

The Epidemiological Letter (EL) From Iranian Modeling in Health Research Center

۱۴ تا ۲۱ سپتامبر ۲۰۲۰ مقارن با ۲۴ تا ۳۱ شهریور ماه ۱۳۹۹

این شماره با موضوع بیماری پاندمیک، بهداشت عمومی و اخلاق

این متن برگردان متن انگلیسی زیر است که به همت سرکار خانم دکتر معصومه موسوی تهیه شده است.

Pandemic Disease, Public Health, and Ethics FREE

Maxwell Smith and Ross Upshur

The Oxford Handbook of Public Health Ethics

Edited by Anna C. Mastroianni, Jeffrey P. Kahn, and Nancy E. Kass

Print Publication Date: Sep 2019

Subject: Philosophy, Moral Philosophy, Social and Political Philosophy

Online Publication Date: Mar 2019 DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190245191.013.69

خلاصه

همه گیری های بیماری های عفونی چالش های اخلاقی قابل توجه و جدیدی را جهت سازمان دهی و عملکرد بهداشت عمومی در کشورها ایجاد می کنند. در این متن مروری بر موضوعات برجسته اخلاقی مربوط به آماده سازی و پاسخگویی به بیماری همه گیری از جمله اقدامات محدود کننده (مانند قرنطینه) جهت کنترل و مهار این بیماری ها، تعیین اولویت ها برای تخصیص منابع کمیاب، وظیفه پرسنل های بهداشتی و درگیر جهت جلوگیری از افزایش خطر ابتلا، انجام تحقیقات در دوران اپیدمی، حاکمیت جهانی پیشگیری و مورد بحث قرار میگیرد.

این موارد ممکن است به صورت داوطلبانه و یا نیز ممکن است از طرف مقامات بهداشتی و مسئولین، حکم قانونی و اجبار داشته باشد. بسیاری از اقدامات برای مهار و جلوگیری از گسترش بیماری هم گیری ممکن است به نوبه خود حقوق و آزادی افراد و جمعیت را محدود کند یا تنش بین منافع جمعی و حقوق فردی ایجاد شده و لازم است که یکی از آنها مورد توجه قرار گیرد. حال تا چه حد می توان به ترتیب حقوق و آزادی های فردی را محدود کرد؟ برای دستیابی به اهداف بهداشت عمومی در نظر گرفته شده استفاده از انزوا و قرنطینه چالش های زیادی به ویژه در زمینه های سیاسی اخلاقی ایجاد می کند.

این مقاله مباحثی مانند ایجاد قوانین محدود کردن آزادی افراد به منظور جلوگیری از شیوع بیماری به دیگران جهت جلوگیری از گسترش بیماری، تعیین اولویت ها برای تخصیص منابع کمیاب، وظیفه پرسنل های بهداشتی جهت جلوگیری از افزایش خطر ابتلا، انجام تحقیقات در طی همه گیری ها، حاکمیت جهانی در پیشگیری و پاسخ بیماری های همه گیر همچنین رهنمودهای اخلاقی را از چارچوب های اخلاقی برجسته ای که برای پرداختن به این مباحث اخلاقی ایجاد شده اند تشریح می کند و با بحث در مورد برخی چالش های اساسی که باید در صورت تعامل اخلاقی برای ایجاد تفاوت معنادار در آمادگی و واکنش همه گیر ایجاد شود نتیجه گیری می کند.

مقدمه

میکروب هایی که قادر به آلوده سازی و ایجاد بیماری در انسان هستند تهدید های قابل توجه و عود کننده برای سلامت جامعه میباشند. آنها در بسیاری از مناطق جهان عامل اصلی مرگ و میر بوده و تهدیدی که میکروارگانیسم های عفونی برای انسان ایجاد می کند هنگامی افزایش می یابد که این موجودات قادر به گسترش فراتر از یک منطقه خاص زیست محیطی یا یک منطقه جغرافیایی باشند و باعث ایجاد عفونت در جمعیت انسانی در سراسر جهان شود. یعنی وقتی پتانسیل هم گیری دارند در طول بیماری های همه گیر نیازهای بهداشتی تمایل به غلبه بر منابع انسانی و ماده موجود برای تامین این نیازها دارند. بنابراین باید در مورد چگونگی، کجا، چه زمانی، و به چه کسانی منابع اختصاص داده شود، تصمیمات دشواری گرفته شده است. مقامات بهداشتی عمومی ایالتی مسئولیت اخلاقی و قانونی محافظت از سلامت جوامع را دارد بنابراین اختیار قانونی آنها می تواند از اقدامات تهاجمی برای جلوگیری از شیوع بیماری همه گیری که ممکن است فکر متعارف را به چالش بکشد استفاده کند علوم پزشکی و بهداشت عمومی قادر به ارائه اطلاعات ارزشمند می باشد اما به تنهایی کافی نیست تصمیم گیرندگان باید ارزش های اخلاقی بالقوه رقیب را در نظر بگیرند و اولویت بندی کنند.

در این نوشتار مروری بر موضوعات برجسته اخلاقی مانند چارچوب های اخلاقی ایجاد شده برای پرداختن به مسائل اخلاقی برای پاسخ به بیماری همه گیر انجام می شود.

اقدامات بهداشتی بهداشت عمومی مورد استفاده در پاسخ به بیماری های همه گیری

مقامات بهداشت عمومی ابزارهای بسیاری دارند برخی از آنها به طور قانونی و برخی دیگر بر اساس مشارکت در جوامع که ممکن است برای مهار گسترش پاندمی استفاده شود. این موارد شامل جداسازی (محدود کردن افراد آلوده و علامت دار)، قرنطینه (محدود کردن افراد سالم در معرض خطر بیماری)، محدودیت سفر و اقدامات دیگر مانند از بین بردن حیوانات اهلی برای جلوگیری از انتقال بیماری به انسان و به حیوان دیگر این موارد ممکن است به صورت داوطلبانه توصیه شود و یا حکم قانونی و اجبار از طرف مقامات بهداشت داشته باشد. و یا ممکن است مقامات بهداشتی حکم اجبار برای معاینات پزشکی، اکسیناسیون و سایر مداخله پزشکی روی افراد داشته باشند. این موارد میتواند از نظر دامنه کاملاً گسترده و یا محدود به زمینه خاص باشند.

بسیاری از اقدامات برای مهار و جلوگیری از گسترش بیماری هم گیری ممکن است به نوبه خود حقوق و آزادی افراد و جمعیت را محدود کند. یا در غیر اینصورت افراد و جوامع را تحت فشار قرار میدهند. برای دستیابی به اهداف بهداشت عمومی در نظر گرفته شده استفاده از جداسازی و قرنطین به ویژه در زمینه های سیاسی چالش های اخلاقی برجسته را ایجاد می کند و سنت های قانونی که آزادی فردی را ترجیح می دهند به طور موقت محدود شود. بنابراین استفاده از چنین اقداماتی که بین منافع جمعی و حقوق فردی تعارض وجود دارد نیاز به بررسی میزان محدودیت و توجیه پذیری لازم دارد. به عنوان مثال در هنگام شروع سندرم حاد تنفسی در تورنتو کانادا در سال های 2002-2003 از چند هزار شهروند خواسته شد که داوطلبانه در خانه به مدت ۱۰ روز قرنطینه باشند. با توجه به بار به روحی قابل توجهی که ممکن است این اقدامات در افراد و جوامع داشته باشد جداسازی افراد



علامتدار و قرنطینه تماس آنها باید در بیشترین حد ممکن داوطلبانه باشد، اجباری کردن اقدامات آخرین چاره است در صورتی که بصورت داوطلبانه نتواند موفقیت آمیز باشد، و و یا زمانی که عدم اجرای اقدامات اجباری احتمالاً تأثیر قابل توجهی بر سلامت عمومی خواهد داشت. در همه موارد برای دستیابی به اهداف بهداشت عمومی باید از حداقل ترین محدودیت در آزادی افراد و جوامع استفاده شود. به نوبه خود یک تعهد متقابل قوی به عهده مسئولین بهداشت عمومی است که بهترین اقدامات کنترل عفونت را متناسب با هر مکان مانند بیمارستان ها پناهگاه ها و خانه ها به منظور حفاظت از دیگران در برابر عفونت انجام دهند. علاوه بر این اطمینان از شرایط ایمن سکونت افراد در قرنطینه از جمله تامین نیازهای اساسی به عنوان مثال غذا، آب و مراقبتهای پزشکی و در صورت امکان حمایت های روانی اجتماعی از افرادی که در حبس خانگی هستند بسیار مهم است. تمام تلاش ها باید برای رفع پیامدهای احتمالی مالی و استخدامی قرنطینه شدگان باشد صورت گیرد. در حقیقت تحقیقات نشان می دهد که مردم مایل به پذیرش تحمیل چنین آزادیخواهی هستند مداخلات به شرطی که ضرورت واضحی داشته باشد و حمایت متقابل از افراد آسیب دیده ایجاد شود.

نشان دادن اثربخشی اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری ممکن است دشوار باشد. به دلیل اینکه اطلاعات ماد در مورد دوره کمون، دوره واگیر، طول مدت عفونی بودن میزبان، مدت ابتلا، تعداد موارد بدون علامت و بقا در سطوح محیطی کم است. در چنین شرایطی مقامات بهداشتی عمومی باید به بهترین شواهد علمی موجود اعتماد کند اما ممکن است چنین شواهدی در دسترس نباشد یا در مورد شواهد اختلاف نظر یا عدم اعتماد وجود داشته باشد. در چنین مواردی متعادل سازی تنش اخلاقی ناشی از استفاده از اقدامات محدود کننده بهداشت عمومی با عدم اطمینان در مورد اثربخشی بر دوش جمعیت ها می گذارد که به دلیل مشکلات زیست شناختی پزشکی دستیابی به اهداف مورد نظر پیچیده است. یک نمونه برجسته از این پیچیدگی در طی شیوع سارس 2002-2003 آشکار شد. از آنجا که ویروس قبلاً انسان را آلوده نکرده بود اطلاعات مربوط به عامل بیماری در اوایل طغیان ناشناخته بود. تا زمانی که اطلاعات بیشتری در مورد ویروس شناخته نشده بود مقامات بهداشت عمومی روش هایی مانند قرنطینه جمعی، کنترل مسافرت ها، محدودیت ها و غربالگری حرارتی در فرودگاه ها به عنوان وسیله ای برای جلوگیری از شیوع ویروس در جامعه استفاده می کردند با توجه به اینکه شواهد تجربی از موثر بودن این اقدامات در زمان اجرا محدود بود. استفاده از این اقدامات برای محافظت از جوامع در برابر بیماری قابل توجه بود.

به طور کلی توافق شده است که تمام اقدامات بهداشت عمومی که در پاسخ به یک بیماری همه گیر استفاده می شود باید با قوانین بین المللی حقوق بشر و الزامات قانونی ملی مطابقت داشته باشد همچنین شناخته شده است که بیماری های همه گیر در جمعیت های که آسیب پذیر تر هستند مانند افراد بسیار مسن، نوزادان و کودکان، افراد با مشکلات قبلی مانند نقص سیستم ایمنی، مشکلات روانی، اجتماعی و داشتن سایر بیماری ها نسبت به جمعیت عمومی یکسان برخورد نمی کند. اجرای اقدامات محدود کننده بهداشت عمومی باید توجه ویژه به محافظت از این جمعیت آسیب پذیر داشته باشد.



تنظیم اولویت ها

بیماری های همه گیر میتواند فشار قابل توجهی بر سیستم های بهداشتی وارد کند تصمیم گیرندگان را مجبور به تعیین اولویت ها برای تخصیص منابع مراقبت های بهداشتی و بهداشت عمومی کند. بعنوان مثال در سطح فردی تریاژ بیماران، در سطح سازمانی اولویت بندی خدمات در سازمان های بهداشتی و در سطح جمعیت اولویت بندی جمعیت برای واکسیناسیون بسیاری از اصول تعیین اولویت که به منظور راهنمایی تخصیص تصمیم گیری در هنگام بیماری های هم گیری ارائه شده است تصمیم گیرندگان باید در نظر بگیرند که کدام اصول باید تصمیمات تخصیص را در سناریوهایی که نیازهای بهداشتی منابع موجود را غالب می کند اطلاع دهند در حالت ایده آل تمرینات تعیین اولویت در برنامه ریزی برای پاسخ به موارد اضطراری بیماری عفونی انتظار می رود سیستم های بهداشتی منابع خود را برای تعیین چگونگی تعیین اولویت ها پیش از مواقع اضطراری اختصاص دهند تا در اثر فشار در موقع محدودیت های زمانی قابل توجه تصمیم گیری نشود. بسیاری از اصول تعیین اولویت برای تنظیم یا هدایت تصمیمات با استفاده از قوانین خاص تصمیم گیری به منظور تولید نتایج مطلوب است.

تخصیص منابع به روشی که با هدف صرفه جویی در بیشترین حالت ممکن انجام شود از این نوع اصول است همانند اصولی که هدف آنها استفاده از منابع موجود برای به حداکثر رساندن کل سالهای زندگی سال های عمر با کیفیت است هر یک از این اصول از طرق مختلف به حداکثر رساندن منابع حاصل از تخصیص منابع موجود است این اصطلاحات به حداکثر رساندن اصول به دلیل عدم توجه به شرایط بد یا توزیع عادلانه منافع و بارها مورد انتقاد قرار گرفته است در مقابل برخی از اصول به تخصیص منابع ابتلاء به بیمار ترین افراد یا کسانی که عمر کوتاه تری نسبت به دیگران دارند به عنوان مثال کودکان میرسد. به هر حال انصاف ایجاب میکند که بهتر است به افراد با جمعیت خاص که به دلیل زیست شناسی آسیب اجتماعی و یا اشکال دیگری از آسیب پذیر بیشتری برخوردار هستند توجه ویژه شود. اصول دیگر افرادی را که به عنوان یک عامل موثر در پاسخ به همه گیری شناخته می شوند اولویت قرار می دهد مانند کارکنان مراقبت های بهداشتی و پرسنل خدمات اورژانس با این حال اصولی که مداخلات به اصطلاح غیر پزشکی را در نظر می گیرند مورد انتقاد کسانی قرار گرفته اند که معتقدند معیار های پزشکی به عنوان مثال بیماری که از درمان پزشکی بیشترین سود را می برند باید تنها معیار تعیین اولویت در این موارد باشند سرانجام برخی از اصول تعیین اولویت با هدف ایجاد فرصت برابر برای افراد بهره مندی از منابع موجود مورد انتقاد قرار گرفته اند. تجربه نشان داده است که مردم و حتی برنامه های هم گیر ملت های مختلف در این مورد اختلاف نظر دارند که از کدام یک از این برای تصمیم گیری در اولویت عادلانه استفاده شود. در مواجهه با اختلاف نظر های به ظاهر غیر قابل حل در این مورد تصمیم گیرندگان ممکن است مجبور شوند برای تعیین مسئولیت تصمیمات تعیین اولویت به یک روند عادلانه اعتماد کنند. در همه موارد، اتفاق نظر وجود دارد که تصمیم گیرندگان فرآیند برای شناسایی و تعیین اولویت های تخصیص منابع، باید شفاف و فراگیر باشد، و شامل تعامل گسترده ذینفعان باشد.

تعهدات کارکنان مراقبت های بهداشتی در طول بیماریهای هم گیری

تقاضا برای نیرو کار بهداشتی ماهر به دلیل فشارهای زیاد بر سیستم های بهداشتی در طی همه گیری افزایش می یابد و در عین حال نیرو های درگیر به دلیل نزدیکی با افراد آلوده به بیماری در حین انجام وظایف حرفه ای خود در معرض خطر ابتلاء به بیماری قرار دارند. در نتیجه یک مسئله اخلاقی مهم در این زمینه دامنه و محدودیت های فعالیت نیرو های درگیر است

انجام تحقیقات در طی هم گیری

به منظور پاسخ مناسب به همه گیری موجود و بهبود عملکرد سیستم بهداشتی در همه گیری های آینده یک ضرورت اخلاقی برای انجام تحقیقات وجود دارد. علاوه بر درک بهتر در مورد اثربخشی اقدامات بهداشت عمومی مانند جداسازی و قرنطینه، تحقیقات انجام شده در طی همه گیری ها به منظور بررسی مداخلات پزشکی جدید برای بیماری های عفونی که فاقد هرگونه واکسن یا درمان موثر هستند، بسیار مهم است.

اما تحقیقات مسائل اخلاقی منحصر به فرد و قابل توجهی را ایجاد می کند. با توجه بین نیاز به تولید دانش جدید که ممکن است پاسخ به بیماری هم گیری فعلی را بهینه کند و یا آمادگیه واکنش به همگیر آینده نیاز به تحقیق بسیار بسیار حیاتی است. تلاش های پژوهشی نباید پاسخ سلامتی عمومی به بیماری همگیر یا ارائه مراقبتهای بالینی مناسب را به خطر بیناندازد و نه منابع را از افراد منحرف کند. و باید همانند شرایط غیر همگیر حمایت های معمولی از شرکت کنندگان انسانی و استانداردهای رفتار حرفه ای باید اعمال شود. بنابراین این مطالعات باید از نظر علمی معتبر باشند ارزش اجتماعی اضافه کند و خطرات باید در رابطه با منابع پیش بینی شده منطقی باشد.

با این وجود با توجه به ماهیت غالباً فوری و جدول زمانی حاد بیماری ها برای پاسخگویی به پیشنهاد تحقیقاتی حساس به زمان ممکن است لازم باشد هیئت های بررسی اخلاق در پژوهشی روش های عملیاتی استاندارد خود را اصلاح کنند. افرادی که وظیفه نظارت بر تحقیقات مربوط به مشارکت کنندگان انسانی را دارند باید برنامه هایی برای تسهیل بررسی سریع داشته باشند و باید از قبل بررسی پروتکل های عمومی برای انجام هر چه سریعتر و سازگار با شرایط خاص در این زمینه انجام شود.

ممکن است محدودیت های قابل توجهی در ظرفیت های بسیاری از کشورها برای پاسخ به بررسی تحقیقات وجود داشته باشد به ویژه در شرایطی مانند شیوع ابولا در غرب آفریقا که حجم بالایی از بررسی ها و محدودیت های زمانی وجود دارد. این ممکن است مسئولیت سایر سازمان ها را در ارائه کمک به کمیته های اخلاقی محلی تحقیق برای غلبه بر این چالش ها به دنبال داشته باشد تا آنجا که ممکن است محققان محلی باید در طراحی، اجرا، تجزیه و تحلیل گزارش و انتشار تحقیقات مرتبط مرتبط باطغیان مشارکت داشته باشند. محققان محلی می تواند اطمینان حاصل کند که مطالعات به اندازه کافی به واقعیت ها و نیازهای محلی پاسخ می دهند و می توانند بدون به خطر انداختن آنها به طور موثر اجرا شود مشارکت محلی در همکاری های تحقیقاتی بین المللی همچنین به ایجاد ظرفیت تحقیق طولانی مدت در کشورهای آسیب دیده و ارتقا ارزش عدالت بین المللی در علم کمک می کند در زمینه یک بیماری هم گیر به ویژه در شرایطی که در مورد چگونگی مدیریت بهینه و پاسخ به همه گیری کمبود شواهد



وجود دارد برخی معتقدند که یک الزام اخلاقی برای به اشتراک گذاشتن نتایج تحقیقات مقدماتی وجود دارد البته در مواقعی کنترل کیفیت چینی مطالعاتی انجام شده باشد. چنین اطلاعاتی باید با همه کارمندان درگیر از جمله مقامات بهداشت عمومی، شرکت کنندگان در مطالعه و جمعیت های آسیب دیده و گروه هایی که در تلاش های وسیع تر برای پاسخگویی بین المللی هستند به اشتراک گذاشته شود. همچنین مجلات علمی باید این فرآیند را تسهیل کند تا محققان بتوانند داده هایی را با پیامدهای فوری برای سلامت عمومی منتشر کنند.

حاکمیت جهانی بهداشت در طی بیماری های همه گیر

همه گیری ها به دلیل ماهیت خود از مرزهای ملی فراتر می روند. بنابراین ایجاد یک واکنش موثر و سریع بیماری همه گیر نه تنها تلاش های محلی و ملی بلکه همکاری های بین المللی را نیز ضروری می کند. همچنین نیاز به همبستگی جهانی و مسئولیت جمعی برای پیشگیری و مقابله با تهدیدات بیماری ی را برجسته می کند. سوالات اخلاقی قابل توجهی در مورد تعهدات خاصی که هر کشور در داخل و خارج از مرزهای خود برای جلوگیری، آماده سازی و پاسخگویی به بیماری های همه گیر ای دارند وجود دارد و به ویژه ملت های که تعهد به کمک به کشورهای فقیر دارند. مهمتر از همه، تعهدات کشورها برای مشارکت در این تلاش ها مستلزم توجه مداوم به رسیدگی به شرایطی است که باعث هم گیری می شود که شامل فقر جهانی، بهداشت عمومی و زیرساخت های مراقبت های بهداشتی اولیه است. آیین نامه های بهداشت بین المللی یک سند قانونی که برای ۱۹۶ کشور لازم الاجرا است مجموعه ای از تعهدات کشورها را برای جلوگیری، محافظت در برابر بیماری ها، کنترل و ارائه پاسخ به سازمان بین الملل بیماری ها را در بر دارد. با این حال طغیان بیماری ابولا در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۶ این واقعیت را آشکار کرد که کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در اجرای ظرفیت های اصلی مورد نیاز که شامل تشخیص، ارزیابی، اطلاع رسانی، گزارش رویدادهای بهداشت عمومی غیر معمول یا غیرمنتظره مطابق با مقررات، و "پشتیبانی از کشورهای در حال توسعه و کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار در صورت درخواست برای ایجاد، تقویت و نگهداری ظرفیت های بهداشت عمومی مورد نیاز طبق مقررات زیاد موفق عمل نکرده اند. بدین ترتیب بدون ساز و کارهای پاسخگویی مناسب مقررات بین المللی بهداشت ممکن است شکست بخورد.

قوانین بین المللی و برنامه های همه گیر یک ساختار و مجموعه رویه های مشترک برای همکاری جهانی در پاسخ به بیماری های همه گیر ایجاد کرده اند. با این حال نابرابری های عظیم همچنان در الگوهای سرمایه گذاری سلامت و تناسب کمی به این بار بیماری و هزینه های بهداشتی در سطح جهانی وجود دارد. همچنین پیشرفت در بهبود اقدامات بهداشت عمومی و تسهیل دسترسی به منابع مورد نیاز (به عنوان مثال ضد ویروس ها و واکسن ها) در کشورهای که در معرض خطر هم گیری هستند کند بوده است. در حالی که در برخی از کشورها مشاوره بهداشت عمومی و پشتیبانی واکنش اضطراری را ارائه می دهند برخی دیگر هم زمان اقدامات حمایتی را برای جداسازی کشورهای آسیب دیده اعمال می کنند. در نتیجه کشورهای فقیر ممکن است چاره ی جز تحمیل اقدامات نامتناسب از جانب خود نداشته باشد که ممکن است شامل استفاده از استراتژی های مهار داخلی که حقوق بشر را نقض



می کنند و یا جلوگیری از اطلاعات بیولوژیکی و نمونه های ویروسی مورد نیاز برای ردیابی و مبارزه با بیماری های عفونی داشته باشند. جامعه بین المللی و به ویژه کشورهای غنی از منابع سازمان همکاری اقتصادی و توسعه مسئولیت مشترکی را در جهت انجام وظایف قانونی برای افزایش همکاری های بهداشت جهانی و تعهدات اخلاقی برابر با ارزش و کرامت انسانی دارند.

راهنماهای اخلاقی و چارچوب ها

چارچوب های اخلاقی متعددی با هدف هدایت، برنامه ریزی و تصمیم گیری برای آمادگی و واکنش به هم گیری ایجاد شده است. هیچ چارچوب اخلاقی اجتماعی وجود ندارد اما توافق در مورد مجموعه ای از ارزش ها و ملاحظات که باید توسط تصمیم گیرندگان در این زمینه مورد توجه قرار گیرد تا حد زیادی وجود دارد.

چارچوب های اخلاقی، ارزش ها و اصول کلیدی اخلاقی را که باید در هنگام تصمیم گیری در این حوزه ها و حوزه های دیگر مورد توجه قرار گیرند در جدول زیر شناسایی بیان و زمینه سازی شده اند برخی از ارزش های منتخب در این چارچوب ها اساسی هستند در حالی که هدف برخی دیگر ارتقاء کیفیت اخلاقی فرایندهای تصمیم گیری است. چارچوب های اخلاقی مدت هاست که تشخیص داده اند که ایجاد و حفظ اعتماد عمومی به مقامات بهداشت عمومی برای واکنش موثر به همه گیرها ضروری هستند. WHO به کشورها توصیه کرده است برای ایجاد اعتماد، که ارتباطات و روابط اجتماعی را توسعه دهند.

در حالت ایده آل، این تلاش ها از طریق مشارکت جامعه، همکاری با رهبران معتمد و تلاش برای مناسب بودن از نظر زبانی و فرهنگی اطلاع رسانی خواهد شد. با توجه به اینکه تصمیمات در هنگام همه گیر اغلب باید فوری و بدون اطمینان علمی اتخاذ شود، چالش مهمی برای ارائه اطلاعات جامع، به موقع و متناسب وجود دارد. و اینکه باید جامعه را از ماهیت تهدید و تکامل و تحولات سیاست های دولتی، از جمله تغییرات در قوانین بهداشت عمومی آگاه سازد.

جدول ۱- مقادیر و رویه ها برای هدایت تصمیم گیری های اخلاقی در طغیان های آنفلوانزا

ردیف	واژه	تفسیر
۱	آزادی های فردی	در یک بحران بهداشت عمومی، ممکن است محدودیت های آزادی فردی برای محافظت از سلامت عمومی در برابر آسیب های جدی لازم باشد. محدودیت های آزادی فردی باید: ۱- متناسب، لازم و مرتبط باشد. ۲- حداقل ابزارهای محدود کننده استفاده شود ۳- به طور عادلانه اجرا شود
۲	حفاظت جمعی در برابر مخاطرات	برای محافظت عموم مردم در برابر مخاطرات، ممکن است سیستم های بهداشتی و مقامات آنها ملزم به اقداماتی شوند که آزادی فردی را تحت تأثیر قرار می دهد. تصمیم گیرندگان باید: ۱- ضروریات را بسنجند. ۲- دلایل اقدامات بهداشت عمومی را برای تشویق عموم به رعایت آنها ارائه کنید. ۳- سازوکارهایی برای بررسی تصمیمات ایجاد کنید.



۳	تناسب	تناسب اقتضا میکند که محدودیت های آزادی فردی و اقدامات انجام شده برای محافظت از سلامت مردم در برابر آسیب نباید بیش از حد لازم برای رسیدگی به سطح واقعی خطر یا نیازهای اساسی جامعه باشد.
۴	حریم خصوصی	در مراقبت های بهداشتی باید حق حریم خصوصی افراد رعایت شود. اما در بحران های بهداشت عمومی، ممکن است لازم باشد که برای محافظت از سلامت مردم در برابر آسیب های جدی، این حق را نادیده بگیریم.
۵	وظیفه ارائه مراقبت	اساس همه کدهای اخلاقی مراقبان بهداشتی که وظیفه ارائه مراقبت را دارند پاسخگویی به رنج ها است. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید وظایف مربوط به نقش شغلی خود را در مقابل سایر تعهداتی که برای سلامتی خود و خانواده و دوستان دارند رابسنجند. علاوه بر این، کارکنان مراقبت های بهداشتی با چالش های قابل توجهی در رابطه با تخصیص منابع، دامنه عملکرد، مسئولیت حرفه ای و شرایط محیط کار روبرو خواهند بود.
۶	مقابله به مثل -Reciprocity-	واکنش متقابل مستلزم این است که جامعه از کسانی که در محافظت از منافع عمومی با بار نامتناسب روبرو هستند حمایت کند و اقدامات لازم را برای به حداقل رساندن هرچه بیشتر بار اضافی را انجام دهد. اقدامات برای محافظت از سلامت عمومی به احتمال زیاد بار نامتناسبی را بر دوش مراقبان بهداشتی، بیماران و خانواده های آنها تحمیل می کند.
۷	برابری	در شرایط عادی همه بیماران خواستار رعایت مساوات برای دریافت مراقبت های بهداشتی مورد نیاز را دارند. اما در یک همه گیری، تصمیمات دشواری درباره اینکه کدام یک از خدمات بهداشتی را باید انجام داد و کدام یک را به تعویق انداخت، باید اتخاذ شود. بسته به شدت بحران، ممکن است نه تنها جراحی های انتخابی را کاهش داد بلکه می تواند ارائه خدمات اضطراری یا ضروری را نیز محدود کند.
۸	اعتماد	اعتماد یکی از مولفه های اساسی روابط بین پزشکان و بیماران، کارکنان و سازمان های آن ها، ارائه دهندگان خدمات یا مراقبت های بهداشتی و عمومی و سازمان های درون یک سیستم بهداشتی است. تصمیم گیرندگان با چالش حفظ اعتماد ذینفعان در حالی که همزمان اقدامات کنترل مختلفی را در طول یک بحران سلامت در حال تحول انجام می دهند، روبرو می شوند. اعتماد با حفظ ارزش های فرآیند مانند شفافیت افزایش می یابد.
۹	همبستگی	همان گونه که جهان از SARS آموخت، در طغیان انفلوانزا جهان نیاز به بیش جدیدی از همبستگی جهانی و بین ملت ها دارد. یک بیماری همه گیر می تواند ایده های مرسوم حاکمیت ملی، امنیت و یا قلمرو سرزمین را به چالش بکشد. این امر همچنین به همبستگی در داخل و بین سازمان های مراقبت های بهداشتی نیاز دارد. این برنامه خواستار رویکردهای مشارکتی است، رویکردی که ارزش های سنتی منافع شخصی یا سرزمینی را در بین متخصصان، خدمات یا موسسات مراقبت های بهداشتی کنار بگذارد.
۱۰	مباشرت	حاکمان و کسانی که وظیفه تصمیم گیری را به عهده دارند باید با مفهوم سرپرستی و هدایت آگاه باشند. مفاهیم اعتماد، رفتار اخلاقی و تصمیم گیری خوب در ذات مدیریت قرار دارد. و این یعنی این که بهترین تصمیمات برای دستیابی به بهترین نتیجه با توجه به شرایط منحصر به فرد بحران در نظر گرفته شده است.

۱۱	معقول ، مناسب	تصمیمات باید براساس دلایلی (به عنوان مثال ، شواهد ، اصول و ارزش ها) باشد که ذینفعان می توانند توافق کنند که برای تأمین نیازهای بهداشتی در یک بحران همه گیر مرتبط است. تصمیمات باید توسط افرادی معتبر و پاسخگو گرفته شود.
۱۲	باز و شفاف	فرایندی که در آن تصمیم گیری می شود باید مورد بررسی قرار گیرد و مبنایی که براساس آن تصمیم گیری می شود باید در دسترس عموم باشد.
۱۳	مشارکت	تصمیمات باید صریح با در نظر گرفتن نظرات ذینفعان گرفته شود و فرصت هایی برای مشارکت ذینفعان در فرایند تصمیم گیری وجود داشته باشد.
۱۴	پاسخگو	با توجه به ظهور اطلاعات جدید در طول بحران ؛ باید فرصتهایی برای بازنگری و تجدید نظر در تصمیمات وجود داشته باشد. همچنین باید مکانیسمی برای رسیدگی به اختلافات و شکایات وجود داشته باشد.
۱۵	مسئولیت پذیر	برای اطمینان از این که تصمیم گیرندگان در قبال اقدامات و عملکردهای خود پاسخگو هستند. باید سازوکارهایی در نظر گرفته شود . دفاع از اقدامات و سهل انگاری ها باید در حیطه ارزش های اخلاقی دیگر مطرح شده باشد.

چالش های پیاپی: درس آموخته ها

در سال ۲۰۱۴ شیوع طولانی مدت بیماری ویروس ابولا در غرب آفریقا آغاز شد. این شیوع ویرانگر بود ، زیرا در متن کشورهای پیاپی که سیستم های بهداشتی ضعیف دارند و اخیراً از آشفستگی سیاسی رنج میبرند ، اتفاق افتاد. شیوع محدود بیماری در خارج از این منطقه وجود داشت ، اما شیوع آن به قدر کافی و قابل توجه بود که به عنوان یک اورژانس بهداشت عمومی با نگرانی بین المللی توسط مقررات بین المللی بهداشت اعلام شد همانطور که شیوع بیماری به پایان می رسید ، یک احساس عمومی می گفت: که این باید به عنوان "زنگ بیدار" برای بهبود آمادگی برای همه گیری باشد و "درس های قابل یادگیری زیادی وجود دارد. این احساسات تأیید این واقعیت است که چنین اپیدمی هایی هرگز نباید اتفاق می افتاد و علیرغم بیش از یک دهه توجه به آمادگی و واکنش به همه گیر ، جامعه جهانی هنوز برای جلوگیری و واکنش به موارد اپیدمی آمادگی کافی ندارد. از اوایل هزاره ، شیوع بیماری های عفونی همه گیر متعددی "مانند سارس ، آنفلوآنزا، کرونا، و.. باعث ایجاد زنگ بیدار برای آمادگی و واکنش به همه گیری شده اند. روی همه رفته این طغیان ها و احساساتی تکراری که باید بعنوان زنگ خطر بیدار شوند. نشان می دهد که جامعه جهانی بهداشت نتوانسته است به درس طغیان و بیماری های همه گیر گذشته توجه کند.

“این عدم یادگیری تأییدکننده نقصی در نگرش اخلاقی جمعی نسبت به اصلاح شرایطی که ظهور تهدیدات همه گیر را تسریع می کند است. این شرایط شامل زیرساخت های عمیقاً ناکافی بهداشت عمومی و مراقبت های بهداشتی اولیه در بسیاری از کشورها است. از اساس ، عدم توانایی در تشخیص و پذیرش مسئولیت هایی که باید به عنوان یک جامعه جهانی برای رسیدگی به آسیب

پذیری های مشترک در برابر بیماری های عفونی با پتانسیل همه گیر تقسیم شوند ، وجود دارد. در عمل ، این به معنی سرمایه گذاری در زیرساخت های نظارت بر طغیان جهانی و همچنین تقویت سیستم های بهداشتی در بدترین کشورها است. در نهایت ، این ناتوانی در یادگیری؛ یک شکست اخلاقی است و باید بر اهمیت تعامل بین اخلاق و آمادگی واکنش به همه گیر تاکید داشت. تعهدات مربوط به بهبود سیستم های نظارت جهانی و هشدارهای اولیه طغیان (باید با تعهدات مربوط به پرورش دروس اخلاقی که به دنبال طغیان و بیماری های همه گیر ظاهر می شود ، مطابقت داشته باشد. اگر اقدامات آینده به همان مقداری که منجر به این شکست های اخلاقی مکرر شده اند ، هدایت شوند ، و در مورد اینکه آیا تغییر معناداری در آمادگی و واکنش به همه گیر وجود آید، تردید وجود دارد.

نتیجه:

در این متن موارد برجسته اخلاقی مرتبط با آماده سازی و پاسخ به بیماری همه گیر بررسی شده است. در حالی که هر بیماری همه گیر ویژگی های منحصر به فرد خود را دارد ، دهه های اخیر نشان داده است که اقدامات بهداشت عمومی مسائل قابل پیش بینی هستند. دامنه و محدودیت های وظیفه مراقبت از کارکنان مراقبت های بهداشتی ، تعیین اولویت ها برای تخصیص منابع ، حاکمیت جهانی و اخلاق پژوهشی به صورت قابل توجهی تکامل یافته اند ، و علی رغم عدم توافق جهانی در مورد چگونگی رسیدگی صحیح به آنها ، اسناد راهنمای متعددی وجود دارد که به هر سیستم بهداشتی در آماده سازی و پاسخگویی به این چالش ها کمک می کند. همانطور که در پاسخ به طغیان EVD در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۶ اشاره شد ، برای دستیابی به این اسناد راهنمایی و استفاده به موقع از آنها که اطلاعاتی را به شما می دهد و پاسخ به موارد همه گیر را شکل می دهد ، شکست همچنان باقی مانده است. بخشی از این عدم موفقیت را می توان با این واقعیت توضیح داد که اسناد راهنمای اخلاق عمدتاً به عنوان مستندات مستقل وجود دارند و به طور معمول در برنامه های آموزش پزشکی و بهداشت عمومی توضیح داد. با این حال ، عنصر دیگری ممکن است عدم آشنایی با نوع استدلال مورد نیاز برای تأمل و تدبیر اخلاقی باشد. در واقع ، رویکردهای مشورتی بیشتر ممکن است با رویکردهای کنترل که اغلب در شرایط اضطراری استفاده می شوند مغایرت داشته باشد. بعلاوه ، نیاز به تعامل گسترده با طیف وسیعی از ذینفعان ممکن است به عنوان مانعی برای اقدام به موقع تلقی شود، انجام شود. با این حال ، تحقیقات همچنان بر لزوم مشارکت ذینفعان و جوامع در برنامه ریزی ، انجام مشورت گسترده و فراگیر در مورد مسائل اخلاقی فوق الذکر و عملیاتی کردن ارزش ها و اصول اخلاقی بهداشت عمومی برای آمادگی و واکنش وسیع تأکید دارد تلاش های آینده باید با این اطمینان انجام شود که بیشتر این کارها قبل از پاسخگویی به شرایط اضطراری انجام گرفته باشد.

لینک دسترسی به گزارشات و متون علمی مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

<https://mhrc.skums.ac.ir/>

در منوی لابراتوار اپیدمیولوژی و گزارش ها در صفحه خانگی زیر:

<https://mhrc.skums.ac.ir/Index.aspx?page=form&lang=1&sub=55&tempname=rcmh&PageID=22976&isPopUp=False>

علاقتمندان می توانند مطالب خویش را به آدرس s.s.sin1983@gmail.com یا aliahmadi2007@gmail.com ارسال نمایند.