

# اخلاق در گردشگری سلامت

حکیمه مصطفوی

احسان شمسی گوشکی<sup>۱</sup>

محمود عباسی

## چکیده

امروزه گردشگری سلامت پدیده ای مهم و رو به رشد در جهان به شمار می‌رود. ایران از گذشته یکی از مراکز فعال گردشگری سلامت در منطقه خاورمیانه بوده است. در عین حال همواره نگرانی‌هایی پیرامون جنبه‌های اخلاقی گردشگری سلامت در سطح جهان وجود داشته است. در این مقاله ضمن اشاره به مباحث اخلاقی مطرح در مورد این موضوع، به بیان وضعیت اخلاقی در سه حوزه گردشگری درمانی در ایران شامل پیوند عضو، سقط جنین درمانی و فناوری‌های کمک باروری پرداخته‌ایم. برای گردآوری اطلاعات؛ پایگاه‌های اطلاعاتی علمی و دانشگاهی و *SID, Pubmed, Google Scholar, Iranmedex, Magiran* سامانه قوانین مجلس شورای اسلامی؛ روزنامه‌ها، مقاله‌ها و اخبار آنلاین و صفحات وب مرتبط با موضوع گردشگری درمانی در ایران مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های ما نشان می‌دهد که وجود برخی امکانات و مقررات در مواردی باعث افزایش تمایل شهروندان سایر کشورها برای مسافرت به ایران و دریافت خدمات سلامت مورد نظر شده است، اما راهنماهای اخلاقی مدونی برای این حوزه وجود ندارد و پیشنهاد می‌شود چنین راهنماهایی تدوین گردد.

## واژگان کلیدی

ایران، گردشگری سلامت، اخلاق پزشکی

۱. دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه اخلاق پزشکی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی (نویسنده مسؤول)

## اخلاق در گردشگری سلامت

گردشگری سلامت به معنای مسافرت بیماران به دیگر کشورها برای دریافت بعضی از اشکال خدمات سلامت می‌باشد. این خدمات سلامت ممکن است شامل طیف وسیعی از درمان‌ها باشند اما در اغلب موارد شامل خدمات دندانپزشکی، جراحی زیبایی، جراحی‌های انتخابی، پیوند اعضا و درمان ناباروری می‌باشد. (OECD, ۲۰۰۷ م.) گوپتا گردشگری سلامت را ارائه خدمات پزشکی با کیفیت بالا و قیمت رقابتی و ارزان می‌داند که با همکاری صنعت گردشگری برای بیمارانی که به عمل‌های جراحی و دیگر خدمات تخصصی نیاز دارند، ارابه می‌شود (گوپتا، ۲۰۰۷). براساس هدف گردشگران سلامت از مسافرت به دیگر کشورها می‌توان گردشگری سلامت را به سه نوع تقسیم کرد که البته گردشگری سلامت بیشتر به موارد دوم و به‌ویژه سوم اشاره می‌کند:

**الف- گردشگری تندرستی<sup>۱</sup>:** مسافرت به دهکده‌های سلامت و مناطق دارای چشمه‌های آب معدنی و آب گرم (اسپاها) برای رهایی از تنش‌های زندگی روزمره و تجدید قوا بدون مداخله و نظارت پزشکی را در مواردی که گردشگر بیماری جسمی مشخصی نداشته باشد (گردشگری سلامت، ۲۰۰۷ م.).

**ب- گردشگری بازتوانی<sup>۲</sup>:** مسافرت به منظور استفاده از منابع سلامت طبیعی (آب‌های معدنی، نمک، لجن و غیره) جهت درمان برخی بیماری‌ها یا گذران دوران نقاهت تحت نظارت و مداخله پزشکی،

**ج- گردشگری پزشکی<sup>۳</sup>:** مسافرت به منظور درمان بیماری‌های جسمی یا انجام نوعی از عمل‌های جراحی تحت نظارت پزشکان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی (کابالرو، دائل و موگومبک، ۲۰۰۶ م.).

## ۱- گردشگری سلامت در ایران

جمهوری اسلامی ایران براساس طبقه‌بندی بانک جهانی کشوری با درآمد متوسط رو به بالا (Higher Income Developing Country) و چهارمین کشور بزرگ در آسیا و هفدهمین کشور بزرگ در دنیا با مساحتی حدود ۱/۶۴۸/۱۹۵ کیلومتر مربع می‌باشد که در منطقه خاورمیانه واقع شده است و در دسته‌بندی سازمان جهانی بهداشت جزو منطقه شرق مدیترانه به حساب می‌آید. گردشگری سلامت پدیده جدیدی در ایران به شمار نمی‌رود. در گذشته ساکنین کشورهای همسایه به‌ویژه کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس برای دریافت خدمات بهداشتی و سلامت به ایران و مخصوصاً به استان فارس مسافرت می‌کردند (تورانی، طبیعی، توفیقی، شاربچی‌زاده، ۲۰۱۰م). در حال حاضر علل اصلی مسافرت بیماران به ایران مربوط به کیفیت خدمات سلامت، هزینه‌های پایین دارو و درمان در مقایسه با دیگر کشورهای منطقه، دسترسی به خدمات سلامت و تجهیزات پیشرفته و جدید، وجود متخصصان و وجود نیروی متخصص ماهر در حوزه سلامت در ایران، فرهنگ و زبان مشابه و کمبود یا فقدان تجهیزات و نیروی متخصص در اغلب کشورهای مبدأ می‌باشد (جباری، ۱۳۸۸ش). در عین حال سابقه برنامه‌ریزی گردشگری در کشور ما به حدود سال ۱۳۴۱ش. - آغاز برنامه سوم عمرانی کشور - برمی‌گردد. پس از انقلاب اسلامی در ماده ۸۷ از بخش سوم برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی ایران نیز به لزوم زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه اشاره شده است (قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، مهر ۱۳۸۳ش).

با توجه به اهمیت موضوع و به دلیل اینکه ایران یکی از مراکز فعال گردشگری سلامت در منطقه خاورمیانه بوده و سالانه پذیرای تعداد زیادی از بیماران از کشورهای مختلف منطقه برای دریافت خدمات پزشکی است، در این مقاله برآنیم تا به بررسی جنبه‌های اخلاقی گردشگری سلامت در سه حوزه اصلی گردشگری سلامت شامل پیوند عضو، سقط جنین درمانی و تکنولوژی‌های کمک باروری در ایران بپردازیم.

## ۲- روش پژوهش

این پژوهش، یک مطالعه مروری در مورد مسائل اخلاقی گردشگری سلامت در ایران می‌باشد. برای گردآوری اطلاعات در مورد وضعیت اخلاقی گردشگری سلامت در ایران؛ پایگاه‌های اطلاعاتی SID Pubmed, Google Scholar, Iranmedex, Magiran، سامانه قوانین مجلس شورای اسلامی مرتبط با گردشگری درمانی به‌ویژه قوانین مربوط به سقط جنین درمانی، پیوند عضو و خدمات درمان ناباروری در ایران، روزنامه‌ها، مقاله‌ها و اخبار آنلاین و صفحات وب مرتبط با وضعیت اخلاقی گردشگری درمانی در ایران مورد بررسی قرار گرفت و حدود ۲۳۰ مطلب مرتبط یافت شد، پس از مطالعه عنوان و چکیده مقالات یافت شده؛ تعداد ۵۵ مطلب که در ارتباط با موضوع پژوهش بود مورد مطالعه قرار گرفت. در مرحله بعداز یافته‌های مربوط فیش‌برداری شد و نهایتاً با تلفیق فیش‌برداری‌ها نتایج یافت شده مورد تحلیل قرار گرفت.

## ۳- یافته‌ها

### ۳-۱- جنبه‌های اخلاقی گردشگری سلامت

گردشگری سلامت یکی از مباحث مهم در اقتصاد جهان امروز به شمار می‌رود. (میل استین، اسمیت، ۲۰۰۶م). در عین حال نگرانی‌هایی پیرامون جنبه‌های اخلاقی

گردشگری سلامت در سطح جهان وجود دارد و به عبارت دیگر نگاه‌ها به مقوله توریسم‌درمانی همیشه مثبت نیست. حتی در کشورهای توسعه‌یافته که استانداردهای کیفی بالایی در زمینه خدمات پزشکی و درمانی دارند، توریسم‌درمانی امری پرمخاطره تلقی می‌شود. از سوی دیگر موضوعات اجتماعی، فرهنگی و سیاسی می‌تواند بر روی انتخاب گردشگران درمانی تأثیر بگذارد و حتی باعث تغییر مقصد شوند. (کونل، ۲۰۰۵م.) برای درک بهتر مسایل اخلاقی موجود در حوزه گردشگری سلامت می‌توان مسایل موجود را در دو دسته گروه‌بندی نمود: دسته اول؛ مسایل اخلاقی مربوط به ساکنان کشورهای مقصد (میزبان)، دسته دوم؛ مسایل اخلاقی مربوط به بیماران خارجی

#### الف) مسایل اخلاقی مربوط به ساکنان کشورهای مقصد

##### الف-۱) گردشگران سلامت؛ استفاده‌کنندگان از منابع عمومی

در مباحث مربوط به گردشگری سلامت و تأثیر آن بر تخصیص منابع عمومی در کشورهای میزبان، تجارب موجود بیانگر آن است که گردشگری سلامت می‌تواند تهدیدی برای بودجه عمومی بخش سلامت در کشور میزبان باشد. (کورتز، ۲۰۰۸م.) و دولت از طریق تخصیص زمین‌های عمومی، کاهش سهم مالیات و کاهش تعرفه‌های گمرکی تجهیزات پزشکی مورد استفاده در بیمارستان‌های پذیرنده بیماران خارجی، به بخش خصوصی برای توسعه‌ی این صنعت کمک می‌کند (گوپتا، ۲۰۰۸م.) و این در حالی است که در برخی از کشورها مانند کوبا که خود با مشکلات متعددی در حوزه سلامت شهروندان خود روبه‌رو هستند گاهی حتی خدمات بیمارستان‌های دولتی نیز به بیماران کشورهای دیگر ارائه می‌گردد (یلاجا، ۲۰۰۷م.). مثالی از تخصیص یارانه‌های دولتی به بیماران خارجی پزشکی هستند که در دانشگاه‌های دولتی و با هزینه‌های عمومی آموزش دیده‌اند، ولی در بخش

خصوصی برای ارائه خدمات به بیماران خارجی استخدام شده‌اند. (آروناندوچی، فینک، ۲۰۰۶م.) اگرچه مراکزی که پذیرای گردشگران سلامت می‌باشند اغلب خصوصی می‌باشند و ممکن است برای فعالیت‌هایشان به دولت مالیات پرداخت کنند ولی این نگرانی نیز وجود دارد که فقط بیماران خارجی را بپذیرند و از ارائه خدمات به افراد محلی خودداری کنند (جانسون، ۲۰۱۰م.).

**الف- ۲) گرایش پزشکان و کادر متخصص و نخبه به سمت مؤسسات خصوصی**  
گردشگری سلامت به علت افزایش بی‌عدالتی‌های موجود در زمینه ارائه خدمات درمانی و حتی بهداشتی در معرض انتقاد قرار گرفته است. یکی از زمینه‌های این انتقادات تشدید مهاجرت پزشکان و نخبگان از بخش عمومی به سمت مؤسسات خصوصی در کشورهای میزبان می‌باشد. در واقع پرداخت‌های بالا در بخش خصوصی و مراکز پذیرای گردشگران سلامت باعث مهاجرت پزشکان و نخبگان در داخل کشورهای توریست‌پذیر شده است (کورلانزیک، ۲۰۰۷م.). همچنین به علت استقرار این مراکز در شهرهای بزرگ اغلب پزشکان به این شهرها مهاجرت می‌کنند و این امر باعث افزایش محرومیت مناطق روستایی و شهرهای کوچک‌تر می‌شود (بلوین، ۲۰۰۷م.). در واقع به علت عدم وجود قوانین مناسب، دستمزدهای بالا در بخش خصوصی باعث انتقال پزشکان از بخش دولتی به بخش خصوصی می‌گردد. (هاپکینز و همکاران، ۲۰۰۷م.). در مواردی نیز بیماران داخلی به علت عدم توان مالی در انتهای لیست انتظار جهت پیوند عضو قرار می‌گیرند، در حالی که بیماران خارجی دارای اولویت می‌باشند. نکته حائز اهمیت دیگر در این مورد خرید و فروش غیرقانونی اندام‌ها و بافت‌های بدن شهروندان محلی جهت ارائه به بیماران خارجی می‌باشد. (هوستون، کارتیر، ۲۰۰۵م.)

**ب) مسایل اخلاقی مربوط به بیماران خارجی**

ارایه‌ی خدمات سلامت به گردشگران ممکن است تهدیداتی را متوجه بیماران خارجی نماید، به‌عنوان نمونه در موارد بروز خطاهای پزشکی، عدم وجود حمایت قانونی لازم و یا ضعف قوانین مربوط به خطاهای پزشکی<sup>۴</sup> برای حمایت از بیماران خارجی ممکن است این بیماران را با پاره‌ای از مسائل قانونی مواجه نماید (هوستون، کارتیر، ۲۰۰۵م). خطر دیگری که می‌تواند هم گردشگران سلامت و هم جامعه مبدأ و بعضاً مقصد را تهدید کند خطر انتقال بیماری‌های واگیردار و ابتلای بیماران خارجی به بیماری‌های بومی<sup>۵</sup> است.

عدم امکان پیگیری بیماران در کشورهای مبدأ بعد از دریافت خدمات سلامتی و بازگشت از کشور مقصد نیز یکی از مسایل قابل توجه در این بحث است (ماتیو، راتیندرن، ۲۰۰۶م). این مسأله به‌ویژه در مورد بیمارانی که دچار عوارض پس از درمان می‌شوند اهمیت بیشتری دارد. یکی از دلایل عدم تمایل پزشکان در کشور مبدا برای ارائه خدمات پس از درمان به بیماران، مسئولیت عواقب ناشی از خدمات ارائه شده توسط دیگر پزشکان در سایر کشورها می‌باشد. یکی دیگر از مشکلات پزشکان برای ارائه خدمات پس از درمان محدودیت‌های اعمال شده توسط شرکت‌های بیمه برای ادامه درمان در مواردی است که بخشی از روند درمان در کشوری دیگر انجام شده باشد. (مایسل، ۲۰۰۸م). عدم پوشش هزینه‌های درمانی توسط شرکت‌های بیمه به‌ویژه در مواردی که امکان ارایه آن خدمت در کشور مبدأ وجود ندارد از جمله مشکلات دیگر به حساب می‌آید (هریک، ۲۰۰۷م).

**ج) مسایل اخلاقی گردشگری سلامت در ایران**

ایران از معدود کشورهایی در منطقه خاور میانه است که مسایلی را که دربر دارنده جنبه‌های اخلاقی حساسی می‌باشند؛ مانند پیوند عضو، فناوری‌های

کمک باروری و سقط جنین درمانی را قانونمند کرده است. وجود همین قوانین در کنار سابقه طولانی‌تر ایران در علوم پزشکی نسبت به کشورهای همجوار باعث افزایش تمایل شهروندان سایر کشورها برای مسافرت به ایران و دریافت خدمات سلامت مورد نظر شده است. در این قسمت از مقاله به بیان قوانین مذکور و تأثیر احتمالی آنها بر مسائل اخلاقی موجود در حوزه گردشگری سلامت می‌پردازیم.

### ۱- پیوند عضو

پیوند عضو تقریباً در همه کشورهای مسلمان پذیرفته شده است (دار، ۱۹۹۷م.) و بخصوص میزان پیوند کلیه از دهندگان خویشاوند زنده و افراد فوت شده در حال افزایش می‌باشد (شاد، ۱۹۹۸م.). اولین عمل پیوند عضو در ایران مربوط به پیوند کلیه از خویشاوند زنده در سال ۱۹۶۷ میلادی در دانشگاه شیراز می‌باشد (اکرمی، استایی، زاهدی، رضا، ۲۰۰۴م.؛ قدس، ۲۰۰۲م.). از سال ۱۹۶۷ تا ۱۹۸۰ فقط ۱۱۲ عمل پیوند کلیه در ایران انجام شد که از این تعداد دو مورد مربوط به پیوند از افراد مرده و ۹۶ مورد پیوند از خویشاوندان زنده بوده و ۱۴ مورد مربوط به پیوند عضو از دهندگان خارجی در تهران و شیراز بوده است (برومند، ۱۹۹۷م.). برای پاسخگویی به نیاز فزاینده مردم به پیوند عضو پس از جنگ تحمیلی ۸ ساله، دوباره دو تیم پیوند عضو در تهران و شیراز شروع به فعالیت کردند (فاضل، ۱۹۹۵م.) ولی تعداد کلیه‌های اهدایی از خویشاوندان زنده فقط پاسخگوی ۳۰ درصد از افراد نیازمند پیوند کلیه بود (لاریجانی، زاهدی، غفوری فرد، ۲۰۰۴م.). از طرف دیگر اگرچه پیوند عضو از افراد دچار مرگ مغزی به صورت پراکنده در شهرهای شیراز و تهران برای پیوند به‌ویژه پیوند کبد انجام می‌شد اما این روند بعد از تصویب اهدای عضو از افراد فوت شده و کسانی که مرگ مغزی آنها مسلم است در سال ۱۳۷۹ش. سرعت گرفت. طبق این قانون باید مرگ مغزی به‌وسیله چهار پزشک



شامل یک نورولوژیست، یک جراح اعصاب، یک متخصص داخلی و یک متخصص بیهوشی مورد تأیید قرار گیرد. بعد از تأیید مرگ مغزی، در صورت وجود فرد نیازمند پیوند و نیز پس از اخذ رضایت ولی متوفی می‌توان اقدام به برداشت عضو نمود (برومند، ۲۰۰۵م). در مورد پیوند کلیه از دهنده زنده ایران دارای یک مدل پیوند خاص خود است می‌باشد که در ادامه سیاست پیوند از دهنده خویشاوند، اهدای عضو از دهنده زنده غیرخویشاوند را از سال ۱۳۶۷ش. میسر کرد. اگرچه این مدل به‌طور موفقیت‌آمیزی لیست انتظار پیوند کلیه را تا اواخر سال ۱۹۹۹م. تقریباً حذف نمود (قدس، ۲۰۰۹م.) و مدافعان آن مواردی را مانند حذف واسطه‌ها و مؤسسات سودجو، تأمین اعتبار همه بیمارستان‌هایی که پیوند عضو انجام می‌دهند از طرف دولت و امکان بهره‌گیری بسیاری از بیماران بدون توجه به وضعیت اجتماعی اقتصادی از این خدمت به‌عنوان نقاط قوت آن مطرح می‌کنند، (قدس، ۲۰۰۹م.، مهدوی مزده، ۲۰۱۲م.) اما همواره از جهات مختلف مورد انتقاد برخی متخصصین اخلاق پزشکی بوده است. از جمله انتقادات وارده به این مدل احتمال خرید و فروش اعضا بیان شده است. قاعداً این خرید و فروش اعضا می‌تواند در مقیاس بین‌المللی هم صورت گیرد و به پدیده توریسم پیوند منجر شود. برای جلوگیری از چنین احتمالی در ایران مقرراتی در این زمینه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وضع شده است که شامل موارد زیر است: اول اینکه بیماران خارجی اجازه دریافت کلیه از ایرانیان را ندارند دوم اینکه آنها نمی‌توانند به شهروندان ایرانی نیازمند پیوند، عضو بدهند و سوم اینکه بیماران خارجی می‌توانند از افراد غیرخویشاوند عضو بگیرند به شرطی که فرد دهنده و گیرنده هر دو از یک ملیت باشند و مجوز پیوند عضو از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اخذ شود (قدس، نصراله‌زاده، ۲۰۰۵م). به هر حال این مقررات اگرچه که نمی‌تواند اهدای کاملاً اخلاقی عضو را برای گردشگران تضمین کند، اما گامی

مثبت در جهت اخلاقی‌تر شدن تورسم‌درمانی پیوند به حساب می‌آید. بنابراین اگرچه قانون پیوند اعضا در ایران محدودیتی برای انجام پیوند جهت افراد خارجی یا گردشگران ایجاد نمی‌کند آنها می‌توانند در ایران عضو پیوندی بگیرند به شرطی که اهداکننده عضو از هموطنان خودشان باشند (قدس، ۲۰۰۹م). در مطالعه‌ای که در بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد تهران انجام شد مشخص شد در فاصله سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴م. حدود ۶۲ مورد عمل پیوند کلیه برای آوارگان افغانی انجام شد که در هیچ مورد از کلیه شهروندان ایرانی برای پیوند استفاده نشده بود (قدس، نصراله‌زاده، کاظمینی، ۲۰۰۵م).

## ۲- تکنولوژی‌های کمک‌باروری (ART)

به‌طور سنتی داشتن فرزند یک ارزش اجتماعی مهم برای زوجین ایرانی می‌باشد (عباسی شوازی، اینهورن، رازقی نصرآباد، طلوع، ۲۰۰۸م). ناباروری بر کیفیت زندگی و سلامت عاطفی و روانی مردان و زنان تأثیر منفی می‌گذارد (عالیه ج، لیلیا ف، ۲۰۰۷م؛ پاکپور، یکانی‌نژاد، زیدی و بوری، ۲۰۱۲م). در حالی که بسیاری از زوجین در سطح دنیا به علت محدودیت‌های موجود در زمینه دسترسی به خدمات درمان ناباروری؛ نمی‌توانند از این خدمات استفاده کنند و در نتیجه به شیوه‌های سنتی متوسل می‌شوند. تخمین زده می‌شود در بیش از ده درصد زوجین نابارور به شیوه‌های سنتی مانند داروهای گیاهی، طلسم و زیارت مکان‌های مقدس متوسل می‌شوند (اینهورن، ماریکا، ۲۰۰۲م)، زوجین نابارور در ایران دسترسی گسترده‌ای به انواع خدمات درمان ناباروری دارند (عباسی، اینهورن، رازقی و طلوع، ۲۰۰۸م).

ناباروری در ایران یک مسأله پزشکی بسیار مهم می‌باشد چرا که در حدود یک چهارم زوجین ایرانی طی زندگی زناشویی خود ناباروری اولیه را تجربه می‌کنند (وحیدی، اردلان و محمد، ۲۰۰۵م). شیوع میزان بالای ناباروری و وجود

مقاومت فرهنگی زیاد در برابر فرزندخواندگی (اینهورن، ۲۰۰۶م.) باعث افزایش نیاز به ارتقای تکنولوژی‌های کمک‌باروری در ایران شد. تلاش‌های اولیه برای کمک به زوجین نابارور شامل تکنیک‌های مختلفی اعم از IUI, IVF، رحم جایگزین و دریافت گامت از اهداکننده ثالث می‌باشد و هیچ‌گونه ممنوعیت قانونی و مذهبی برای استفاده از این روش‌ها وجود ندارد (افشار، باقری، ۲۰۱۲م.).

بدون شک امروز ایران تنها کشور مسلمان پیشرو در این‌گونه تکنولوژی‌ها می‌باشد (ترماینه، ۲۰۰۹م.). در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی رهبر جمهوری اسلامی ایران، آیت الله خامنه‌ای، در فتاوی خود استفاده از تکنولوژی‌های کمک‌باروری را به‌طور وسیعی مجاز اعلام نمودند و در نتیجه این فتوا مسیر توسعه انواع تکنولوژی‌های کمک‌باروری در ایران هموارشد (کلارک، ۲۰۰۷م.؛ کلارک، ۲۰۰۶م.). طبق فتوای ایشان باید گیرندگان و دهندگان گامت همه موازین شرعی مربوطه را رعایت کنند، به‌عنوان مثال، کودک حاصله از گامت‌هدایی به اهداکننده گامت ملحق می‌شود (کلارک، ۲۰۰۷م.؛ ترماینه، ۲۰۰۹م.). و بر همین اساس در برخی کلینیک‌ها همه شیوه‌های اهدای اسپرم، تخمک، اهدای جنین و رحم جایگزین مورد استفاده قرار می‌گیرد (اینهورن، ۲۰۱۱م.).

طبق گزارش‌های موجود در مواردی بعضی از زوجین نابارور اهل تسنن برای دریافت خدمات کمک‌باروری به‌ویژه اهدای گامت (که در کشور مبدأ معمولاً ممنوع است) به‌طور مخفیانه به لبنان مسافرت می‌کنند تا از این خدمات که براساس فتوای رهبر جمهوری اسلامی ایران توسط کلینیک‌هایی که از نظرات فقهی ایشان تقلید می‌کنند، بهره‌مند شوند. (اینهورن، ۲۰۱۱م.). در ایران نیز گزارش‌هایی از مسافرت به ایران برای دریافت خدمات کمک به ناباروری وجود دارد. اغلب زوجین ناباروری که برای استفاده از تکنولوژی‌های کمک‌باروری به مرکز باروری و ناباروری اصفهان سفر می‌کنند مربوط به کشورهای عراق،

افغانستان و پاکستان می‌باشند، علت اصلی مسافرت این زوجین به ایران، مسائل دینی و محدودیت‌های قانونی و نیز عدم وجود نیروی متخصص و ماهر در بخش سلامت کشورشان و نیز نزدیکی مذهبی و تشابه فرهنگی با ایران بیان شده است. (مقیمی فر، نصر اصفهانی، ۲۰۱۱م). به‌طور کلی می‌توان گفت که ایران یکی از مقاصد مهم گردشگری سلامت برای بهره‌مندی از خدمات درمان‌های کمک‌ناباروری محسوب می‌شود. مبنای اخلاقی اراییه‌ی این خدمات در ایران فتوای دینی و نیز قانون اهدای گامت به زوج‌های نابارور مصوب ۱۳۸۲ش. است و در هیچ‌کدام از این موارد اراییه‌ی خدمات به گردشگران محدود نشده است.

### ۳- سقط جنین درمانی

تقریباً همه مذاهب و ادیان بزرگ جهان سقط جنین را در شرایط عادی ممنوع کرده‌اند و همه علمای شیعه و سنی با سقط جنین پس از چهار ماهگی آن مخالفند (دار، ال یتامی، ۲۰۰۱م). سقط جنین تا سال ۱۹۹۷ میلادی در ایران بسیار کم و فقط محدود به مواردی بود که مرتبط با نجات جان مادر بود و این موضوع مورد تأیید اغلب علما از جمله آیت‌الله خامنه‌ای بود (روحانی، علی آبادی، نوقانی، ۱۹۹۹م). پس از ورود فناوری تشخیص قبل از تولد برای بیماری تالاسمی ماژور در دهه ۱۹۹۰ میلادی به ایران آیت‌الله خامنه‌ای رهبر جمهوری اسلامی ایران در سال طی فتوایی مجوز سقط جنین دارای تالاسمی ماژور قبل از چهار ماهگی را در شرایطی مجاز دانستند و بالاخره در سال ۱۳۷۷ خورشیدی دولت مجوز سقط جنین قبل از ۱۶ هفته را برای موارد بیماری‌های خاص جنین صادر نمود (سماواتی، ۲۰۰۴م). بعد از آن در سال ۱۳۸۳ش. سازمان پزشکی قانونی ایران با مجوز رییس قوه قضاییه اقدام به صدور بخشنامه‌ای کرد که طی آن در بیش از پنجاه مورد بیماری‌های جنین و مادر اجازه سقط صادر می‌شد و درنهایت در سال ۱۳۸۴ش. مجلس شورای اسلامی

«قانون سقط جنین درمانی» را تصویب کرد. طبق این قانون برای سقط جنین درمانی نیازی به رضایت پدر نیست و تنها رضایت مادر برای سقط جنین کافی می‌باشد. برای صدور مجوز سقط باید اندیکاسیون سقط از طریق سه پزشک متخصص اعلام گردد و سازمان پزشکی قانونی آن را تأیید نماید (هدایت، شوشتری‌زاده، رضا، ۲۰۰۶م).

در قانون سقط‌درمانی ایران نیز مانند دو قانون قبلی محدودیتی برای انجام سقط در مورد شهروندان سایر کشورها در نظر گرفته نشده است. از این‌رو این قانون نیز می‌تواند به‌صورت بالقوه بستری برای انجام سقط برای گردشگران به حساب آید. اگرچه گزارش منتشر شده‌ای در مورد انجام سقط جنین درمانی برای گردشگران سلامت وجود ندارد اما براساس مصاحبه‌هایی که برای نگارش این مقاله صورت گرفت در حال حاضر سقط جنین درمانی برای اتباع خارجی (اغلب مهاجرین افغانی) نیز انجام می‌شود. بدین ترتیب که ابتدا فرد متقاضی انجام سقط جنین درمانی احراز هویت می‌گردد و پس از احراز هویت - از طریق ارائه شناسنامه یا تأیید دادستانی - مجوز سقط جنین به‌وسیله پزشکی قانونی صادر می‌گردد (مصاحبه با دکتر زهرا امینیان، معاون بالینی پزشکی قانونی استان کرمان و دکتر قادی پاشا مدیر کل دفترآموزش سازمان پزشکی قانونی کشور؛ ۱۵ شهریورماه، ۱۳۹۱). اگرچه موقعیت مهاجرین و آوارگان با گردشگران سلامت متفاوت است اما همگی در داشتن ملیت غیرایرانی مشترکند، عاملی که احتمال بروز مواردی از گردشگری سلامت به منظور سقط را بیشتر می‌کند.

## نتیجه

شواهد موجود بیانگر رشد فزاینده صنعت گردشگری سلامت در سال‌های گذشته و ادامه این رشد در سال‌های آتی می‌باشد. متناسب با رشد صنعت گردشگری سلامت در کشورهای مختلف، مسائل و مشکلات مربوط به این حوزه نیز گسترده‌تر خواهد شد. بی‌شک عواقب ناشی از این گسترش گریبانگیر هر دو سوی معادله خواهد بود: کشورهای میزبان و کشورهای مبداء. در کشورهای میزبان ساکنین بی‌بضاعت؛ قربانیان اصلی خواهند بود و در کشورهای مبدا بیمارانی که برای دریافت خدمات سلامت ارزان‌قیمت عازم کشورهای دیگر شده‌اند. در یک چهارچوب از اصول اخلاقی، گردشگری سلامت ممکن است بیشترین خطر را از لحاظ نقض شدن اصل عدالت (Justice) متوجه ساکنان کشور میزبان کند، اگرچه می‌تواند خطرات مستقیمی مثل انتقال بیماری‌های مختلف را نیز متوجه مردم کشور میزبان نماید. از طرف دیگر کشور مبدأ نیز می‌تواند با خطراتی مثل شیوع بیماری‌های منتقل شده توسط گردشگران سلامتی که از سفر درمانی خود برگشته‌اند روبه‌رو شود. از این‌رو انجام یک محاسبه دقیق سود و زیان (Harm and Benefit) برای بررسی اخلاقی گردشگری سلامت در هر مورد برای اطمینان از عدم نقض اصول اخلاقی فایده‌رسانی (Beneficence) و عدم ضرررسانی (Non-maleficence) لازم به نظر می‌رسد. این موازنه سود و زیان هم در مقیاس کلی (سود و زیان کشورها و مردم) و هم در مقیاس فردی (سود و زیان گردشگران سلامت) باید مورد توجه قرار گیرد. به‌عنوان مثال، مواردی مانند عدم پوشش بیمه‌ای گردشگری سلامت و یا عدم امکان پیگیری بیماران در کشور مقصد می‌تواند برای بیمار خطرآفرین باشد. البته اصل احترام به خودآیینی (Autonomy) افراد در گردشگری سلامت باید مدنظر قرار گیرد. به‌ویژه در مورد پیوند اعضا باید در مورد معتبر بودن رضایت آگاهانه‌ی دهنده‌ی عضو اطمینان

حاصل شود. این ملاحظات اخلاقی هم باید توسط پزشکان و مؤسسات درمانی مدنظر قرار گیرند و هم توسط سیاستگذاران بخش سلامت در کشورهای مبدأ و مقصد در تدوین آیین‌نامه‌ها و مقررات و راهنماهای اخلاقی به کار گرفته شوند. این در حالی است که مقررات بین‌المللی در زمینه گردشگری سلامت وجود ندارد. در مورد ابعاد گردشگری سلامت در ایران نیز نشان داده شد که در سه موردی که قوانین مصوب در مورد آنها وجود دارد، شامل پیوند عضو، درمان‌های کمک باروری و سقط جنین درمانی محدودیت قانونی برای استفاده اتباع سایر کشورها در نظر گرفته نشده است و در هر سه مورد گزارش‌هایی مبنی بر انجام مداخلات پزشکی مذکور برای افراد غیرایرانی وجود دارد، به‌ویژه در مورد تکنولوژی‌های کمک باروری و پیوند عضو که وجود موارد گردشگری سلامت انکارناپذیر است. اگرچه در مورد پیوند اعضا مقررات ایران به گونه‌ای طراحی شده است که خارجی‌ها می‌توانند در ایران عضو پیوندی بگیرند به شرطی که اهداکننده عضو از هموطنان خودشان باشند، اما انتقادات اخلاقی‌ای که بر مدل ایرانی پیوند از زنده غیر خویشاوند وجود دارد، در مورد گردشگران هم کماکان باقی خواهد ماند. در زمینه خدمات کمک باروری بی‌شک ایران یکی از معدود کشورهای مسلمانی است که انواع تکنولوژی‌های کمک باروری در آن استفاده می‌شود و از این رو مقصد بالقوه‌ای برای این امر به حساب می‌آید. در این مورد نیز برخی ابهامات موجود در مورد این تکنولوژی‌ها و آثار اخلاقی و قانونی آنها از جمله مباحث مربوط به احکام وضعی نظیر ارث، حریمیت، ازدواج و... که برای شهروندان ایران وجود دارد در مورد گردشگران سلامت هم صادق خواهد بود. نهایتاً در قانون سقط‌درمانی ایران نیز مانند دو قانون قبلی محدودیتی برای انجام سقط برای شهروندان سایر کشورها در نظر گرفته نشده است. از این رو این قانون نیز می‌تواند به صورت بالقوه بستری برای انجام سقط برای گردشگران به حساب آید. اگرچه

گزارش منتشر شده‌ای در مورد انجام سقط جنین درمانی برای گردشگران سلامت وجود ندارد، اما براساس مصاحبه‌هایی که برای نگارش این مقاله صورت گرفت در حال حاضر سقط جنین درمانی برای اتباع خارجی (اغلب مهاجرین افغانی) نیز انجام می‌شود. اگرچه موقعیت مهاجرین و آوارگان با گردشگران سلامت متفاوت است، اما همگی در داشتن ملیت غیرایرانی مشترک هستند، عاملی که احتمال بروز مواردی از گردشگری سلامت به منظور سقط را بیشتر می‌کند.

یافته‌های این بررسی مقدماتی نشان می‌دهد علیرغم وجود برخی مقررات که در مواردی باعث افزایش تمایل شهروندان سایر کشورها برای مسافرت به ایران و دریافت خدمات سلامت مورد نظر شده است، راهنماهای اخلاقی مدونی برای این حوزه وجود ندارد و پیشنهاد می‌شود چنین راهنماهایی تدوین گردد و تأثیر گردشگری سلامت بر اراییه‌ی خدمات به شهروندان ایرانی نیز مورد مطالعه قرار گیرد.



## پی‌نوشت‌ها

- 1- Wellness Tourism
- 2- Curative Tourism
- 3- Medical Tourism
- 4- Malpractices
- 5- Endemic

## فهرست منابع

## الف) فارسی

جباری، آ - (۱۳۸۸). ارائه مدلی برای گردشگری سلامت در ایران، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران  
 قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، (مهر ۱۳۸۳)

## ب) انگلیسی

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal. Marcia C, Inhorn. Bibi Razeghi Nasrabad, Hajjeh. and Toloo ,Ghasem. (2008).THE “IRANIAN ART REVOLUTION”: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Third-Party Donation in the Islamic Republic of Iran, JOURNAL OF MIDDLE EAST WOMEN’S STUDIES ,Vol. 4, No. 2
- Abdallah S. Daar, A. Binsumeit Al Khitamy. (2001). Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics, CMAJ;164(1):60-63,Affordable Surgery Offshore”, New Eng J Med. 355 (16), 1637-1640
- Afshar L, Bagheri A. (2012 Jun). Embryo Donation in Iran: An Ethical Review. Developing world bioethics [Internet]. [cited 2012 Jul 29]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22708805>
- Akrami SM, Osati Z, Zahedi F, Raza M, (2004 Dec). Brain death: recent ethical and religious considerations in Iran. Transplant. Proc.;36(10):2883-7.
- Aliyeh G, Laya F. Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. Med. Sci. Monit. 2007 Jul;13(7):CR313-317.
- Arunanondchai J, Fink C,(2006). Trade in health services in the ASEAN region. Health Promot Int, 21:59-66.
- Ayatollah Khamenei’s Juristic Opinions (Fatwa) Regarding Assisted Reproduction Technologies [Internet]. The Official Website of the Center for Preserving and Publishing the Works of Grand Ayatollah Sayyid Ali Khamenei; [cited 2012 Aug 15]. Available from: <http://farsi.khamenei.ir/treatise-content?uid=21&tid=3>
- Blouin C(2007). Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. Bull WHO, 85:169-173.
- Brady, C.J.(2007). “Offshore Gambling: Medical Outsourcing Versus ERISA’s
- Broumand B. Living donors: the Iran experience. Nephrol. Dial. Transplant. 1997 Sep;12(9):1830-1.

- Broumand, Behrooz. (2005). Transplantation Activities in Iran Experimental and Clinical Transplantation 1: 333-337
- Caballero, Danell, Mugombac (2006). "Medical Tourism and Entrepreneurial Opportunities – a conceptual framework for entry into industry", Master Thesis, School Economic and Law, goteborg university,
- Clarke M. (2007 Dec). Children of the Revolution: "Ali Khamenei's 'Liberal' Views on in vitro Fertilization. British Journal of Middle Eastern Studies.; 34(3):287-303.
- Clarke M. Islam, kinship and new reproductive technology. Anthropology Today. 2006 Oct; 22(5):17-20.
- Clarke, Morgan. (2009). Islam and new kinship: Reproductive technology and the Shariah in Lebanon. New York: Berghahn Books.
- Connell, John. (2005). "Medical tourism : Sea, Sun, Sand and... Surgery". School of Geosciences, University of Sydney. november
- Cortez, N. (2008). Patient without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. Ind L J, 83:71.
- Daar, AS. (1997). A survey of religious attitudes towards donation and transplantation. In: Collins GM, Dubernard JM, Land W, Persijn GG, editors. Procurement and preservation and allocation of vascularized organs. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers;. p. 333-8, Fiduciary Duty Requirement", Washington & Lee Law Rev. 64 (3), 1073- 1114.
- Fazel I, (1995). Oct Renal transplantation from living related and unrelated donors. Transplant. Proc.; 27(5):2586-7.
- Ghods, Ahad j. Mahdavi, Mitra. (2007). Organ transplantation in iran, , saudi Kidney Dis Transplant; 18(4):648-655
- Ghods AJ, Nasrollahzadeh D, Kazemeini M. (2005). Afghan refugees in Iran model renal transplantation program: ethical considerations. Transplant. Proc. Mar; 37(2):565-7.
- Ghods AJ, Nasrollahzadeh D. (2005). Transplant tourism and the Iranian model of renal transplantation program: ethical considerations. Exp Clin Transplant. Dec; 3(2):351-4.
- Ghods AJ. (2009). Ethical issues and living unrelated donor kidney transplantation. Iran J Kidney Dis. Oct; 3(4):183-91.
- Ghods, Ahad J. (2005). Transplant Tourism and the Iranian Model of Renal Transplantation Program: Ethical Considerations, , Dariush Nasrollahzadeh Experimental and Clinical Transplantation 2: 351-354
- ghods, ahad, mahdavi, mitra. (2007). organ transplantation in iran. saudi center for transplantation; 18(4):648-55
- Gupta, P. (2007). "Medical Tourism in Asia". The Lancet Journals, Volume 369, Issue 9574.
- Harriet Hustan and Susan Cartier Poland, (2005). Medical Tourism : Crossing Borders to access health care, , Washington DC, 7-1212
- Hedayat, K M. Shooshtarizadeh, P. Raza, M. (2006). Therapeutic abortion in Islam: contemporary views of Muslim Shiite scholars and effect of recent Iranian legislation
- Hopkins et al. (2007). Medical Visas Mark Growth of Indian Medical Tourism, 85 BULL. WORLD HEALTH ORG. 164, 165

- Inhorn MC, (2011). Apr Globalization and gametes: reproductive “tourism,” Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity. *Anthropol Med.* 2011 Apr;18(1):87–103.
- Inhorn MC. Globalization and gametes: reproductive “tourism,” Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity. *Anthropol Med*;18(1):87–103.
- Inhorn, Marcia C.,(April 2011). “Globalization and Gametes: Reproductive ‘Tourism,’ Islamic Bioethics, and Middle Eastern Modernity.” *Anthropology & Medicine* 18, no. 1: 87–103
- Inhorn, Marcia C., and Frank van Balen, eds.( 2002). *Infertility around the Globe: New Th inking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies.* Berkeley: University of California Press. Irvine, D. S.
- IR Iran parliament. (2000).Deceased or brain dead patients organ transplantation Act. H/24804t/9929
- Islamic Republic News Agency. (2005)Majlis tarh-e siqt-e jenin ra eslah kard (Parliament revises therapeutic abortion bill). <http://www.irna.ir/fa/news/view/menu-154/8403100337112915.htm> (accessed 22 May 2005).
- Johnston,R. . Crooks,V.A. Snyder,J. & Kingsbury,P. (2010).What is Known about the Effects of Medical Tourism in Destination and Departure Countries? A Scoping Review. *International Journal for Equity in Health*; 9(1): 24. reproduction, testing genes: Global encounters with new biotechnologies, ed.
- Kurlantzick, J.(2005). Sometimes, Sightseeing is a Look at Your X-Rays. *NYT* 2007
- Mahdavi-Mazdeh, Mitra.(2006) “The Iranian Model of Living Renal Transplantation.” *Kidney International.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22673884>.
- Mattoo, A. and R. Rathindran.( 2006). “ How Health Insurance Inhibits Trade In Health Care”, *Health affairs (Millwood).* 25:358-368.
- Medical Tourism.( 2006).A Global Analysis. Irland: ATLAS,
- Mehrdad, R.(2009). Health system in Iran. *JMAJ.*, 52: 69-73
- Meisel,Betty. ( 2008). “Cosmetic Surgery Gone Wrong”, *The Washington Post*, <http://www.washingtonpost.com/>
- Milstein, A. and Smith, M. (2006). “American Refugees Seeking Moghimifar, F . Nasr-Esfahani,MH. “Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of Isfahan, Iran and fertility treatments”, *Tourism Managemnt*, 32(2011), 1431-1434
- National Medical Council.(1383). Conditions for the permissibility of abortion. Notification of the chief justice to the national legal medical organization;20–4.
- OECD .(2010). *Health Accounts Experts, Progress Report. Trade in Health Care Goods and Services Under the System of Health Accounts.* Paris: OECD.
- Rowhani-Aliabadi M, Noghani F,(1999).Ayatollah Khomeini Ruling on Abortion,Case No3. Ahkame Pezeshki (Medical Religious Rullings). 2nd ed. Tehran: Teimourzadeh Publication;., p. 80.
- Samavat A. Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ.* 2004 Nov 13;329(7475):1134–7.

- Sen Gupta, A.(2007). Medical Tourism and Public Health. People's Dem 2004, 28.
- Sen Gupta, A.(2008). Medical tourism in India: winners and losers. Indian J Med Ethics, 5:4-5.
- Shad, AR.(1981). The rights of Allah and human rights. Lahore: Kazi Publications;
- Storrow, RF.(2011). Assisted reproduction on treacherous terrain: the legal hazards of cross-border reproductive travel. *Reprod. Biomed. Online.*;23(5):538-45.
- Tourani, Sogand, Tabibi, jamaledin, Tofghi, Shahram, and Shaarbafchi Zadeh, Nasrin, (2010) . "Medical tourism in Iran." *Research journal of Biomedical Siences* 5, no. 3: 251-257.
- Tremyne S, (2009).Law, Ethics, and Donor Technologies in Shia Iran. Assisting reproduction, testing genes: global encounters with new biotechnologies, edited by Dphna Birenbaum-Carmeli and Marcia C. Inhorn. New York: Berghahn Books;. p. 144-63.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K,( 2009).Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asia Pac J Public Health.* Jul;21(3):287-93.
- Yelaja, P. Foreigners flocking to Singapore for state-of-the-art medical care. *Toronto Star*, AA1.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

**حکیمه مصطفوی:** دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و عضو انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی

**احسان شمس‌گوشکی:** دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه اخلاق پزشکی، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو پیوسته انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: Ehsan\_shamsi2000@yahoo.com

**محمود عباسی:** دکترای تخصصی حقوق پزشکی، مدیر گروه اخلاق پزشکی و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نایب رییس انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی و رییس کمیته اخلاق در علوم و فناوری کمیسیون ملی آیسسکو

نشانی الکترونیک: Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۲۷