

Review

Medical Neutrality in Armed Conflicts: Challenges and Requirements for Health Service Delivery

Zahra Ameri^{1*}, Ahmad Khosravi²

1. Assistant Professor, Department of Law, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Law, Faculty of Literature and Humanities, University of Birjand, Birjand, Iran.

*Corresponding Author: E-mail: z.ameri@ub.ac.ir

(Received 22 november 2025 Accepted 22 march 2026)

Abstract

Background and Objective: Medical neutrality plays a fundamental role in ensuring the safe and fair delivery of health services in situations of armed conflict. Adherence to this principle is not only the responsibility of governments and armed forces, but also a professional responsibility for health service providers. This study aimed to explain the concept of medical impartiality and its examples, as well as to raise awareness among decision-makers, policymakers and healthcare professionals about the ethical and functional requirements of providing medical services in situations of conflict.

Methods: This research is a qualitative analytical study that uses documentary analysis to examine the principles and regulations related to medical neutrality within the framework of international humanitarian law, medical ethics documents, and related procedures.

Results: The findings showed that medical neutrality in armed conflicts faces two main challenges: insufficient awareness and training for governments, armed forces, and health care providers, and the lack or absence of a comprehensive legal framework for protecting medical services in wartime.

Conclusion: Strengthening medical neutrality requires the implementation of continuous training programs, the development of clear national guidelines, and the effective enforcement of laws to protect health services in armed conflicts. At the international level, a more precise clarification of the limits of responsibility and jurisdiction of international criminal authorities and the use of non-judicial and political mechanisms can play an effective role in protecting health services.

Keywords: *Armed conflicts, Clinical practice, Healthcare providers, Medical neutrality, Medical ethics*

ClinExc 2025;15(28-38) (Persian).

بی‌طرفی پزشکی در مخاصمات مسلحانه؛ چالش‌ها و الزامات ارائه خدمات سلامت

زهرا عامری^{۱*}، احمد خسروی^۲

چکیده

مقدمه: بی‌طرفی پزشکی در تضمین ارائه ایمن و عادلانه خدمات سلامت در شرایط مخاصمات مسلحانه، نقشی اساسی دارد. رعایت این اصل نه تنها بر عهده دولت‌ها و نیروهای مسلح، بلکه مسئولیتی حرفه‌ای برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف تبیین مفهوم بی‌طرفی پزشکی و مصادیق آن و نیز ارتقای آگاهی تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران و کادر درمان از الزامات اخلاقی و عملکردی ارائه خدمات پزشکی در شرایط مخاصمه انجام شده است. روش کار: این پژوهش نوعی مطالعه کیفی تحلیلی است که با بهره‌گیری از روش تحلیل اسنادی، اصول و مقررات مرتبط با بی‌طرفی پزشکی را در چهارچوب حقوق بشردوستانه بین‌المللی، اسناد اخلاق پزشکی و رویه‌های مرتبط بررسی کرده است. یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که بی‌طرفی پزشکی در مخاصمات مسلحانه با دو چالش اصلی مواجه است. نخست، ناکافی بودن سطح آگاهی و آموزش دولت‌ها، نیروهای مسلح و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از الزامات اخلاقی و حقوقی مرتبط با بی‌طرفی پزشکی؛ دوم، نقص یا فقدان نظام قانونی جامع و کارآمد برای حمایت مؤثر از خدمات پزشکی در شرایط جنگی. نتیجه‌گیری: تقویت بی‌طرفی پزشکی مستلزم اجرای برنامه‌های آموزشی مستمر، تدوین دستورالعمل‌های جامع ملی روشن و اجرای مؤثر قوانین برای حمایت از خدمات سلامت در مخاصمات مسلحانه است. در سطح بین‌المللی نیز تبیین دقیق‌تر حدود مسئولیت و صلاحیت مراجع کیفری بین‌المللی و بهره‌گیری از سازوکارهای غیرقضایی و سیاسی، می‌تواند در حفاظت از خدمات سلامت نقش مؤثری ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: بی‌طرفی پزشکی، اخلاق پزشکی، مخاصمات مسلحانه، عملکرد بالینی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.

۱. استادیار، گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

*نویسنده مسئول: خراسان شمالی، بجنورد، دانشگاه بجنورد، دانشکده علوم انسانی، گروه حقوق

Email: z.ameri@ub.ac.i

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۰۷

مقدمه

بی‌طرفی پزشکی در زمان جنگ یک مفهوم کلیدی اخلاق پزشکی است که می‌توان آن را با مبانی عقلانیت اخلاقی، مانند اصل کرامت و حیثیت انسان و مفهوم انسان استعلایی، توجیه کرد (۱). این مفهوم نه تنها از منظر فلسفی و اخلاقی، بلکه به‌عنوان هنجار الزام‌آور حقوقی نیز در نظام حقوق بین‌الملل بشردوستانه تثبیت شده و در مفاد حقوق بین‌الملل، حقوق بشر و قوانین و رویه‌های مختلف در سطوح ملی و بین‌المللی نیز منعکس شده است. این اسناد با تکیه بر اصول بی‌طرفی، انسانیت، تناسب و تمایز، چهارچوب حقوقی جامعی را برای محدود کردن آثار مخاصمات مسلحانه فراهم کرده‌اند (۲).

از منظر نظری، بی‌طرفی در زمان جنگ به معنای سیاست‌زدایی از طبابت است که در فرایندهایی تجلی می‌یابد که از طریق آن‌ها موضوعات حیطة پزشکی به‌عنوان غیرسیاسی قاب‌بندی می‌شوند (۳) و منطقه‌ای از طبابت بالینی را متمایز می‌کند که در آن بیماران بی‌طرفانه درمان می‌شوند و کارکنان پزشکی از الزامات سیاست و درگیری در امان هستند (۴). اهمیت این اصل از آن‌رو دوچندان می‌شود که در وضعیت‌های جنگی، نظام سلامت بیش از هر زمان دیگری در معرض تهدید، فشار سیاسی، مداخله نظامی و نقض‌های مکرر قرار می‌گیرد و در نتیجه، امکان ارائه خدمات پزشکی ایمن، بی‌طرفانه و مبتنی بر نیاز درمانی با چالش‌های جدی روبه‌رو می‌شود.

از نظر حقوقی، این مفهوم پس از نبرد سولفرینو به‌صورت نهادی حقوقی مطرح شد. پیامدهای ناگوار این نبرد الهام‌بخش تصویب اولین کنوانسیون ژنو ۱۸۶۴، یعنی کنوانسیون بهبود وضعیت مجروحان و بیماران نیروهای مسلح در میدان نبرد شد. این کنوانسیون مقرراتی را به‌منظور محافظت از رزمندگان زخمی و بیمار، بدون هیچ‌گونه تمایزی، ایجاد کرد و بی‌طرفی پزشکی را عینیت بخشید (۵). پس از جنگ جهانی دوم، نظام حقوق بین‌الملل بشردوستانه در قالب چهار

کنوانسیون ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی آن در سال ۱۹۷۷ گسترش یافته است و اسناد اصلی حقوق بین‌الملل بشردوستانه به شمار می‌آیند (۶). در این چهارچوب، بی‌طرفی پزشکی به‌عنوان یکی از الزامات بنیادین حفاظت از غیرنظامیان و کارکنان بهداشتی تثبیت شد و هرگونه نقض آن، به‌دلیل پیامدهای مستقیم بر جان بیماران و پرسنل بهداشتی، جنایت جنگی تلقی شد (۷). افزون بر تعهدات قراردادی، استمرار رویه دولت‌ها در احترام به این اصل، موجب آن شده است که بی‌طرفی پزشکی جایگاه عرفی و الزام‌آور در حقوق بین‌الملل پیدا کند (۸).

باوجود این توسعه نظری و نهادی، تجربه معاصر نشان می‌دهد که پیوند میان هنجار و عمل در این زمینه شکننده است. باوجود تلاش‌های گسترده بین‌المللی در عرصه مقررات‌گذاری، موارد متعددی از نقض این اصل مشاهده می‌شود. از دهه ۱۹۷۰، زمانی که تأسیسات و جان انسان‌ها در موزامبیک نابود شد، تا دهه ۱۹۹۰ در چچن، تایلند و السالوادور که اقدامات مشابهی انجام شد و تخریب تأسیسات بهداشتی در سوریه، عراق، افغانستان، سودان جنوبی، یمن (۹) و غزه و اخیراً حمله به بیمارستانی در ایران در جریان جنگ دوازده‌روزه میان ایران و اسرائیل، به مسئله‌ای تکراری تبدیل شده است. این فاصله محسوس میان شناسایی هنجاری و تحقق عملی بی‌طرفی پزشکی ضرورت بازاندیشی نظری و تحلیل حقوقی مجدد این مفهوم را آشکار می‌کند و این پرسشی اساسی را پیش می‌کشد که چرا باوجود پذیرش جهانی اصل بی‌طرفی پزشکی، اجرای آن با چالش‌های جدی مواجه است. در چنین شرایطی، ضرورت انجام پژوهش‌های میان‌رشته‌ای با رویکرد حقوق پزشکی، که بتواند از یک‌سو، چهارچوب مفهومی و مبانی حقوقی بی‌طرفی پزشکی را تبیین کند و از سوی دیگر، چالش‌های عملی و تعارضات احتمالی آن را با الزامات امنیتی، سیاسی و نظامی آشکار کند، بیش از پیش احساس می‌شود.

فقدان تبیین روشن و منسجم از مصادیق بی‌طرفی

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر بر مبنای تحلیل متون حقوقی، اسناد بین‌المللی و منابع اخلاق پزشکی در دو محور اصلی قابل گزارش است. نخست بیان مصادیق بی‌طرفی پزشکی و دوم چالش‌هایی که تحقق این مصادیق را برای کارکنان حوزه سلامت با مانع مواجه می‌کند.

۱. مصادیق بی‌طرفی پزشکی در مفاصمات مسلحانه

بررسی اسناد و منابع نشان می‌دهد که تجلی بی‌طرفی پزشکی صرفاً مفهومی نظری نیست، بلکه در مصادیقی چون رفتار غیر تبعیض‌آمیز با بیماران، خودداری از مشارکت در خشونت، احترام به مصونیت پزشکان و رعایت محدودیت‌های حقوقی در استفاده از نمادها و تجهیزات پزشکی نمود می‌یابد.

۱.۱. رفتار غیر تبعیض‌آمیز با بیماران و مجروحان

در این معنا باید با همه افراد (بیماران و مجروحان)، صرف نظر از وابستگی آن‌ها به یک طرف متخاصم، به صورت انسانی رفتار شود و این افراد مراقبت‌های پزشکی لازم را بدون هیچ‌گونه تمایزی براساس عواملی مانند نژاد، مذهب یا عقیده سیاسی دریافت کنند (۱۰). تنها تمایزات بالینی از جمله نیاز بیمار و توانایی او برای بهره‌مندی از هرگونه مداخله مهم هستند (۱۱). چهارچوب‌های قانونی اساس محکمی برای حمایت از بیماران و مجروحان در طول درگیری‌های مسلحانه فراهم می‌کنند. در مجموعه کد بین‌المللی اخلاق پزشکی، که به تصویب انجمن جهانی پزشکان رسیده، پزشک به ارائه خدمات پزشکی شایسته در استقلال کامل فنی و اخلاقی با شفقت و احترام به کرامت انسانی متعهد است و باید مراقبت‌های اورژانسی را به‌عنوان وظیفه بشردوستانه ارائه دهد و همیشه تعهد به احترام به زندگی انسان‌ها را در نظر داشته باشد، به گونه‌ای که اگر پزشکان در انجام وظیفه حرفه‌ای خود وفاداری‌های متناقضی داشته باشند، تعهد اصلی آن‌ها به بیمارانشان است. در شرایط خاص، امتناع از درمان پزشکی می‌تواند رفتار ظالمانه یا غیرانسانی، هتک حرمت

پزشکی و حدود و ثغور آن در عمل می‌تواند به برداشت‌های نادرست، اعمال سلیقه‌ای و در نهایت تضعیف حمایت حقوقی از بیماران و کادر درمان بینجامد. از این منظر، پرداختن به این موضوع نه تنها از حیث نظری و توسعه ادبیات حقوق پزشکی اهمیت دارد، بلکه برای ارتقای آگاهی تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران سلامت، مدیران بحران و نیز ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی در شرایط مفاصمات واجد کارکردی عملی و کاربردی است. از این رو، پژوهش حاضر با رویکرد توصیفی - تحلیلی و بر پایه گردآوری داده‌ها از منابع کتابخانه‌ای، اسناد بین‌المللی و متون حقوقی به این موضوع می‌پردازد. هدف اصلی این مقاله تبیین مصادیق بی‌طرفی پزشکی و تحلیل چالش‌های عملی اجرای این اصل برای کارکنان بخش سلامت است، تا در نهایت مسیریابی برای تقویت و نهادینه‌سازی این مفهوم در سطح ملی و بین‌المللی پیشنهاد شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه کیفی با رویکرد توصیفی - تحلیلی و مبتنی بر تحلیل اسنادی است. در این مطالعه به منظور تبیین مفهوم، مبانی و الزامات بی‌طرفی پزشکی در مفاصمات مسلحانه، اسناد و منابع معتبر حقوقی بررسی شده است. منابع استفاده شده شامل کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹، اسناد مرتبط حقوق بین‌الملل بشردوستانه، متون و دستورالعمل‌های اخلاق پزشکی، مقالات علمی و آثار پژوهشی معتبر در حوزه حقوق پزشکی و حقوق بشردوستانه است. گردآوری داده‌ها از طریق مطالعه کتابخانه‌ای و جست‌وجوی هدفمند در منابع علمی و حقوقی فارسی و انگلیسی، براساس کلیدواژه‌هایی از قبیل بی‌طرفی پزشکی، حقوق بشردوستانه بین‌المللی و حمله به مراکز درمانی انجام شد. سپس داده‌های استخراج شده با بهره‌گیری از روش تحلیل حقوقی و رویکرد توصیفی - تحلیلی بررسی شد.

نقلیه پزشکی یا نمادهای پزشکی برای اهداف نظامی

نشان‌های پزشکی چون صلیب سرخ و هلال احمر و همچنین مراکز، پرسنل و وسایل نقلیه پزشکی در طول درگیری‌های مسلحانه محافظت می‌شوند. با این حال، این محافظت منوط به استفاده انحصاری از آن‌ها برای اهداف بشردوستانه است و در صورت نقض، فقط پس از دریافت هشدار با تعیین یک بازه زمانی معقول و پس از بی‌توجهی به هشدار، به این اهداف حمله می‌شود. الزام هشدار قبل از حمله به منظور ارزیابی نیت ذهنی عمل مضر برای دشمن است (۱۴). سوءاستفاده عمدی از مراکز درمانی، مانند استفاده به‌عنوان دژ نظامی یا پنهان کردن تجهیزات نظامی در داخل آن‌ها، وضعیت حفاظت شده آن‌ها را ضعیف می‌کند و بیماران و کادر پزشکی را به خطر می‌اندازد. در دسامبر ۲۰۱۶، در طول نبرد موصل، نیروهای امنیتی عراق یک لشکر زرهی را به بیمارستان السلام در شرق موصل اعزام کردند؛ زیرا داعش از آن به‌عنوان مرکز ثقل تاکتیکی خود استفاده می‌کرد (۱۵). پیامد عملی این چنین سوءاستفاده‌هایی آن است که نه تنها بیماران و کادر پزشکی را در معرض خطر مستقیم حمله قرار می‌دهد، بلکه اعتبار و مشروعیت جهانی کل سیستم امدادرسانی پزشکی را در آن منطقه به کلی تضعیف می‌کند. بنابراین، این اصل، مکانیسمی برای تفکیک واضح میان قلمرو درمان و قلمرو جنگ است. نقض آن، پزشکان را به عاملیت در نبرد می‌کشاند و در نتیجه، آن‌ها را از زمره محافظت‌شدگان خارج می‌کند.

۱.۴. مصونیت پزشکان از تعقیب، توقیف و مجازات

پرسنل پزشکی باید محافظت شوند تا بتوانند وظیفه خود را برای جست‌وجو، جمع‌آوری و مراقبت از مجروحان و بیماران انجام دهند. مجازات شخص به‌دلیل انجام وظایف پزشکی مطابق با اخلاق پزشکی یا مجبور کردن شخصی که در فعالیت‌های پزشکی مشغول است به انجام اعمال مغایر با اخلاق پزشکی، ممنوع است. چنان‌که کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی آن‌ها تصریح می‌کنند که هیچ شخصی را نمی‌توان

کرامت انسانی یا حتی در صورت احراز معیارهای لازم، شکنجه محسوب شود (۱۲). تعهد پزشک به چنین رفتاری در واقع نوعی تعهد فراملی را بر فرد تحمیل می‌کند که در تعارض بالقوه با هویت ملی پزشک یا انتظارات فرماندهان نظامی قرار می‌گیرد. این تضاد نشان می‌دهد که پایبندی به بی‌طرفی صرفاً یک انتخاب حرفه‌ای نیست، بلکه نقطه تلاقی حیاتی میان اخلاق پزشکی و تعهدات حقوق بشردوستانه است. در این بستر، امتناع از درمان، به هر دلیل غیربالینی، نه فقط نقض دستورالعمل، بلکه تضعیف بنیان‌های اخلاقی است که اجازه می‌دهد نظامیان نیز در صورت مجروحیت به خدمات درمانی اعتماد کنند. بنابراین، تأکید بر اینکه تعهد اصلی پزشک به بیمار است، مکانیسمی حیاتی برای حفظ استقلال بالینی در شرایطی است که هویت‌ها و وفاداری‌ها به شدت تحت تأثیر قرار دارند و از این رو است که نقض آن می‌تواند به معنای شکنجه تلقی شود.

۱.۲. خودداری از مشارکت در درگیری و خشونت

برطبق کنوانسیون ژنو، کادر پزشکی، که به‌عنوان غیررزمنده در نظر گرفته می‌شوند، از شرکت در اقدامات جنگی یا عضویت در آن‌ها منع شده‌اند. به موجب کد بین‌المللی اخلاق پزشکی، پزشک هرگز نباید در شکنجه یا سایر اعمال و مجازات‌های ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز شرکت یا آن‌ها را تسهیل کند. قطعنامه ۱۹۴/۳۷ مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز بیان می‌کند که مشارکت فعال یا غیرفعال پرسنل پزشکی در اعمالی که مشارکت، همدستی، تحریک یا تلاش برای ارتکاب شکنجه یا سایر رفتارها یا مجازات‌های ظالمانه محسوب می‌شود، نقض قوانین بین‌المللی است (۱۳). تأکید قواعد بر ممنوعیت مطلق مشارکت یا تسهیل در شکنجه یا هر عمل ظالمانه، دیوار دفاعی اخلاقی ایجاد می‌کند. این دفاع نه تنها وظیفه منفعلانه عدم آسیب‌رسانی را پوشش می‌دهد، بلکه پزشک را به عامل فعال ضدخشونت در محدوده کاری خود تبدیل می‌کند.

۱.۳. استفاده نکردن از مراکز درمانی، پرسنل یا وسایل

به دلیل انجام فعالیت‌های پزشکی سازگار با اخلاق پزشکی، صرف‌نظر از شرایط و افرادی که از اقدامات او سود می‌برند، مجازات کرد.

همچنین، قطعنامه ۱۹۴/۳۷ تصریح می‌کند که دولت‌ها باید از استقلال و بی‌طرفی متخصصان سلامت در درمان بیماران و مجروحان محافظت کنند و این قانون، صرف‌نظر از شخصی که از آن فعالیت‌های پزشکی بهره‌مند می‌شود، اعمال می‌شود. طرفین درگیری مسلحانه نباید متخصصان پزشکی را به دلیل رعایت هر یک از تعهداتشان در خصوص اخلاق پزشکی تحت پیگرد قانونی قرار دهند.

علاوه بر تعهد هر دولت به احترام به بی‌طرفی پرسنل پزشکی خود، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که به دست طرف متخاصم افتاده‌اند، فارغ از اینکه غیرنظامی یا عضو نیروهای مسلح باشند، نباید به عنوان اسیر جنگی در نظر گرفته شوند. پرسنل پزشکی با ملیت دشمن را می‌توان تا حدی که برای تأمین نیازهای پزشکی اسیران جنگی لازم است، نگه داشت. با این حال، آن‌ها باید به محض اینکه خدماتشان دیگر برای آن منظور ضروری نباشد، آزاد شوند.

با وجود صراحت حقوقی این قواعد، در عمل فاصله چشمگیری میان هنجارهای اعلامی و واقعیت میدانی مشاهده می‌شود. تجربه درگیری‌های مسلحانه در غزه، یمن، اوکراین، کامرون، میانمار و سودان نشان می‌دهد که پزشکان و امدادگران نه تنها هدف حملات و بازداشت‌های غیرقانونی قرار گرفته‌اند، بلکه گاه به دلیل پابندی به اصل بی‌طرفی به خیانت یا همدستی با دشمن متهم شده‌اند (۱۶).

۱.۵. خودداری از حمله به پرسنل پزشکی، بیماران، مراکز درمانی و وسایل حمل و نقل

مفاد کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی از خدمات پشتیبانی پزشکی (شامل پرسنل پزشکی، تأسیسات، تجهیزات و حمل و نقل)، که به مراقبت از مجروحان و بیماران مشغول هستند، محافظت می‌کند. حمله به آن‌ها اصل بی‌طرفی پزشکی را نقض می‌کند.

شورای امنیت سازمان ملل متحد در قطعنامه ۲۲۸۶ سال ۲۰۱۶ از کشورها می‌خواهد اقدامات مؤثری را برای جلوگیری و مقابله با اعمال خشونت‌آمیز، حملات و تهدیدات علیه پرسنل پزشکی، وسایل حمل و نقل و تجهیزات آن‌ها و همچنین بیمارستان‌ها و دیگر مراکز درمانی تدوین کنند. این اقدامات به‌ویژه شامل قوانینی می‌شود که بر اعتبار نشان‌هایی مانند نشان صلیب سرخ و هلال احمر تأکید می‌کنند. چنین قوانینی در ترویج وضعیت حفاظت‌شده مواردی که چنین نشان‌هایی دارند مؤثر خواهد بود و از این طریق آن‌ها را در برابر حملات در محیط‌های درگیری محافظت می‌کند.

قوانینی که حملات علیه این مراکز و ایجاد مانع در برابر مراقبت‌های بهداشتی را جرم‌انگاری و مجازات‌هایی را برای آن‌ها تعیین می‌کنند، نه تنها برای بازدارندگی، بلکه برای مبارزه با مصونیت از مجازات مرتبط ضروری هستند. همچنین، باید به منظور اجتناب از هرگونه اختلال در فعالیت مراکز درمانی، مفهوم خودداری از حمله به آن‌ها را فراتر از حمله فیزیکی دانست؛ چراکه هدف از تعهد به احترام به مراکز درمانی، فراهم کردن امکان ادامه درمان مجروحان و بیماران تحت مراقبت آن‌هاست. دخالت در عملیات آن‌ها، از جمله اختلال عمدی در توانایی واحدهای پزشکی برای برقراری ارتباط برای اهداف پزشکی، تکلیف به احترام به این مراکز را نقض می‌کند. از همین رو، حتی انجام عملیات سایبری، که برای مثال، سیستم‌های کامپیوتری بیمارستان را از کار می‌اندازد، زیرساخت فناوری اطلاعات آن را غیرفعال می‌کند، یا داده‌های بیمار یا دیگر داده‌های پزشکی را حذف، دستکاری یا رمزگذاری می‌کند و در عملکرد بیمارستان اختلال ایجاد می‌کند، ممنوع است (۱۷).

با وجود تعیین این استانداردها، مصادیق متعددی از حمله به مراکز و پرسنل درمانی وجود دارد. در طول جنگ سال ۲۰۰۶ علیه لبنان، ۷۸ مرکز درمانی به‌طور جدی آسیب دیدند و دو بیمارستان ویران شدند. برطبق گزارش وزارت بهداشت عمومی لبنان، بین ۸ اکتبر ۲۰۲۳ و ۲۷ ژانویه ۲۰۲۵، ۲۱۷ نفر از کارکنان

غیردولتی مسلح ارتقا داده است. همچنین، پرسنل پزشکی باید به هر مکانی که خدمات آن‌ها ضروری است دسترسی داشته باشند و از بیمارستان‌ها و تجهیزات پزشکی بدون مانع استفاده کنند (۲۰).

حق دسترسی به خدمات درمانی نوعی ضرورت مطلق بشردوستانه محسوب می‌شود و هیچ استثنای سیاسی یا نظامی بر آن روا نیست. بر همین اساس، اگرچه حقوق بین‌الملل بشردوستانه اجازه جست‌وجو، جمع‌آوری و ارائه مراقبت‌های پزشکی را تا حد امکان می‌دهد، کمبود منابع اقدام‌نکردن را توجیه نمی‌کند. حتی در مواردی که چنین منابعی محدودند، طرف‌های دولتی و غیردولتی درگیر باید تمام تلاش خود را برای تضمین مراقبت‌های پزشکی انجام دهند. قدرت اشغالگر باید هرگونه کمکی را که پرسنل پزشکی غیرنظامی در سرزمین‌های اشغالی نیاز دارند، در اختیار آن‌ها قرار دهد تا بتوانند وظایف بشردوستانه خود را به بهترین شکل ممکن انجام دهند. این وظیفه از جنس تعهد به نتیجه است، نه صرف تعهد به وسیله؛ یعنی اشغال‌گر نمی‌تواند به استناد محدودیت منابع از عمل به آن شانه خالی کند.

۲. چالش‌های شناسایی شده در تحقق مصادیق بی‌طرفی پزشکی

تحلیل اسناد و منابع مورد مطالعه در کنار تبیین مصادیق بی‌طرفی پزشکی به شناسایی مجموعه‌ای از عوامل و موانعی انجامید که تحقق عملی این مصادیق را با دشواری مواجه می‌کند.

تحلیل اسناد و منابع مورد مطالعه در کنار تبیین مصادیق بی‌طرفی پزشکی نشان می‌دهد رعایت اصل بی‌طرفی و اجرایی کردن مصادیق آن در دو قلمرو اصلی با چالش روبه‌رو است؛ آموزش و قانون‌گذاری.

۲.۱. چالش‌های ادراکی و آموزشی

یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند اجرای این مصادیق را با مانع مواجه کند فقد آگاهی عمومی درباره قوانینی است که از این مفهوم محافظت می‌کنند. کمپین‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی برای ترویج احترام به بی‌طرفی پزشکی بسیار مهم هستند. کادر درمان و

مراقبت‌های بهداشتی کشته شده‌اند. ۷۷ آمبولانس آسیب دیده‌اند، ۶۸ حمله به بیمارستان‌ها ثبت شده و ۲۳۷ حمله به خدمات پزشکی اورژانس صورت گرفته است (۱۸). برطبق گزارش‌های مختلف، در غزه از آغاز جنگ در ۲۷ اکتبر ۲۰۲۳ تا ۲۱ مه ۲۰۲۴، بین ۴۰۰ تا ۸۰۰ مورد خشونت علیه خدمات درمانی ثبت شده است (۱۹). برای جلوگیری از تکرار چنین فجایعی، کشورها باید اطمینان حاصل کنند اصول اساسی حقوق بشردوستانه بخش جدایی‌ناپذیر دکتترین‌ها و دستورالعمل‌های نظامی آن‌ها را تشکیل می‌دهد و نیروهای آن‌ها در طول هرگونه درگیری به‌خوبی درباره رعایت این قوانین آموزش دیده‌اند. این موضوع تضمین می‌کند که پرسنل و تأسیسات پزشکی و همچنین دیگر افراد و اشیای تحت حمایت حقوق بین‌الملل بشردوستانه عمداً هدف قرار نگیرند. آموزش‌های اجباری و دوره‌ای، که رهبران ارشد و همچنین اعضای جوان نیروهای مسلح کشورها را هدف قرار می‌دهد، در تبدیل این قوانین و اصول اساسی به عمل مهم است. علاوه بر آموزش نیروهای مسلح برای شناسایی و جلوگیری از حملات علیه مراکز درمانی، ارائه راهنمایی درباره چگونگی کمک و حفاظت نیروهای مسلح از پرسنل و تأسیسات پزشکی در دستورالعمل‌های نظامی نیز بسیار مهم است.

۱.۱.۶. ایجاد دسترسی بدون مانع به خدمات پزشکی

بی‌طرفی پزشکی برای تضمین دسترسی مردم در مناطق جنگی به مراقبت‌های پزشکی مورد نیازشان بسیار مهم است. نقض این موضوع شامل مواردی چون مسدود کردن عمدی دسترسی به مراکز درمانی، جلوگیری از تحویل تجهیزات پزشکی ضروری، یا دخالت در کار متخصصان پزشکی می‌شود. در این زمینه، همه طرف‌های درگیر باید اطمینان حاصل کنند که مراقبت‌های پزشکی کافی تا حد امکان و با کمترین تأخیر ممکن به مجروحان و بیماران ارائه می‌شود (۱۲). این موضوع بار تکلیف را از سطح تعهد اخلاقی فراتر برده و آن را به الزام حقوقی دولت‌ها و گروه‌های

آیا کشورهای خاص تحت صلاحیت دیوان قرار می‌گیرند یا اینکه آیا جرایم ادعایی واجد شرایط پیگرد قانونی توسط دیوان هستند یا خیر (۲۱). علاوه بر این، روندهای قانونی در نهادهای بین‌المللی معمولاً طولانی می‌شوند و احتمالاً سال‌ها بین حمله و صدور حکم فاصله می‌افتد (۲۲) که این موضوع اثر بازدارندگی را ضعیف می‌کند و حس عدالت‌خواهی مدنظر جوامع آسیب‌دیده را از بین می‌برد.

به این ترتیب، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که از یک سو، مصادیق بی‌طرفی پزشکی در اسناد و منابع حقوقی و اخلاقی به صورت نسبتاً روشن تبیین شده‌اند و از سوی دیگر، مجموعه‌ای از چالش‌های ادراکی، ساختاری و حقوقی تحقق کامل این مصادیق را در شرایط واقعی مفاصمات مسلحانه با محدودیت‌هایی مواجه می‌کند.

بحث

با وجود اینکه حقوق بین‌الملل بشردوستانه اصل بی‌طرفی پزشکی را مورد توجه قرار داده است، این اصل اغلب در طول درگیری‌های مسلحانه نقض می‌شود. این موضوع می‌تواند به دلیل عوامل مختلفی، از جمله فقدان آگاهی و آموزش، نبود قوانین جامع و فقدان سازوکارهای نظارتی کارآمد، باشد. برای رفع این موانع باید استراتژی‌های جامعی را اجرا کرد و پیگیری اجرای این استراتژی‌ها، هم در سطح بین‌المللی و هم در قلمرو ملی باید مورد توجه باشد.

در عرصه آموزش، دولت‌ها باید محتوای تعهدات حقوق بین‌الملل بشردوستانه را در تمام سطوح منتشر کنند. این اطلاعات باید در اختیار نیروهای مسلح و مجریان قانون و همچنین پرسنل پزشکی و غیرنظامیان به‌طور کلی قرار گیرد. انتشار این اطلاعات ممکن است مستلزم ترجمه متون حقوقی باشد. استمداد دولت‌ها از مشاوران حقوقی برای کمک به مراقبان بهداشتی، فرماندهان نظامی و مقامات مجری قانون می‌تواند به آن‌ها در به‌کارگیری و آموزش کمک کند. کشورها باید اطمینان حاصل کنند که اصول حقوق بین‌الملل

نیروهای مسلح باید به اندازه کافی آموزش دیده باشند تا بتوانند کاربرد کلی اصول اخلاقی و حقوق بین‌الملل بشردوستانه را، که در اجرای عملیات نظامی اساسی است، درک کنند. بسیار مهم است که هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در هر دو طرف درگیری از حمایت‌های منحصر به فرد و ذاتی، که طبق قوانین به آن‌ها داده می‌شود، آگاه شود. علاوه بر این، پرسنل پزشکی در موارد مختلف توسط طرف‌های درگیر، به دلیل ارائه کمک‌های پزشکی به اعضای نیروهای متخاصم، هدف قرار گرفته‌اند. این موضوع نشان‌دهنده نیاز به افزایش آگاهی درباره نه تنها تعهد پرسنل پزشکی به ارائه مراقبت بدون تمایز براساس وابستگی‌ها، بلکه درباره کنوانسیون اول ژنو و ماده ۳ مشترک کنوانسیون‌های ژنو است که حفاظت و رفتار انسانی را با افرادی فراهم می‌کند که به‌طور فعال در درگیری‌ها شرکت نمی‌کنند، از جمله افرادی که به دلیل جراحات یا بیماری از میدان نبرد خارج شده‌اند.

۲.۲. چالش‌های حقوقی و ساختاری

فقدان موازین و دستورالعمل‌های جامع، که چهارچوب‌های قانونی لازم برای حمایت از این اصل را در زمان درگیری‌ها تدوین و افزون‌بر تبیین مفهومی آن، ضمانت اجرای عملی را در صورت نقض بی‌طرفی پیش‌بینی کنند، می‌تواند چالشی جدی در اجرای مؤثر این اصل باشد.

چالش دیگر، فقدان ضمانت اجرای مؤثر و نبود نظام پاسخ‌گویی سازمان‌یافته و شفاف یا ناکارآمدی ضمانت اجرای موجود است. شواهد بسیاری نشان می‌دهد سازوکارهای پاسخ‌گویی موجود، که برای مجازات نقض حقوق بین‌الملل بشردوستانه طراحی شده‌اند، ناکافی هستند و مانع اجرای عدالت می‌شوند.

برای مثال، در مواردی نتیجه نقض بی‌طرفی متهم شدن به ارتکاب جنایات جنگی است. مسئله اصلی آن است که حتی زمانی که شواهد کافی نقض وجود دارد، دادگاه‌های بین‌المللی مانند دیوان کیفری بین‌المللی اغلب با موانع پیچیده قضایی مواجه هستند، مانند اینکه

بشردوستانه بخشی جدایی‌ناپذیر از دکترین‌ها و دستورالعمل‌های نظامی آن‌ها شده است و نیروهای آن‌ها در طول هرگونه درگیری در خصومت‌ها درباره رعایت این قوانین به خوبی آموزش دیده‌اند. تجهیز متخصصان پزشکی به دانش و مهارت لازم برای پاسخ‌گویی به موارد اضطراری، ضمن حفظ بی‌طرفی پزشکی، ضروری است.

در قلمرو قانون‌گذاری، ورود مفهوم بی‌طرفی به قلمرو حقوق داخلی و سازوکارکردن آن با مبانی و اصول اخلاقی جامعه هدف، زمینه‌ساز مشروعیت بخشی به این مفاهیم است. از این رو در عرصه داخلی وجود قوانینی که بر اعتبار و اهمیت نشان‌های مربوط به سلامت تأکید کند ضروری است. دولت‌ها باید برای شناسایی و تعریف نمادهای پزشکی، که به رسمیت شناخته شده‌اند و محافظت می‌شوند، تعیین اینکه کدام مقامات ملی صلاحیت تنظیم و نظارت بر استفاده از نمادها را دارند، تصمیم‌گیری درباره اینکه کدام نهادها مجاز به استفاده از نماد هستند و تعیین اینکه در چه مواردی استفاده از این نشان‌ها جایز است، اقدامات داخلی را اتخاذ کنند. همچنین، باید قوانین داخلی را تصویب کنند که استفاده غیرمجاز از نمادها و نام‌ها را در هر زمان، برای هر نوع استفاده شخصی یا تجاری، ممنوع و مجازات کنند و تقلید یا طرح‌هایی را که ممکن است با نمادها اشتباه گرفته شوند، ممنوع کنند.

در حیطه پاسخ‌گویی نیز وضع ضمانت اجرای شفاف و عملی باید مدنظر قرار گیرد. ضروری است اقداماتی در سطح ملی و بین‌المللی اجرا شود تا از وجود سیستم مؤثر برای تعیین مسئولیت کیفری فردی و جلوگیری از جرایم علیه مجروحان و بیماران، پرسنل پزشکی، واحدهای پزشکی و وسایل حمل‌ونقل پزشکی اطمینان حاصل شود. سیستم‌های قضایی داخلی مدنی، کیفری و نظامی باید نقض اصل را برطبق قوانین داخلی تحت پیگرد قانونی قرار دهند. بیان صریح مصادیق نقض و آشکارسازی و تصریح به نوع مجازات، ضمن تعیین حدود مسئولیت قانونی متخلف، مانع از ابهام قضات در

صلاحیت و نحوه رسیدگی به موارد نقض می‌شود. در قلمرو بین‌المللی، تعیین دقیق حدود و میزان صلاحیت مراجع بین‌المللی و اینکه در صورت صدور حکم، مجازات چگونه قابل اجراست، اقدامی است که نیازمند توافق کشورهاست. برجسته‌کردن پیامدهای امنیتی گسترده‌تر چنین تخلفاتی می‌تواند حمایت جامع‌تری را در جامعه بین‌المللی به دست آورد. مواردی چون حملات به زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی، اغلب درگیری‌ها را تشدید می‌کند، بحران‌های بشردوستانه را بدتر می‌کند و به چرخه‌های افراط‌گرایی دامن می‌زند. بنابراین، طرح این موضوع به‌عنوان خطر امنیتی حیاتی، می‌تواند به ایجاد اجماع گسترده‌تر برای اقدام قاطع علیه متخلفان کمک کند.

علاوه بر تضمین‌های قضایی، بهره‌گیری از سازوکارهای سیاسی نیز می‌تواند به‌عنوان نوعی ضمانت اجرای غیرمستقیم مورد توجه قرار گیرد. مجامع بین‌المللی، چون شورای امنیت سازمان ملل متحد و سایر نهادهای چندجانبه، باید قاطعانه از قدرت خود برای جلوگیری از حملات آینده و از بین بردن فرهنگ مصونیت از مجازات استفاده کنند. این به معنای فراتر رفتن از محکومیت‌های صرف و الزام فعالانه به نظارت و تحقیقات در موارد نقض بی‌طرفی است. تشکیل کمیسیون‌های ویژه‌ای که برای جمع‌آوری شواهد معتبر، اختیار همکاری با سازمان‌های غیردولتی و قربانیان را داشته باشند، بسیار مهم است. این تحقیقات باید به قطعنامه‌های الزام‌آوری منجر شود که صریحاً عاملان را نام ببرند و رسوا کنند و هزینه‌های سیاسی و اعتباری ارتکاب تخلفات را به میزان قابل توجهی افزایش دهند.

اقدام نهادهای بین‌المللی و کشورها به استفاده از ابزارهای سیاسی، چون تحریم و قطع روابط دیپلماتیک برای تنبیه متخلف، از دیگر موضوعاتی است که می‌تواند اثربخش باشد. یک کشور می‌تواند به‌تنهایی یا در چهارچوب یک ائتلاف متعهد شود که به‌طور خودکار روابط دیپلماتیک خود را با دول ناقض اصل بی‌طرفی کاهش دهد یا به حالت تعلیق درآورد.

افزایش آسیب‌پذیری نظام سلامت در شرایط جنگ و بحران شده‌اند.

برای کاهش این شکاف، تقویت آموزش‌های تخصصی، تدوین دستورالعمل‌های جامع ملی، تعریف روشن موارد نقض و تقویت سازوکارهای نظارتی و تنبیهی ضروری است. علاوه بر این، شفاف‌سازی حدود مسئولیت مراجع کیفری بین‌المللی و بهره‌گیری از سازوکارهای غیرقضایی می‌تواند نقش بازدارنده مهمی ایفا کند. در نهایت، ارتقای این سازوکارها شرط لازم برای حفاظت از خدمات درمانی بی‌طرفانه و اخلاقی در زمان مفاصمات است و باید در اولویت برنامه‌ریزی‌های ملی و همکاری‌های بین‌المللی قرار گیرد.

تحریم‌هایی که افراد و دولت‌ها را هدف قرار می‌دهند، از جمله تحریم‌های تسلیحاتی و مسدود کردن دارایی‌ها، می‌توانند تحلیل هزینه-فایده را برای عاملان تغییر دهند.

نتیجه‌گیری

اصل بی‌طرفی پزشکی از پایه‌های اساسی اخلاق پزشکی و حقوق بین‌الملل بشردوستانه است. با این حال، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میان مقررات موجود و اجرای عملی آن در مفاصمات مسلحانه فاصله‌ای معنادار وجود دارد. دو چالش اصلی در این زمینه، یعنی آگاهی و آموزش ناکافی نزد دولت‌ها، نیروهای مسلح و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و نیز فقدان نظام جامع و مؤثر حمایت حقوقی موجب تضعیف اجرای این اصل و

References

1. Qari Seyed Fatemi M. Human Rights in the Contemporary World. Tehran: Legal Researches of the City of Danesh; 2010. [in Persian]
2. Orr Z, Jackson L, Alpert EA, Fleming MD. Neutrality, conflict, and structural determinants of health in a Jerusalem emergency department. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):89-101.
3. Orr Z, Fleming MD. Medical neutrality and structural competency in conflict zones: Israeli healthcare professionals' reaction to political violence. *Glob Public Health*. 2023;18(1):1-20.
4. Redfield P. The impossible problem of neutrality. In Redfield P & Bornstein E, eds. *Forces of compassion: Humanitarianism between ethics and politics*. Santa Fe: School for Advanced Research Press; 2011:53-70.
5. Hall P. Medical neutrality. *J R Soc Med*. 1999 November; 92:553.
6. Crowe J, westone-scheuber K. *The Essentials of International Humanitarian Law*. translated by Musazadeh R, Azarpandar A, Maleki AA, Tehran: Mizan; 2019. [in Persian]
7. Bhuyan SS, Ebuenyi I, Bhatt J. Persisting trend in the breach of medical neutrality: a wake-up call to the international community. *BMJ Glob Health*. 2016;1: e000109.
8. Hoffman MH. *The Law of Armed Conflict and Military Medicine* in: O'Connor F., Schoomaker E B., Smith D.C. *Fundamentals of Military Medicine*. US: United States Department of Defense; 2019:91-104.
9. Stacy S, Wouters M, Assaf N et al. Legal opinion on legal frameworks governing emblems, signs and symbols connected with the protection of healthcare providers. 3 Swiss: *Institute of Comparative Law*; 2023.
10. Nathanson V. Medical ethics in peacetime and wartime: the case for a better understanding. *Int Rev Red Cross*. 2013; 95 (889): 189-213.
11. British Medical Association. *Doctors working in conflicts and emergencies—an ethical toolkit*. London: British Medical Association; 2025
12. International Committee of the Red Cross. *Respecting and protecting health care in armed conflicts and in situations not covered by international humanitarian law*. Switzerland: International Committee of the Red Cross; 2021
13. Oboirien K, Oge O. *Medical ethics in international humanitarian law: Contemplating the risks and protection of medical personnel in armed conflict*. 2023.
14. Hakki L, Stover E, Haar RJ, et al. Breaking the silence: Advocacy and accountability for attacks on hospitals in armed conflict. *Int Rev Red Cross*. 2020;102(915):1201-1226.
15. Watson MW. *The Conflict with ISIS: Operation Inherent Resolve: June 2014-January 2020*, Washington, D.C: Center of Military History; 2021
16. The Safeguarding Health in Conflict Coalition. *Epidemic of violence: Violence against health care in conflict 2024*.
17. International Committee of the Red Cross., *Protection of medical personnel, units and transports during armed conflict*. Switzerland: International Committee of the Red Cross; 2025
18. Abi-Rached JM, Sharara AI, Nasrallah MP, et al. *Healthicide and medical neutrality: a call for action and reflection*. *BMJ Glob Health*. 2025;10:e018656.

19. Salehi M, Bahramnezhad F, Siami Z, Mohammadpour S, Besharati L, Akhondzadeh S. War attacks on medical staff, hospital and healthcare system during 225 days in gaza: A scoping review and efficiency assessment of the international humanitarian law. J Iran Med Council. 2025;8(1):13-22. [in Persian]
20. Goniewicz M, Goniewicz K. Protection of medical personnel in armed conflicts-case study: Afghanistan. Eur J Trauma Emerg Surg. 2013;39(2):107-112.
21. Schabas W A. An introduction to the international criminal court. USA: Cambridge University Press;2011.
22. Sands P. Lawless World: Making and Breaking Global Rules. England: Penguin Books Limited;2006.