

مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية®

يونيو 2022، المجلد 24، العدد 6: E472-477

الحالة والتعليق: تم مراجعة هذا المقال من قبل النظراء

كيف يجب التحكم في الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية العسكرية أثناء النزاع؟

Martin Bricknell, PhD, David Whetham, PhD, Richard Sullivan, PhD, and Peter Mahoney, PhD

الملخص

يفحص تعليق تحليل الحالة هذا المبادئ التي تحكم القرارات المتعلقة بالمرضى الذين يمكن إدخالهم إلى مستشفى عسكري دولي أثناء العمليات الإنسانية أو القتالية. ويستكشف التوازن بين الواجبات بموجب اتفاقيات جنيف والقوانين الإنسانية الدولية الأخرى، ومتطلبات القدرة على تقديم الدعم الطبي للبعثة العسكرية، والتزام الأطباء بالتنسيق مع ممارسي الرعاية الصحية الآخرين (المدنيون المحليون، والعسكريون المحليون، والمنظمات غير الحكومية). في الأخير، يتناول هذا التعليق الجوانب العملية لتنفيذ هذه الترتيبات.

تقوم الجمعية الطبية الأمريكية بتعيين نشاط التعليم الطبي المستمر القائم على المجالات بحد أقصى AMA PRA Category 1 CreditTM المتاح من خلال AMA Ed HubTM. يجب على الأطباء المطالبة فقط بالانتماء الذي يتناسب مع مدى مشاركتهم في النشاط.

الحالة

يقود م.م. مستشفى ميدانيًا عسكريًا، يستند ماديا إلى قافلة شاحنات نصف مقطورة تتبع القوات المقاتلة إلى الأراضي المتنازع عليها كجزء من بعثة حفظ السلام والأمن التابعة للأمم المتحدة لتنفيذ -والحفاظ على- هدنة هشة بين قوات الحكومة المحلية وقوات المعارضة. تتصاعد الأزمة الإنسانية في المنطقة المتنازع عليها؛ يتزايد عدد ضحايا النزاع المسلح وعدد المشردين من الجماعات العرقية المتضررة. عند وصول القافلة واكتمال تجهيز المستشفى الميداني، يتوقع م.م. وصول أعداد كبيرة من المرضى والمصابين ويبحث عن موارد لتلبية احتياجاتهم الأساسية من الغذاء والماء والمأوى والأدوية وأنواع أخرى من التدخل السريري.

سيعمل الحراس على حماية محيط المستشفى الميداني وتحديد من سيسمح له بدخول المستشفى. يُطلب من م.م. تقديم إرشادات إلى هؤلاء الحراس حول معايير القبول وما إذا كان سيتم تضمين أصول المرضى العرقية أو القروية ضمن هذه المعايير. ينظر م.م. في كيفية الرد.

التعليق

قد يبدو أن سيناريو الحالة هذا يطرح سؤالاً بسيطاً حول الإجراءات التي يجب أن تعتمدها قوة الحراسة التي تسيطر على نقطة التفتيش عند مدخل المستشفى.

المستشفى. ومع ذلك، فإن هذه الإجراءات سوف تحتاج إلى الامتثال لسياسات قوة حفظ السلام بشأن استخدام الموارد العسكرية للإغاثة الإنسانية، وواجبات الطاقم الطبي لتقديم رعاية صحية خالية من التحيز وبدون تمييز، واستخدام القدرات الطبية داخل النظام الطبي الميداني العسكري بأكمله حتى لا يتم المساس بالرعاية الصحية للمرضى أو المصابين. لا تغطي المناقشة التالية الترتيبات الخاصة المتعلقة بمعاملة المدنيين من قبل الخدمات الطبية العسكرية المحلية، والتي يمكن أن تخضع للقوانين والإجراءات الوطنية.

الواجبات العامة

عادة ما يتم تصميم المستشفيات الميدانية العسكرية وتزويدها بالموظفين وتجهيزها لتوفير الرعاية الصحية للأفراد العسكريين وغيرهم من المجموعات المحددة على وجه التحديد والتي يطلق عليها *السكان المعرضون للخطر* (PAR). في بعثة حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، قد يشمل السكان المعرضون للخطر موظفين آخرين في الأمم المتحدة، مثل الشرطة والعاملين المدنيين. ومع ذلك، فإنه من المحتم أن يتم تزويد الوحدات الطبية العسكرية (مثل سيارات الإسعاف والمستشفيات الميدانية) بإصابات من المدنيين، سواء تلك الناجمة مباشرة عن النزاع أو تلك التي تُعزى لأسباب طبيعية. في العراق وأفغانستان، استقبلت المستشفيات الميدانية في المملكة المتحدة عددًا كبيرًا من الضحايا المدنيين والضحايا من قوات الأمن المحلية.¹ تم تكرار هذا النمط في التجربة العسكرية الأمريكية في العراق² وأفغانستان،³ والتجربة الألمانية في أفغانستان،⁴ والتجربة الصينية في بعثة حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة في مالي.⁵

يقع على عاتق أطراف النزاع المسلح واجب عام يتمثل في ضمان حصول الجرحى والمرضى على الرعاية الطبية التي يحتاجونها بأقل تأخير ودون تمييز، إلا لأسباب طبية. ويرد هذا البند في جميع *اتفاقيات جنيف* والبروتوكولات المرتبطة بها ويغطي الجرحى من مقاتلي العدو والسجناء والمدنيين والغرقى.⁶ وتضمن هذه المعاهدات والبروتوكولات الدولية الوصول غير المقيد إلى الرعاية، على الرغم من أن التزام الدول الأطراف هو ضمان تقديم الرعاية وليس بالضرورة جميع الخدمات السريرية. لذلك، فإن السياسة العسكرية الخاصة بدخول المرضى إلى المستشفيات بخلاف السكان المعينين المعرضين للخطر سوف تحتاج إلى النظر في إمكانيات وقدرات النظام الصحي بأكمله، بما في ذلك المرافق المحلية الخاصة والعامة والمنظمات غير الحكومية (على سبيل المثال، الصليب الأحمر أو الهلال الأحمر).⁷ قد يشمل هذا التقييم تخطيط جميع المرافق الطبية مع تفاصيل الاتصال على الخريطة.

وحتى إذا كان العاملون في مجال الرعاية الصحية في القوات المسلحة يتصرفون *بطريقة إنسانية*، فهم جزء من قوة عسكرية محددة. في حين أنه بإمكانهم التمسك بمبادئ الإنسانية والحياد، إلا أنهم لا يمكن أن يكونوا محايدين (غير متحيزين لأي جهة أمنية) أو مستقلين من الناحية العملية عن الجهات السياسية.⁸ بناءً على توجيهات مجموعة الصحة العالمية التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات التابعة لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، يجب على الوحدات الطبية العسكرية فقط تقديم المساعدة الصحية المباشرة أو غير المباشرة للمدنيين في حالات الطوارئ وكما لاذ أخير إذا كان هناك لا توجد بدائل أخرى مناسبة سريريًا.⁹ لذلك، يجب رفض دخول المرضى الذين يعانون من حالات سريرية غير طارئة (غالبًا ما يتم تعريفها على أنها لا تهدد الحياة أو الأطراف أو البصر) ويجب تشجيعهم على استخدام الخدمات الصحية المدنية.

بمجرد قبول مريض الطوارئ، وفقًا للمبادئ الأخلاقية للرعاية الصحية الصادرة عن اللجنة الدولية للصليب الأحمر في أوقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الأخرى، يتعين على الوحدات الطبية العسكرية والأفراد "تقديم الاهتمام الفوري والرعاية اللازمة بأفضل ما لديهم من قدرات. لا يوجد تمييز بين المرضى، إلا فيما يتعلق بالقرارات التي تستند إلى الحاجة السريرية والموارد المتاحة".¹⁰ تم تصميم المستشفيات الميدانية العسكرية لتحقيق الاستقرار وإجلاء المرضى العسكريين بسرعة كجزء من مسار الرعاية.¹¹ هم ليسوا مجهزين أو مستعدين لرعاية المرضى على المدى الطويل. ولذلك، ينبغي النظر إلى أي قرار بقبول المرضى غير المؤهلين على أنه جزء من مسار الرعاية من رعاية ما قبل دخول المستشفى وحتى الخروج من الرعاية الطبية، مع افتراض نقل هؤلاء المرضى إلى النظام الطبي المحلي في كل خطوة ما لم يكن ذلك مستحيلًا سريريًا (على سبيل المثال، الحالات التي تتطلب تهوية تنفسية غير متوفرة في النظام الصحي المحلي).¹² بشكل استثنائي، قد يكون من الممكن علاج المرضى المدنيين غير العاجلين في المستشفى العسكري إذا كانت هناك القدرة

والإمكانية على تلبية احتياجات المريض ولم يتمكن النظام الصحي المحلي من توفير الرعاية السريرية المناسبة.

بالإضافة إلى هذه المبادئ العامة، من المرجح أن تصدر توجيهات محددة من قبل بعثة حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة جنبًا إلى جنب مع التعليمات الصادرة عن السلطات الطبية الوطنية للوحدات الطبية العسكرية. ومن المرجح أن تتضمن هذه البروتوكولات قواعدًا طبيةً محددةً للأهلية التي تحدد السكان المعرضين للخطر والظروف التي قد يتلقى فيها المدنيون الرعاية الطبية في حالات الطوارئ، عادة في الظروف التي تكون فيها حياتهم أو أطرافهم أو بصرهم معرضة للخطر.¹³ ويوازن تطبيق قواعد الأهلية الطبية هذه بين فائدة ضمان أن تكون الأسرة فارغة ومتاحة للسكان المعرضين للخطر وبين إنسانية تلبية الاحتياجات الطارئة غير التمييزية للمرضى.¹⁴

المسؤوليات المحددة

على الرغم من أن المستشفى العسكري مسؤول عن الأمن المحلي الخاص به، إلا أنه قد يقع داخل مجمع عسكري أوسع يحرسه المقاتلون. لضمان السلامة، يجب أن يكون هناك نظام عند المدخل الرئيسي للتقييم السريري للمرضى الذين يسعون للحصول على الرعاية لتأكيد حالتهم وفقًا لقواعد الأهلية الطبية. لسوء الحظ، تم استخدام سيارات الإسعاف والمرضى كغطاء لمهاجمة المنشآت العسكرية.¹⁵ لذلك، يجب إجراء فحص أمني كامل قبل إجراء التقييم السريري.

في هذه الحالة، يجب على م.م. وفريق قيادة المستشفى الميداني التأكد من فهمهم لسياق الأزمة المحددة، بما في ذلك النظام الصحي المحلي الحالي والاستجابة الإنسانية. يجب أن تتضمن هذه المعرفة السياقية سياسات وإجراءات الأمم المتحدة للدعم الطبي.¹⁶ يجب إنشاء روابط تنسيق من خلال مجموعة الصحة الإنسانية التي ترعاها منظمة الصحة العالمية أو وزارة الصحة الوطنية بحيث يمكن إجراء ترتيبات الإحالة والتحويل لأي مرضى محليين يتم قبولهم. يجب على م.م. أن يحدد احتمالية احتياج المدنيين إلى رعاية طبية طارئة (بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية غير المتنازع عليها، مثل الولادة المتعسرة) والتأكد من توفير عدد كافٍ من الموظفين والمعدات. يجب أن يكون هذا التحضير عمليًا سريريًا، استنادًا إلى فهم طبيعة وجود الرعاية السريرية المتاحة في النظام الصحي المحلي، وأن يشمل تثقيف العاملين في المجال الطبي العسكري حول الجوانب الثقافية لرعاية المرضى الذين يتحدثون لغة مختلفة ولديهم قيم مختلفة. وينبغي أن يتم إدراج هذا التعليم في التدريب السابق للنشر وأن يغطي أيضًا الإدارة السريرية للسيناريوهات التي يمكن التنبؤ بها، مثل الحروق الشديدة، والإصابات الكبيرة في الرأس، وحالات التوليد وغيرها من حالات الطوارئ غير الناجمة عن الصدمات، وجروح النزاع الممثلة، والسرطان، والأمراض الخلقية. ومن المرجح أن تشكل إدارة مثل هذه الحالات تحديًا إذا كان هناك تفاوت كبير بين قدرة النظام الصحي المحلي وقدرة المستشفى العسكري الميداني الدولي ومسارات الإجلاء الخاصة به. يحتاج العاملون في المجال الطبي إلى النظر في الظروف التي قد يضطرون فيها إلى رفض العلاج أو تقديم رعاية تختلف عن ممارساتهم الوطنية. من المهم أيضًا التفكير في كيفية مشاركة المعلومات السريرية حول المرضى مع السلطات الصحية المدنية المحلية دون المساس بأمنهم، خاصة إذا تم علاج المقاتلين المحليين.

وأخيرًا، سيحتاج م.م. والفريق الذي معه إلى النظر في التأثير المحتمل لوسائل الإعلام والاهتمام الإخباري في استجابتهم لأي أزمة إنسانية متصورة. سيحتاجون إلى النظر في كيفية التعامل مع طلبات الصحفيين لإجراء مقابلات وصور فوتوغرافية وتسجيلات فيديو للوحدة الطبية ومرضاهم. سيكون من المهم للغاية ضمان اتباع نهج قانوني وأخلاقي للموافقة على التعامل مع وسائل الإعلام ولضمان سرية المريض.

الخاتمة

قد يتطلب الصراع والأزمات الإنسانية الأخرى من العاملين في مجال الرعاية الصحية اتخاذ قرارات صعبة للغاية لها آثار أخلاقية كبيرة. يتم توقع العديد من القضايا، مثل رعاية المرضى غير العسكريين الذين يعانون من حالات طوارئ صحية يمكن التنبؤ بها (على سبيل المثال، الصدمات الشديدة وأزمات التوليد والحروق الشديدة) والتخفيف من حدتها من خلال السياسة والإجراءات والتدريب. من المهم أن يكون العاملون في الرعاية الصحية

السريرية قادرين على الوفاء بواجبهم القانوني والأخلاقي لتقديم الرعاية الصحية الفردية على أساس الحاجة السريرية فقط. ومع ذلك، من المهم أيضاً تقديم إرشادات حول الموازنة بين فائدة الحفاظ على قدرة النظام الطبي على تلبية الاحتياجات المحتملة للسكان المعينين المعرضين للخطر وإنسانية تلبية احتياجات جميع المتضررين من النزاع.

References

1. Bricknell MCM, Nadin M. Lessons from the organisation of the UK medical services deployed in support of Operation TELIC (Iraq) and Operation HERRICK (Afghanistan). *J R Army Med Corps*. 2017;163(4):273-279.
2. Lundy JB, Swift CB, McFarland CC, Mahoney P, Perkins RM, Holcomb JB. A descriptive analysis of patients admitted to the intensive care unit of the 10th Combat Support Hospital deployed in Ibn Sina, Baghdad, Iraq, from October 19, 2005, to October 19, 2006. *J Intensive Care Med*. 2010;25(3):156-162.
3. Causey M, Rush RM Jr, Kjorstad RJ, Sebesta JA. Factors influencing humanitarian care and the treatment of local patients within the deployed military medical system: casualty referral limitations. *Am J Surg*. 2012;203(5):574-577.
4. Willy C, Hauer T, Huschitt N, Palm HG. "Einsatzchirurgie"—experiences of German military surgeons in Afghanistan. *Langenbecks Arch Surg*. 2011;396(4):507-522.
5. Zhang D, Li Z, Cao X, Li B. Four years of orthopaedic activities in Chinese Role 2 Hospital of eastern Mali peacekeeping area. *BMJ Mil Health*. 2020;166(3):156-160.
6. Rule 110. Treatment and Care of the Wounded, Sick and Shipwrecked: ICRC, Customary IHL Database. ICRC.org. Accessed September 29, 2021. https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_cha_chapter34_rule110
7. Bricknell M, Hinrichs-Krapels S, Ismail S, Sullivan R. Understanding the structure of a country's health service providers for defence health engagement. *BMJ Mil Health*. 2020;167(6):454-456.
8. Horne S, Burns DS. Medical civil-military interactions on United Nations missions: lessons from South Sudan. *J R Army Med Corps*. 2021;167(5):340-344.
9. Inter-Agency Standing Committee. Civil-military coordination during humanitarian health action (provisional). Global Health Cluster, World Health Organization; 2011. Accessed September 29, 2021. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/civil-military-coordination-during-humanitarian-health-action6bf6764e-0f24-4f88-a6de-4af40db18f04.pdf?sfvrsn=7e1d0d6e_1&download=true
10. Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies Geneva. International Committee of the Red Cross. Accessed September 29, 2021. https://www.icrc.org/en/download/file/21341/icrc_ethical_principles.pdf
11. Bricknell M. For debate: the operational patient care pathway. *BMJ Mil Health*. 2014;160:64-69.
12. Bricknell MC, dos Santos N. Executing military medical operations. *BMJ Mil Health*. 2011;157:S457-S459.
13. Kelly J. Following professional codes of practice and military orders in austere military environments: a controversial debate on ethical challenges. *J R Army Med Corps*. 2015;161(suppl 1):i10-i12.

14. Gross ML. Saving life, limb, and eyesight: assessing the medical rules of eligibility during armed conflict. *Am J Bioeth.* 2017;17(10):40-52.
15. Jasani GN, Alfalasi R, Cavaliere GA, Ciottone GR, Lawner BJ. Terrorists' use of ambulances for terror attacks: A Review. *Prehosp Disaster Med.* 2020;36(1):14-17.
16. Yu MLR, Qiu L. Overcoming new challenges in medical support for UN Peacekeeping Operations. *Int Rev Armed Forces Med Services.* 2018;91(1):20-28.

Martin Bricknell, PhD is a professor of conflict, health, and military medicine in the Conflict and Health Research Group at King's College London. He completed a full military career in the UK Defence Medical Services, culminating in his appointment as Surgeon General. He has extensive medical leadership experience on military operations.

David Whetham, PhD is a professor of ethics and the military profession and the director of the Centre for Military Ethics at King's College London. He also delivers or coordinates the military ethics component of courses for British and international officers at the Joint Services Command and Staff College in England.

Richard Sullivan, PhD is a professor of cancer and global health, the director of the Institute of Cancer Policy, and the co-director of the Conflict and Health Research Group at King's College London. He is a noncommunicable diseases advisor to the World Health Organization, a civil-military advisor to Save the Children, and a member of the National Cancer Grid of India. His research focuses on global cancer policy and planning as well as health systems strengthening, particularly conflict ecosystems.

Peter Mahoney, PhD is a visiting professor at the Centre for Military Ethics at King's College London. Professionally, he is a consultant in anaesthesia and prehospital emergency medicine. He previously served in the British Army—22 years in the Army Reserve and 18 years in the Regular Army. His roles included deployed medical director of the hospital in Camp Bastion, Afghanistan, and as a member of the helicopter-delivered Medical Emergency Response Team.

ملحوظة المحرر

تم تطوير الحالة التي يكون فيها هذا التعليق استجابة من قبل هيئة التحرير.

الاستشهاد

مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية 2022؛ 24(6): 477-472.E472

معرف الكائن الرقمي

10.1001/أماجيتكس.472.2022.

الإفصاح عن تضارب المصالح

لم يكن لدى المؤلف (المؤلفين) أي تضارب في المصالح للإفصاح عنه.

أن الناس والأحداث في هذه الدراسة خياليون. أي تشابه مع أحداث حقيقية أو أسماء أشخاص، أحياء كانوا أو أمواتاً، هو مصادفة بحتة. وجهات النظر المعبر عنها في هذا المقال هي آراء المؤلف (المؤلفين) ولا تعكس بالضرورة آراء وسياسات الجمعية الطبية الأمريكية.

حقوق الطبع والنشر 2022 الجمعية الطبية الأمريكية. جميع الحقوق محفوظة.
الرقم التسلسلي القياسي الدولي 2376-6980