مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية®
يونيو 2022، المجلد 24، العدد 6: E535-541

الطب والمجتمع: تمت مراجعة هذا المقال من قبل النظراء

ماذا تتطلب الأخلاقيات من ممارسة الرعاية الصحية في مناطق الصراع؟

Leonard Rubenstein, JD, LLM and Rohini Haar, MD, MPH

الملخص

تشمل انتهاكات حقوق الإنسان في النزاع المسلح ضد أفراد المجتمع والمشردين والعاملين الصحيين استخدام المقاتلين للتهديدات والإكراه، والهجمات على المرافق الصحية، والانتهاكات ضد المدنيين. إن الالتزامات الأخلاقية السريرية والصحة العامة التقليدية ليست كافية لتوجيه الممارسة في تلك الأماكن. تصف هذه المقالة بعض الحقائق المعقدة للممارسة الصحية في مناطق النزاع والتي تتحدى التقيد بالالتزامات الأخلاقية للأطباء وتخلق مخاطرًا شديدة على صحة ورفاهية وكرامة الأشخاص الذين يخدمونهم. كما تقترح بعض الحلول لهذه التحديات.

تحدد الجمعية الطبية الأمريكية نشاط التعليم الطبي المستمر المستند إلى المجلات بحد أقصى لـ AMA PRA Category 1 Credit ™ *المتاح من خلال* AMA Ed Hub ™. *يجب أن يطالب الأطباء فقط بالائتمان المتناسب مع مدى مشاركتهم في النشاط.*

مقدمة

في أماكن النزاع وحيث تنتشر انتهاكات حقوق الإنسان تطرح الرعاية الصحية تحديات أخلاقية وسريرية فريدة. وبالإضافة إلى الاستجابة للقضايا الشائعة الناشئة في الرعاية الصحية الإنسانية، مثل تحديد الأولويات في حالات الندرة، قد يحتاج العاملون الصحيون في هذه البيئات إلى الاستجابة لضغوط المقاتلين أو غيرهم للابتعاد عن الرعاية الإلزامية أخلاقياً، ومعالجة النتائج الخدمية والبرنامجية للعنف الذي يلحق بالرعاية الصحية، وتقرير متى ولمن وكيف يتم الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان. تنطبق المسؤوليات الأخلاقية السريرية التقليدية المتعلقة بالحكم المستقل، والحياد، والكفاءة، والإخلاص للمرضى، وتقليل الضرر على هذه المشكلات، كما هو الحال مع مبادئ الممارسة الإنسانية.[1] غالبًا ما تكون الردود التقليدية على الأسئلة الأخلاقية غير كافية في حالات الصراع ؛ يجب أن يتمتع الأطباء أيضًا بالقدرة على التعامل مع العلاقات المعقدة بين المقاتلين والزملاء والمرضى وقادة المجتمع.

التهديدات بالعنف واتخاذ القرار

لنضع في الاعتبار مشكلة تهديدات المقاتلين بالتدخل في اتخاذ القرارات الإكلينيكية التي تنتهك حقوق الإنسان والقانون الإنساني. تصر القوات الحكومية أو الجماعات المسلحة غير الحكومية أحيانًا على السيطرة على قرارات الفرز من خلال المطالبة بأولوية العلاج لمقاتليها أو حلفائها أو طرد المرضى الذين تم تحديدهم عرقيًا أو دينيًا من منشأة صحية، أو مقاطعة العلاج، أو التدخل في الواجبات التي يؤديها العاملون الصحيون الذين يُنظر إليهم على أنهم نساء غير ملتزمات بقواعد اللباس المحلية أو

القواعد المتعلقة بمرافقة الذكور.[2] بالإضافة إلى ذلك، يمكن لقوانين مكافحة الإرهاب توجيه العاملين الصحيين - تحت طائلة الملاحقة - لعدم تقديم الرعاية لعضو مزعوم في منظمة إرهابية.[3]

لا تخلق مثل هذه الأشكال من الإكراه دائمًا معضلات أخلاقية، نظرًا لأن الالتزامات بتقديم الرعاية - حتى في مواجهة مخاطر أكبر من المعتاد على سلامة الطبيب أو صحته أو حياته - تنطبق.[4،5] ومع ذلك، فإن الإكراه والتهديدات يقيدان الأطباء الذين يحاولون اتخاذ مسار العمل الصحيح. تشبه بعض الظروف مشاكل الولاء المزدوج في ممارسات وقت السلم، حيث تقوم السلطات مثل حراس السجون أو أرباب العمل أو الشرطة بالضغط على الأطباء الإكلينيكيين للتصرف بما يتعارض مع قيمهم الأخلاقية المهنية أو بطريقة تنتهك حقوق الإنسان الخاصة بالمرضى.[6] على سبيل المثال، في مقابلة مع الباحثين الأكاديميين والمنظمات الإنسانية، كشف طبيب سوري واجه مطالبًا بإعطاء الأولوية لرعاية مجموعة من المقاتلين عن التالي: "طلبنا من الرجل الجريح [المقاتل] التحلي بالصبر حتى ننتهي من علاج شخص آخر. فغضبوا وهددونا بالسلاح. كنت خائفًا للغاية ولم أكن أعرف ماذا أعمل - شعرتُ بأنه سيطلق النار في المستشفى. لذلك، تركت المريض الذي كنت أعالجه، وأختبأت".[7]

يؤدي رفض مطالب المقاتلين إلى الانتقام، وقد يشعر الأطباء بالعجز. لهذا السبب، يجب على مديري البرامج السريرية والمنظمات تطوير استراتيجيات لدعم الأطباء - على سبيل المثال، من خلال وضع قواعد أساسية حول أولويات الفرز مع القادة المقاتلين أو إشراك قادة المجتمع كمحاورين معهم. قال أحد العاملين الصحيين السوريين: "نحن نتعامل دائمًا مع المجالس المدنية المحلية وهم بدورهم يتعاونون مع الجيش ويقومون بحل المشاكل". وقال آخر: "بمجرد أن [حدثنا] موقفًا مفاده أن أحد المقاتلين كان ينوي العنف مع أحد كوادرنا، لكن السكان المحليين في المنطقة الذين عملوا معنا وقفوا ضده".[7]

تستثمر بعض المجموعات الدولية في العمل السياسي وبناء العلاقات والعمل المجتمعي للمساعدة في توقع وحل التهديدات والتدخلات. تنفق اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمة أطباء بلا حدود (أطباء بلا حدود) مواردًا كبيرة في تنمية علاقات العمل مع المقاتلين والمجتمعات في محاولة لتقليل التدخل في عملياتهم، مثل المقاتلين الذين يقوضون قرارات الفرز، ويُحضرون الأسلحة إلى المرافق الصحية، أو يدخلون المستشفى بعنف لاعتقال مريض. نتيجة لذلك، غالبًا ما تنجح هذه المنظمات في الحصول على إذعان من المقاتلين لاتخاذ قراراتهم الطبية المستقلة.[2]

يمكن تدريب الأطباء على الاستجابة للطلبات أو التدخل في نداءات المصلحة الذاتية أو تأكيدات السلطة الإكلينيكية. أثناء الحرب في الشيشان في عام 1999، طالب المتمردون بمعالجة جرحاهم أمام الجنود الروس الذين هم في أمس الحاجة إلى الرعاية، لكن الدكتور خسان باييف واجه تهديدات: "أنا أعطي الأوامر في هذا المستشفى".[8] في ظروف محفوفة بالمخاطر، قد يكون من الحكمة أن يتراجع الأطباء، لكن التدريب وتنمية المهارات يمكن أن يساعدا في كثير من الأحيان في تجنب أسوأ النتائج. من المهم ملاحظة أن العاملين الصحيين المحليين يمكن أن يكونوا عرضة بشكل خاص لتهديدات العنف. يمكن أن تكون معرفتهم المحلية رصيدًا هائلاً وتساهم في التعامل مع مطالب المقاتلين وتخفيف التوتر وتقليل المخاطر.

الإدارة الإكلينيكية والتنظيمية

تتعلق المشكلة الثانية بكيفية إدارة الرعاية السريرية وتقديم الخدمات عندما يتم تعريض خدمات الرعاية الصحية للعنف أو التأثير عليها بشكل مباشر. قد يُرتكب العنف لأسباب استراتيجية أو تكتيكية، بدافع اللامبالاة أو التجاهل المتهور للاحتياطات في العمليات العسكرية اللازمة لتجنب الإضرار بمرافق الرعاية الصحية، أو اعتقادًا بأن الأعداء، سواء كانوا مدنيين أو عسكريين، لا يحق لهم الحصول على الرعاية.[2] بين عامي 2016 و 2020، ارتكب المقاتلون أكثر من 4000 عمل عنف موثق ضد العاملين الصحيين والمرافق الصحية في النزاعات المسلحة في جميع أنحاء العالم. اختطف المقاتلون أكثر من 400 عامل صحي، وقتلوا ما يقارب 700 (على سبيل المثال، في الهجمات الصاروخية، والتفجيرات، والقصف، وإطلاق النار، أو الحرق العمدي)، وقاموا بجرح 1500 آخرين.[9]

غالبًا ما تكون المعضلة في اتخاذ قرارات الرعاية في مثل هذه الظروف مؤلمة عاطفيًا وفكريًا. في المقابلات التي أجريت في عام 2017 مع الأطباء والمسؤولين الإداريين الذين يقدمون الخدمات الصحية في سوريا، أفاد الأطباء أنه يتعين عليهم اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان سيتم إخراج المريض في وقت أقرب مما هو محدد طبيا لتجنب احتمال

وجود هذا المريض في المنشأة الصحية أثناء الهجوم. كما واجهوا مسألة إعادة فتح منشأة بعد هجوم أو نقل الخدمات إلى مناطق أكثر أمانًا.[7] وفي هذه الحالات وما شابهها، يمكن للتعبير عن القيم الأخلاقية وخلق عمليات قوية وشاملة لصنع القرار أن يساعد الأطباء والإداريين على إدارة التحديات. [7] المناقشة مفتوحة لأوجه عدم اليقين والمخاطر مع المرضى والأسر ؛ المشاورات مع المجتمعات والموظفين والقادة المحليين ؛ الشفافية ؛ والإبلاغ الجيد لأسباب القرار يمكن أن يساهم جميعها في الحل. يمكن أيضًا بذل الجهود للتخفيف من الأضرار المحتملة على الأشخاص المتأثرين بأي قرار يتم اتخاذه.

علاوة على ذلك، عند معالجة هذه القضايا، قد يتعين اتخاذ المخاطر الأخلاقية والأمنية قصيرة الأجل لضمان سلامة المرضى. في عام 2018، في باتانجافو، جمهورية إفريقيا الوسطى، هاجمت جماعة مسلحة مرتبطة بشكل فضفاض بجماعة دينية آلاف النازحين الذين كانوا في الغالب من مجموعة أخرى. دمر المقاتلون المنازل والأسواق، وهرب حوالي 10000 شخص إلى مجمع تديره منظمة أطباء بلا حدود. [10] قام الموظفون ببناء المراحيض والسماح بإقامة سوق في المجمع، حيث تم تدمير سوق المجتمع المحلي. لم يتم تحديد المستشفيات كملاجئ بموجب القانون الدولي الإنساني، ومع ذلك، أدى تدفق آلاف النازحين إلى تعطيل العمليات السريرية لمنظمة أطباء بلا حدود وزاد من خطر تعرض المجمع للهجوم. ازداد الخطر عندما وصلت جماعة مسلحة معارضة للدفاع عن الناس في المجمع ومنعت الأشخاص المنتسبين للمهاجمين من دخول مستشفى أطباء بلا حدود. واتهم الذين مُنعوا من الدخول منظمةَ أطباء بلا حدود بالتحيز وطالبوا بطرد النازحين من المجمع وهددوا بالعنف ضد المجمع.[10]

قد يبدو أن السماح للمجمع بأن يكون مكانًا للجوء ورفض دخول بعض الجرحى أمر يثير مخاوفًا بشأن تفضيل منظمة أطباء بلا حدود لمجموعة واحدة والسماح بضعف فعالية الخدمات الطبية بالمستشفى. لكن من خلال رفضها طرد النازحين، عززت منظمة أطباء بلا حدود حمايتهم. كما أوفت بالتزامها بتوفير الرعاية لجميع المحتاجين من خلال تزويد المرضى الذين مُنعوا من دخول المجمع بخدمات قريبة، مما يعزز التزامها بالحياد. أدت خبرتها ومعرفتها بالمجتمع، جنبًا إلى جنب مع مساعدة المنظمات الأخرى وتقديمها الرعاية الطبية للجميع، في النهاية إلى حل.

الإبلاغ عن إساءة الاستخدام في النزاعات

المشكلة الثالثة - كيفية معالجة الانتهاكات المروعة التي قد يشهدها المهنيون الصحيون أو يتعلمون عنها في سياق العمل الطبي - معقدة لكل من العاملين الصحيين والمنظمات. هناك حجة قوية يجب تقديمها مفادها أن التزامات العدالة والإحسان وعدم الإضرار تتطلب الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان ضد المرضى وغيرهم من أفراد المجتمع. ومع ذلك، هناك مخاطر في الإبلاغ. يمكن أن يتطلب الإبلاغ تسمية الجناة والكشف عن هويات الضحايا ويمكن أن ينطوي على مخاطر الانتقام، والتي يمكن أن تشمل العنف ضد المرضى والعاملين الصحيين والحد من وصول المنظمات الصحية إلى السكان المحتاجين.

نادراً ما تقوم اللجنة الدولية للصليب الأحمر بتسمية مرتكبي انتهاكات حقوق الإنسان من أجل محاولة الحفاظ على حيادها وتجنب المساس بدورها الفريد كمحاور سري مع جميع أطراف النزاعات. لكن على النقيض من ذلك، فإن منظمة أطباء بلا حدود، التي يرجع تاريخ تأسيسها إلى عام واحد بعد انتهاء الحرب في بيافرا (التي أصبحت الآن جزءًا من نيجيريا) في سنة 1970، غير راضية عن ممارسة اللجنة الدولية للصليب الأحمر المتمثلة في قيامها أحيانًا بتسمية منتهكي حقوق الإنسان. تلتزم منظمة أطباء بلا حدود بمفهوم *témoignage* أو "الشهادة":

> عندما تشهد فرق أطباء بلا حدود أعمال عنف متطرفة ضد الأفراد أو الجماعات، أو عندما يتم إعاقة الوصول إلى الرعاية الطبية المنقذة للحياة، قد نتحدث علنًا. إن قرارنا بالقيام بذلك يسترشد دائمًا بمهمتنا المتمثلة في تخفيف المعاناة وحماية الحياة والصحة واستعادة الاحترام للبشر وحقوقهم الإنسانية الأساسية.[11]

منظمة أطباء بلا حدود مستعدة للتحدث بصراحة، على الرغم من خطر إجبارها على مغادرة بلد ما، عندما تعتقد أن الشهادة لن تشكل مخاطر على المرضى والمجتمعات.[2]

بالنسبة للعاملين الصحيين الأفراد أو المحليين غير المنتمين إلى المنظمات الإنسانية، مثل اللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمة أطباء بلا حدود، هناك القليل من الإرشادات لمساعدتهم على تحديد ما إذا كان سيتم الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان ومتى يتم ذلك. نشرت اللجنة الدولية للصليب الأحمر إرشادات أخلاقية للعاملين الصحيين في مناطق النزاع، تشدد على ضرورة عدم تعريض سلامة المرضى أو المنظمة للخطر، لكنها تعرب عن القلق بشأن الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان. وتحذر من أن التصريحات التي لم يتم التحقق منها لوسائل الإعلام حول انتهاكات حقوق الإنسان يمكن أن تعرض الآخرين للخطر وتولد اتهامات واتهامات مضادة في وسائل الإعلام، وهو ما تفسره اللجنة الدولية للصليب الأحمر على أنه سوء سلوك مهني خطير من قبل العاملين الصحيين.[12] عندما يشكل الإبلاغ تعبيرا عن واجب المهنيين الصحيين لمنع الضرر، ومع ذلك، فإنه يشبه أخلاقيا واجبهم في الإبلاغ عن العنف المنزلي.[13] قد يكون عدم القيام بذلك أمرًا محزنًا من الناحية الأخلاقية، لا سيما عندما لا يتم الكشف عن الاغتصاب والتعذيب والفظائع الأخرى كما يمكن أن يؤدي إلى تفاقم تعرض الآخرين لانتهاكات مماثلة. تشير بعض المجموعات الطبية إلى أن عدم الإبلاغ يشكل إخفاقًا في حماية المرضى من الأذى ويرقى إلى التواطؤ.[14] يُلزِم إعلان الجمعية الطبية العالمية الأطباءَ بتشجيع التزام السلطات بالقانون الدولي والإبلاغ عن التعذيب والمعاملة القاسية أو اللاإنسانية.[15]

يدرك مكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومكتب المفوض السامي للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، بالاشتراك مع هيئة تنسيق إنسانية عالمية، أن حماية المدنيين تتطلب أن تجد المنظمات الإنسانية طرقًا مناسبة للإبلاغ عن الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان والقانون الإنساني. بالإضافة إلى الأسئلة حول ما إذا كان يجب الإبلاغ عن الانتهاكات أو الانتهاكات المزعومة ومتى يجب عليه الإبلاغ (على سبيل المثال، على مستوى الموقع أو مستوى الدولة أو مستوى المقر الرئيسي)، وإلى من يجب الإبلاغ (على سبيل المثال، وكالات الأمم المتحدة والجناة وغيرهم)، و كيف يجب أن تستمر المناصرة لتقليل المخاطر التي يتعرض لها الضحايا هي أيضًا أسئلة أخلاقية وإجرائية مهمة.[16] يلاحظ كورتلاند روبنسون من مركز جونز هوبكنز للصحة الإنسانية (الاتصال الشفوي)، على سبيل المثال، أن الأفراد على مستويات مختلفة من المنظمة يمكنهم الإبلاغ بطرق مختلفة: قد يكون العاملون الصحيون في مخيم اللاجئين أكثر فاعلية في تقليل المخاطر على الضحايا إذا يبلغون مديري المخيم عن الاغتصاب مع الاستمرار في علاج الضحايا وتقديم المشورة لهم ؛ قد يكون المديرون القطريون في وضع أفضل لإثارة المخاوف مع الجهات المسؤولة على المستوى القطري ؛ كما أن المقر الرئيسي قد يكون في وضع أفضل للإفصاح العلني عن استراتيجيات المناصرة والتخطيط لها. إن التحدث على مسافة أكبر بشكل متزايد من الجناة بينما يرتقي المرء في السلم الإداري الذي يضرب به المثل قد يكون وسيلة فعالة لحماية الضحايا والمراسلين من الانتقام.

الخاتمة

تحتاج المجموعات الطبية وغيرها من المجموعات المهنية، وكذلك الجهات المانحة والوكالات الدولية التي تدعم الاستجابات الصحية الإنسانية، إلى تقديم الدعم لأولئك الذين يواجهون قرارات مربكة ومؤلمة وعالية المخاطر.

References

1. Broussard G, Rubenstein L, Robinson C, Maziak W, Gilbert S, DeCamp M. Challenges to ethical obligations and humanitarian principles in conflict settings: a systematic review. *J Int Humanitarian Action*. 2019l;4(15):15.
2. Rubenstein L. *Perilous Medicine: The Struggle to Protect Heath Care from the Violence of War*. Columbia University Press; 2021.
3. Buissonniere M, Woznick S, Rubenstein L. The criminalization of healthcare. Safeguarding Health in Conflict Coalition; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; University of Essex; 2018. Accessed June 18, 2021. https://www1.essex.ac.uk/hrc/documents/54198-criminalization-of-healthcare-web.pdf
4. American Medical Association Opinion. 8.3. Physicians' responsibilities in disaster response and preparedness. Accessed November 7, 2021. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physicians-responsibilities-disaster-response-preparedness

5. American Medical Association Code of Medical Ethics: Guidance in a pandemic (2020). Accessed November 7, 2021. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ama-code-medical-ethics-guidance-pandemic
6. Physicians for Human Rights; School of Public Health and Primary Health Care, Health Sciences Faculty, University of Cape Town. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice; Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. University of Cape Town; 2002. Accessed June 18, 2021. https://phr.org/wp-content/uploads/2003/03/dualloyalties-2002-report.pdf
7. Rubenstein L, Courtland Robinson W, Darwish M, et al. Reality makes our decisions: ethical challenges in humanitarian health in situations of extreme violence: report and recommendations. Center for Public Health and Human Rights, Center for Humanitarian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; International Rescue Committee; Syrian American Medical Society; 2019. Accessed June 18, 2021. http://hopkinshumanitarianhealth.org/assets/documents/LR_XViolenceReport_2019_final.pdf
8. Baiev K, Daniloff R, Daniloff N. *The Oath: A Surgeon Under Fire*. Walker; 2003:283
9. Safeguarding Health in Conflict Coalition; Insecurity Insight. Ineffective past, uncertain future: the UN Security Council's Resolution on the Protection of Health Care: a five-year review of ongoing violence and inaction to stop it. Insecurity Insight; 2021. Accessed November 7, 2021. http://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2021/05/Ineffective-past-Uncertain-Future-A-Five-Year-Review-2016-2020.pdf
10. MSF. Unprotected: summary of internal review of the October 31st events in Batangafo, Central African Republic. Barcelona, MSF, 2019. Accessed June 18, 2021. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/2019-02/MSF-Unprotected-Batangafo-EN.pdf
11. Who we are, principles. Doctors Without Borders. Accessed June 18, 2021. https://www.doctorswithoutborders.org/who-we-are/principles/bearing-witness
12. Coupland R, Breitegger A. *Health Care in Danger: The Responsibilities of Health-care Personnel Working in Armed Conflict and Other Emergencies*. International Committee of the Red Cross; 2012. Accessed June 18, 2021. https://shop.icrc.org/download/ebook?sku=4104/002-ebook
13. American Medical Association. Opinion 8.10. Preventing, identifying and treating violence and abuse. Code of Medical Ethics. Accessed June 18, 2021. https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/preventing-identifying-treating-violence-abuse
14. List J. Medical neutrality and political activism. In: Allhoff F, ed. *Physicians at War: The Dual Loyalties Challenge*. Springer; 2008.
15. WMA regulations in times of armed conflict and other situations of violence. World Medical Association. Adopted October 1956. Revised October 2012. Accessed June 18, 2021. https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/
16. The protection of human rights in humanitarian crises: a joint background paper by OHCHR and UNHCR IASC principals. Global Protection Cluster; 2013. Accessed June 18, 2021. https://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/human_rights_protection/OHCHR-UNHCR%20Joint%20Paper_EN.pdf

Leonard Rubenstein, JD, LLM is a professor of the practice at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, Maryland, where he is also a core faculty member at

the Center for Public Health and Human Rights. He is also a core faculty member at Johns Hopkins University's Center for Humanitarian Health and Berman Institute of Bioethics. He founded and chairs the Safeguarding Health in Conflict Coalition and is the author of *Perilous Medicine: The Struggle to Protect Health Care From the Violence of War* (Columbia University Press, 2021).

Rohini Haar, MD, MPH is an adjunct professor in the School of Public Health at the University of California, Berkeley, and an emergency physician with Kaiser Medical Center in Oakland. She has engaged in extensive research on human rights and on health in armed conflict and political violence.

الاستشهاد
مجلة الأخلاق للجمعية الطبية الأمريكية 2022؛24(6): E535-541.

معرف الكائن الرقمي
10.1001/أماجيثكس.2022.535 .

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

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 الأميركية. جميع الحقوق محفوظة.
الرقم التسلسلي القياسي الدولي 6980-2376