن بیماران توتسی از غیر توتسی ها بر اساس پرونده های پزشکی و محبوس کردن آنان در زیرزمین بیمارستان، زمینه سازی حمله به آنجا را انجام داد (ICTR, 2003, p 37-38). همچنین با قطع خدمات عمومی مانند، آب و برق از مجتمع، پناهندگان را در شرایط بحرانی رها کرد (ICTR, 2003, p 54) و مستقیماً در تهیه مهمات برای حمله به مجتمع و نیز در حملات مسلحانه به پناهندگان توتسی در «تپه گیت» و «مدرسه موباگا» مشارکت داشت و به سوی آنان شلیک کرد (ICTR, 2004, para 31).

دادگاه بدوی، وی را به اتهامات قتل (به عنوان جنایت علیه بشریت)، هم دستی و توطئه در نسل کشی، ریشه کنی و نقض فاحش کنوانسیون های ژنو محکوم و مجازات ۲۵ سال حبس را برای او مقرر کرد و دادگاه تجدیدنظر نیز این حکم را تأیید کرد (ICTR, 2003, Paras 922-924).

نکته مهم در رأی این است که دادگاه صراحتاً پزشک بودن متهم را نه تنها عامل تخفیف مجازات ندانسته، بلکه از آن به عنوان عامل مشدده مجازات یاد می کند. با این استدلال که «او به جای نجات جان انسان ها، به قتل آنان اقدام و اعتماد عمومی نسبت به حرفه پزشکی را نقض کرده است» (ICTR, 2003, Para 910).

پرونده دکتر ژرارد نتاکیروتیماننا از جهات متعدد، نمونه ای شاخص و هشدار دهنده از «سقوط اخلاق حرفه ای پزشکی» محسوب می شود. اقدامات وی نه تنها جنایت علیه بشریت، بلکه خیانت آشکار به اساس حرفه پزشکی بود. دادگاه با در نظرگیری موقعیت او به عنوان یک پزشک، تصریح کرد که وی به جای نجات جان انسان ها، عامل اصلی

سلب حیات از آنان شده و از این رو، سوءاستفاده از اعتماد عمومی به عنوان یک عامل مشدده مجازات در نظر گرفته شد؛ بدین توضیح که اولاً، ژرارد با شرکت مستقیم در قتل، جداسازی قربانیان و قطع خدمات حیاتی مانند آب و برق از بیمارستان، به طور کامل اصل عدم آسیب را زیر پا گذاشت و به عاملی برای ایجاد آسیب جانی و رنج شدید به افراد تبدیل شد. ثانیاً، تبعیض نژادی سیستماتیک، هسته مرکزی تمام اقدامات وی را تشکیل می‌داده؛ او با استفاده از اطلاعات محرمانه پرونده‌های پزشکی برای شناسایی و جداسازی بیماران و پناهندگان توتسی، اصل برابری و انصاف در ارائه خدمات پزشکی را به نحو بی‌سابقه‌ای نقض کرد. این اقدام، تحقق عینی بی‌عدالتی به شمار می‌رود. ثالثاً، جرارد با سلب امکان انتخاب و تصمیم‌گیری از بیماران و پناهندگان و محروم کردن آنان از حق اساسی حیات، اصل خودمختاری آن‌ها را به کلی نادیده گرفته و قربانیان را از ابتدایی‌ترین حق خود، یعنی «حق حیات»، محروم کرده است. رابعاً، پزشک موظف است که به دنبال نفع بیمار باشد، لیکن دکتر نتاکیروتیماننا با عملکرد خود، این اصل را به ضد خود تبدیل کرد؛ زیرا تمام اقداماتش در جهت حذف فیزیکی همان افرادی بود که سوگند خرده بود از آنان محافظت کند و این نماد آشکار نقض اصل سودرسانی است.

رای دادگاه در این پرونده، حامل پیامی فراتر از مجازات یک فرد بود؛ اینکه اصول اخلاق پزشکی، صرفاً توصیه‌هایی اختیاری یا محدود به حوزه انضباطی و صنفی نیستند، بلکه دارای ماهیتی جهان‌شمول و ضمانت اجرای کیفری بین‌المللی هستند. هنگامی که یک پزشک، سوگندنامه خود را زیر پا می‌گذارد و به ابزاری برای جنایت تبدیل می‌شود، «سیستم عدالت بین‌المللی» می‌تواند و باید او را به کیفر برساند.

۴-۵. پرونده دکتر میلومیر استاکیچ و استفاده ابزاری از قدرت و صلاحیت پزشکی

در ارتکاب جنایت

پرونده دکتر میلومیر استاکیچ یکی از نمونه‌های مهم در حقوق بین‌الملل کیفری است که در آن، پزشک بودن متهم، به‌عنوان عامل مشدده در تعیین مجازات تلقی شده است. استاکیچ که سال‌ها در مراکز درمانی مختلف فعالیت حرفه‌ای داشته است، نه تنها به وظیفه ذاتی خود مبنی بر درمان، حمایت و پاسداری از سلامت انسان‌ها عمل نکرد، بلکه برعکس، از موقعیت حرفه‌ای‌اش در راستای تسهیل جنایات گسترده علیه غیرنظامیان استفاده کرد. استاکیچ در نقض آشکار اصول اخلاق پزشکی، در کمپین پاک‌سازی قومی مسلمانان و کروات‌های بوسنیایی در شهرداری پریدور مشارکت فعال داشت. او در جایگاه پزشک دستور تبعید حدود ۲۰ هزار غیر صرب را صادر کرد و در ایجاد و اداره اردوگاه‌های اومارسکا، کراترم و ترنوپولیه نقش داشت؛ اردوگاه‌هایی که در آن بازداشت شدگان روزانه تحت شکنجه، ضرب و جرح و سوء رفتارهای شدید قرار می‌گرفتند (ICTY, 2003, p 259). از منظر اخلاق پزشکی، مشارکت آگاهانه یک پزشک در چنین فرایندی، نقض کامل سوگند حرفه‌ای است.

دادگاه تصریح کرد که استاکیچ در قتل بیش از ۱۵۰۰ نفر، از جمله ۱۲۰ نفر در اردوگاه کراترم (۵ اوت ۱۹۹۲) و حدود ۲۰۰ نفر در کوریچانسکه استیجنه (۲۱ اوت ۱۹۹۲) نقش مستقیم و تعیین‌کننده داشته است (ICTY: n.d, p 1). نقش یک پزشک در انسجام‌بخشی ساختارهای اداری و امنیتی - در ظاهر برای حفظ سلامت مردم - می‌تواند تبدیل به ابزاری مؤثر برای تسهیل جنایات شود. دادگاه با ارجاع به پرونده دکتر ژرارد نکاتیریتیماننا در دادگاه رواندا، همان رویکرد را اتخاذ کرده و تصریح می‌کند که: «پزشک بودن متهم نه تنها مسئولیت اخلاقی و حرفه‌ای را سنگین‌تر می‌کند، بلکه بی‌اعتنایی به این مسئولیت، ماهیت جنایات ارتكابی را شدیدتر می‌سازد» (ICTY, 2003, Para 915).

پرونده استاکیچ تأکیدی است بر اینکه پزشکان در مقام سیاسی، اداری یا درمانی، موظف‌اند بی‌طرفی پزشکی و تعهد به حفظ جان انسان را رعایت کنند و استفاده از جایگاه پزشکی برای آسیب رساندن، نقض بنیادی‌ترین اصول اخلاق پزشکی بوده و پیامدهای حقوقی سنگینی دارد.

فرجام سخن

یافته‌های پژوهش به‌وضوح نشان می‌دهد اصول اخلاق پزشکی، پا را از حیطه توصیه‌های اخلاقی اختیاری فراتر نهاده و به‌مثابه هنجارهایی الزام‌آور در نظام حقوق بین‌الملل بشردوستانه تثبیت شده‌اند. مطابق آنچه در مقاله سعی در نشان دادن آن داشتیم، فرآیند تحول از «اخلاق» به «حقوق» از سه مسیر اصلی قابل‌ردیابی است؛ نخست، تبلور در اسناد حقوقی؛ بررسی کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو و پروتکل‌های الحاقی آن نشان می‌دهد که این اصول، هم به‌صورت صریح (مانند منع آزمایش‌های پزشکی غیرضروری و الزام به درمان بدون تبعیض) و هم به‌صورت ضمنی (مانند تأکید بر رفتار انسانی و احترام) در متن قواعد الزام‌آور بین‌المللی جای گرفته‌اند. دوم، تکمیل و تقویت توسط اسناد نرم؛ اسناد غیر الزام‌آوری مانند «اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی در درگیری‌های مسلحانه» (۲۰۱۵) و «راهنمای کمیته بین‌المللی صلیب سرخ» (۲۰۲۰)، با ایجاد یک اجماع حرفه‌ای و ارائه تفسیرهای روشنگر، به تثبیت و ارتقای این استانداردها در رویه‌های ملی و آموزش‌های نظامی کمک شایانی کرده‌اند. سوم، ضمانت اجرای کیفری از رهگذر رویه قضایی؛ تحلیل آرای محاکم بین‌المللی، از دادگاه نورنبرگ تا دادگاه‌های یوگسلاوی سابق و رواندا، گواهی قطعی بر این مدعاست که نقض فاحش اصول اخلاق پزشکی می‌تواند مستوجب مسئولیت کیفری بین‌المللی برای مرتکبان، اعم از پزشکان و فرماندهان نظامی، باشد. رویه قضایی نه‌تنها این اصول را به رسمیت شناخته، بلکه در پرونده‌هایی مانند نتاکپروتیماننا و استاکیچ، موقعیت حرفه‌ای پزشک را به‌عنوان عاملی مشدده در تعیین مجازات قلمداد کرده است.

افزون بر این، پژوهش نشان داد که اگرچه ساختار اخلاق پزشکی و حقوق بشردوستانه از دو حوزه متفاوت برآمده، اما در سطح غایی، هر دو به یک خاستگاه مشترک یعنی پاسداشت کرامت انسانی و کاستن از آلام انسان‌ها در سخت‌ترین شرایط وفادارند که ماهیت دو حوزه را به یکدیگر پیوند می‌دهد. بررسی تطبیقی انجام شده آشکار ساخت که عدم تبعیض در ارائه خدمات درمانی، ممنوعیت بهره‌کشی و اجبار بیماران، ضرورت حفظ محرمانگی اطلاعات پزشکی و ممنوعیت هرگونه آزمایش یا مداخله آسیب‌زا بدون رضایت، همگی در هر دو نظام به‌عنوان خطوط قرمز غیرقابل عدول پذیرفته شده‌اند. به‌طور مشخص، اصل انسانیت در قالب اصول سودرسانی و عدم ورود آسیب، اصل بی‌طرفی و عدم تبعیض در قالب اصل عدالت و اصل استقلال به‌عنوان بستر ضروری برای تحقق خودمختاری بیمار و تصمیم‌گیری حرفه‌ای پزشک متجلی شده‌اند. در پایان، می‌توان نتیجه گرفت که اصول اخلاق پزشکی، امروزه به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از چارچوب هنجاری حاکم بر رفتار طرفین درگیری و به‌ویژه کارکنان پزشکی در مخاصمات مسلحانه شناخته می‌شود. رعایت این اصول، نه یک انتخاب که یک «الزام حقوقی» است.

تعارض منافع: این مقاله مشمول هیچ‌گونه تعارض منافع نیست.

اصول اخلاقی: نویسندگان مقاله، تمام مسائل اخلاق در پژوهش را که شامل پرهیز از سرقت ادبی، انتشار و یا ارسال بیش از یک‌بار مقاله، تکرار پژوهش‌های دیگران، داده‌سازی یا جعل داده‌ها، منبع‌سازی و جعل منابع، رضایت ناآگاهانه سوژه یا پژوهش‌شوندگان است، رعایت کرده‌اند. تالیف این مقاله به هوش مصنوعی داده نشده است.

منابع

اسمعیلی، کتابون و غفاری، پرویز (۱۳۸۳). *ملاحظات قانونی و اخلاقی در مدیریت خدمات بهداشتی*، کرمانشاه: انتشارات طاق‌بستان.

بلیک، ژانت و مقصدی، خدیجه (۱۴۰۴). ارزیابی تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، تأمین اجتماعی و استفاده از اماکن عمومی افراد کوتاه‌قامت، *مطالعات حقوقی*، ۱۷(۲)، ۴۵۱-۴۹۸.

Doi: 10.22099/jls.2024.50527.5171

حاجی ملا، هیوا و سیفی، سید جمال (۱۳۹۸). رهیافت‌های حاکم بر دادرسی پذیری حق بر سلامت در نظام‌های منطقه‌ای حقوق بشر، *مطالعات حقوقی*، ۱۱(۴)، ۱۶۵-۱۹۴

Doi: 10.22099/jls.2020.31526.3170

گودرزی، فرامرز و کیانی، مهرزاد (۱۳۸۴). پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق، تهران، انتشارات سمت.

رحمانی، المیرا و محمدی، عقیل (۱۴۰۴). نقش سلامتی در ایجاد صلح در مراحل مخاصمه مسلحانه با اشاره به عملکرد سازمان جهانی بهداشت، *مطالعات حقوقی*، ۱۷(۱)، ۲۷۳-۳۱۲.

Doi: 10.22099/jls.2025.46564.4892

نظری توکلی، سعید و منتظری، مریم (۱۳۹۲). عدالت؛ مطالعه تطبیقی میان اصول اخلاق پزشکی و آموزه‌های اخلاق اسلامی، *مجله اخلاق زیستی*، ۳(۹)، ۳۰-۱۱.

نظری، حسن آقا (۱۳۸۳). عدالت اقتصادی از نظر افلاطون، ارسطو و اسلام، *مجله اقتصاد اسلامی*، ۴(۱۴)، ۶۵-۸۱.

References

- Baccino-Astrada, A. (1982). *Manuel des droits et devoirs du personnel sanitaire lors des conflits armés [Manual of the rights and duties of health personnel in armed conflicts]*, Genève: La Croix-Rouge.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics*, United Kingdom: Oxford University Press.
- Blake, J., & Moqaddasi, Kh. (1404). Evaluation of government commitments regarding the right to health, social security, and the use of public facilities for short-statured individuals, *Journal of Legal Studies*, 17(2), 451-498. DOI: <https://doi.org/10.22099/jls.2024.50527.5171>
- Bryant, M. S. (2005). *Confronting the "good death": Nazi euthanasia on trial, 1945-1953*, Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Esmaili, K., & Ghaffari, P. (2004). *Legal and ethical considerations in health service management*, Kermanshah: Taq Bostan Publications. [In Persian]
- Foster, C., & Miola, J. (2015). Who's in charge? The relationship between medical law, medical ethics, and medical morality? *Medical Law Review*, 23(4), 505-530. DOI: 10.1093/medlaw/fwv004.
- Goodarzi, F., & Kiani, M. (2005). *Forensic medicine for law students*, Tehran: SAMT Publications. [In Persian]
- Haji Mola, H., & Seifi, S. J. (2019). Approaches governing the justiciability of the right to health in regional human rights systems, *Journal of Legal*

- Studies, 11(4), 165–194. DOI: <https://doi.org/10.22099/jls.2020.31526.3170>. [In Persian]
- Haug, H. (1993). *Humanity for all: The International Red Cross and Red Crescent Movement*, Berne (Switzerland): Paul Haupt Publishers.
- Kant, I. (1785). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* [Groundwork of the Metaphysics of Morals] (C. Horn, C. Mieth, & N. Scarano, Commentary), Berlin: Suhrkamp.
- McCoubrey, H. (1998). *International humanitarian law: Modern developments in the limitation of warfare* (2nd ed.), Dartmouth: Ashgate.
- Marshall, M. C., & Miron, M. (2021). *Medical ethics for the military profession*, Revista Científica General José María Córdova, 19(36), 851–866. DOI: 10.21830/19006586.814.
- Mehring, S. (2015). *First do no harm: Medical ethics in international humanitarian law*, Leiden, Boston: Brill Nijhoff.
- Nathanson, V. (2013). Medical ethics in peacetime and wartime: The case for a better understanding, *International Review of the Red Cross*, 95(889), 189–213. DOI: 10.1017/S1816383113000775.
- Nazari, H. (2004). Economic justice from the perspective of Plato, Aristotle, and Islam, *Islamic Economics Journal*, 4(14), 65–81. [In Persian]
- Nazari Tavakoli, S., & Montazeri, M. (2013). Justice: A comparative study between principles of medical ethics and Islamic ethical teachings, *Journal of Medical Ethics*, 3(9), 11–30. [In Persian]
- Oboirien, K. M., & Oge, O. (2023). Medical ethics in international humanitarian law: Contemplating the risks and protection of medical personnel in armed conflict, Available at SSRN: https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID4389218_code4148774.pdf?abstractid=4389218&mirid=1. [Accessed 2025/11/19]
- Percival, T. (1803). *Medical ethics; or, a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*, London: University of Leeds.
- Pictet, J. (1952). *La Convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne* [The Geneva Convention for the amelioration of the condition of the wounded and sick in armed forces in the field], Genève: Comité international de la Croix-Rouge.
- Pictet, J. (1952). *Les principes fondamentaux de la Croix-Rouge: Commentaire* [The fundamental principles of the Red Cross: Commentary], Genève: International Committee of the Red Cross,
- Rahmani, E., & Mohammadi, A. (2025). The role of health in establishing peace during armed conflict stages with reference to the World Health

- Organization's performance, *Journal of Legal Studies*, 17(1), 273–312. DOI: <https://doi.org/10.22099/jls.2025.46564.4892>. [In Persian]
- Sandoz, Y. (2004). *International humanitarian law in the twenty-first century*, *Yearbook of International Humanitarian Law*, The Hague: Asser Press.
- Thürer, D. (2007). Dunant's pyramid: Thoughts on the humanitarian space, *International Review of the Red Cross*, 89(865), 47–61. DOI: 10.1017/S1816383113000775.
- Torrelli, M. (1984). *La protection du médecin dans les conflits armés [The protection of the doctor in armed conflicts]*, dans C. Swinarski (Ed.), *Studies and essays on international humanitarian law and Red Cross principles in honour of Jean Pictet*, Leiden, Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers.
- Uhler, O. M., & Coursier, H. (1958). *Commentary to the Geneva Convention relative to the protection of civilian persons in time of war*, Geneva: International Committee of the Red Cross.
- Varkey, B. (2020). Principles of clinical ethics and their application to practice, *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. DOI: 10.1159/000509119.
- Young, M., & Wagner, A. (2023). *Medical ethics*, Treasure Island (Florida): StatPearls Publishing.

Cases and Materials

- ICTR, Prosecutor v. Elizaphan and Gérard Ntakirutimana. (2004). Appeals Chamber Judgment of 13 December 2004.
- ICTR, The Prosecutor v. Elizaphan and Gérard Ntakirutimana (2003). Trial Chamber Judgment of February 2003.
- ICTY, Prosecutor v. Stakić (n.d.). Case Information Sheet, The Hague: International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia.
- ICTY, Prosecutor v. Stakić (2003). Judgment of 31 July 2003.
- ICTY, The Prosecutor v. Zejnil Delalić, Zdravko Mucić, Hazim Delić, Esad Landžo (n.d.). Case Information Sheet, The Hague: International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia.
- ICTY, The Prosecutor v. Zejnil Delalić, Zdravko Mucić, Hazim Delić, Esad Landžo (2001). Judgment of 20 February 2001.

Documents

- Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies. (2015). Geneva, 2015.
- ICTR Statute. (1994). Statute of the International Criminal Tribunal for Rwanda. New York, 8 November 1994.



ICTY Statute. (1993). Statute of the International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia. New York, 25 May 1993.

Protection of Health Care – Guidance for the Armed Forces. (2020). Geneva, 2020.

The Geneva Conventions of 12 August 1949 and Additional Protocols. (1977). Geneva, 1977.

The Nuremberg Code. (1947). From: Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. Nuremberg, October 1946–April 1949. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949–1953.