

## فهرست مندرجات

۱	پیشگفتار.....
۲	مقدمه.....
۳	اصول اخلاقی مرتبط.....
۴	کاربردهای عملی.....
۵	فرایند تدوین کتابچه راهنما.....
۶	دستورالعمل‌ها.....
۶	۱. تعهدات دولت‌ها و جامعه جهانی.....
۸	۲. مشارکت جامعه محلی.....
۱۰	۳. شرایط ویژه آسیب پذیری.....
۱۲	۴. تخصیص منابع کمیاب.....
۱۵	۵. نظارت بر بهداشت عمومی.....
۱۷	۶. محدودیت در آزادی حرکت.....
۲۰	۷. تعهدات مربوط به مداخلات پزشکی در جهت تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌های عفونی.....
۲۲	۸. پژوهش در دوران شیوع بیماری‌های عفونی.....
۲۶	۹. استفاده اضطراری از مداخلات تایید نشده خارج از پژوهش.....
۲۹	۱۰. به اشتراک گذاری سریع داده‌ها.....
۳۰	۱۱. ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری عفونی.....
۳۲	۱۲. پرداختن به تفاوت‌های جنسی و جنسیت.....
۳۴	۱۳. حقوق و تعهدات کارکنان خط مقدم پاسخ به بیماری همه گیر.....
۳۷	۱۴. مباحث اخلاقی در به کارگیری نیروهای امدادی بشردوستانه خارجی.....
۳۹	منابع.....
	ضمیمه ۱. اسناد دستورالعمل‌های اخلاقی که در نگارش کتابچه راهنمای مدیریت مسائل اخلاقی در دوران شیوع بیماری‌های عفونی نقش داشتند:..... ۴۱
	ضمیمه ۲. شرکت کنندگان در جلسات تدوین دستورالعمل مدیریت مسائل اخلاقی در دوران شیوع بیماری‌های عفونی.... ۴۴

## دستورالعمل مدیریت مسائل اخلاقی

### در دوران شیوع بیماری های عفونی - سازمان بهداشت جهانی

#### پیشگفتار

دوره های شیوع بیماری های عفونی، دوره هایی مملو از عدم اطمینان است. در چنین شرایطی وقایع یکی پس از دیگری اتفاق می افتند، منابع و ظرفیت هایی که اغلب محدود هستند بیش از پیش استفاده می شوند و تصمیمات مربوط به بهداشت عمومی، حتی در شرایطی که شواهدی برای تصمیم گیری وجود ندارد باید به سرعت اتخاذ شوند. در این موقعیت، مسئولان بهداشت عمومی، سیاست گذاران، پژوهشگران، متخصصان میدانی بیماریهای همه گیر، پاسخ دهندگان اولیه به بیماری همه گیر، هیئت های اخلاق ملی، مددکاران حوزه سلامت و پزشکان بهداشت عمومی به یک راهنمای اخلاقی نیاز دارند تا آنها را در تصمیم گیری هایشان یاری کند. اخلاق زیستی، مردم را در مرکز و کانون مساله قرار می دهد و بر اصولی که باید سیستم های بهداشتی را هدایت کنند تاکید می کند. بعلاوه، این حوزه منطقی اخلاقی نهفته در انتخاب ها، به ویژه در شرایط بحرانی را نشان می دهد. بنابراین، من از تدوین کتابچه راهنمای مدیریت مسائل اخلاقی در دوران شیوع بیماری های عفونی استقبال می کنم؛ کتابچه ای که نقشی کلیدی در گنجاندن اخلاقیات در سیستم هشدار و پاسخ جهانی یکپارچه به بیماری های همه گیر و سایر موارد اضطراری در حوزه بهداشت عمومی خواهد داشت. بعلاوه، این کتابچه از اجرا و جذب سیاست ها و برنامه ها در این زمینه پشتیبانی کرده و منجر به تقویت آنها خواهد شد.

پژوهش، بخشی جدایی ناپذیر از پاسخ های بهداشت عمومی بوده و هدف آن نه تنها افزایش آگاهی نسبت به بیماری همه گیر فعلی، بلکه ایجاد مبنایی از شواهد برای بیماری های همه گیر آینده است. در دوران بیماری های همه گیر، پژوهش طیفی از آزمایشات همه گیرشناسی و اجتماعی-رفتاری تا آزمایشات بالینی و مطالعات سم شناختی را در بر می گیرد و همه این موارد از اهمیت ویژه ای برخوردار هستند. مایه خرسندی است که این کتابچه، چنین حوزه هایی را مورد توجه قرار داده است و نه تنها در زمینه پژوهش و استفاده اضطراری از مداخلات تایید نشده، بلکه در مورد به اشتراک گذاری سریع داده ها نیز توصیه هایی را ارائه می کند (به آدرس زیر مراجعه کنید: [http://www.who.int/ihr/procedures/SPG\\_data\\_sharing.pdf?ua=1](http://www.who.int/ihr/procedures/SPG_data_sharing.pdf?ua=1)). در واقع، اهمیتی که به ارتباطات در دوران شیوع بیماری های عفونی داده می شود هم می تواند منجر به پشتیبانی از تلاشهای بهداشت عمومی شود و هم آنها را تخریب کند و این موضوع برای سازمان بهداشت جهانی کاملاً جدی تلقی می شود. سند حاضر، به شرح آن دسته از اصول اخلاقی می پردازد که باید راهنمای برنامه ریزی و اجرای ارتباطات در سطوح مختلف، از کارکنان خط مقدم گرفته تا سیاست گذاران باشند. در حقیقت، این کتابچه راهنما حاصل یک کار گروهی بین المللی شامل ذینفعان و متخصصانی از جمله پزشکان بهداشت عمومی که مسئول مدیریت پاسخگویی در سطوح محلی، ملی و بین المللی هستند، نمایندگان سازمانهای غیردولتی، مدیران دفاتر تامین مالی، مدیران کمیته های اخلاقی، سرپرستان آزمایشگاه های پژوهشی و متخصصان حوزه اخلاق بهداشت عمومی، اخلاق زیستی، حقوق بشر، مردم شناسی و متخصصان بیماری های همه گیر است و من از حمایت و مشارکت همه آنها سپاسگزارم.

دکتر مری-پاول کینی

معاون مدیر کل سیستم های بهداشتی و نوآوری

کتابچه پیش رو حاصل دغدغه های سازمان بهداشت جهانی در مورد مسائل اخلاقی ناشی از شیوع ابولا در آفریقای غربی طی سالهای ۲۰۱۴-۲۰۱۶ است. پاسخ واحد اخلاق بهداشت جهانی سازمان بهداشت جهانی به بیماری ابولا در آگوست سال ۲۰۱۴، بلافاصله پس از آنکه طبق مقررات بین المللی بهداشت (۲۰۰۵) «وضعیت اضطراری بهداشت عمومی بین المللی»<sup>۱</sup> اعلام شد اتفاق افتاد. این بیانیه منجر به تشکیل گروه اخلاق و سپس کارگروه اخلاق گردید که مسئولیت ارائه دستورالعمل های اخلاقی در زمینه مسائل و دغدغه های نوظهور در جریان این بیماری همه گیر را بر عهده داشت. به تدریج این نکته مشخص شد که مسائل اخلاقی ایجاد شده در پی این بیماری منعکس کننده دغدغه هایی هستند که در سایر دوره های عود بیماری های عفونی نظیر سندرم حاد تنفسی حاد (سارس)، آنفلانزای همه گیر و سل مقاوم به چند دارو ایجاد شده بودند. با وجود این، اگرچه سازمان بهداشت جهانی دستورالعمل های اخلاقی در زمینه برخی از این همه گیری ها را صادر کرده است، دستورالعمل های قبلی صرفاً بر روی عوامل بیماری زای ویژه در محیط ایزوله تمرکز کرده اند. هدف این کتابچه داشتن نگاهی فراتر از مسائل ویژه مرتبط با عوامل بیماری زای همه گیر بوده و در عوض، تلاش می کند به مسائل اخلاقی متعدد که در زمینه شیوع بیماریهای عفونی به طور کلی کاربرد دارند بپردازد. این کتابچه علاوه بر ارائه اصول کلی، به بررسی این نکته می پردازد که چگونه می توان چنین اصولی را در موقعیت های مختلف اجتماعی و همه گیر تطبیق داد. در حالیکه بسیاری از مسائل اخلاقی که هنگام شیوع بیماری های عفونی ایجاد می شوند همان مواردی هستند که در سایر زمینه های بهداشت عمومی بوجود می آیند، شرایط شیوع یک بیماری دارای پیچیدگی های خاصی است. در حقیقت، تصمیماتی که در طول دوران شیوع گرفته می شوند باید به صورت فوری و اغلب در شرایط عدم اطمینان علمی، اختلال اجتماعی و نهادی و شرایط کلی ترس و عدم اعتماد باشند. به طور حتم، کشورهایی که بیشتر تحت تاثیر شیوع بیماری های همه گیر قرار می گیرند دارای منابع محدود، ساختارهای قانونی و نظارتی توسعه نیافته و سیستم های بهداشتی هستند که مقاومت لازم را برای مقابله با شرایط بحرانی ندارند و کشورهایی که دچار بلایای طبیعی و درگیری های مسلحانه هستند به طور ویژه در معرض خطرند زیرا این شرایط، همزمان با کاهش منابع مورد نیاز و دسترسی به مراقبت های بهداشتی، خطر شیوع بیماری های عفونی را افزایش می دهد. علاوه بر این، شیوع بیماری های عفونی می تواند بحران های اجتماعی را ایجاد و یا تشدید کند و این موضوع به نوبه خود می تواند سیستم های بهداشتی ضعیف را بیش از پیش تضعیف نماید. در چنین شرایطی، برآورده کردن همه نیازهای اضطراری به طور همزمان امکان پذیر نیست و این امر مسئولان را وادار می کند تا ارزشهای اخلاقی که به طور بالقوه با هم در رقابت هستند را سنجش و اولویت بندی کنند.

فشار زمانی و محدودیت منابع ممکن است شرایط را به گونه ای پیش ببرد که اقدامات، بدون تفکر و تأمل کامل، جامعیت و شفافیتی که از فرایندهای تصمیم گیری اخلاقی مستحکم انتظار می رود انجام شوند و به همین دلیل، هدف کتابچه حاضر در زمینه مسائل اخلاقی که به طور ویژه در زمینه شیوع بیماری های عفونی به وجود می آیند تکمیل دستورالعمل های موجود در حوزه اخلاق در بهداشت عمومی است. بنابراین، این کتابچه باید به همراه دستورالعمل های کلی تر درباره مسائلی مانند نظارت بر بهداشت عمومی، انجام پژوهش با شرکت کنندگان انسانی و رفع نیازهای جمعیت های آسیب پذیر مطالعه شود. ایجاد سیستم ها و رویه های تصمیم گیری پیشگیرانه، بهترین

راه برای اطمینان از تصمیم گیری مناسب اخلاقی در صورت شیوع بیماری است و کشورها، مؤسسات مراقبت های بهداشتی، سازمان های بین المللی و سایر افراد درگیر در اقدامات پاسخ به بیماری همه گیر، با در نظر گرفتن زمینه های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی محلی، به تدوین راهبردها و ابزارهای عملی برای اعمال اصول موجود در این کتابچه راهنما در موقعیت های خاص خود ترغیب می شوند. سازمان بهداشت جهانی متعهد به ارائه پشتیبانی فنی به کشورها برای انجام این اقدامات است.

## اصول اخلاقی مرتبط

اخلاق شامل قضاوت های ما درباره «روش درست زندگی کردن از جمله کارها، اهداف و رفتارهای عادی مان است» و فرایند تحلیل اخلاقی مستلزم شناسایی اصول مربوطه، به کارگیری آنها در یک موقعیت خاص و قضاوت در مورد چگونگی ارزیابی اصول رقابتی در شرایطی است که امکان اجرای همه این اصول وجود ندارد. این کتابچه راهنما انواع اصول اخلاقی را ترسیم می کند که در زیر به هفت دسته کلی تقسیم می شوند. این دسته بندی ها صرفاً برای راحتی خواننده ارائه شده اند و بی تردید روش های درست دیگری نیز برای گروه بندی آنها وجود دارد.

**عدالت -** عدالت یا انصاف، همانطور که در این کتابچه از آن ها یاد شده است، دو مفهوم متفاوت را در بر می گیرند. مفهوم اولیه عدالت همان انصاف در توزیع منابع، فرصت ها و نتایج است و عناصر اصلی انصاف عبارتند از داشتن رفتار یکسان با موضوعات، جلوگیری از تبعیض و استثمار و حساس بودن در مورد اشخاصی که بخصوص در معرض آسیب یا بی عدالتی قرار دارند. جنبه دوم عدالت، عدالت رویه ای است که به یک فرایند عادلانه برای تصمیم گیری های مهم اشاره دارد. عناصر عدالت رویه ای شامل روند صحیح حقوقی (اطلاع رسانی به افراد علاقه مند و فراهم کردن فرصتی برای شنیده شدن)، شفافیت (ارائه اطلاعات صریح و دقیق در مورد مبنای تصمیم گیری و فرایندی که تصمیمات طی آن اتخاذ می شوند)، فراگیر بودن یا مشارکت جامعه (اطمینان از اینکه همه ذینفعان ذیربط قادر به شرکت در تصمیم گیری ها هستند)، پاسخگویی (تخصیص و اجرای مسئولیت در تصمیم گیری ها) و نظارت (اطمینان از سازوکارهای مناسب برای نظارت و بررسی) هستند.

**نیکوکاری -** نیکوکاری به انجام کارهایی گفته می شود که به نفع دیگران هستند، مانند تلاش برای تسکین درد و رنج افراد. در زمینه بهداشت عمومی، اصل نیکوکاری شالوده وظیفه جامعه در برآورده کردن نیازهای اساسی افراد و جوامع، بویژه نیازهای بشردوستانه مانند تغذیه، سرپناه، سلامتی و امنیت را تشکیل می دهد.

**مطلوبیت -** در اصل مطلوبیت آمده است که اقدامات مادامی صحیح هستند که بهزیستی افراد یا جوامع را ارتقا بخشند. در همین راستا، تلاش برای به حداکثر رساندن مطلوبیت مستلزم در نظر گرفتن تناسب (متعادل کردن مزایای احتمالی یک اقدام در برابر هرگونه خطرات آسیب) و کارایی (دستیابی به بیشترین مزایا با کمترین هزینه ممکن) است.

**احترام به افراد -** اصطلاح «احترام به افراد» به معاشرت با افراد به شیوه ای متناسب با و متأثر از شناخت انسانیت مشترک، عزت و حقوق ذاتی اشاره می کند. یکی از وجوه اصلی احترام به افراد، احترام به استقلال آنها است که به افراد اجازه می دهد بر اساس ارزش ها و ترجیحات خود، انتخاب هایشان را انجام دهند. رضایت آگاهانه، فرایندی که در آن فرد صالح اجازه می دهد تا بر اساس اطلاعات مرتبط و کافی، بدون اجبار یا القاء بی رویه یک اقدام عملی انجام شود، یکی از راه های عملیاتی کردن این مفهوم است.

در مواردی که افراد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند، ممکن است لازم باشد دیگران مسئولیت حمایت از منافع آنها را بر عهده بگیرند. احترام به افراد همچنین شامل توجه به ارزشهایی مانند حفظ حریم خصوصی و محرمانگی و نیز اعتقادات اجتماعی، مذهبی و فرهنگی و روابط مهم از جمله ارتباطات خانوادگی است. در نهایت، احترام به افراد نیازمند شفافیت و گفتن حقیقت در شرایط انجام اقدامات پژوهشی و بهداشت سلامت عمومی است.

**آزادی** - آزادی طیف گسترده‌ای از آزادی‌های اجتماعی، مذهبی و سیاسی مانند آزادی حرکت، آزادی اجتماعات مسالمت‌آمیز و آزادی بیان را در بر می‌گیرد و بسیاری از جنبه‌های آزادی به عنوان حقوق اساسی بشر مورد حمایت قرار می‌گیرند.

**دوسویگی** - دوسویگی یعنی جبران «متناسب و مناسب» کمک‌ها و مشارکت‌های مردمی. در حقیقت، سیاست‌هایی که مروج دوسویگی هستند می‌توانند ابزاری مهمی برای ترویج اصل عدالت باشند زیرا قادر هستند اختلافات ناعادلانه در توزیع مزایا و بار تلاش‌های پاسخ به بیماری همه گیر را اصلاح کنند.

**همبستگی** - همبستگی یک رابطه اجتماعی است که در آن یک گروه، جامعه، ملت یا به طور بالقوه، جامعه جهانی در کنار هم قرار می‌گیرند. اصل همبستگی، اقدام جمعی را در مواجهه با تهدیدهای مشترک توجیه کرده و از تلاش برای غلبه بر نابرابری‌هایی که باعث تضعیف رفاه اقلیت‌ها و گروه‌هایی که از تبعیض رنج می‌برند پشتیبانی می‌کند.

## کاربردهای عملی

استفاده از اصول اخلاقی باید تا حد امکان برگرفته از شواهد باشد. برای مثال، در تعیین اینکه آیا یک اقدام خاص به مطلوبیت کمک می‌کند یا نه، تصمیم‌گیرندگان باید از تمامی مدارک و اسناد علمی موجود در مورد مزایا و مضرات مورد انتظار این عمل استفاده کنند. هرچه اقدام پیشنهادی مداخله‌آمیزتر باشد، نیاز به شواهد محکمی مبنی بر دستیابی به هدف مورد نظر از طریق اقدام پیشنهادی مربوطه بیشتر می‌شود. هنگامی که مدارک خاصی در دسترس نباشد، تصمیمات باید براساس استدلال‌های موجه و اساسی گرفته شده و تا حد امکان متاثر از شواهد موجود در موقعیتهای مشابه باشند. هنگام ایجاد تعادل بین اصول رقابتی در شرایط شیوع بیماری‌های عفونی، کشورها باید به تعهدات خود طبق قراردادهای بین‌المللی حقوق بشر احترام بگذارند. اصول سیراکوزا<sup>1</sup> در مورد مقررات محدودیت و تضعیف در میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی چارچوبی هستند که به طور گسترده‌ای برای ارزیابی تناسب محدودیت برخی از حقوق اساسی بنیادی بشر در مواقع اضطراری پذیرفته شده‌اند. بر اساس این اصول، هرگونه محدودیت در مورد حقوق بشر باید مطابق قانون و در راستای دستیابی به یک هدف مشروع از منافع عمومی اجرا شود. علاوه بر این، چنین محدودیت‌هایی باید کاملاً اجباری باشد و برای دستیابی به همان هدف، نباید هیچ وسیله دیگری که سطح مداخله‌آمیزی کمتری دارد در دسترس باشد. در نهایت، هرگونه محدودیت باید مبتنی بر شواهد علمی بوده و نباید به صورت خودسرانه، غیر منطقی یا تبعیض‌آمیز اعمال نشود.

به دلایل عملی و اخلاقی، حفظ اعتماد مردم نسبت به تلاش‌های پاسخ به بیماری‌های همه گیر از اهمیت اساسی برخوردار است و این امر تنها در صورتی ممکن است که سیاست‌گذاران و عاملان پاسخگو، با به کارگیری اصول رویه‌ای منصفانه و مداوم، گشودگی نسبت به بررسی‌های مبتنی بر اطلاعات جدید و مرتبط، و عمل بر اساس داده

های واقعی جوامع آسیب دیده، به شیوه ای قابل اعتماد عمل کنند. علاوه بر این، وجود یک رویکرد هماهنگ برای موفقیت در هر گونه اقدام واکنشی ضروری است و همه اعضای جامعه جهانی باید با همبستگی عمل کنند زیرا همه کشورها، به طور یکسان نسبت به تهدید بیماری عفونی آسیب پذیر هستند.

### فرایند تدوین کتابچه راهنما

بسیاری از افراد به شکل مستقیم و یا غیرمستقیم در شکل گیری این کتابچه راهنما نقش داشتند و آغازگر این نقش، هیئت اخلاقیات بود که در تاریخ ۱۱ آگوست سال ۲۰۱۴ توسط مدیرکل آن تشکیل گردید. هدف کارگروه ویژه اخلاقیات نیز که در ژنو سوئیس بین ماه های آگوست و اکتبر ۲۰۱۴ برگزار شد ارائه راهنمایی در خصوص استفاده از مداخلات آزمایش نشده در هنگام شیوع ابولا در آفریقای غربی بود. پس از آن در ماه می سال ۲۰۱۵، گروهی از متخصصان و ذینفعان در دوبلین ایرلند با یکدیگر دیدار کردند تا بیانیه های اخلاقی موجود درباره شیوع بیماری های عفونی را بررسی کرده و روش شناسی جدیدی را برای ایجاد یک سند جامع تر ارائه کنند. برای کمک به این فرایند، تجزیه و تحلیل و ترکیبی از همه اسناد راهنمای موجود که مرتبط با ملاحظات اخلاقی در دوران شیوع بیماری های عفونی بودند تهیه شد (ضمیمه ۱).

شرکت کنندگان با تأکید بر درسهای آموخته شده از بیماری های همه گیر قبلی، به ویژه تجربیات اخیر در زمینه ابولا، بر نیاز به وجود دستورالعمل های متناسب با زمینه های مختلف بیماری های همه گیر و بافت های اجتماعی و اقتصادی پافشاری کردند. آنها همچنین در مورد اهمیت تمرکز بر روی مسائل گسترده حاکمیت بهداشت جهانی، مشارکت جامعه، تولید دانش و تعیین اولویت ها بحث کرده و بر لزوم فوری تدوین ابزارهای عملیاتی ملموس برای کمک به افراد درگیر در اقدامات پاسخ به بیماری همه گیر به منظور درج دستورالعمل های اخلاقی در تصمیم گیری های عملی تأکید کردند. این گروه در نوامبر ۲۰۱۵ بار دیگر در پراتو در ایتالیا جلسه ای برگزار کردند تا پیش نویس اولیه دستورالعمل ها را بررسی کرده و نظرات سایر خبرگان و ذینفعان از جمله بازماندگان بیماری اخیر ابولا را بشنوند. پس از این جلسه، پیش نویس جدیدی برای بررسی بین المللی بین همکاران ارائه شد. نام کارشناسانی که در تهیه این دستورالعمل در این جلسات شرکت کرده اند در ضمیمه ۲ ذکر شده است.

کتابچه پیش رو حول محور ۱۴ دستورالعمل ویژه سازماندهی شده است که هر یک از آنها جنبه های کلیدی برنامه ریزی و پاسخ به بیماری همه گیر را نشان می دهد. هر دستورالعمل به واسطه مجموعه ای از پرسش ها معرفی می شود که دامنه مباحث اخلاقی را نشان می دهد و در ادامه، بحث مفصلی در زمینه حقوق و تعهدات ذینفعان مربوطه بیان می شود. امید است که این کتابچه برای سیاست گذاران، متخصصان بهداشت عمومی، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، کارکنان خط مقدم پاسخ به بیماری همه گیر، پژوهشگران، شرکت های داروسازی و تجهیزات پزشکی و سایر نهادهای ذیربط که در برنامه ریزی و اقدامات پاسخ به شیوع بیماری های عفونی در بخش دولتی و خصوصی نقش دارند مفید واقع شود.

### ۱. تعهدات دولتها و جامعه جهانی

#### پرسش‌های مطرح شده:

دولتها چه تعهداتی نسبت به جلوگیری و پاسخ به شیوع بیماری‌های عفونی دارند؟  
چرا تعهدات کشورها نسبت به جلوگیری و پاسخ به شیوع بیماری‌های عفونی فراتر از مرزهای خودشان است؟  
کشورها چه وظایفی برای شرکت در اقدامات نظارتی و آمادگی جهانی دارند؟  
دولت‌ها چه تعهداتی برای ارائه کمک‌های مالی، فنی و علمی به کشورهای نیازمند دارند؟

دولت‌ها می‌توانند با بهبود شرایط اجتماعی و محیطی، حصول اطمینان از عملکرد مناسب و در دسترس سیستم‌های بهداشتی و شرکت در فعالیت‌های پیشگیری و نظارت بر سلامت عمومی، نقش مهمی در جلوگیری و پاسخ به شیوع بیماری‌های عفونی ایفا کنند. این اقدامات در کنار هم به طور قابل ملاحظه‌ای می‌تواند شیوع بیماری‌هایی که پتانسیل همه‌گیری را دارند کاهش دهد. علاوه بر این، چنین اقداماتی به دولت‌ها اطمینان خاطر می‌دهند که در صورت بروز همه‌گیری، پاسخ سلامت عمومی موثر ممکن خواهد بود. این وظیفه اخلاقی دولت‌ها است که از وجود ظرفیت‌های بلندمدت سیستم‌های لازم برای انجام اقدامات موثر در زمینه پاسخ و پیشگیری از بیماری‌ها همه‌گیر اطمینان حاصل کنند. در حقیقت، کشورها نه تنها نسبت به افراد درون مرزهای خود بلکه به جامعه بین‌المللی در سطح وسیع‌تر تعهد دارند. همانطور که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ملل متحد این موضوع را به رسمیت شناخته است، «با توجه به اینکه برخی بیماری‌ها به راحتی به فراتر از مرزهای یک کشور قابل انتقال هستند، جامعه جهانی مسئولیت جمعی برای حل این مشکل را دارد. کشورهای عضو سازمان ملل که از نظر اقتصادی رشد کرده‌اند دارای مسئولیت ویژه‌ای برای کمک به کشورهای فقیرتر و در حال توسعه در این زمینه هستند». این تعهدات نشانگر این واقعیت عملی هستند که شیوع بیماری‌های عفونی مرزهای ملی را رعایت نمی‌کنند و شیوع یک بیماری همه‌گیر در یک کشور می‌تواند سایر جهان را در معرض خطر قرار دهد. تعهدات کشورها برای رسیدگی به نیازهای جامعه بین‌الملل فقط در مواقع اضطراری پدید نمی‌آید و ضروری است که کشورها به این حوزه توجه ویژه داشته باشند تا عوامل اجتماعی بهداشت ضعیف که منجر به شیوع بیماری‌های عفونی می‌شود را تضعیف کنند؛ عواملی از قبیل فقر، دسترسی محدود به آموزش و سیستم‌های نامناسب آب و فاضلاب.

موارد زیر عناصر اصلی تعهدات دولتها و جامعه جهانی هستند:

**اطمینان از کفایت قوانین ملی بهداشت عمومی** - همانطور که در بخش‌های دیگر در این کتابچه بحث خواهد شد، مداخلات بهداشت عمومی ویژه‌ای که ممکن است در هنگام شیوع بیماری عفونی ضروری باشند (به عنوان مثال محدودیت در آزادی حرکت)، به داشتن یک مبنای قانونی واضح برای اقدامات دولت و همچنین سیستمی کارآمد برای نظارت و بازنگری بستگی دارند. در حقیقت، همه کشورها باید قوانین بهداشت عمومی خود را بررسی کنند تا اطمینان حاصل کنند که به دولت اختیار کافی می‌دهند تا به طور مؤثر به یک بیماری همه‌گیر پاسخ دهد و در عین حال حمایت‌های مناسب از حقوق بشر را در اختیار افراد قرار می‌دهند.

**مشارکت در اقدامات نظارت و آمادگی جهانی** - همه کشورها باید مسئولیت های خود را تحت دستورالعمل بهداشت بین المللی انجام دهند تا در اقدامات نظارت جهانی به روشی درست و شفاف شرکت کنند. این کار شامل اطلاع رسانی فوری در مورد رویدادهایی است که می تواند صرفنظر از عواقب منفی که ممکن است با اطلاع رسانی همراه باشد، از جمله کاهش احتمالی تجارت یا گردشگری، یک وضعیت اضطراری برای بهداشت عمومی در سطح بین المللی باشد. تعهد به اطلاع رسانی سریع به جامعه بین المللی نه تنها از متن دستورالعمل بهداشت بین المللی، بلکه از اصول اخلاقی همبستگی و دوسویگی سرچشمه می گیرد. علاوه بر این، کشورها باید برنامه های آماده سازی لازم را برای شیوع بیماری های عفونی و سایر بلاهای احتمالی تهیه کرده و دستورالعمل هایی برای مراکز درمانی در راستای اجرای برنامه ها ارائه دهند.

**ارائه مساعدت مالی، فنی و علمی** - کشورهایی که منابع لازم برای ارائه کمکهای خارجی را دارند باید از آمادگی جهانی و اقدامات پاسخ به همه گیری جهانی، از جمله پژوهش و توسعه در زمینه های تشخیص، درمان و واکسن برای عوامل بیماری زا با پتانسیل اپیدمی حمایت کنند. این پشتیبانی باید مکمل تلاشهای مداوم برای ایجاد ظرفیتهای بهداشت عمومی محلی و تقویت سیستمهای مراقبتهای بهداشتی اولیه در کشورهایی که بیشترین خطر آسیب در اثر شیوع بیماریهای عفونی را دارند باشد.

## ۲. مشارکت جامعه محلی

### پرسش های مطرح شده:

چرا مشارکت جامعه بخش مهمی در اقدامات پاسخ به شیوع بیماریهای عفونی است؟  
نشانه های رویکرد جامعه-محور در پاسخ به شیوع بیماری های عفونی چیست؟  
مسئولان با درون دادهایی که در طول فعالیت های مشارکت جامعه دریافت می کنند چه باید بکنند؟  
نقش رسانه ها در تلاش های پاسخ به شیوع بیماری های عفونی چیست؟

تمام جنبه های تلاش های پاسخ به شیوع بیماری های عفونی باید با تعامل زودهنگام و مداوم با جوامع آسیب دیده پشتیبانی شود. علاوه بر اهمیت اخلاقی در نوع خود، مشارکت جامعه برای ایجاد و حفظ اعتماد و نظم اجتماعی نیز ضروری است. مشارکت کامل جوامع در برنامه ریزی برای پاسخ به شیوع بیماری عفونی نیازمند توجه به موارد زیر است:

**فراگیری** - همه افرادی که به طور بالقوه ممکن است مبتلا شوند باید فرصت داشته باشند تا در تمام مراحل برنامه ریزی و پاسخ به شیوع بیماری های عفونی، چه به صورت مستقیم و چه از طریق نمایندگان قانونی خود، صدایشان را به گوش دیگران برسانند. برای تسهیل ارتباط عمومی با مقامات بهداشتی، باید بسترها و ابزارهای ارتباطی کافی ایجاد شود.

**موقعیت های آسیب پذیری خاص** - همانطور که در ادامه در دستورالعمل ۳ مورد بحث قرار گرفته است، به ویژه باید اطمینان حاصل شود که افرادی که در هنگام شیوع بیماری عفونی آسیب پذیری بیشتری نسبت به خسارت یا بی عدالتی دارند، می توانند در تصمیم گیری در مورد برنامه ریزی و پاسخ به شیوع بیماری های عفونی شرکت کنند. مسئولان بهداشت عمومی باید بدانند که چنین افرادی ممکن است نسبت به دولت و نهادهای دیگر بی اعتماد باشند و باید تلاش کنند تا آنها را در برنامه های مشارکتی جامعه بگنجانند.

**گشودگی به دیدگاههای گوناگون** - تلاشهای ارتباطی باید برای تسهیل گفتگوی اصیل دو طرفه طراحی شود، نه صرفاً وسیله ای برای اعلام تصمیماتی که قبلاً اتخاذ شده است. تصمیم گیرندگان باید آمادگی داشته باشند تا رویکردهای جایگزین را بشناسند و بحث کنند و تصمیمات خود را بر اساس اطلاعاتی که دریافت می کنند تجدید نظر کنند. مشارکت زودهنگام جامعه و توجه به منافع همه افرادی که به طور بالقوه تحت تأثیر قرار می گیرند، می تواند نقش مهمی در ایجاد اعتماد و توانمندسازی جوامع برای مشارکت در یک گفتگوی واقعی ایفا کند.

**شفافیت** - اصل اخلاقی شفافیت مستلزم آن است که تصمیم گیرندگان پایه و مبانی تصمیمات را با زبانی که از نظر زبانشناختی و فرهنگی مناسب است توضیح دهند. در شرایطی که باید در مواجهه با اطلاعات نامشخص تصمیماتی اتخاذ شود، ابهامات باید به صراحت اذعان شده و به مردم منتقل شود.

**پاسخگویی** - عموم مردم باید بدانند چه کسی مسئول تصمیم گیری و اجرای تصمیمات در رابطه با پاسخ به شیوع است و اینکه چگونه افراد می توانند تصمیماتی را که از نظر آنها نامناسب است به چالش بکشند. رسانه ها نقش مهمی در هرگونه اقدام پاسخ به شیوع بیماری های عفونی ایفا می کنند و بنابراین اطمینان نسبت به دسترسی رسانه ها به اطلاعات دقیق و به موقع در مورد این بیماری و مدیریت آن حائز اهمیت است. دولت ها، سازمان های غیردولتی و مؤسسات دانشگاهی باید تلاش کنند تا از آموزش رسانه ها در مفاهیم و فنون علمی مربوطه برای ارائه

اطلاعات در مورد خطر به وجود آمده حمایت کنند، بدون آنکه هشدار غیر ضروری بدهند. آموزش رسانه ای برای کارمندان بخش بهداشت عمومی که ممکن است با رسانه هایی که موضوعات بهداشت عمومی را در بر می گیرد تعامل داشته باشند بسیار مهم است. رسانه ها نیز به نوبه خود، وظیفه دارند گزارش های دقیق، واقعی و متعادل ارائه دهند و این یک مؤلفه مهم در اخلاق رسانه است.

### ۳. شرایط ویژه آسیب پذیری

#### پرسش‌های مطرح شده:

چرا برخی افراد و گروه‌ها در دوران شیوع بیماری‌های عفونی به طور ویژه آسیب پذیر تلقی می‌شوند؟ چگونه آسیب پذیری می‌تواند بر توانایی شخص در دسترسی به خدمات در هنگام شیوع بیماری عفونی تأثیر بگذارد؟

چگونه آسیب پذیری می‌تواند بر تمایل و توانایی فرد برای به اشتراک گذاری و دریافت اطلاعات در هنگام شیوع بیماری عفونی تأثیر بگذارد؟

چرا بدنام سازی و تبعیض، خطرات ویژه ای در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی دارد؟ در چه زمینه‌هایی ممکن است افراد آسیب پذیر از فشارهای نامتناسب در تلاش برای پاسخ به بیماری‌های عفونی رنج ببرند یا نیاز به منابع بیشتری داشته باشند؟

برخی از افراد و گروه‌ها در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی، مستعد آسیب و یا بی‌عدالتی شدید هستند و سیاست‌گذاران و پاسخ‌دهندگان به بیماری‌های همه‌گیر باید برنامه‌هایی را برای رفع نیازهای اینگونه افراد و گروه‌ها پیش از بروز بیماری تهیه کنند و در صورت بروز بیماری، اقدامات منطقی را برای اطمینان از برآورده ساختن این نیازها انجام دهند. انجام این کار مستلزم توجه مستمر به مشارکت جامعه و ایجاد شبکه‌های اجتماعی فعال بین نمایندگان جامعه و عواملان دولت است.

در تلاش برای توجه به روش‌های آسیب‌پذیری افراد و گروه‌ها، باید موارد زیر در نظر گرفته شود:

**دشواری در دسترسی به خدمات و منابع** - بسیاری از خصوصاتی که در آسیب‌پذیری اجتماعی نقش دارند، دسترسی افراد به خدمات لازم را برای آنها دشوار می‌کند. به عنوان مثال، افراد دارای ناتوانی جسمی ممکن است دچار نقص حرکتی باشند که سفر حتی در مسافت‌های کوتاه را برای آنها دشوار یا غیرممکن می‌کند. سایر افراد آسیب‌پذیر از نظر اجتماعی ممکن است از دسترسی به وسایل نقلیه ایمن و مطمئن محروم باشند و یا مسئولیت‌های مراقبتی داشته باشند که ترک خانه را برای آنها دشوار می‌کند. علاوه بر این، افراد آسیب‌پذیر ممکن است از دسترسی به منابع لازم مانند آب تمیز یا پشه بند برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های ناشی از پشه برخوردار نباشند.

**نیاز به راهکارهای ارتباطی جایگزین و مؤثر** - برخی از انواع آسیب‌پذیری می‌توانند مانع از توانایی فرد در انتقال یا دریافت اطلاعات شوند. موانع ارتباطی می‌تواند ناشی از طیف گسترده‌ای از عوامل از جمله بی‌سوادی، ناآشنایی با زبان (های) محلی یا رسمی، بینایی یا شنوایی، انزوای اجتماعی یا عدم دسترسی به اینترنت و سایر خدمات ارتباطی باشد. این موانع، دریافت پیام‌های بهداشت عمومی لازم و یا مشارکت کامل در فعالیت‌های مشارکتی جامعه را برای افراد دشوار می‌کند. برای غلبه بر این موانع، پیام‌ها باید در قالب‌های مختلف (مانند رادیو، پیام‌های متنی، بیلورد، کارتون) و همچنین ارتباط مستقیم شفاهی به ذینفعان اصلی ارسال شوند. مقامات بهداشتی نباید تصور کنند که عموم مردم در جستجوی اطلاعات خواهند بود. در عوض، آنها باید هر جا که باشند، فعالانه به جمعیت مربوطه برسند.

**تأثیر بدنام سازی و تبعیض** - اعضای گروه‌های محروم جامعه غالباً با بدنام سازی و تبعیض قابل توجهی روبرو هستند که می‌تواند در مواقع اضطراری بهداشت عمومی که با ترس و بی‌اعتمادی همراه هستند تشدید شود. مسئولان پاسخ به شیوع بیماری‌های عفونی باید اطمینان حاصل کنند که با همه افراد بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی خود یا «ارزش» ادراک شده در جامعه منصفانه و عادلانه رفتار می‌کنند. آنها همچنین باید اقدامات لازم را برای جلوگیری از بدنام سازی و خشونت اجتماعی انجام دهند.

**فشار نامتناسب حاصل از اقدامات پاسخ به شیوع** - حتی اگر اقدامات بهداشت عمومی با بهترین اهداف طراحی شوند، می‌توانند سهواً بار نامتناسبی را بر روی جمعیت‌های خاص قرار دهند. به عنوان مثال، سفارشات قرنطینه‌ای که افراد را مجبور به ماندن در خانه‌های خود می‌کنند، می‌تواند عواقب مخربی برای افرادی که برای تامین نیازهای اساسی مانند آب تمیز یا غذا باید از خانه خود خارج کنند داشته باشد. به همین ترتیب، اقدامات فاصله گذاری اجتماعی مانند تعطیلی مدرسه می‌تواند فشار نامتناسبی را به کودکانی که وابسته به رفتن به مدرسه برای دسترسی به وعده‌های غذایی معمولی هستند و همچنین والدین شاغل که ممکن است کسی به آنها در نگهداری کودکان کمک نکند تحمیل کند.

**نیاز بیشتر به منابع** - تامین نیازهای افرادی که وضعیت آنها باعث می‌شود به ویژه آسیب پذیر شوند گاه نیاز به استفاده از منابع اضافی دارد. در برخی موارد، منابع اضافی نسبتاً کم هستند، مانند زمانی که یک مترجم استخدام می‌شود تا یک انجمن تعامل جامعه را برای اعضای یک گروه اقلیت زبانی در دسترس قرار دهد. در موارد دیگر، چنین نیازهایی ممکن است از اهمیت بیشتری برخوردار باشند، مانند زمانی که تیم‌های درمانی سیال برای ارسال واکسن و درمان به مناطق روستایی دورافتاده جمع‌آوری می‌شوند. در تعیین اینکه آیا اقامتگاه خاصی در این شرایط لازم است یا نه، در نظر گرفتن هزینه‌ها کاری منطقی است. در واقع، برای رسیدن به هدف پیشینه سازی مطلوبیت، چنین ارزیابی‌هایی باید انجام شود اما علی‌رغم اهمیت حفظ منابع محدود، اصل اخلاقی عدالت ممکن است بعضی مواقع توجه‌کننده‌تأمین منابع بیشتر برای افرادی که نیازهای بیشتری دارند باشد.

**افزایش خطر خشونت** - شیوع بیماری‌های عفونی می‌تواند ناآرامی‌های اجتماعی را تشدید کرده، جرم و جنایت را افزایش داده و رفتارهای خشونت‌آمیز را به خصوص در برابر گروه‌های آسیب‌پذیر مانند اقلیت‌ها یا مهاجران تحریک کند. علاوه بر این، اقدامات بهداشت عمومی مانند خودقرنطینگی در خانه، قرنطینه پزشکی یا تعطیلی مدارس و تأسیسات کاری می‌تواند موجب خشونت بویژه علیه زنان و کودکان شود. مقاماتی که در برنامه ریزی و اقدامات پاسخ به شیوع بیماری شرکت می‌کنند باید در نظر بگیرند که ممکن است جمعیت‌های خاصی به عنوان علت شیوع یا تحریک انتقال بیماری مورد هدف قرار گیرند و استراتژی‌ها باید بطور فعالانه طراحی شوند تا از اعضای این گروه‌ها در برابر خطر افزایش خشونت محافظت کنند.

## ۴. تخصیص منابع کمیاب

پرسش های مطرح شده:

چه تصمیم گیری هایی در مورد تخصیص منابع در هنگام شیوع بیماری های عفونی ممکن است لازم باشد؟ چگونه اصول مطلوبیت و عدالت در تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع کمیاب در حین شیوع بیماری های عفونی اعمال می شود؟ چگونه اصل دوسویگی در مورد تصمیم گیری در زمینه تخصیص منابع کمیاب در هنگام شیوع بیماری های عفونی اعمال می شود؟ چه ملاحظات رویه ای در مورد تصمیمات مربوط به تخصیص منابع در هنگام شیوع بیماری های عفونی اعمال می شود؟ ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی نسبت به افرادی که قادر به دسترسی به منابع حیاتی در هنگام شیوع بیماری های عفونی نیستند چه تعهدی دارند؟

شیوع بیماری های عفونی می تواند به سرعت ظرفیت های دولت ها و سیستم های مراقبت های بهداشتی را تحت الشعاع خود قرار دهد و آنان را ملزم به تصمیم گیری های دشوار در مورد تخصیص منابع محدود نماید. برخی از این تصمیمات ممکن است در زمینه اختصاص مداخلات پزشکی مانند تخت بیمارستان، دارو و تجهیزات پزشکی ایجاد شود، در حالیکه برخی دیگر ممکن است به سوالات گسترده تری در مورد چگونگی استفاده از منابع بهداشت عمومی مرتبط باشند.

به عنوان مثال، چگونه باید منابع محدود بین فعالیتهایی از جمله نظارت، ارتقاء سلامت و مشارکت جامعه اختصاص یابد؟

آیا منابع انسانی باید بیشتر به ردیابی افراد ناقل تخصیص یابد یا مدیریت بیمار؟

آیا منابع محدود باید صرف بهبود تأسیسات آب و فاضلاب یا احداث تأسیسات قرنطینه شود؟

شیوع بیماری های عفونی نیز برای جذب توجه و منابع با سایر موضوعات مهم بهداشت عمومی رقابت می کند. به عنوان مثال، یکی از پیامدهای شیوع ابولا، کاهش دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی عمومی به دلیل ایجاد ترکیبی از تعداد بیشتری از بیماران و بیماری و مرگ کارمندان مراقبت های بهداشتی بود. در نتیجه، مرگ و میر ناشی از سل، ویروس نقص ایمنی انسان (ایدز) و مالاریا در این دوره به طرز چشمگیری افزایش یافت. دولت ها، مراکز مراقبت های بهداشتی و سایر افراد درگیر در اقدامات پاسخ باید با تدوین دستورالعملهای مربوط به تخصیص منابع کمیاب در شرایط شیوع، آماده چنین شرایطی شوند. این دستورالعمل ها باید از طریق یک فرآیند باز و شفاف شامل اطلاعات گسترده ذینفعان تهیه و تا حد امکان، در اسناد رسمی کتبی که اولویت ها و رویه های واضح را تعیین می کنند گنجانده شود.

مسئولان تهیه این دستورالعمل ها باید به ملاحظات زیر توجه کنند:

**ایجاد تعادل بین ملاحظات مطلوبیت و عدالت** - تصمیمات مربوط به تخصیص منابع باید با رعایت اصول اخلاقی مطلوبیت و عدالت اداره شود. اصل مطلوبیت نیاز به تخصیص منابع برای به حداکثر رساندن مزایا و به حداقل رساندن فشار دارد، در حالی که اصل عدالت به توزیع عادلانه منافع و فشارها توجه می کند. در برخی موارد، توزیع برابر مزایا و فشارها ممکن است منصفانه تلقی شود، اما در سایر موارد، شاید انصاف در ترجیح دادن گروه هایی که

در وضعیت بدتری هستند مانند فقرا، بیماران یا افراد آسیب پذیر باشد. دستیابی کامل به مطلوبیت و عدالت در آن واحد امکان پذیر نیست. به عنوان مثال، ایجاد مراکز درمانی در مناطق بزرگ شهری باعث اتقا ارزش مطلوبیت می شود زیرا این امر باعث می شود که تعداد زیادی از افراد با منابع نسبتاً کمی درمان شوند. با وجود این، اگر این بدان معنا باشد که منابع کمتری به جوامع حاشیه ای در مناطق دور افتاده روستایی هدایت می شود، ممکن است چنین رویکردی با اصل برابری و عدالت در تناقض باشد. هیچ راه صحیحی برای رفع تنش های احتمالی بین مطلوبیت و عدالت وجود ندارد. آنچه مهم است این است که تصمیم گیری ها از طریق یک فرآیند فراگیر و شفاف و با در نظر گرفتن شرایط محلی صورت گیرد.

**تعریف مطلوبیت براساس ملاحظات سلامت محور-** به منظور اعمال اصل اخلاقی مطلوبیت، ابتدا لازم است که انواع نتایج را که به عنوان پیشرفتهای رفاهی در نظر گرفته می شوند شناسایی کنیم. به طور کلی، تمرکز باید بر مزایای سلامت محور مکانیسم های تخصیص، اعم از مزایای تعریف شده از نظر تعداد کل نجات یافته ها، تعداد کل سالهای حفظ شده برای زندگی یا تعداد کل سالهای با کیفیت زندگی که حفظ شده اند باشد. به همین دلیل، اگرچه شاید اولویت دادن به افرادی که برای مدیریت شیوع بیماری ضروری هستند امری اخلاقی باشد، اولویت بندی اشخاص بر اساس ملاحظات ارزش اجتماعی غیر مرتبط با انجام خدمات مهم ضروری برای جامعه مناسب نباشد.

**توجه به نیازهای جمعیت های آسیب پذیر-** در اعمال اصل اخلاقی عدالت، باید به افراد و گروههایی که از آسیب پذیری بیشتر در برابر تبعیض، بدنام سازی و یا انزوا برخوردار هستند، همانطور که در دستورالعمل شماره ۳ مورد بحث قرار گرفته است توجه ویژه شود. افرادی که در محدوده های سازمانی قرار دارند، به دیگران وابسته هستند و در مقایسه با سایر افراد جامعه در معرض خطرات احتمالی بسیار بیشتری نسبت به بیماری های عفونی قرار دارند باید مورد توجه ویژه قرار گیرند.

**انجام تعهدات مبتنی بر اصل دوسویگی نسبت به کسانی که در اقدامات واکنش به شیوع بیماری های عفونی نقش دارند-** بر اساس اصل اخلاقی دوسویگی، جامعه باید از کسانی که با خطرات یا فشارهای نامتناسب در حمایت از منافع عمومی روبرو هستند پشتیبانی کند. این اصل، اولویت بندی دسترسی به منابع کمیاب را به افرادی که سلامتی یا زندگی خود را در راه مشارکت در جلوگیری از شیوع بیماری به خطر می اندازند توجیه می کند. ارائه مراقبت های حمایتی و تسکینی برای افرادی که قادر به دسترسی به منابع حفظ زندگی نیستند- حتی اگر امکان تهیه منابع پزشکی حفظ زندگی برای همه افرادی که می توانند از آنها بهره مند شوند فراهم نباشد، باید تلاش شود که همه بیماران مد نظر قرار گیرند. یکی از راه های انجام این کار، حصول اطمینان از این امر است که منابع کافی به سمت ارائه خدمات حمایتی و مراقبت های تسکینی هدایت می شود. در به کارگیری اصول تخصیصی، باید ملاحظات زیر در نظر گرفته شود:

**کاربرد مداوم-** اصول تخصیص باید به شیوه ای مداوم، چه در نهادهای فردی و چه در حد امکان در مناطق جغرافیایی اعمال شود. باید ابزارهای تصمیم گیری به گونه ای طراحی شوند که اطمینان حاصل شود که موارد مشابه به شکل یکسان درمان می شوند و هیچ کس به دلیل وضعیت اجتماعی خود یا سایر عواملی که به صراحت در برنامه تخصیص منابع شناسایی نشده است رفتار بهتر یا بدتری دریافت نمی کند. همچنین باید تلاش شود تا از تبعیض های ناخواسته نظام مند در انتخاب یا استفاده از روش های تخصیص جلوگیری گردد.

**حل اختلافات** - باید سازوکارهایی برای حل اختلافات در مورد استفاده از اصول تخصیص ایجاد شود. این سازوکارها باید به گونه ای طراحی شوند که هرکسی که معتقد است اصول تخصیص بطور نامناسب اعمال شده است، بتواند به فرآیندهای بررسی بی طرفانه و پاسخگو دسترسی داشته باشد و فرصتی برای شنیدن شدن داشته باشد.

**جلوگیری از فساد** - اگر تعداد زیادی از افراد برای دسترسی به منابع محدود در رقابت باشند، ممکن است فساد در بخش مراقبت های بهداشتی تشدید شود. بنابراین باید تلاش کرد تا مسئولان سیستم های تخصیص رشوه نپذیرند، رشوه ندهند یا در فعالیت های فساد آمیز دیگر شرکت نکنند.

**تفکیک مسئولیت ها** - تفسیر اصول تخصیص تا حد امکان نباید به پزشکانی که قبلاً دارای ارتباطات حرفه ای بوده اند واگذار شود، زیرا این موضوع وظیفه ای اخلاقی در جهت دفاع از منافع بیماران یا گروه های خاص ایجاد می کند. در عوض، چنین تفسیری باید توسط پزشکان متخصص واجد شرایط انجام شود که هیچ دلیل شخصی یا حرفه ای برای دفاع از یک بیمار یا گروهی نسبت به دیگری ندارند.

## ۵. نظارت بر بهداشت عمومی

### پرسش های مطرح شده:

نظارت بر تلاشهای پاسخ به شیوع بیماریهای عفونی چه نقشی ایفا می کند؟  
آیا فعالیت های نظارتی باید تحت بررسی اخلاقی قرار بگیرند؟  
نهادهای اجرای فعالیت های نظارتی چه تعهداتی در قبال حفاظت از محرمانگی اطلاعات جمع آوری شده دارند؟  
آیا شرایطی وجود دارد که براساس آن برای انجام فعالیت های نظارتی، لازم باشد رضایت افراد کسب شود یا فرصت انتخاب به آنها داده شود؟  
مجریان فعالیت های نظارتی چه وظایفی نسبت به افشای اطلاعاتی که برای افراد و جوامع آسیب دیده جمع آوری می کنند دارند؟

مشاهده و جمع آوری نظام مند داده ها از جمله مؤلفه های اساسی اقدامات پاسخ اضطراری در جهت هدایت مدیریت بیماری و کمک به پیشگیری و پاسخ به شیوع بیماری در آینده است و حتی در شرایطی که این فعالیتها شکل پژوهش برای اهداف نظارتی نداشته باشند، باید یک تحلیل اخلاقی انجام شود تا اطمینان حاصل شود که اطلاعات شخصی از آسیب های جسمی، قانونی، روانی و سایر موارد در امان هستند.  
کشورها باید سیستم هایی برای نظارت اخلاقی بر فعالیت های بهداشت عمومی، متناسب با اهداف فعالیت، روش ها، خطرات و مزایا ساماندهی کرده و همچنین میزان آسیب پذیری افراد یا گروه ها بر اساس وضعیت های ویژه شان را در نظر داشته باشند. صرف نظر از استفاده یا عدم استفاده از چنین سیستم هایی، تجزیه و تحلیل اخلاقی فعالیت های بهداشت عمومی باید مطابق با هنجارهای پذیرفته شده اخلاق بهداشت عمومی باشد و از سوی افراد یا اشخاصی انجام شود که بتوانند در قبال تصمیمات خود پاسخگو باشند. دست کم دو عامل منجر به پیچیدگی تضمین نظارت با کیفیت و اخلاق مدار می شوند. اولاً، قانون نظارت بر حوزه های قضایی ممکن است بیش از اندازه پیچیده یا نامسئوم باشد. دوماً، فعالیت های نظارتی در حوزه های قضایی با سطوح مختلف منابع انجام می شوند و به همین دلیل، کیفیت و پایایی داده ها تحت فشار قرار می گیرد. این مسائل به احتمال زیاد در حین شیوع بیماری های عفونی تشدید می شود و نیاز فوری به برنامه ریزی دقیق و همکاری بین المللی را ایجاد می کند.  
موضوعات خاصی که باید مورد توجه قرار گیرد شامل موارد زیر است:

**محافظت از محرمانگی اطلاعات شخصی** - افشای غیرمجاز اطلاعات شخصی جمع آوری شده در هنگام شیوع بیماری عفونی (از جمله نام، آدرس، تشخیص بیماری، سابقه خانوادگی و غیره) می تواند افراد را در معرض خطر قابل توجهی قرار دهد. بنابراین کشورها باید اطمینان حاصل کنند که از افراد در برابر این خطرات به طور کامل محافظت می کنند، قوانینی وجود دارند که از محرمانگی اطلاعات تولید شده از طریق فعالیت های نظارتی حمایت می کنند و شرایط استفاده یا افشای این اطلاعات برای اهدافی متفاوت از مواردی که در ابتدا جمع آوری شده بود کاملاً محدود است. استفاده و به اشتراک گذاری داده های نظارتی غیر متراکم برای اهداف پژوهش باید از سوی کمیته اخلاق تحقیقاتی تثبیت شده و آموزش دیده تایید شود.

**ارزیابی اهمیت مشارکت جهانی** - نظارت بر بهداشت عمومی به صورت اجباری و بدون در نظر گرفتن احتمال امتناع فردی انجام می گیرد و اگر یک مقام مسئول دولتی تعیین کند که مشارکت جهانی برای دستیابی به اهداف

بهداشتی قانع کننده ضروری است، جمع آوری اطلاعات نظارتی مبتنی بر اجبار از نظر اخلاقی مناسب است. با وجود این، نباید تصور کرد که فعالیت های نظارتی همیشه باید بصورت اجباری انجام شود. نهادهای مسئول طراحی و تصویب برنامه های نظارتی باید لزوم اجازه دادن به افراد برای انصراف از فعالیت های ویژه نظارتی را در نظر بگیرند. آنان باید به ماهیت و درجه ریسک های فردی موجود توجه کرده و تعیین کنند که ارائه چنین حق انتخابی به افراد تا چه اندازه می تواند اهداف بهداشت عمومی مورد نظر را تضعیف می کند .

**افشای اطلاعات به افراد و جوامع** - صرف نظر از اینکه به افراد حق انتخاب داده می شود که از فعالیت های نظارتی خودداری کنند، روند نظارت باید به صورت شفاف انجام شود. دست کم، افراد و جوامع باید از نوع اطلاعات جمع آوری شده در مورد آنها، اهداف استفاده از این اطلاعات و همچنین شرایطی که اطلاعات جمع آوری شده ممکن است با اشخاص ثالث به اشتراک گذاشته شود آگاه باشند. علاوه بر این، اطلاعات در مورد نتیجه فعالیت نظارتی باید در اسرع وقت در دسترس باشد. شیوه ابلاغ این اطلاعات نیز باید مورد توجه ویژه قرار گیرد تا از این طریق این خطر بدنامی یا تبعیض نسبت به افراد نظارت شده برطرف شود.

## ۶. محدودیت در آزادی حرکت

پرسش های مطرح شده :

تحت چه شرایطی محدود کردن آزادی حرکت یک فرد در هنگام شیوع بیماری عفونی مجاز است؟  
چه شرایط زندگی باید برای افرادی که آزادی حرکت آنها محدود شده است تضمین شود؟  
کشورها چه تعهدات دیگری نسبت به افرادی که آزادی حرکت آنها محدود شده است دارند؟  
برای حمایت از محدودیت های آزادی حرکت مناسب باید از چه حمایت های رویه ای استفاده شود؟  
وظیفه سیاستگذاران و مسئولان بهداشت عمومی برای اطلاع رسانی به مردم در مورد محدودیت های آزادی حرکت چیست؟

محدودیت های مربوط به آزادی حرکت شامل خانه نشینی، قرنطینه، توصیه های مسافرتی یا محدودیت ها و اقدامات مبتنی بر اجتماع برای کاهش ارتباط بین افراد (به عنوان مثال تعطیلی مدارس یا ممنوعیت تجمعات بزرگ) است. این اقدامات اغلب می توانند نقش مهمی در کنترل شیوع بیماری های عفونی داشته باشند و در این شرایط، استفاده از آنها با ارزش اخلاقی حمایت از سلامت جامعه توجیه می شود. با این حال، باید به اثربخشی این اقدامات نیز توجه کرد. در حقیقت، در برخی شرایط همه گیری، ممکن است این اقدامات تاثیر اندک یا ناچیزی در کنترل شیوع داشته باشند و حتی در صورت ایجاد پاسخ های جدی که منجر به مقاومت در برابر سایر اقدامات کنترلی شود، ممکن است آثار زیان بخشی بر جای بگذارند. علاوه بر این، همه این اقدامات از جمله محدودیت های مستقیم حقوق اساسی بشر، به ویژه حقوق آزادی حرکت و اجتماعات مسالمت آمیز فشار قابل توجهی به افراد و جوامع تحمیل می کنند.

با توجه به این ملاحظات، هیچ محدودیتی در مورد آزادی حرکت و بدون توجه دقیق به ملاحظات زیر نباید اعمال شود:

**وجود مبنای توجیه پذیر برای تحمیل محدودیت ها** - تصمیم گیری برای اعمال محدودیت در آزادی حرکت باید بر اساس شواهد متقن موجود در مورد شیوع عامل بیماری زا که با مشورت با مقامات بهداشت عمومی ملی و بین المللی تعیین می شود قرار داشته باشد. مداخلات تنها در شرایطی باید انجام شوند که بر اساس مبنای معقول، بتوان انتظار داشت انتقال بیماری به میزان قابل توجهی کاهش یابد. دلیل تکیه بر این اقدامات باید صریح و روشن باشد و مناسب بودن هرگونه محدودیت باید با توجه به دستیابی به اطلاعات علمی جدید در مورد شیوع، مجدداً مورد ارزیابی قرار گیرد. در نهایت، اگر دلیل اصلی تحمیل محدودیت از بین رود، محدودیت باید بدون تأخیر برداشته شود.

**ابزارهای محدودکننده حداقلی** - هرگونه محدودیت در مورد آزادی حرکت باید به شکلی طراحی شده و به کار گرفته شود که کمترین محدودیت ممکن از نظر عقلانی را تحمیل کند. محدودیت های بزرگ فقط باید در شرایطی اعمال شود که بر اساس شواهد متقن، اقدامات کمتر محدود کننده نتوانند منجر به دستیابی به اهداف مهم بهداشت عمومی شوند. به عنوان مثال، معمولاً تقاضای همکاری داوطلبانه نسبت به دستورالعمل های بهداشت عمومی که توسط قانون یا مقامات نظامی اجرا می شود بیشتر ترجیح داده میشوند. به همین ترتیب، قرنطینه خانگی باید قبل از محدود کردن افراد در موسسات در نظر گرفته شود. اگرچه معمولاً جداسازی در یک مرکز بهداشتی و درمانی

مناسب برای افرادی که از قبل دارای علائم بیماری هستند، به خصوص برای بیماری هایی که پتانسیل بالایی برای همه گیری دارند توصیه می شود، اما ممکن است گاهی اوقات قرنطینه خانگی نیز گزینه مناسبی باشد، به شرط آنکه بتوان حمایت پزشکی و تدارکاتی کافی را ترتیب داده و اعضای خانواده مایل باشند و بتوانند تحت نظارت پرسنل آموزش دیده بهداشت عمومی عمل کنند. این امر به ویژه در شرایطی مطلوب است که تعداد بیماران از ظرفیت تسهیلات موجود فراتر رود.

**هزینه ها-** در بعضی موارد، گزینه های کمتر محدود کننده می تواند هزینه های بیشتری را تحمیل کند و این امر به خودی خود استفاده از رویکردهای محدودکننده تر را توجیه می کند. با این حال، هزینه ها و سایر محدودیت های عملی (به عنوان مثال تدارکات، مسافت، نیروی کار موجود) نیز باید در نظر گرفته شوند تا مشخص شود که آیا استفاده از یک جایگزین کمتر محدود کننده تحت این شرایط، به ویژه در مکانهای با محدودیت شدید منابع امکان پذیر است یا نه.

**تضمین شرایط انسانی-** هر کدام از محدودیتهای مربوط به آزادی حرکت، به ویژه مواردی که داوطلبانه نیستند، باید با منابع کافی پشتیبانی شوند تا اطمینان حاصل شود که افراد مشمول این محدودیت ها متحمل فشارهای ناخواسته نشوند. به عنوان مثال، دسترسی افرادی که تحرک آنها محدود است (خواه از طریق قرنطینه خانگی یا در مکانهای سازمانی) به غذا، آب آشامیدنی، سرویسهای بهداشتی، سرپناه، پوشاک و مراقبت های پزشکی باید تامین شود. همچنین حصول اطمینان از داشتن فضای فیزیکی کافی، فرصتهای لازم برای انجام فعالیتهای و وسایل ارتباط با عزیزان و دنیای بیرون از اهمیت برخوردار است. برآورده کردن این نیازها برای احترام به کرامت فردی و توجه به فشار معنادار روانی اجتماعی قرنطینه بر روی افراد و عزیزان آنها ضروری است. بعلاوه، باید سازوکارهایی ایجاد شود تا خطر خشونت (از جمله تجاوز جنسی) و انتقال بیماری های محلی، به ویژه در مواردی که افراد در قرنطینه نهادی بوده و یا اجتماعات تحت قرنطینه جمعی قرار دارند به حداقل برسد. افراد به این دلیل قرنطینه می شوند که در معرض عامل بیماری زای مسئول شیوع قرار دارند. بنابراین، این افراد نباید به دلیل شیوه نگهداری شان در معرض خطر عفونت بیشتر قرار بگیرند (تصمیمات مربوط به شرایط و موقعیت های قرنطینه باید همانطور که در دستورالعمل ۳ مورد بحث قرار گرفته است نیازهای افزایش یافته جمعیت آسیب پذیر را در نظر بگیرد).

**توجه به پیامدهای مالی و اجتماعی-** حتی محدودیت های کوتاه مدت آزادی حرکت می تواند پیامدهای مالی و اجتماعی قابل توجه و احتمالاً ویرانگری برای افراد، خانواده ها و جوامع آنها داشته باشد. کشورها باید به خانواده هایی که به دلیل عدم توانایی در انجام کار، از دست دادن شغل، صدمه به محصولات زراعی یا سایر عواقب محدودیت آزادی حرکت متحمل خسارت مالی هستند کمک کنند. در بعضی موارد، این پشتیبانی ممکن است لازم باشد برای یک دوره پس از پایان قرنطینه نیز ادامه یابد. علاوه بر این، باید تلاش شود تا از بازیابی مجدد اجتماعی و حرفه ای افرادی که دیگر محصوریت آنها لازم و ضروری نیست به واسطه اقداماتی در جهت کاهش بدنام سازی و تبعیض حمایت شود.

**محافظت مناسب از فرایندها-** باید سازوکارهایی در نظر گرفته شود تا افرادی که آزادی آنها محدود شده است بتوانند مناسب بودن این محدودیت ها، نحوه اجرای آنها و شرایطی که این محدودیت ها تحت آنها انجام می شوند را به چالش بکشند. اگر امکان تأمین حمایت کامل از روند کار، قبل از اعمال محدودیت ها در شرایط اضطراری

وجود نداشته باشد، می بایست سازوکارهای بررسی و تجدید نظر به سرعت فراهم شود. کلیه اشخاص تصمیم گیرنده در زمینه محدود کردن آزادی حرکت افراد باید در قبال هرگونه سوءاستفاده از مسئولیت پاسخگو باشند.

**کاربرد عادلانه** - محدودیت های مربوط به آزادی حرکت باید به طور یکسان برای همه افرادی که خطرات بهداشت عمومی قابل مقایسه ای ایجاد می کنند اعمال شود. بنابراین، افراد نباید به دلایلی که ربطی به خطرات ناشی از آنها برای دیگران ندارد، از جمله عضویت در هر گروه یا طبقه اجتماعی مطلوب یا نامطلوب (به عنوان مثال گروه های تعریف شده توسط جنسیت، قومیت یا مذهب) تحت محدودیت های بیشتر یا کمتر قرار گیرند. علاوه بر این، سیاستگذاران باید به این موضوع توجه کنند که محدودیت ها به گونه ای اعمال نشود که بار نامتناسب را بر اقشار آسیب پذیر جامعه تحمیل کند.

**ارتباطات و شفافیت** - سیاستگذاران و مسئولان بهداشت عمومی باید در مورد هرگونه محدودیت آزادی حرکت، جوامع را مشارکت دهند و دیدگاه اعضای جامعه در مورد چگونگی اجرای محدودیت ها را با کمترین فشار ممکن به دست آورند. آنها همچنین باید اطلاعات منظم و به روزی در مورد اجرای این اقدامات، چه به عموم مردم و چه به کسانی که حرکت آنها محدود شده است ارائه دهند. راهبردهای ارتباطی باید به گونه ای طراحی شود که از بدنام کردن افرادی که آزادی آنها محدود شده جلوگیری کنند و از حریم خصوصی و به ویژه محرمانگی آنها بخصوص در رسانه ها محافظت کنند.

## ۷. تعهدات مربوط به مداخلات پزشکی در جهت تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌های عفونی

پرسش‌های مطرح شده:

چه معیارهای کیفیت و ایمنی باید در مورد اجرای مداخلات پزشکی ارائه شده در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی حاکم باشد؟

چه حقوقی برای بیماران (یا تصمیم‌گیرندگان قانونی و مجاز آنها) به منظور دسترسی به اطلاعاتی درباره خطرات و مزایای مداخلات پزشکی در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی می‌توان متصور شد؟

در چه شرایطی می‌توان امتناع فرد از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیری در حین شیوع بیماری‌های عفونی را نادیده گرفت؟

قبل از نادیده گرفتن امتناع فرد از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیرانه در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی، چه اقدامات حفاظتی باید ارائه شود؟

هرگونه مداخله پزشکی برای تشخیص، درمان و یا پیشگیری از بیماری‌های عفونی باید مطابق با استانداردهای پزشکی حرفه‌ای و تحت شرایطی باشد که دسترسی به بالاترین سطح دستیابی به ایمنی بیمار را تضمین کند. کشورها با حمایت کارشناسان بین‌المللی باید حداقل معیارهایی را که در مراقبت و معالجه بیماران مبتلا به بیماری به کار می‌رود تعیین کنند. این استانداردها باید نه تنها در مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی بلکه در مورد خودقرنطینگی، فعالیت‌های جامعه (از جمله جلسات آموزش بهداشت) و اقدامات ضد عفونی محیط زیست یا مدیریت اجساد اعمال شود. افرادی که برای تشخیص، درمان یا پیشگیری از بیماری‌های عفونی مداخلات پزشکی دریافت می‌کنند باید همانطور که برای سایر مداخلات مهم پزشکی نیز این اتفاق می‌افتد در مورد خطرات، مزایا و گزینه‌های موجود مطلع شوند. در حقیقت، پیش فرض باید این باشد که تصمیم‌نهایی درباره نوع مداخلات پزشکی که پذیرفته می‌شود، در صورت امکان، بر عهده بیمار است. برای بیمارانی که فاقد صلاحیت قانونی برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی برای خود هستند، تصمیم‌گیری باید توسط نمایندگان مجاز آنها انجام شده و تلاش شود که رضایت بیمار در هر زمان ممکن به دست بیاید. ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید بدانند که در برخی شرایط، امتناع از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیری ممکن است انتخابی باشد که از منظر یک فرد سالم از نظر ذهنی منطقی است. اگر فرد تمایلی به پذیرش مداخله نداشته باشد، ارائه دهندگان خدمات پزشکی باید با توجه به نگرانی‌های بیمار، استنباط‌ها و نیازهای موقعیتی او، وی را وارد گفتگوی آزاد و محترمانه کنند.

در شرایط استثنایی ممکن است دلایل موجهی برای نادیده گرفتن امتناع فرد از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیری وجود داشته باشد. این موارد اثبات شده، ایمن و مؤثر بوده و جزئی از استاندارد پذیرفته شده پزشکی می‌باشند.

تصمیم‌گیری در مورد نادیده گرفتن امتناع فرد باید بر اساس ملاحظات زیر انجام شود:

**نیاز بهداشت عمومی به مداخله پیشنهادی** - امتناع یک فرد صالح از نظر ذهنی از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیری تنها در مواردی باید نادیده گرفته شود که دلیل اساسی برای این باور وجود داشته باشد که پذیرش این امتناع، خطرات قابل توجهی برای سلامت عمومی به همراه خواهد داشت، اینکه احتمالاً این مداخله می‌تواند این

خطرات را بهبود بخشد، و اینکه هیچگونه اقدام دیگری برای محافظت از سلامت عمومی - از جمله قرنطینه کردن بیمار - تحت این شرایط امکان پذیر نیست.

**وجود تناقض های پزشکی در مورد مداخله پیشنهادی -** بعضی از مداخلات که ممکن است خطرات کمتری را برای اکثر مردم ایجاد کند می تواند خطرات شدیدتری را برای افراد با شرایط خاص پزشکی ایجاد کند. بنابراین افراد نباید با توجه به شرایط پزشکی شخصی خود مجبور به انجام مداخلاتی شوند که آنها را در معرض خطرات قابل توجهی قرار می دهد.

**امکان سنجی ارائه مداخلات برای بیمار مایل غیرمتمایل -** در برخی موارد ممکن است ارائه مداخله به شخصی که تمایلی به مشارکت فعال در روند ندارد غیرممکن باشد. برای مثال، برای درمان موثر سل لازم است بیمار چندین ماه به طور منظم دارو مصرف کند. بدون همکاری بیمار، هرگز نمی توان انتظار داشت که چنین رژیم درمانی طولانی با موفقیت تکمیل شود. در چنین شرایطی، تنها راه واقع بینانه برای محافظت از بهداشت عمومی می تواند قرنطینه بیمار تا زمان از بین رفتن عفونت در بدن او، با فرض اینکه انجام چنین کاری با روشی انسانی امکان پذیر باشد، است.

**تأثیر بر اعتماد جامعه -** نادیده گرفتن امتناع افراد از اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیری می تواند در صورتی که منجر به عدم اعتماد اعضای جامعه نسبت به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و یا سیستم بهداشت عمومی شود موجب خسارت گردد. مزایای اعمال مداخلات ناخواسته باید در برابر مضرات احتمالی ناشی از تضعیف اعتماد به سیستم مراقبت های بهداشتی متعادل شوند. تعهدات مربوط به اقدامات تشخیصی، درمانی یا پیشگیرانه نباید بدون اطلاع رسانی به افراد و ارائه فرصتی برای اعتراض در برابر تصمیم گیرنده ای بی طرف مانند دادگاه، هیئت بررسی بین رشته ای یا شخص دیگری که در تصمیم اولیه دخیل نیستند نادیده گرفته شوند. مسئولیت مداخله باید بر دوش پیشنهاد کننده مداخله باشد تا نشان دهد که مزایای بهداشت عمومی مورد انتظار، نادیده گرفتن انتخاب شخصی فرد را توجیه می کند. روند حل و فصل اعتراضات باید به شکلی باز و شفاف و مطابق با اصول مورد بحث در دستورالعمل شماره ۲ انجام شود.

## ۸. پژوهش در دوران شیوع بیماری‌های عفونی

پرسش‌های مطرح شده:

نقش پژوهش در هنگام شیوع بیماری عفونی چیست؟

چگونه ممکن است شرایط پیرامون شیوع بیماری‌های عفونی روی بررسی اخلاقی طرح‌های تحقیقاتی تأثیر بگذارد؟ چگونه ممکن است شرایط پیرامون شیوع بیماری‌های عفونی روی روند رضایت آگاهانه در پژوهش‌ها تأثیر بگذارد؟

برای پژوهش‌هایی که در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی انجام می‌شوند، چه طرح‌های روش‌شناختی مناسب هستند؟

چگونه باید پژوهش‌ها را در اقدامات گسترده‌تر برای پاسخ به شیوع گنجانند؟

در دوران شیوع بیماری‌های عفونی، یادگیری یک وظیفه اخلاقی است تا بتوان بر روی پاسخ بهداشت عمومی در حال اجرا تأثیر گذاشت و ارزیابی علمی مناسب از مداخلات جدید مورد آزمایش داشت. چنین رویکردی آمادگی برای بیماری‌های مشابه آینده را نیز افزایش می‌دهد و انجام این تعهد به پژوهش‌های علمی با دقت طراحی شده و اخلاقی نیازمند است. علاوه بر آزمایشات بالینی ارزیابی تشخیص، درمان یا اقدامات پیشگیری مانند واکسن، انواع دیگر پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌های همه‌گیرشناسی، علوم اجتماعی و مطالعات اجرایی می‌توانند در کاهش مرگ و میر و رفع پیامدهای اجتماعی و اقتصادی ناشی از شیوع نقش کلیدی ایفا کنند.

تحقیقات انجام شده در دوران شیوع بیماری عفونی باید همراه با سایر مداخلات بهداشت عمومی طراحی و اجرا شود و تحت هیچ شرایطی تحقیقات نباید پاسخ سلامت عمومی به شیوع بیماری یا ارائه مراقبت‌های بالینی مناسب را به خطر بیندازد. کلیه آزمایش‌های بالینی باید با نگاهی به آینده در یک پرونده آزمایش بالینی مناسب ثبت شود. همانند شرایط غیر بیماری، ضروری است اطمینان حاصل شود که این مطالعات معتبر هستند و به ارزش اجتماعی می‌افزایند، خطرات نسبت به مزایای پیش‌بینی شده معقول هستند، شرکت‌کنندگان (در اکثر شرایط و به دنبال یک روند صریح رضایت آگاهانه) به صورت عادلانه انتخاب شده و داوطلبانه شرکت می‌کنند، حقوق و رفاه شرکت‌کنندگان به اندازه کافی محافظت می‌شود و این مطالعات تحت فرآیند بررسی مستقل و کافی قرار می‌گیرند.

این هنجارها و معیارهای بین‌المللی پذیرفته شده، از اصول اخلاقی اساسی نیکوکاری، احترام به افراد و عدالت سرچشمه می‌گیرند، برای کلیه زمینه‌های تحقیق در رابطه با انسان، اعم از زیست‌پزشکی، همه‌گیرشناسی، بهداشت عمومی یا مطالعات علوم اجتماعی کاربرد دارند و در رهنمودهای بی‌شمار اخلاق بین‌المللی، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ توضیح داده شده‌اند که همه آنها با تمام توان در شرایط شیوع بیماری قابل اجرا هستند. کلیه عناصر پژوهش، از جمله پژوهشگران، مؤسسات تحقیقاتی، کمیته‌های اخلاق پژوهش، مقامات ملی، سازمان‌های بین‌المللی و حامیان مالی، وظیفه دارند از این اصول در شرایط شیوع پیروی کنند.

انجام این کار مستلزم توجه به ملاحظات زیر است:

**نقش مؤسسات پژوهشی محلی** - هنگامی که پژوهشگران محلی در دسترس هستند، باید در طراحی، اجرا، تجزیه و تحلیل، گزارش و انتشار پژوهش‌های مرتبط با بیماری شرکت کنند. پژوهشگران محلی می‌توانند به حصول اطمینان در این زمینه کمک کنند که مطالعات به میزان کافی به واقعیت‌ها و نیازهای محلی پاسخ می‌دهند و مطالعات بدون به خطر انداختن پاسخ اضطراری می‌توانند به طور مؤثر اجرا شوند. مشارکت محققان محلی در

همکاریهای پژوهشی بین المللی همچنین در ایجاد ظرفیت تحقیق طولانی مدت در کشورهای آسیب دیده و ارتقاء ارزش برابری بین المللی در علم نقش دارد.

**پرداختن به محدودیت ها در بررسی اخلاق پژوهش محلی و ظرفیت علمی -** ظرفیت کشورها برای مشارکت در بررسی اخلاق پژوهش محلی ممکن است در حین شیوع به دلیل محدودیت زمانی، عدم تخصص، تخصیص منابع به اقدامات پاسخ به شیوع یا فشار مقامات بهداشت عمومی که استقلال بررسی کنندگان را تضعیف می کند محدود شود. سازمان های بین المللی و غیردولتی باید به شکل های مختلف به کمیته های اخلاق تحقیقات محلی برای غلبه بر این چالش ها کمک کنند که یکی از آنها، انجام بررسی های مشترک با نمایندگان کشورهای مختلف است که توسط کارشناسان خارجی تکمیل می شوند.

**ارائه بررسی های اخلاقی در شرایط زمانی حساس -** نیاز به اقدام فوری برای مهار شیوع بیماری عفونی ممکن است منجر به عدم رعایت بازه های زمانی معمول برای بررسی اخلاق تحقیق شود. سیستم های مدیریت ملی تحقیق و جامعه بین المللی باید این مشکل را با ایجاد سازوکارهایی برای اطمینان از بررسی سریع اخلاق در مواقع اضطراری پیش بینی کنند، بدون آنکه به هیچ وجه به حمایت های اساسی که بررسی اخلاق فراهم می آورد آسیب بزنند. یکی از گزینه های موجود در این شرایط، اجازه بررسی قبل از موعد پروتکل های عمومی برای انجام تحقیقات در شرایط شیوع است که پس از آن می توان آنها را به سرعت برای شرایط خاص اقتباس و بررسی کرد. بحث و همکاری اولیه با کمیته های اخلاق تحقیقاتی محلی می تواند منجر به اطمینان از عملی بودن پروژه شده و در هنگام وقوع بیماری در شرایط واقعی، بررسی موثر و کارآمد کمیته های محلی در زمینه پروتکل های نهایی را تسهیل کند.

**گنجاندن تحقیقات در تلاشهای گسترده تر برای پاسخ به شیوع بیماری -** مقامات ملی و سازمانهای بین المللی باید به دنبال هماهنگی پروژه های تحقیقاتی باشند تا اولویت هایی متناسب با اقدامات پاسخ گسترده به شیوع بیشتر را تعیین کنند و از تکرار غیرضروری اقدامات پژوهشی یا رقابت بین پایگاه های مختلف خودداری کنند. محققان وظیفه دارند در صورتی که این تلاشها برای اقدامات پاسخ مداوم مهم باشد (مثلا اطلاعات مربوط به موارد پنهان و زنجیره های انتقال یا مقاومت در برابر اقدامات واکنشی)، اطلاعات لازم را که به عنوان بخشی از مطالعه جمع آوری شده است به اشتراک بگذارند. افرادی که اطلاعات را به اشتراک می گذارند و کسانی که آن را دریافت می کنند باید از محرمانگی اطلاعات شخصی تا حد ممکن محافظت کنند و به عنوان بخشی از روند رضایت آگاهانه، محققان باید شرکت کنندگان بالقوه را در مورد شرایطی که اطلاعات شخصی آنها در اختیار مقامات بهداشت عمومی قرار می گیرد مطلع نمایند.

اطمینان از این که تحقیقات انجام شده، منابع حیاتی مرتبط با سلامتی را از بین نمی برد- در شرایطی که یک پژوهش به شکل افراطی از منابعی از جمله پرسنل، تجهیزات و مراکز بهداشتی و درمانی که برای دیگر اقدامات حساس بالینی و بهداشت عمومی در نظر گرفته شده است استفاده کند، چنین پژوهشی نباید انجام شود. در حقیقت، پروتکل های تحقیقاتی تا حد امکان باید مقرراتی را برای ظرفیت سازی محلی از جمله مشارکت و آموزش مشارکت کنندگان محلی یا در صورت امکان، صرفنظر کردن از ابزارها یا منابع مفید پیش بینی کنند.

**مقابله با ترس و ناامیدی -** شرایط ترس و ناامیدی که معمولاً در پی شیوع بیماری های عفونی ایجاد می شود می تواند فعالیت کمیته های اخلاق یا شرکت کنندگان احتمالی را در ارزیابی عینی خطرات و مزایای مشارکت تحقیقاتی

دشوار کند. در محیطی که تعداد زیادی از افراد بیمار می شوند و می میرند، بدون در نظر گرفتن خطرات و مزایای احتمالی بالقوه و واقعی، شاید اجرای هر گونه مداخله احتمالی بهتر از عدم اجزای آن باشد. کسانی که مسئول تصویب پروتکل های تحقیقاتی هستند باید اطمینان حاصل کنند که آزمایش های بالینی صرفاً بر مبنای علمی معقولی قرار دارند و احتمالاً چنین مداخله آزمایشی ایمن و کارآمد است و خطرات تا حد ممکن به حداقل رسیده اند. علاوه بر این، محققان و کمیته های اخلاق باید آگاه باشند که در حین شیوع، شرکت کنندگان احتمالی ممکن است به ویژه در معرض تصور غلط درمانی قرار بگیرند- یعنی این دیدگاه اشتباه که مداخله در درجه اول به نفع مستقیم شرکت کنندگان است و هدف آن ایجاد دانش قابل تعمیم برای منافع احتمالی افراد در آینده نیست. ممکن است خود محققان و نیز کارکنان کمک های بشردوستانه نتوانند بین شرکت در تحقیقات و ارائه خدمات بالینی معمولی تمایز قائل شوند. بنابراین، باید تلاش شود تا تصور غلط درمانی تا حد ممکن از بین برود. با وجود چنین تلاشهایی، برخی از شرکت کنندگان احتمالی ممکن است هنوز تفاوت بین تحقیق و مراقبتهای پزشکی معمولی را به طور کامل درک نکنند و این به خودی خود نباید مانع از جذب آنها شود.

**پرداختن به سایر موانع رضایت آگاهانه**- علاوه بر تأثیر ترس و ناامیدی، سایر عوامل نیز می توانند توانایی محققان در به دست آوردن رضایت آگاهانه برای تحقیقات را به چالش بکشند. این موارد، طیفی از اختلافات فرهنگی و زبانی بین محققان خارجی و شرکت کنندگان محلی و این واقعیت که شرکت کنندگان احتمالی در قرنطینه خانگی یا پزشکی ممکن است از خانواده خود و سایر سیستمهای پشتیبانی جدا شوند و احساس ناتوانی در رد دعوت به شرکت در پژوهش را داشته باشند را در بر می گیرد. بنابراین، فرایندهای رضایتی سازگار با رهنمودهای اخلاق تحقیقاتی بین المللی باید تا حد امکان با مشورت جوامع محلی تهیه و توسط پرسنل محلی انجام شود. علاوه بر این، محققان باید در مورد سیستم های پشتیبانی پزشکی، روانشناختی و اجتماعی موجود در سطح محلی به خوبی آگاهی داشته باشند تا بتوانند شرکت کنندگان نیازمند را به سمت این خدمات راهنمایی کنند. در برخی شرایط از جمله در هنگام شیوع بیماری هایی که بر توانایی های شناختی تأثیر می گذارند یا هنگامی که شیوع بیماری تعداد زیادی از کودکان را بی سرپرست می کند، ممکن است لازم باشد مکانیسم های سریع برای انتصاب تصمیم گیرندگان نماینده ایجاد شود.

**کسب و حفظ اعتماد** - عدم موفقیت در ایجاد و حفظ اعتماد جامعه در طی فرایند طراحی و اجرای تحقیق، یا در هنگام افشای نتایج اولیه، نه تنها مانع تکمیل مطالعه می شود بلکه ممکن است انجام هرگونه مداخله اثبات شده را با مشکل مواجه کند. تعامل با جوامع آسیب دیده قبل، حین و بعد از مطالعه برای ایجاد و حفظ اعتماد ضروری است. در محیط هایی که اعتماد عمومی به دولت شکننده است، محققان باید تا حد ممکن از فعالیت های رسمی بهداشت عمومی مستقل عمل کنند. اگر کارمندان دولت خودشان درگیر تحقیق باشند، باید شرکت کنندگان را از این واقعیت آگاه کنند و افرادی که شاهد اقدامات غیر اخلاقی تحت عنوان بهداشت عمومی یا تلاشهای پاسخ اضطراری هستند باید سریعاً آنها را به کمیته اخلاق یا سایر نهادهای مستقل گزارش دهند.

انتخاب روش شناسی مناسب تحقیق- قرار دادن شرکت کنندگان پژوهش در معرض خطر، در صورتی که مطالعه به گونه ای طراحی نشده باشد که بتواند نتایج معتبر داشته باشد، از نظر اخلاقی قابل قبول نیست. بنابراین ضروری است که همه تحقیقات به شیوه ای که از نظر روش شناختی قوی باشد طراحی و انجام شوند. در آزمایش های بالینی، مناسب بودن اقداماتی از قبیل تصادفی سازی، کنترل دارونماها، مخفی سازی یا روپوشانی باید به صورت

موردی و با توجه به اعتبار علمی داده ها و همچنین قابل قبول بودن روش شناسی برای جامعه ای که شرکت کنندگان از آن انتخاب خواهند شد تعیین شود. در مطالعاتی که با تکیه بر روشهای کیفی انجام می شوند، مزایای احتمالی استفاده از روش شناسی هایی نظیر گروههای کانونی (که در آنها محرمانگی افراد تضمین نمی شود) یا مصاحبه با افراد آسیب دیده در برابر خطرات و فشارهای مربوط به افراد درگیر متعادل شود.

**به اشتراک گذاری سریع داده ها:** همانطور که سازمان بهداشت جهانی پیش از این مشخص کرده است، هر محققی که مشغول تولید اطلاعات مربوط به یک فوریت پزشکی عمومی یا یک حادثه حاد بهداشت عمومی با پتانسیل پیشرفت در مواقع اضطراری باشد، وظیفه اخلاقی اساسی دارد که نتایج اولیه را به محض کنترل کیفیت کافی برای انتشار در اختیار قرار دهد. چنین اطلاعاتی باید بدون منتظر ماندن برای انتشار در مجلات علمی، با مقامات بهداشت عمومی، شرکت کنندگان در مطالعه و جمعیت آسیب دیده و گروههایی که تلاشهای گسترده تری برای پاسخ بین المللی انجام می دهند به اشتراک گذاشته شود. مجلات باید این روند را با تسهیل انتشار اطلاعات محققان که دارای پیامدهای فوری برای سلامت عمومی هستند تسهیل کنند و این فرصت را برای پژوهشگران فراهم کنند که امکان انتشار در یک مجله را در آینده داشته باشند.

اطمینان از دسترسی عادلانه به مزایای تحقیق - همانطور که در رهنمودهای اخلاق بین المللی موجود شناخته شده است، افراد و جوامعی که در تحقیق شرکت می کنند باید در صورت لزوم به همه مزایای ناشی از مشارکتشان دسترسی داشته باشند. حامیان پژوهش و کشورهای میزبان باید از قبل با سازوکارها توافق کنند تا اطمینان حاصل شود که هرگونه مداخله که در تحقیقات بی خطر و مؤثر باشد، برای مثال مداخله های مبتنی بر استفاده دلسوزانه، قبل از آنکه تایید قانونی نهایی شود و بدون تأخیر ناخواسته در دسترس مردم محلی قرار گیرد.

## ۹. استفاده اضطراری از مداخلات تایید نشده خارج از پژوهش

پرسش های مطرح شده:

تحت چه شرایطی از نظر اخلاقی مناسب است که در هنگام شیوع بیماری های عفونی، مداخلات تایید نشده خارج از آزمایشات بالینی به بیماران ارائه شود؟ چگونه باید چنین مداخلاتی شناسایی شوند؟ چه نوع نظارت اخلاقی باید هنگام ارائه مداخلات تایید نشده خارج از آزمایشات بالینی در هنگام شیوع بیماری عفونی انجام شود؟ اگر چنین مداخلاتی صورت گیرد، چه نکاتی باید به افراد در مورد آنها گفته شود؟ افرادی که مداخلات تایید نشده خارج از آزمایشات بالینی را انجام می دهند چه وظایفی در زمینه ارتباط با جامعه دارند؟ افرادی که مداخلات تایید نشده خارج از آزمایشات بالینی را انجام می دهند چه وظایفی در زمینه به اشتراک گذاشتن نتایج دارند؟

عوامل بیماری زای زیادی وجود دارند که هیچ مداخله اثبات شده اثربخشی برای آنها وجود ندارد. ممکن است برای برخی از عوامل بیماری زا مداخلاتی وجود داشته باشد که ایمنی و اثربخشی امیدوارکننده ای را در آزمایشگاه و مدل‌های مربوط به حیوانات نشان داده اند، اما هنوز برای ایمنی و اثربخشی در انسان ارزیابی نشده اند. در شرایط عادی، چنین مداخلاتی از نظر بالینی آزمایش می شوند تا قادر به تولید شواهد قابل اطمینان در مورد ایمنی و کارایی باشند. با این حال، در زمینه شیوع بیماری هایی که مرگ و میر زیادی دارند، از نظر اخلاقی بهتر است مداخلات تجربی برای بیماران را بر اساس اضطراری بودن آنها خارج از آزمایشات بالینی ارائه کرد، به شرط آنکه: (۱) هیچ درمان موثر و اثبات شده ای وجود نداشته باشد. (۲) نتوان فوراً مطالعات بالینی را آغاز کرد. (۳) داده هایی که پشتیبانی اولیه از اثر بخشی و ایمنی مداخله ارائه می کنند، حداقل در مطالعات آزمایشگاهی یا حیوانی در دسترس باشند و استفاده از مداخله خارج از آزمایشات بالینی توسط یک کمیته علمی مشاوره ای واجد شرایط و بر اساس تحلیل ریسک-فایده مطلوب پیشنهاد شده باشد. (۴) مقامات مربوطه کشور و نیز کمیته اخلاقی واجد شرایط اجازه چنین استفاده ای را صادر کنند. (۵) منابع کافی برای اطمینان از به حداقل رساندن خطرات در دسترس باشد. (۶) رضایت آگاهانه بیمار کسب شده باشد و (۷) استفاده اضطراری از مداخله مورد بررسی قرار گیرد و نتایج به صورت مستند و به موقع با جامعه پزشکی و علمی گسترده تر به اشتراک گذاشته شود. همانطور که در دستورالعمل قبلی سازمان بهداشت جهانی توضیح داده شد، استفاده از مداخلات آزمایشی تحت این شرایط با عنوان «استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی»<sup>۱</sup> یاد می شود.

مبنای اخلاقی برای استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی - استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی با اصل اخلاقی احترام به استقلال بیمار یعنی حق افراد برای تحلیل ریسک - منفعت خود با توجه به ارزش های شخصی، اهداف و شرایط بهداشتی توجیه می شود.

همچنین این استفاده، از سوی اصل نیکوکاری یعنی فراهم کردن فرصت های در دسترس و معقول برای بیماران برای بهبود وضعیت آنها از جمله اقداماتی که می تواند رنج های شدید را به طور معقول کاهش دهد و بقا را تقویت کند حمایت می شود.

**مبنای علمی برای استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی** - کشورها تنها باید در شرایطی اجازه انجام این کار را بدهند که ابتدا، کمیته علمی مشاوره ای واجد شرایط که مخصوصا برای این منظور ایجاد شده است انجام آن را توصیه کند. این کمیته باید توصیه های خود را بر اساس بررسی دقیق کلیه داده های موجود از مطالعات آزمایشگاهی، حیوانی و انسانی نسبت به مداخله انجام دهد تا میزان ریسک-منفعت استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی را در زمینه خطرات برای بیمارانی که آن را دریافت نمی کنند ارزیابی کند.

استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی باید با همان اصول اخلاقی هدایت شود که استفاده از ترکیبات تأیید نشده در آزمایشات بالینی را هدایت می کند. این اصول عبارتند از:

**اهمیت نظارت اخلاقی** - هدف اصلی آن است که استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی، اقدامی استثنایی برای موقعیت هایی باشد که در آنها، شروع یک آزمایش بالینی امکان پذیر نیست، نه اینکه ابزاری برای دور زدن نظارت اخلاقی بر استفاده از مداخلات تأیید نشده باشد. بنابراین، باید سازوکارهایی ایجاد شود تا اطمینان حاصل شود که استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی تحت نظارت اخلاقی قرار دارد.

**تخصیص مؤثر منابع** - استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی نباید از شروع تحقیقات بالینی در زمینه محصولات آزمایشگاهی جلوگیری یا آنها را به تأخیر بیندازد. علاوه بر این، نباید توجهات و یا منابع را از اجرای مراقبتهای مؤثر بالینی و یا اقدامات بهداشت عمومی که ممکن است برای کنترل شیوع بیماری بسیار مهم باشد منحرف کند.

**به حداقل رساندن ریسک** - اجرای مداخلات تأیید نشده لزوما مستلزم خطراتی است که برخی از آنها تا زمان انجام آزمایش های بیشتر کاملا درک نخواهند شد. با وجود این، هرگونه خطرات شناخته شده در رابطه با مداخله باید تا حد معقول و منطقی به حداقل برسد (به عنوان مثال اجرا در شرایط بهداشتی، استفاده از اقدامات احتیاطی یکسان که در طی یک آزمایشات بالینی استفاده می شود، نظارت دقیق و دسترسی به داروها و تجهیزات اضطراری و همچنین ارائه درمان حمایتی لازم). فقط محصولات تحقیقاتی تولید شده مطابق شیوه های تولید مناسب باید برای استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی استفاده شود.

**جمع آوری و به اشتراک گذاری داده های معنی دار** - وظیفه اخلاقی پزشکان ناظر بر استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی، جمع آوری اطلاعات علمی مربوط به ایمنی و کارایی مداخله همان وظیفه اخلاقی است که محققان حین نظارت بر آزمایش بالینی دارند. دانش حاصل از استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی باید در صورت امکان از بین بیماران جمع شود و به طور شفاف، کامل و سریع با کمیته علمی مشاوره مربوطه، مقامات بهداشت عمومی، پزشکان و محققان در کشور و جامعه پزشکی و علمی بین المللی به اشتراک گذاشته شود. اطلاعات باید به طور دقیق و بدون اغراق در مورد مزایا یا عدم اطمینان یا کوچک نشان دادن عدم قطعیت ها یا خطرات توصیف شود.

**اهمیت رضایت آگاهانه** - افرادی که استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی به آنها پیشنهاد می شوند باید آگاه باشند که مداخله ممکن است به نفع آنها نباشد و حتی ممکن است به آنها آسیب برساند. فرایند اخذ رضایت آگاهانه برای این کار باید با در نظر گرفتن حساسیت های فرهنگی و زبانی و با تأکید بر محتوا و درک اطلاعات منتقل شده و همچنین داوطلبانه بودن تصمیم بیمار انجام شود. در صورتی که بیمار در شرایطی باشد که بتواند انتخاب را انجام دهد، انتخاب نهایی دریافت یا عدم دریافت مداخله ناکارآمد باید از سوی بیمار انجام شود. اگر بیمار بیهوش، دارای اختلال شناختی و یا آنقدر بیمار باشد که نتواند اطلاعات را درک کند، رضایت وکیل او باید از بین یکی از اعضای خانواده یا دیگر تصمیم گیرندگان مجاز دریافت شود.

**نیاز به مشارکت جامعه** - استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی باید نسبت به هنجارها و رویه های محلی حساس باشد. یکی از راه های تلاش برای اطمینان از چنین حساسیتی، استفاده از «تیم های مشارکتی جامعه» کارآمد برای ترویج گفتگو در مورد مزایا و خطرات احتمالی دریافت این نوع مداخله است.

## ۱۰. به اشتراک گذاری سریع داده ها

پرسش های مطرح شده:

چرا اشتراک سریع داده ها در هنگام شیوع بیماری عفونی ضروری است؟  
مباحث اخلاقی کلیدی مرتبط با به اشتراک گذاری سریع داده ها کدام هستند؟

جمع آوری و به اشتراک گذاری داده ها بخش های اساسی در اقدامات بهداشت عمومی است. در حین شیوع بیماری عفونی، به اشتراک گذاشتن اطلاعات ضرورت بیشتری می یابد زیرا ماهیت اطلاعات علمی، ظرفیت پاسخ مورد توافق سیستم های بهداشت محلی و نقش اهمیت یافته مشارکت بین مرزی نامشخص و همیشه در حال تغییر است. به همین دلایل، «به اشتراک گذاری سریع داده ها در هنگام بروز فوریت های پزشکی مهم است». به اشتراک گذاری اخلاقی مناسب و سریع داده ها می تواند به شناسایی عوامل سبب شناختی، پیش بینی گسترش بیماری، ارزیابی درمان های موجود و جدید، مراقبت های تشخیصی و اقدامات پیشگیرانه کمک کند و راهنمای استفاده از منابع محدود شود. فعالیت هایی که داده تولید می کنند شامل نظارت بهداشت عمومی، مطالعات تحقیقات بالینی، برخوردارهای بیماران (از جمله استفاده اضطراری تحت نظارت از مداخلات ثبت نشده و آزمایشی) و مطالعات همه گیرشناسی، کیفی و محیطی هستند. در نتیجه، همه افراد و نهادهای درگیر در این اقدامات باید با به اشتراک گذاری داده های مناسب و دقیق به موقع همکاری کنند. همانطور که در دستورالعمل شماره ۸ بحث شده است، باید تلاش کرد تا اطمینان حاصل شود که به اشتراک گذاری سریع اطلاعاتی که با پیامدهای فوری برای سلامت عمومی همراه هستند مانع انتشارهای بعدی در مجلات علمی نشوند. به عنوان بخشی از تلاشهای آمادگی پیش از بیماری همه گیر، کشورها باید قوانین، سیاستها و شیوه های مربوط به اشتراک داده ها را بررسی کنند تا اطمینان حاصل کنند که به اندازه کافی از محرمانگی اطلاعات شخصی محافظت می شود و به سایر مسائل اخلاقی مربوطه مانند مدیریت یافته های حادثه ای و رسیدگی به اختلافات مربوط به مالکیت یا کنترل اطلاعات مورد توجه قرار می گیرد.

## ۱.۱. ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری عفونی

پرسش‌های مطرح شده:

مزایا و خطرات مرتبط با ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی چیست؟

سازمانهای درگیر با ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی چه وظایفی در رابطه با مشورت با جامعه دارند؟

آیا شرایطی وجود دارد که براساس آن از افراد خواسته شود که از ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری عفونی، رضایت گرفته شود یا فرصتی برای انصراف از این کار فراهم شود؟

در انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی به خارج از مؤسساتی که آنها را جمع‌آوری کرده‌اند، چه در داخل کشور و چه در سطح بین‌المللی، چه نکاتی باید در نظر گرفته شود؟

نمونه‌های آزمایشگاهی اغلب در حین شیوع بیماری عفونی به منظور تشخیص (مثلا برای تعیین اینکه چه کسی به یک عامل بیماری‌زا مبتلا شده است یا در معرض عامل بیماری‌زای جدید قرار دارد)، نظارت (مثلا شناسایی شیوع باکتری‌های مقاوم به دارو) یا تحقیقات (مثلا در طول آزمایشات بالینی برای تشخیص، واکسن یا مداخله‌های جدید) جمع‌آوری می‌شوند. این نمونه‌ها برای آزمایش به آزمایشگاههای موجود در محل یا آزمایشگاههای دیگر، چه در داخل و چه در سطح بین‌المللی ارسال می‌شوند. نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در طول مدیریت شیوع بیماری‌های عفونی به محققان فرصت‌های مهمی برای درک بهتر عامل بیماری‌زا و طراحی اقدامات تشخیصی، درمانی و پیشگیری که ممکن است آسیب در شیوع بیماری‌های مشابه در آینده را کاهش دهد ارائه می‌دهد. در عین حال، ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی خطرات احتمالی برای افراد و جوامع را دربر می‌گیرد. خطرات مربوط به افراد در درجه اول به افشای ناخواسته اطلاعات شخصی مربوط می‌شود که این امر می‌تواند با محافظت از محرمانگی هویت افراد به حداقل برسد، اما حفظ محرمانگی وقتی که فقط تعداد کمی از افراد مورد آزمایش قرار می‌گیرند ممکن است دشوار باشد. علاوه بر این، حتی اگر از محرمانگی فردی به حد کافی محافظت شود، برخی از افراد یا جوامع ممکن است همچنان با در اختیار قرار دادن نمونه‌های آزمایشگاهی خود برای استفاده‌های بعدی احساس راحتی نکنند، به خصوص اگر چنین استفاده‌ای تحت کنترل و نظارت جامعه نباشد. با انتقال نمونه‌ها به خارج از کشور بدون کسب موافقت قبلی کشور مبدا ممکن است نگرانی‌های خاصی ایجاد شود. پرداختن به این نگرانی‌ها مستلزم ایجاد روابط زمانبر اما در عین حال ضروری، مشاوره، آموزش و همچنین ایجاد سیاست‌ها، رویه‌ها و نهادهایی است که بتوانند اعتماد و اطمینان عمومی را به دست آورند.

علاوه بر اصول کلی مورد بحث در بخش‌های مختلف این کتابچه، ملاحظات خاص مربوط به ذخیره طولانی مدت نمونه‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری شده در هنگام شیوع بیماری‌های عفونی شامل موارد زیر است:

**تهیه اطلاعات** - قبل از اینکه از افراد خواسته شود که در هنگام شیوع بیماری عفونی، نمونه آزمایشگاهی خود را در اختیار قرار دهند، باید به آنها اطلاعاتی در مورد هدف این جمع‌آوری، اینکه آیا نمونه‌های آنها ذخیره می‌شود یا نه و اگر هم ذخیره شود، اینکه این نمونه‌ها در آینده به چه شکل‌هایی استفاده خواهند شد ارائه شود. در صورت امکان پذیر بودن و مطابقت با اهداف بهداشت عمومی، از افراد خواسته می‌شود که رضایت آگاهانه ارائه دهند یا به

آنها فرصت داده می شود که از ذخیره طولانی مدت نمونه های خود امتناع کنند. در صورت وجود احتمال استفاده از نمونه ها برای اهداف تحقیقاتی، رضایت آگاهانه از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

**مشارکت در جامعه** - افراد و سازمانهای درگیر در ذخیره طولانی مدت نمونه های آزمایشگاهی جمع آوری شده در هنگام شیوع بیماری های عفونی باید نمایندگان جامعه محلی را در جریان روند کار قرار دهند. نمایندگان جامعه باید در تدوین سیاست های مربوط به استفاده های بعدی از نمونه ها، از جمله اقدامات برای اطمینان از دسترسی عادلانه به هر مزایایی که از استفاده از نمونه ها در تحقیقات حاصل می شود مشارکت کنند.

**به اشتراک گذاری بین المللی نمونه های آزمایشگاهی** - به اشتراک گذاری بین المللی نمونه های آزمایشگاهی ممکن است گاهی اوقات برای انجام تحقیقات مهم ضروری باشد. در صورت لزوم انتقال نمونه ها در سطح بین المللی، باید سازوکارهای مناسب حاکمیتی و سیستم های نظارتی ایجاد شود تا اطمینان حاصل شود که نمایندگان کشوری که نمونه ها در آن جمع آوری شده اند در تصمیم گیری در مورد استفاده از نمونه ها شرکت دارند. جامعه جهانی باید تلاش کند تا ظرفیت کشورها را برای حفظ نمونه های آزمایشگاهی در درون مرزهای خود تقویت کند.

**موافقت نامه انتقال مواد** - نمونه های آزمایشگاهی نباید بدون موافقت نامه رسمی انتقال مواد به خارج از کشورهایی که این نمونه ها از آنها جمع آوری شده اند منتقل شوند. این موافقت نامه ها باید هدف انتقال را مشخص کنند، رضایت اهدا کننده نمونه را در صورت لزوم تایید کنند، شرایط حفاظت کامل از محرمانگی اطلاعات را فراهم کنند، امنیت فیزیکی نمونه ها را پوشش دهند، تصریح کنند که کشور مبدا باید در گزارش تحقیقات آینده معرفی شود و تضمین کنند که مزایای هر گونه استفاده بعدی از نمونه ها با جوامعی که نمونه ها از آنها به دست آمده است به اشتراک گذاشته خواهد شد. موافقت نامه های انتقال مواد باید با مشارکت افراد مسئول مراقبت از بیماران و گرفتن نمونه ها، نمایندگان جوامع و بیماران آسیب دیده و مقامات دولتی و کمیته های اخلاق مرتبط طراحی شود.

## ۱۲. پرداختن به تفاوت های جنسی و جنسیت

### پرسش های مطرح شده:

شیوع بیماری های عفونی چه ارتباطی با جنس و جنسیت دارد؟  
چگونه می توان فاکتورهای جنس و جنسیت را در بهداشت و نظارت عمومی گنجانید؟  
چگونه اقدامات اجتماعی و فرهنگی مرتبط با نقشهای جنسیتی می تواند بر شیوع بیماری های عفونی تأثیر بگذارد؟  
چگونه می توان در هنگام شیوع بیماری عفونی، خدمات بهداشتی باروری را با اطمینان ارائه داد؟  
رابطه جنسیت و جنس با راهبردهای ارتباطی در هنگام شیوع بیماری چگونه است؟

جنس (خصوصیات زیست شناختی و فیزیولوژیکی) و جنسیت (نقش ها، رفتارها، فعالیت ها و ویژگی های ساخته شده در اجتماع) می توانند در گسترش، مهار، دوره و پیامدهای شیوع بیماری های عفونی تأثیر بگذارند. تفاوت های جنس و جنسیتی با اختلافات در حساسیت به عفونت، میزان مراقبت های بهداشتی دریافت شده و دوره و نتیجه بیماری مرتبط بوده است. پرداختن به تفاوت های جنس و جنسیتی در برنامه ریزی شیوع بیماری های عفونی و تلاش های پاسخگویی نیازمند به توجه به موارد زیر است:

**برنامه های مراقبتی ناظر بر جنس و جنسیت** - نظارت بر بهداشت عمومی باید به طور منظم اطلاعات پراکنده مربوطه به جنس، جنسیت و وضعیت بارداری را جمع آوری کند تا هم خطرات مختلف و شیوه های انتقال را شناسایی کند و هم بر هرگونه تأثیر ناهمسان شیوع بیماری عفونی و مداخلات استفاده شده برای کنترل آن نظارت کند. این اطلاعات به ویژه برای زنان باردار و فرزندان آنها بسیار مهم است.

**اطمینان از در دسترس بودن خدمات مراقبت های بهداشتی باروری با کیفیت بالا** - صرفنظر از باردار بودن یا نبودن، زنان در سن باروری باید در طی شیوع بیماری عفونی به طیف کاملی از خدمات مراقبت های بهداشتی باروری با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند. این خدمات باید به گونه ای سازماندهی و تحویل داده شود که منجر به بدنامی افرادی که از آنها استفاده می کنند نشده یا آنها را در معرض خطر بالای عفونت با عامل بیماری زا قرار ندهد. اگر شواهدی وجود داشته باشد که یک بیماری عفونی خطرات ویژه ای را برای زنان باردار یا جنین آنها ایجاد می کند، هم زنان و هم مردان باید از این خطرات مطلع شوند و به روشهای ایمن برای به حداقل رساندن آنها در کنار خدمات مشاوره باروری، دسترسی داشته باشند.

**راهبردهای پژوهش در زمینه مسائل مربوط به جنس و جنسیت** - محققان باید تلاش کنند تا اطمینان حاصل کنند که مطالعات به طور نامتناسب از جنس یا جنسیت خاصی طرفداری نمی کنند و زنانی که باردار هستند یا ممکن است باردار شوند به طور نامناسب از شرکت در تحقیقات مستثنا نمی شوند. در طی شیوع بیماری، تحقیقات در مورد درمان های تجربی و اقدامات پیشگیرانه باید به دنبال شناسایی هرگونه تفاوت جنسی و جنسیتی در نتایج باشد.

**توجه به رویه های اجتماعی و فرهنگی** - نقش ها و شیوه های مربوط به جنسیت می تواند بر همه جنبه های شیوع بیماری های عفونی از جمله خطر ابتلا، عواقب ناشی از عفونت، استفاده افراد از خدمات درمانی و سایر رفتارهای مرتبط و آسیب پذیری در برابر خشونت بین فردی تأثیر بگذارد. سیاست گذاران و پاسخ دهندگان به

شیوع باید در صورت امکان این عوامل را شناسایی کرده و به آنها پاسخ دهند و در صورت امکان، از تحقیقات مردم شناختی و جامعه شناختی مربوطه استفاده کنند.

**راهبردهای ارتباطی حساس به جنسیت و جنسیت** - نهادهایی که مسئول ایجاد و اجرای راهبردهای ارتباطی هستند باید نسبت به تفاوت های جنسی و جنسیتی در نحوه دسترسی افراد به اطلاعات مربوط به سلامت و پاسخ به آنها حساس باشند. پیامها و راهبردهای ارتباطی جداگانه ممکن است برای ارائه اطلاعات مربوط به زیر گروههای خاص، مانند زنان باردار یا مادران شیرده لازم باشد.

### ۱۳. حقوق و تعهدات کارکنان خط مقدم پاسخ به بیماری همه گیر

پرسش های مطرح شده:

چه وظایفی نسبت به حفظ سلامت کارکنان خط مقدم که در پاسخ به شیوع بیماریهای عفونی شرکت می کنند وجود دارد؟

چه وظایفی برای ارائه پشتیبانی مادی از کارکنان خط مقدم که در پاسخ به شیوع بیماریهای عفونی شرکت می کنند وجود دارد؟

این تعهدات تا چه اندازه برای خانواده های کارکنان خط مقدم تعمیم می یابد؟

چه نکاتی باید در تعیین اینکه آیا افراد در هنگام شیوع بیماری های عفونی وظیفه دارند به عنوان کارکنان خط مقدم خدمت کنند یا نه باید در نظر گرفته شود؟

کارکنان بخش مراقبت های بهداشتی در هنگام شیوع بیماری های عفونی چه وظایف ویژه ای بر عهده دارند؟

یک پاسخ موثر به شیوع بیماری عفونی بستگی به مشارکت طیف متنوعی از کارکنان خط مقدم دارد که ممکن است برخی از آنها به صورت داوطلبانه کار کنند. این کارکنان غالباً خطرات شخصی قابل توجهی را برای انجام شغل خود به جان می خرنند. در بخش مراقبت های بهداشتی، کارکنان خط مقدم طیفی از متخصصان مراقبت های بهداشتی با مسئولیت های مستقیم مراقبت از بیمار تا درمانگران سنتی، رانندگان آمبولانس، کارمندان آزمایشگاه و کارکنان کمکی بیمارستان را در بر می گیرند. در خارج از بخش بهداشت و درمان، افرادی مانند کارگران نظافت و بهداشت، تیم های تدفین، کارمندان امدادرسانی داخلی و متخصصانی که به ردیابی افراد ناقل می پردازند نیز نقش های اساسی ایفا می کنند. برخی از این افراد ممکن است جزء محرومترین اعضای جامعه باشند و در زمینه نوع وظایفی که باید انجام دهند کنترل بسیار اندکی داشته باشند. بنابراین، ضروری است که حقوق و وظایف کارکنان خط مقدم در دوره برنامه ریزی قبل از شیوع به طور مشخص تعیین شود تا اطمینان حاصل شود که همه فعالیتات از آنچه منطقاً از آنان انتظار می رود که در صورت شیوع بیماری انجام دهند آگاه باشند. ممکن است افرادی که دارای مدارک حرفه ای خاصی هستند مانند پزشکان، پرستارها و مدیران تشییع جنازه مجبور باشند به عنوان بخشی از تعهدات شغلی یا حرفه ای خود سطح خاصی از خطرات شخصی را بر عهده بگیرند. بسیاری از کارکنان خط مقدم مشمول چنین تعهداتی نیستند و بنابراین پذیرفتن ریسک از سوی آنها، کاری فراتر از وظیفه و تعهداتشان (یعنی اضافه کاری) است. این امر به ویژه در مورد کارکنان نظافت و بهداشت، تیم های تدفین و کارمندان بهداشت جامعه صادق است که بسیاری از آنها ممکن است بدون دریافت کمترین حمایت های اجتماعی، قراردادهای کاری نامطمئن و پرمخاطره ای داشته و یا به صورت داوطلبانه کار کنند. صرف نظر از اینکه آیا فرد خاصی وظیفه از پیش تعیین شده در قبال خطرات افزایش یافته در هنگام شیوع بیماری عفونی را بر عهده دارد یا نه، به محض اینکه چنین فردی این خطرات را بر عهده بگیرد، جامعه وظیفه متقابل دارد که حمایت های لازم را انجام دهد.

حداقل، تحقق تعهدات متقابل جامعه نسبت به کارکنان خط مقدم شامل موارد زیر است:

**به حداقل رساندن خطر ابتلا به عفونت** - نباید از افراد انتظار برود که در هنگام شیوع بیماری عفونی، وظایف کاری پرخطر را انجام دهند، مگر اینکه آموزش، ابزار و منابع لازم برای آنها فراهم شود تا خطرات را تا حد ممکن به حداقل برسانند. این موضوع شامل اطلاعات کامل و دقیق که در مورد ماهیت عامل بیماری زا و اقدامات کنترل عفونت شناخته شده است و اطلاعات به روز شده در مورد وضعیت همه گیری در سطح محلی و تهیه تجهیزات

محافظ شخصی می باشد. غربالگری منظم از کارکنان خط مقدم باید انجام شود تا هرچه سریعتر هرگونه عفونت تشخیص داده شود، مراقبت های فوری را انجام شود و خطر انتقال به همکاران، بیماران، خانواده ها و اعضای جامعه به حداقل برسد.

اولویت بندی دسترسی به مراقبت های بهداشتی - کارکنان خط مقدمی که بیمار می شوند و همچنین اعضای درجه اول خانواده که از طریق تماس با این فرد مبتلا می شوند باید به بالاترین سطح مراقبتهای ممکن دسترسی داشته باشند. علاوه بر این، کشورها باید توجه داشته باشند که باید به کارکنان خط مقدم و خانواده هایشان اولویت دسترسی به واکسن و سایر روش های درمانی را به محض در دسترس قرار گرفتن بدهند.

**پاداش مناسب** - کارکنان خط مقدم باید پاداش عادلانه ای برای کار خود دریافت کنند. دولت ها باید اطمینان حاصل کنند که به موقع به کارکنان بخش دولتی حقوق پرداخت می کنند و تلاش می کنند تا فعالان بخش های خصوصی و غیردولتی به انجام تعهدات خود در پرداخت به کارمندان و پیمانکاران خود عمل کنند. پاداش منصفانه برای کارکنان خط مقدم شامل پشتیبانی مالی در دوره هایی است که این افراد به دلیل ابتلا به عفونت ناشی از شغل خود قادر به انجام مسئولیت های عادی شان نیستند.

**پشتیبانی از ورود مجدد افراد به جامعه** - کارکنان خط مقدم، به ویژه کسانی که در اقدامات غیرمعمول مانند کنترل عفونت یا تدفین که طبق آداب و رسوم سنتی انجام نمی شوند درگیر هستند ممکن است بدنامی و تبعیض را تجربه کنند. بنابراین، دولت ها باید تلاش کنند تا خطر بدنامی و تبعیض را کاهش دهند و با انجام اقداماتی نظیر ارائه کمک های جایگزینی شغلی و جابجایی به سایر جوامع در صورت لزوم، به این گونه کارگران کمک کنند تا دوباره وارد جامعه شوند.

**کمک به اعضای خانواده** - باید به خانواده های کارکنان خط مقدم که ناچار هستند از خانه دور بمانند تا مسئولیت های خود را انجام دهند یا از بیماری بهبود یابند کمک ارائه شود. مزایای پس از فوت باید برای اعضای خانواده کارکنان خط مقدم که در هنگام انجام وظیفه جان خود را از دست می دهند، از جمله افراد داوطلب یا «کارکنان غیررسمی» فراهم شود. همانطور که گفته شد، برخی از کارکنان ممکن است وظیفه داشته باشند که در هنگام شیوع بیماری عفونی انجام وظیفه کنند. اما حتی برای این افراد نیز وظیفه به جان خریدن ریسک نامحدود نیست. در تعیین دامنه وظایف کارکنان در قبال خطرات شخصی، عوامل زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

**تعهدات متقابل** - هرگونه تعهد حرفه ای یا شغلی برای پذیرش ریسک شخصی منوط به انجام وظایف متقابل جامعه در برابر کارکنان، همانطور که در بالا ذکر شد می باشد. در حقیقت، اگر تعهدات متقابل برآورده نشود، نمی توان انتظار داشت کارکنان خط مقدم خطر قابل ملاحظه ای از آسیب نسبت به خود و خانواده های خود را بپذیرند. **خطرات و مزایا** - نباید از کارکنان خط مقدم انتظار رود که خود را در معرض خطراتی قرار دهند که با منافع بهداشت عمومی که اقدامات آنها به بار خواهند آورد نامتناسب باشد.

**عدالت و شفافیت** - اشخاصی که وظیفه گماردن کارکنان خط مقدم برای مسئولیتهای خاص را دارند باید اطمینان حاصل کنند که خطرات بین افراد و مقوله های شغلی به صورت عادلانه توزیع می شود و روند انتصاب کارکنان تا حد امکان شفاف است.

**پیامدهای عدم مشارکت** - کارکنان خط مقدم باید نسبت به خطراتی که قرار است به جان بخرند مطلع باشند و تا آنجا که ممکن است، انتظارات باید در توافق نامه های شغلی مکتوب روشن شوند. کارکنانی که تمایلی به پذیرش

خطرات معقول و تعهدات شغلی ندارند ممکن است در معرض عواقب حرفه ای (مثلا از دادن شغل خود) قرار بگیرند، اما مجازات های بیشتر مانند جریمه یا حبس عموماً غیر ضروری هستند. افراد مسئول ارزیابی عواقب عدم مشارکت باید بدانند که کارکنان ممکن است بعضی مواقع نیاز به برقراری توازن بین سایر تعهداتشان مانند وظایف در قبال خانواده و در برابر مسئولیتهای شغلی داشته باشند.

تعهدات بیشتر افرادی که در بخش مراقبت های بهداشتی فعالیت می کنند:

علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، افرادی که در بخش مراقبت های بهداشتی مشغول به کار هستند در هنگام شیوع بیماری عفونی تعهداتی نسبت به جامعه بر عهده دارند که برخی آنها عبارتند از:

**مشارکت در اقدامات مربوط به نظارت بر بهداشت عمومی و ارائه گزارش** - افراد شاغل در بخش بهداشت وظیفه دارند در اقدامات سازمان یافته برای پاسخ به شیوع بیماری های عفونی از جمله نظارت بر بهداشت عمومی و گزارش دهی شرکت کنند. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از محرمانگی اطلاعات بیمار به شکل حداکثری و سازگار با منافع مشروع بهداشت عمومی محافظت کنند.

**ارائه اطلاعات دقیق به عموم مردم** - در دوران شیوع بیماری عفونی، مقامات بهداشت عمومی وظیفه اصلی ارائه اطلاعات در مورد شیوع عامل بیماری را از جمله نحوه انتقال، چگونگی پیشگیری از عفونت و اقدامات درمانی یا پیشگیرانه موثر را بر عهده دارند. افراد مسئول طراحی راهبردهای ارتباطی باید اطلاعات غلط، اغراق آمیز و بی اعتمادی را پیش بینی کرده و به آنها پاسخ دهند و باید تلاش کنند تا (بدون خودداری از ارائه اطلاعات کلیدی) خطر بدنام سازی افراد و تبعیض نسبت به آنها به واسطه اطلاعات مربوط به عوامل خطر را به حداقل برسانند. اگر از افراد شاغل در بخش بهداشت و درمان سوالات پزشکی در مورد بیماری از سوی بیماران یا عموم مردم پرسیده شود، آنها نباید شایعات غیرقابل اثبات یا سوء ظن ها را گسترش دهند و باید اطمینان حاصل کنند که اطلاعاتی که ارائه می دهند از منابع معتبر تهیه شده باشد.

**جلوگیری از سوء استفاده** - در شرایطی که بیماری مهلک بدون هیچ درمان اثبات شده ای به سرعت در حال گسترش است، افراد ناامید ممکن است مایل باشند هرگونه مداخله ارائه شده را، صرف نظر از خطرات یا مزایای مورد انتظار امتحان کنند. کارمندان مراقبت های بهداشتی وظیفه دارند از سوء استفاده از آسیب پذیری افراد با ارائه روش های درمانی یا اقدامات پیشگیرانه ای که هیچ پایه و اساس منطقی برای این باور ندارند که مزایای احتمالی از عدم قطعیت ها و خطرات آنها بیشتر خواهد بود است جلوگیری کنند. این وظیفه مانع از استفاده مناسب از مداخلات تأیید نشده بر مبنای آزمایشات و مطابق با دستورالعمل های مندرج در دستورالعمل شماره ۹ نمی شود.

## ۱۴. مباحث اخلاقی در به کارگیری نیروهای امدادی بشردوستانه خارجی

پرسش های مطرح شده:

چه موارد اخلاقی در به کارگیری کارکنان خارجی در هنگام شیوع بیماری عفونی بوجود می آید؟  
سازمانهای حامی چه وظایفی نسبت به آماده سازی مناسب کارکنان کمک های خارجی به شکل کافی برای انجام مأموریت های خود دارند؟  
سازمانهای حامی چه تعهدی در رابطه با شرایط به کارگیری کارکنان خارجی دارند؟  
سازمانهای حامی چه وظایفی نسبت به هماهنگی با مقامات محلی دارند؟  
کارکنان امدادی خارجی چه وظایفی پیش، حین و پس از به کار گرفته شدن دارند؟

دولت های خارجی و سازمان های کمک های بشردوستانه که کارکنان را در شیوع بیماری های عفونی به کار می گیرند، هم نسبت به خود این افراد و هم جوامع آسیب دیده تعهدات اخلاقی دارند.  
این تعهدات شامل موارد زیر است:

**هماهنگی با مقامات محلی** - دولت های خارجی و سازمان های کمک های بشردوستانه خارجی باید پس از گفتگو و توافق با مقامات محلی در مورد نقش ها و مسئولیت های خود یا در صورت عدم امکان با سازمان های بین المللی مانند سازمان بهداشت جهانی، کارکنان خود را اعزام کنند. سازمانهایی که در یک منطقه خاص کار می کنند باید حضور خود را به عنوان تیم فوریت های پزشکی خارجی<sup>۱</sup> با دولت محلی ثبت کنند و بین خود و دولت محلی بحث و گفتگوهای مداوم انجام دهند تا نقش ها و مسئولیت های خود را روشن و هماهنگ کرده و هرگونه اختلاف در استانداردهای اجرایی را مورد توجه قرار دهند. این تلاشها باید با مقامات محلی و ارائه دهندگان مراقبت هماهنگ شود تا اطمینان حاصل شود که آژانس خارجی بیش از حد از منابع خود برای سایر خدمات اساسی استفاده نمی کند.

**برابری در انتخاب کارکنان خارجی برای خدمت** - کارکنان امدادسانی خارجی فقط در صورتی باید به کار گرفته شوند که بتوانند خدمات لازمی را که به اندازه کافی در منطقه محلی مورد نظر وجود ندارد ارائه کنند. در انتصاب کارکنان بهداشت خارجی، باید مهارتها و دانش افراد و همچنین مهارتهای زبانی و فرهنگی آنها در جهت تحقق اهداف مأموریت و درک و برقراری ارتباط با جوامع آسیب دیده در نظر گرفته شود. نباید کارکنان فاقد صلاحیت یا غیر ضروری صرفاً برای برآورده کردن میل شخصی یا حرفه ای آنها برای کمک رسانی (به اصطلاح «توریسم فاجعه») اعزام شوند.

**شفافیت در مورد شرایط اعزام** - کارکنان امدادی خارجی احتمالی باید اطلاعات کاملی در مورد انتظارات و خطرات پروژه داشته باشند تا بتوانند تصمیمات آگاهانه ای در مورد اینکه آیا قادر به مشارکت مناسب هستند یا نه بگیرند. علاوه بر این، کارکنان امدادسانی باید به وضوح از شرایط اعزام خود، از جمله سطح مراقبت های بهداشتی که در صورت بیمار شدن می توانند انتظار داشته باشند، شرایطی که در آن ها برگشت داده می شوند، بیمه موجود و اینکه آیا در صورت بیماری یا مرگ آنها مزایایی برای خانواده های آنها فراهم می شود یا نه آگاه باشند.

**ارائه آموزش و منابع لازم** - کارگران امدادی باید آموزش، آمادگی و تجهیزات مناسب دریافت کنند تا اطمینان حاصل کنند که می توانند به طور موثر مأموریت خود را با کمترین خطرات عملی انجام دهند. آموزش باید شامل آمادگی در مهارت های روانشناختی و ارتباطی و نیز درک و احترام به فرهنگ و سنت های محلی باشد. مدیران و سازمانها نیز موظفند هم در حین فعالیت در این زمینه و هم در پی انجام مأموریت این افراد، آنها را هدایت و پشتیبانی نمایند. این شامل آموزش و ارائه منابع برای مدیریت مسائل اخلاقی چالش برانگیز، مانند تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع، رده بندی درمانی و نابرابری های موجود است.

**تضمین امنیت و ایمنی کارکنان امدادی** - سازمانهایی که کارکنان امدادی خارجی را به کار می گیرند موظفند کلیه اقدامات لازم را برای تامین امنیت کارکنان بویژه در شرایط بحرانی انجام دهند. این تعهد شامل تدابیری برای کاهش خطرات قرار گرفتن در معرض عوامل عفونی، آلودگی و خشونت است. برای ارائه نظارت و مشاوره مداوم، باید زنجیره مشخصی از مسئولان وجود داشته باشند. افرادی که به وظایف محوله اعتراض دارند، باید طبق اصول سازمان هایی که در آن کار می کنند فرصتی برای بررسی و تجدید نظر داشته باشند. کارکنان امدادی همچنین وظایف اخلاقی نسبت به بیماران، جوامع آسیب دیده، سازمانهای حامی آنها و خودشان دارند. علاوه بر تعهداتی که در بخش های مختلف این کتابچه شرح داده شده است، تعهدات کارکنان امدادی خارجی موارد زیر را شامل می شود:

**آماده سازی کافی** - کارکنان امدادی باید در هر آموزشی که ارائه می شود شرکت کنند و اگر معتقدند که آموزش هایی که به آنها داده شده است ناکافی است، باید نگرانی های خود را به گوش مدیران سازمان خود برسانند. کارکنان امداد رسانی خارجی که در شرایط بحران اعزام شده اند و در مکانهایی که با منابع کمبود مواجه اند قرار دارند باید با دقت در نظر بگیرند که آیا آمادگی مقابله با موضوعات اخلاقی که ممکن است منجر به پریشانی اخلاقی و روانی آنها شود را دارند یا نه.

**پایبندی به وظایف و مسئولیتهای تعیین شده** - کارکنان امداد رسانی باید وظایف و مسئولیت هایی که باید بر عهده بگیرند را درک کنند و نباید بجز در شدیدترین شرایط، وظایفی را که آنها مجوز انجام آنها داده نشده است انجام دهند. علاوه بر این، آنها باید اطلاعات واضح و به موقع را نیز به سازمانهای حامی مالی خود و هم به مقامات محلی ارائه دهند و باید درک کنند که اگر فراتر از وظایفی که برای آنها مجاز است بروند، نه تنها در سازمانهای خود بلکه نسبت به استانداردها و قوانین محلی مربوطه نیز موظف به پاسخگویی هستند.

توجه به شیوه های مناسب کنترل عفونت - کارکنان امداد رسانی باید در انجام اقدامات کنترل عفونت، چه برای محافظت از خود و چه در جلوگیری از انتقال بیشتر بیماری، هوشیار باشند. این افراد باید قبل، حین و بعد از خدمات خود، پروتکل های پیشنهادی برای نظارت بر علائم و گزارش وضعیت سلامتی خود (از جمله بارداری احتمالی) را رعایت کنند.

## منابع

۱. قطعنامه WHA58.3. بازنگری در آیین نامه بین المللی بهداشت. پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت، ژنو، ۲۵-۱۶ می ۲۰۰۵. قطعنامه ها و تصمیمات، ضمیمه. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۵  
WHA58/2005/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58-\(REC1/english/A58\\_2005\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-(REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf), accessed 23 July 2016
۲. توجه به مباحث اخلاقی در برنامه ریزی آنفولانزای همه گیر: مقالات مباحثه ای. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۸  
WHO/HSE/EPR/GIP/2008.2, WHO/IER/ETH/2008.1; )  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69902/1/WHO\\_IER\\_ETH\\_2008.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69902/1/WHO_IER_ETH_2008.1_eng.pdf?ua=1),  
(accessed 23 July 2016
۳. دستورالعمل اخلاق پیشگیری، مراقبت و کنترل سل. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۰  
WHO/HTM/TB/2010.16, [http://apps.who.int/iris/\(bitstream/10665/44452/1/9789241500531\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/(bitstream/10665/44452/1/9789241500531_eng.pdf?ua=1), accessed 23 July 2016
۴. اخلاق استفاده از خون کامل و پلاسمای افراد بهبود یافته در زمان اپیدمی ابولا. ژنو: سازمان بهداشت جهانی  
WHO/HIS/KER/GHE/15.1; )  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161912/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_15.1\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161912/1/WHO_HIS_KER_GHE_15.1_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 23 July 2016
۵. ملاحظات اخلاقی در استفاده از مداخلات ثبت نشده برای بیماری ویروسی ابولا. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۴  
WHO/HIS/KER/GHE/14.1, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO_HIS_KER_GHE_14.1_eng.pdf?ua=1),  
(accessed 23 July 2016
۶. بکر ال. دوسویگی، عدالت و ناتوانی. اخلاقیات. ۲۰۰۵؛ ۱۱۶ (۱): ۳۹-۹.
۷. داوسون ای، جنینگ بی. نقطه تلاقی و همبستگی در اخلاق بهداشت عمومی. بررسیهای بهداشت عمومی. ۲۰۱۳؛ ۳۴ (۱): ۷۹-۶۵.
۸. اصول سیراکوزا در مورد مقررات محدودیت و تضعیف در میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی. ژنو: انجمن آمریکایی کمیسیون بین المللی حقوقدانان؛ ۱۹۸۵  
[http://icj.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-\(ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf](http://icj.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-(ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf), accessed 23 July 2016
۹. شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد. تفسیر عمومی شماره ۱۴: حق بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت (ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی). نیویورک: کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ملل متحد  
E/C. 12/2000/4 – 2000; [www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm](http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm), accessed 23 July 2016
۱۰. پارپیا ای اس، ان دفو-امبا، ونزل ان اس، گالوانی ای پی. اثرات پاسخ به شیوع ابولا در سال ۲۰۱۵-۲۰۱۴ بر مرگ و میر ناشی از مالاریا، ایدز و سل، آفریقای غربی. ۲۰۱۶؛ ۲۲(۳)  
(<http://dx.doi.org/10.3201/eid2203.150977>, accessed 23 July 2016)

۱۱. اعلامیه هلسینکی - اصول اخلاقی تحقیقات پزشکی بر روی افراد، بازبینی شده در اکتبر ۲۰۱۳، فرنی ولتایر: انجمن پزشکی جهانی؛ ۲۰۱۳
- ([www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html), accessed 23 July 2016).
۱۲. رهنمود اخلاقی بین المللی برای تحقیقات زیست پزشکی شامل نمونه های انسانی. ژنو: شورای سازمان های بین المللی علوم پزشکی؛ ۲۰۰۲
- ([www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines\\_nov\\_2002\\_blurb.htm](http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines_nov_2002_blurb.htm), accessed 23 July ) (2016).
۱۳. استانداردها و دستورالعمل های عملیاتی برای بررسی اخلاق تحقیقات مرتبط با سلامت با نمونه های انسانی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۱
- ([www.who.int/ethics/publications/9789241502948/en/](http://www.who.int/ethics/publications/9789241502948/en/), accessed 23 July 2016).
۱۴. اخلاق در بیماری های همه گیر، موارد اضطراری و بلایا: پژوهش، نظارت و مراقبت از بیمار. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۵
- ([who.int/ethics/publications/epidemics-emergencies-research/en/](http://who.int/ethics/publications/epidemics-emergencies-research/en/), accessed 23 July 2016).
۱۵. اخلاق پژوهش در پاسخ به اپیدمی بین المللی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۹
- ([WHO/HSE/GIP/ITP/10.1; www.who.int/ethics/gip\\_research\\_ethics\\_.pdf](http://WHO/HSE/GIP/ITP/10.1; www.who.int/ethics/gip_research_ethics_.pdf), accessed 23 July ) (2016).
۱۶. ایجاد هنجارهای جهانی برای به اشتراک گذاری داده ها و نتایج در مواقع اضطراری بهداشت عمومی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۵
- ([www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint\\_phe\\_data-share-results/en/](http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/), accessed 23 ) (July 2016).
۱۷. انتشارات همپوشان. کمیته بین المللی ویراستاران مجله پزشکی
- ([www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html](http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html), accessed 23 July 2016).
۱۸. مباحث اخلاقی در زمینه طرح مطالعه آزمایشات مربوط به بیماری ویروسی ابولا. ۲۰۱۴. گزارش جلسه کار گروه اخلاق سازمان بهداشت جهانی، ۲۱-۲۰ اکتبر ۲۰۱۴. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۴
- ([WHO/HIS/KER/GHE/14.2; http://apps.who.int/iris/](http://WHO/HIS/KER/GHE/14.2; http://apps.who.int/iris/)) ([bitstream/10665/137509/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_14.2\\_eng.pdf](http://bitstream/10665/137509/1/WHO_HIS_KER_GHE_14.2_eng.pdf), accessed 23 July 2016).
۱۹. دای سی، بارتولومئوس کی، مورتی وی، کینی ام پی. اشتراک داده ها در موارد اضطراری بهداشت عمومی: فراخوانی برای پژوهشگران. سازمان بهداشت جهانی. ۲۰۱۶؛ ۱:۹۴ (۳): ۱۵۸.
- ([doi: 10.2471/BLT.16.170860 www.who.int/bulletin/volumes/94/3/16-170860.pdf?ua=1](http://doi: 10.2471/BLT.16.170860 www.who.int/bulletin/volumes/94/3/16-170860.pdf?ua=1))
۲۰. جنسیت، زنانو بهداشت. در وب سایت سازمان جهانی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی
- (<http://apps.who.int/gender/whatisgender/en/>, accessed 23 July 2016).
۲۱. توجه به جنس و جنسیت در بیماری های عفونی مستعد همه گیری. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۷
- ([www.who.int/csr/resources/publications/SexGenderInfectDis.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/SexGenderInfectDis.pdf))

ضمیمه ۱. اسناد دستورالعمل های اخلاقی که در نگارش کتابچه راهنمای مدیریت مسائل اخلاقی در دوران شیوع بیماری های عفونی نقش داشتند:

دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی

- توجه به مباحث اخلاقی در برنامه ریزی آنفلوآنزای همه گیر: مقالات مباحثه ای. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛  
WHO/HSE/EPR/GIP/2008.2, WHO/IER/ETH/2008.1; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69902/1/WHO\\_IER\\_ETH\\_2008.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69902/1/WHO_IER_ETH_2008.1_eng.pdf?ua=1) ) ۲۰۰۸  
- ملاحظات اخلاقی در زمینه استفاده از مداخلات ثبت نشده در بیماری ویروسی ابولا. گزارش هیئت مشاوره به سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۴

WHO/HIS/KER/GHE/14.1; )  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130997/1/WHO_HIS_KER_GHE_14.1_eng.pdf?ua=1)

- ملاحظات اخلاقی در پاسخ بهداشت عمومی به آنفلوآنزای همه گیر. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۷  
WHO/CDS/EPR/GIP/2007.2; [http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_EPR\\_GIP\\_2007\\_2c.pdf?ua=1](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_GIP_2007_2c.pdf?ua=1) )  
- مباحث اخلاقی در زمینه طراحی مطالعه آزمایشات مربوط به درمان بیماری ویروس ابولا. نشست کارگروه اخلاق سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۴

WHO/HIS/KER/GHE/14.2; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137509/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_14.2\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137509/1/WHO_HIS_KER_GHE_14.2_eng.pdf?ua=1)  
- اخلاق استفاده از پلاسمای خون کامل و پلاسمای افراد بهبود یافته در زمان اپیدمی ابولا: دستورالعمل های موقت کمیته های بررسی اخلاق، محققان، مقامات بهداشتی ملی و خدمات انتقال خون. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۵

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161912/1/WHO\\_HIS\\_KER\\_GHE\\_15.1\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161912/1/WHO_HIS_KER_GHE_15.1_eng.pdf?ua=1&ua=1) )

- اخلاق در بیماری های همه گیر، موارد اضطراری و بلایا: پژوهش، نظارت و مراقبت از بیمار: کتابچه راهنمای آموزشی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۵

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/196326/1/9789241549349\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/196326/1/9789241549349_eng.pdf?ua=1) )

- دستورالعمل اخلاق پیشگیری، مراقبت و کنترل سل. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۰  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44452/1/9789241500531\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44452/1/9789241500531_eng.pdf?ua=1) )

- اخلاق پژوهش در پاسخ به همه گیری های بین المللی: مشاوره فنی سازمان بهداشت جهانی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۰۹ ([www.who.int/ethics/gip\\_research\\_ethics.pdf](http://www.who.int/ethics/gip_research_ethics.pdf))

- استاندارد ها و دستورالعمل های عملیاتی برای بررسی اخلاق تحقیقات مرتبط با سلامت با استفاده از نمونه های انسانی. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۱

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44783/1/9789241502948\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44783/1/9789241502948_eng.pdf?ua=1&ua=1) )

## دستورالعمل های ملی / مقالات دیدگاهی

- تخصیص دستگاه های تهویه در شرایط همه گیری آنفلوانزا: سند برنامه ریزی. کارگروه امور ایالتی نیویورک در زمینه زندگی و قانون؛ ۲۰۰۷

([www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/php/196/196\\_guidance.pdf](http://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/php/196/196_guidance.pdf))

- التوگات بی ام، استراود سی، هانسون اس، هانفلینگ دی، گاستین ال او (سردبیران). دستورالعمل تعیین استانداردهای بحرانی مراقبتی برای استفاده در شرایط فاجعه: گزارش نامه. واشنگتن: انتشارات آکادمی ملی، ۲۰۰۹  
([www.nap.edu/read/12749/chapter/1](http://www.nap.edu/read/12749/chapter/1))

- مباحث اخلاقی در زمینه بیماری همه گیر آنفلوانزا. دیدگاه شماره ۱۰۶. پاریس: کمیته ملی اخلاق مشاوره علوم بهداشت و زندگی؛ ۲۰۰۹

([www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_106\\_anglais.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_106_anglais.pdf))

- اخلاقیات و ابولا: برنامه ریزی و پاسخ بهداشت عمومی. واشنگتن دی سی: کمیسیون ریاست جمهوری برای بررسی مسائل اخلاق زیستی؛ ۲۰۱۵

([http://bioethics.gov/sites/default/files/Ethics-and-Ebola\\_PCSBI\\_508.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/Ethics-and-Ebola_PCSBI_508.pdf))

- دستورالعمل های اخلاقی در آنفلوانزای همه گیر- توصیه های کمیته فرعی اخلاقیات کمیته مشورتی به مدیر، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها در ایالات متحده. دستورالعمل های اخلاقی در آنفلوانزای همه گیر.

- آتلانتا: مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها؛ ۲۰۰۷

([www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/panflu\\_ethic\\_guidelines.pdf](http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/panflu_ethic_guidelines.pdf))

- دستورالعمل های کمیته فرعی اخلاقیات کمیته مشورتی به مدیر، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای ایالات متحده. دستورالعمل های اخلاقی برای آمادگی و پاسخ به فوریت های پزشکی عمومی: تاکید بر اخلاق و ارزش ها در خدمات حیاتی بهداشت عمومی. آتلانتا: مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها؛ ۲۰۰۸

([www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/](http://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/))

([white\\_paper\\_final\\_for\\_website\\_2012\\_4\\_6\\_12\\_final\\_for\\_web\\_508\\_compliant.pdf](http://white_paper_final_for_website_2012_4_6_12_final_for_web_508_compliant.pdf))

- دستورالعمل های کمیته فرعی اخلاقیات کمیته مشورتی به مدیر، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای ایالات متحده. دستورالعمل های اخلاقی برای آمادگی و پاسخ به فوریت های پزشکی عمومی: تاکید بر اخلاق و ارزش ها در خدمات حیاتی بهداشت عمومی. آتلانتا: مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها؛

([www.cdc.gov/about/pdf/advisory/ventdocument\\_release.pdf](http://www.cdc.gov/about/pdf/advisory/ventdocument_release.pdf)) ۲۰۱۱

- برنامه یکپارچه پاسخ ملی به آنفلوانزای مرغی و بیماری همه گیر ، ۲۰۰۹-۲۰۰۷. آنفلوانزای مرغی و تهدیدهای همه گیر: نیجریه. ژنو: دفتر هماهنگی سیستم آنفلوانزای سازمان ملل متحد

(<http://un-influenza.org/?q=content/Nigeria>)

- هیئت مشاوره ملی اخلاقیات مراقبت های بهداشتی. ملاحظات اخلاقی مربوط به آمادگی برای همه گیری. هلسینکی: وزارت امور اجتماعی و بهداشت؛ ۲۰۰۵

<http://etene.fi/documents/1429646/1561478/2005+Statement+on+ethical+considerations+rela+to+preparedness+for+a+pandemic.pdf/fc3f2412-acfc-4685-b427-ca710a43c103>

- کمیته مشاوره اخلاق ملی. کنارهم برای عبور از مشکلات: ارزشهای اخلاقی در زمینه بیماریهای همه گیر. ولینگتون: وزارت بهداشت؛ ۲۰۰۷

([https://neac.health.govt.nz/system/files/documents/publications/getting-through-together-\(jul07\).pdf](https://neac.health.govt.nz/system/files/documents/publications/getting-through-together-(jul07).pdf))

- یادداشتهایی در مورد دستورالعمل های موقت ایالات متحده برای نظارت و جابجایی افراد در معرض معرض ویروس ابولا آتلانتا جورجیا: مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها؛ ۲۰۱۶

([www.cdc.gov/vhf/ebola/exposure/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html](http://www.cdc.gov/vhf/ebola/exposure/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html)).

- کارگروه ابتکار عمل اخلاقیات در زمینه آنفلوآنزای همه گیر. پاسخ به چالش آنفلوآنزای همه گیر: دستورالعمل های اخلاقی برای رهبران و متخصصان مراقبت های بهداشتی در اداره بهداشت کهنه سربازان. واشنگتن دی سی: مرکز ملی اخلاق در مراقبت های بهداشتی، مدیریت بهداشت کهنه سربازان؛ ۲۰۱۰

([www.ethics.va.gov/docs/pandemicflu/Meeting\\_the\\_Challenge\\_of\\_Pan\\_Flu-\(Ethical\\_Guidance\\_VHA\\_20100701\).pdf](http://www.ethics.va.gov/docs/pandemicflu/Meeting_the_Challenge_of_Pan_Flu-(Ethical_Guidance_VHA_20100701).pdf))

- پاسخ به آنفلوآنزای همه گیر: چارچوب اخلاقی برای سیاست گذاری و برنامه ریزی. لندن: وزارت بهداشت؛ ۲۰۰۷ ([www.gov.scot/Resource/Doc/924/0054555.pdf](http://www.gov.scot/Resource/Doc/924/0054555.pdf)) .

- نگهبان سلامت تو: ملاحظات اخلاقی در برنامه ریزی آمادگی آنفلوآنزای همه گیر. تورنتو: مرکز مشترک زیست شناسی دانشگاه تورنتو؛ ۲۰۰۵

([www.jcbutoronto.ca/people/document/upshur\\_stand\\_guard.pdf](http://www.jcbutoronto.ca/people/document/upshur_stand_guard.pdf)).

- دفتر فدرال بهداشت عمومی سوئیس. طرح همه گیر آنفلوآنزای سوئیس. برن؛ ۲۰۱۳

([www.bag.admin.ch/influenza/01120/01132/10097/10104/index.html?lang=en&download=NHZLpZeg7t,lnp6IONTU042l2Z6ln1ad1IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGenx6gWym162epYb.g2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01132/10097/10104/index.html?lang=en&download=NHZLpZeg7t,lnp6IONTU042l2Z6ln1ad1IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGenx6gWym162epYb.g2c_JjKbNoKSn6A--))

- ونکتا ای، ولف ال، گیدرمن جی ام، آشر اس ال، مارکو سی ای، مک گریوی جی و همکاران. مسائل اخلاقی در پاسخ به بیماری ویروسی ابولا در بخش های اورژانس ایالات متحده: مقاله دیدگاهی از دانشکده پزشکان اورژانس آمریکا، انجمن پرستاران اورژانس و انجمن پزشکی اضطراری دانشگاهی. جی ام جی نرس. ۲۰۱۵

Mar;41(2):e5-e16. doi: 10.1016/j.jen.2015.01.012

([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25770003](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25770003))

## ضمیمه ۲. شرکت کنندگان در جلسات تدوین دستورالعمل مدیریت مسائل اخلاقی در دوران شیوع بیماری های عفونی

بحث میزگرد: ملاحظات اخلاقی برای استفاده از مداخلات ثبت نشده برای بیماری ویروسی ابولا، سازمان بهداشت جهانی، ژنو، ۱۱ آگوست ۲۰۱۴

### مشاوران

دکتر خوان پابلو بکا، استاد، مرکز زیست شناسی، دانشگاه دسارولو، شیلی  
دکتر هلن بیومیر ان داگیجه، رئیس گروه اطلاع رسانی دارو، سازمان ملی داروی اوگاندا، اوگاندا  
دکتر فیلیپ کالین (رئیس)، محقق ارشد، واحد تحقیقات درمورد منافع و اقدامات انسان دوستانه، سوییس  
دکتر ماریون دانیس، رئیس بخش اخلاقیات و سیاستهای بهداشت، خدمات مشاوره زیست شناختی، مؤسسات ملی بهداشت، ایالات متحده آمریکا

پروفسور جرمی فرار، مدیر سازمان غیرانتفاعی ولکام تراست، انگلستان  
پروفسور ریویچی ایدا، رئیس کمیته ملی مشاوره زیست شناسی، ژاپن  
پروفسور طارق مدنی، پزشک بیماری های عفونی و محقق دانشگاهی بالینی، عربستان سعودی  
پروفسور مایکل سلگلید، مدیر مرکز اخلاق زیستی انسانی، دانشگاه موناخ، استرالیا  
پروفسور پیت اسمیت، استاد همه گیرشناسی مناطق گرمسیری، دانشکده بهداشت و طب گرمسیری لندن لندن، انگلستان

خانم جینز توماس، متخصص ایمنی بیمار، ایالات متحده آمریکا  
پروفسور اسیساتو تور، رئیس گروه ایمنی شناسی موسسه پاستورده داکار، سنگال  
پروفسور راس آپشور، رئیس پژوهش مراقبت های اولیه، استاد دپارتمان خانواده و پزشکی جامعه و دانشکده بهداشت عمومی دال لانا، دانشگاه تورنتو؛ کانادا

### منابع انسانی

دکتر دانیل باوس رئیس ویروس شناسی و عفونت های نوظهور، واحد تحقیقات پزشکی نیروی دریایی ایالات متحده، شماره ۶، پرو

پروفسور لوسیان بوریو، معاون رئیس سیاست مبارزه با تروریسم؛ مدیر دفتر مبارزه با تروریسم و تهدیدهای نوظهور، سازمان غذا و دارو، ایالات متحده آمریکا

دکتر فردریک هیدن، استاد ویروس شناسی بالینی و استاد پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا، ایالات متحده آمریکا

دکتر استفان مونرو، معاون مدیر مرکز ملی بیماریهای عفونی نوظهور و بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، ایالات متحده آمریکا

دبیرخانه سازمان بهداشت جهانی، دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس

دکتر مارگارت چان، مدیرکل

دکتر ماری-پائول کینی، دستیار مدیر کل سیستم های بهداشت و نوآوری

دکتر ماری-شارلوت بوسئو، مشاور اخلاق، ارائه خدمات و ایمنی

دکتر پیر فورنتیتی، دانشمند، کنترل بیماری های اپیدمی، گروه بیماری های همه گیر و اپیدمی  
دکتر مارگارت هریس، مسئول ارتباطات، گروه بیماری های همه گیر و اپیدمی  
آقای گرگوری هارتل، هماهنگ کننده بخش ارتباطات  
دکتر رودیگر کرچ، مدیر سیستم های بهداشت و نوآوری  
دکتر آندریاس ریس، مسئول فنی، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر کتی راث، مشاور، دفتر دستیار مدیر کل، سیستم های بهداشت و نوآوری  
دکتر واسی ساتیاموسی، مسئول فنی، ابتکار تحقیقات واکسن، گروه ایمن سازی، واکسن ها و حوزه های زیست  
شناختی

دکتر آبه‌ا دکتر آها ساکسنا، هماهنگ کننده، اخلاقیات بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر دیوید وود، هماهنگ کننده استاندارد ها و اصول فن آوری، گروه داروهای ضروری و محصولات بهداشتی

#### دفاتر منطقه ای

دکتر ماریون موتاری، مشارکت و بسیج منابع، دفتر منطقه ای آفریقا، برزاویل، کنگو  
دکتر مارتین اتا، مسئول پزشکی، اطلاعات سلامت و مدیریت دانش، دفتر منطقه ای آفریقا، برزاویل، کنگو  
دکتر کارلا سائز، مشاور اخلاق زیستی، دفتر منطقه ای آمریکا، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا  
مشاوره در مورد روشهای درمانی و واکسنهای احتمالی ابولا: پیش جلسه کارگروه اخلاق، سازمان بهداشت  
جهانی، ژنو، ۳ سپتامبر ۲۰۱۴

#### شرکت کنندگان

پروفیسور کلمنت آداموو، رئیس کمیته ملی اخلاق پژوهش، نیجریه  
دکتر فیلیپ کالین، محقق ارشد واحد تحقیقات درمورد منافع و اقدامات انسان دوستانه، سوئیس  
دکتر ماریون دانیس، رئیس، اخلاق و سیاستهای بهداشت، خدمات مشاوره اخلاق زیستی، مؤسسات ملی بهداشت،  
ایالات متحده آمریکا  
پروفیسور جرمی فرار، مدیر سازمان غیرانتفاعی ولکام تراست، انگلستان  
پروفیسور جنیفر گیسون، رئیس صندوق مالی سان لایف در حوزه اخلاق زیستی؛ مدیر مرکز مشترک اخلاق زیستی  
و استادیار پژوهشگاه سیاست بهداشت، مدیریت و ارزیابی، دانشگاه تورنتو، کانادا  
خانم رابینا کایتیریتیمبا، نماینده بیمار (نماینده جامعه، هیئت های بررسی سازمانی دانشگاه ماکرره؛ سازمان ملی  
مصرف کنندگان سلامت اوگاندا، اوگاندا  
دکتر بوکار کویت، مشاور ویژه وزیر بهداشت (رئیس سابق کمیته ملی اخلاقیات)، بورکینا فاسو  
پروفیسور چیخ نیانگ، دانشگاه شیخ آنتا دیوپ، سنگال  
پروفیسور مایکل سلگلید، مدیر مرکز اخلاق زیستی انسانی، دانشگاه موناش، استرالیا  
پروفیسور اویوال توموری، رئیس آکادمی ملی علوم نیجریه، نیجریه  
دکتر آیساتو توره رئیس گروه ایمنی شناسی، کمیته اخلاقیات ملی، سنگال  
دبیرخانه سازمان بهداشت جهانی

دفتر مرکزی سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس

دکتر آندریاس ریس، مسئول فنی اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر آباها ساکسنا، هماهنگ کننده، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

### دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی

دکتر کارلا سائز، مشاور اخلاق زیستی، دفتر منطقه ای آمریکا، واشنگتن دی سی، ایالات متحده آمریکا  
مباحث اخلاقی در زمینه طرح مطالعه آزمایشات مربوط به بیماری ویروسی ابولا. ۲۰۱۴. گزارش جلسه کار  
گروه اخلاق سازمان بهداشت جهانی، ۲۱-۲۰ اکتبر ۲۰۱۴. ژنو: سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۱۴

### کار گروه اخلاق

پروفسور آرتور کاپلان، دکتر ویلیام اف و ویرجینیا کانولی میتی، مدیر بخش اخلاق پزشکی، دپارتمان بهداشت  
جمعیتی، مرکز بهداشت جمعیتی مرکز پزشکی لانگون، دانشگاه نیویورک، ایالات متحده آمریکا  
دکتر کلر چندلر، مدرس ارشد مردم شناسی پزشکی، گروه بهداشت و توسعه جهانی، دانشکده بهداشت و طب  
گرمسیری لندن، انگلستان

دکتر آلفا احمدو دیالو، مدیر کمیته ملی اخلاق، وزارت سلامت و بهداشت عمومی، جمهوری گینه  
دکتر عمار جسانی، محقق و معلم مستقل، اخلاق زیستی و بهداشت عمومی؛ ویراستار، مجله اخلاق پزشکی هند؛  
استاد مدعو، مرکز اخلاقیات، دانشگاه ینویا، هند

دکتر دن اوکونر، رئیس موسسه علوم انسانی پزشکی، ولکام تراست، انگلستان  
دکتر لیزا شوارتز، آرنولد ال، جانسون. رئیس اخلاق مراقبت های بهداشتی، اخلاقیات مک مستر در مراقبت های  
بهداشتی، دانشگاه مک مستر، کانادا

پروفسور مایکل سلگلید، رئیس مرکز اخلاق زیستی انسانی، دانشگاه موناخ، استرالیا  
دکتر پائولینا تیندانا، کردارشناس و محقق ارشد، مرکز تحقیقات سلامت ناورونگو، غنا  
پروفسور راس آپشور، رئیس پژوهش مراقبت های اولیه؛ استاد گروه پزشکی خانواده و جامعه و دانشکده بهداشت  
عمومی دالا لانا، دانشگاه تورنتو، کانادا

### شرکت کنندگان مدعو

دکتر انریکا آلتری، رئیس بخش ارزیابی داروهای انسانی، آژانس داروهای اروپایی، انگلستان  
دکتر نیکلاس اندروز، گروه الگوسازی آمار و اقتصاد، مرکز نظارت و کنترل بیماریهای عفونی، بهداشت عمومی  
انگلستان، انگلستان

پروفسور اومو یونسا باه-سو، رئیس بخش پنوموپریکاریودیوم، بیمارستان ملی ایگناس دین، جمهوری گینه  
دکتر لوسیانا بوریو، معاون رئیس سیاست مبارزه با تروریسم؛ مدیر دفتر مبارزه با تروریسم و تهدیدهای نوظهور،  
سازمان غذا و دارو، ایالات متحده آمریکا

دکتر ژاکوب توراپ کوهن، معاون رئیس جمهور، امور دولت، نوردیک باواریا، دانمارک  
دکتر ادوارد کاکس، مدیر دفتر محصولات ضد میکروبی، دفتر مرکز داروهای جدید برای ارزیابی دارو و پژوهش،  
مدیریت مواد غذایی و دارویی، دکترای پزشکی سیلور اسپرینگ، ایالات متحده آمریکا

دکتر نیکلاس دی، مدیر، تایلند / برنامه اصلی خارج از کشور ولکام تراست در لائوس، واحد تحقیقات طب گرمسیری ماهیدول-آکسفورد، تایلند

دکتر ماتیاس اگر، استاد همه گیرشناسی بالینی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه بریستول، انگلستان؛ همه گیر شناسی و بهداشت عمومی، پژوهشکده پزشکی اجتماعی و پیشگیری، دانشگاه برن، سوئیس

دکتر الیزابت هیگز، مشاور جهانی علوم بهداشت، دفتر مدیر، بخش تحقیقات بالینی، انستیتوی ملی آلرژی و بیماریهای عفونی، مؤسسات ملی بهداشت، ایالات متحده آمریکا

دکتر نادیا خلف، مشاور ارشد امور جهانی، انستیتو پاستور، فرانسه

پروفیسور ترودی لانگ، استاد راهنما، شبکه بهداشت جهانی، گروه پزشکی نوفیلد، دانشگاه آکسفورد، انگلستان

دکتر متیو لیم، مشاور ارشد امنیت جهانی بهداشت، وزارت بهداشت و خدمات انسانی، ایالات متحده آمریکا

پروفیسور ایرا لونگینی، استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت عمومی و دانشکده پزشکی دانشگاه فلوریدا، ایالات متحده آمریکا

سرهنگ اسکات میلر، مدیر برنامه تحقیقات بالینی بیماریهای عفونی، گروه پزشکی پیشگیری، دانشگاه خدمات هماهنگ، ایالات متحده آمریکا

خانم آدلین اوزاکوه، رئیس مرکز ملی مراقبت دارویی، آژانس ملی مدیریت و کنترل مواد غذایی و دارو، نیجریه

خانم ویرجین پیرارد، عضو کمیته مشاوره اخلاق زیستی بلژیک؛ مشاور اخلاقیات، انستیتو پاستور، فرانسه

دکتر میکائیل سرافینی، مدیر پزشکی، مدیکس سانس فرانتریس، سوئیس

آقای جمی تگلی، مدیر هیئت مدیره بررسی نهادی، دانشگاه لیبریا- مؤسسه تحقیق و ارزیابی اقیانوس آرام، هیئت بررسی نهادی، لیبریا

دکتر گروپاس توگاس، نماینده فدراسیون بین المللی تولید کنندگان دارویی و انجمن ها، رئیس ارشد پزشکی، نواریس، سوئیس

دکتر یوهان ون گرینسون، گروه علوم بالینی، انستیتو طب گرمسیری، بلژیک

پروفیسور جان وایتهد، استاد بازنشسته گروه ریاضیات و آمار، کالج فیلد، دانشگاه لنکستر، انگلستان

**دبیر خانه سازمان بهداشت جهانی**

دکتر ماری پائول کینی، دستیار مدیر کل سیستم های بهداشت و نوآوری

دکتر ماری-شارلوت بوسئو، مشاور دپارتمان تحویل خدمات و امنیت

دکتر وانیا د لا فونته-نونز، مسئول فنی اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

دکتر مارتین فرید، دانشمند، بهداشت عمومی، نوآوری و مالکیت معنوی، گروه داروهای ضروری و محصولات بهداشت

خانم ماریسول گورایب، مسئول فنی اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

خانم کورینا کلینگر، کارآموز، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

دکتر سلنا نایت، کارورز، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

دکتر نیکولا ماگرینی، دانشمند، سیاست، دسترسی و استفاده از گروه داروهای ضروری و محصولات بهداشتی

دکتر کتی راث، مشاور دفتر دستیار مدیر کل، سیستم های بهداشتی و نوآوری

دکتر واسی ساتیامورسی، مسئول فنی ابتکار تحقیقات واکسن، گروه ایمن سازی، واکسن ها و زیست شناختی  
دکتر آبهی ساکسنا، هماهنگ کننده، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر دیوید وود، هماهنگ کننده، فناوری ها، استانداردها و هنجارها، گروه داروهای ضروری و محصولات بهداشتی  
شرکت کنندگان

تدوین دستورالعملهای اخلاقی برای پاسخ های بهداشت عمومی به بروز همه گیری، از جمله برای انجام  
تحقیقات مرتبط، دوبلین، ایرلند، ۲۵ تا ۲۶ می ۲۰۱۵

دکتر آنیک آتیرنس، مدیر بستر تحقیقاتی برای محصولات تجربی ابولا، مدیکس سانس فرانیریس، سوییس  
دکتر فیلیپ کالین، محقق ارشد واحد تحقیقات درمورد منافع و اقدامات انسان دوستانه، سوئیس  
دکتر ادوارد کاکس، مدیر دفتر محصولات ضد میکروبی، سازمان غذا و دارو، ایالات متحده آمریکا  
پروفسور هدر دراپر، استاد اخلاق زیست پزشکی، دانشگاه بیرمنگام، انگلستان  
دکتر سارا ادواردز، استاد ارشد اخلاق پژوهش و مدیریت، دانشکده دانشگاه لندن، انگلستان  
پروفسور جونینا اینارسدوتیر، مردم شناسی پزشکی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه ایسلند، ایسلند  
پروفسور جرمی فرار، ولکام تراست، انگلستان  
دکتر مارگارت فیتزجرالد، متخصص بهداشت عمومی، مجری خدمات بهداشتی ایرلند، ایرلند  
دکتر گابریل فیتزپاتریک، ایرلند

خانم لورن گالاگر، متخصص توسعه، امدادسانی ایرلند، وزارت امور خارجه، ایرلند  
پروفسور جنیفر گیسون، رئیس صندوق مالی سان لایف در حوزه اخلاق زیستی؛ مدیر مرکز مشترک اخلاق زیستی  
و استادیار پژوهشگاه سیاست بهداشت، مدیریت و ارزیابی، دانشگاه تورنتو، کانادا  
پروفسور فردریک ج هایدن، استاد پزشکی و آسیب شناسی، دانشکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا، ایالات متحده  
آمریکا

دکتر ریتا هلفاند، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها، ایالات متحده آمریکا  
دکتر سیمون جنکینز، همکار پژوهشی، پروژه دانشگاه بیرمنگام در مورد چالش های اخلاقی که توسط متخصصان  
مراقبت های بهداشتی ارتش بریتانیا در منطقه ابولا، انگلستان تجربه شده است.  
دکتر پرتش کیران، استادیار، بهداشت جامعه؛ مدیر واحد مدیریت حوادث، آکادمی ملی علوم بهداشتی سنت جان،  
هند

دکتر مارکوس کیرچنر، گروه همه گیرشناسی بیماریهای عفونی، مؤسسه روبرت کوچ، آلمان  
دکتر کاترین لیتلر، مشاور ارشد سیاست، ولکام تراست، انگلستان  
پروفسور ساموئل مک کانکی، رئیس سازمان بین المللی بهداشت و طب گرمسیری، کالج سلطنتی جراحان، ایرلند  
دکتر فرهاد معظم، رئیس مؤسس مرکز اخلاق و فرهنگ زیستی، مؤسسه ارولوژی و پیوند سند، پاکستان  
دکتر رابرت نلسون، معاون مدیر و ارشد اخلاق کودکان، دفتر درمانگری کودکان، اداره غذا و دارو، ایالات متحده  
آمریکا

پروفسور آلیستر نیکل، مشاور بیهوشی، دانشکده پزشکی و علوم پزشکی و پروژه های اتحادیه اروپا، کالج دانشگاهی  
دوبلین، ایرلند

پروفسور لیزا شوارتز، آرنولد جانسون رئیس اخلاق مراقبت های بهداشتی، اخلاق در مراقبت های بهداشتی، دانشگاه مک مستر، کانادا

پروفسور مایکل سلگلید، مدیر مرکز اخلاق زیستی انسانی، دانشگاه موناخ، استرالیا  
دکتر کادیر سیم، دانشیار فلسفه عملی، دانشگاه تارتو، استونی  
دکتر آسیتاو تور، رئیس گروه ایمونولوژی، انستیتو پاستور داکار و عضو کمیته ملی اخلاق، سنگال  
پروفسور راس آپشور، رئیس تحقیقات کانادا در تحقیقات مراقبت های اولیه  
استاد گروه پزشکی خانواده و جامعه و دانشکده بهداشت عمومی دالا لانا، دانشگاه تورنتو، کانادا  
دکتر ماریا ون کرکو، مرکز بهداشت جهانی، انستیتو پاستور، فرانسه  
دکتر امینو یاکوبو، وزارت برنامه ریزی و تحقیقات بهداشتی، وزارت بهداشت فدرال، نیجریه

### منابع انسانی

استاد کارل کلمن (گزارشگر)، استاد حقوق و مدیر علمی، بخش یادگیری آنلاین، دانشگاه ستون هال، نیوجرسی، ایالات متحده آمریکا

### دبیرخانه دفتر سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس

دکتر وانیا دلا فونته-نونز، مسئول فنی، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر آندریاس ریس، مسئول فنی اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
دکتر آبه ساکسنا، هماهنگ کننده، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش  
جلسه تدوین دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی در زمینه اخلاق و اپیدمی. پراتو، ایتالیا، ۲۲ تا ۲۴ نوامبر ۲۰۱۵

### شرکت کنندگان

دکتر فرانکلین پریو آلوارادو، دانشگاه ملی کلمبیا، کلمبیا  
دکتر آنیک آیترن، سوئیس  
پروفسور اومو یونوسا بهسو، بیمارستان ملی ایگناس دین، جمهوری گینه  
دکتر روچی باکسی، مرکز ایتوکس، انگلستان  
دکتر ران بایر، دانشکده بهداشت عمومی میلن، ایالات متحده آمریکا  
دکتر اسکار کابرا، مدیر اجرایی انستیتوی حقوق بهداشت ملی و جهانی اونیل، مرکز حقوق دانشگاه جورج تاون، ایالات متحده آمریکا  
دکتر فیلیپ کالین، محقق ارشد واحد تحقیقات درمورد منافع و اقدامات انسان دوستانه، سوئیس  
دکتر وو تک چوان، آکادمی ملی علوم بهداشت، هند  
پروفسور آلیس دکلاوکس، سنگال  
دکتر بندیکت دوسن، هیئت ملی اخلاق پژوهش، دانشگاه لیبریا-موسسه تحقیقات و ارزیابی اقیانوس آرام، هیئت بررسی نهادی مرکز آفریقا، لیبریا  
دکتر سارا ادواردز، اخلاق پژوهش و مدیریت، دانشکده دانشگاه لندن، انگلستان  
پروفسور ایمی اف فرچایلد، دانشکده بهداشت عمومی میلن، ایالات متحده آمریکا  
دکتر ادی فودای، وزارت بهداشت و سلامت، سیرائون

پروفسور فردریک جی هایدن، دانشکده بهداشت عمومی میلن، ایالات متحده آمریکا  
دکتر عمار جسانی، دانشگاه ینویا، هند  
خانم ربکا جانسون، بازمانده ابولا، سیرالئون  
خانم رایینا کایتیریتیما، نماینده بیمار (نماینده جامعه، هیئت های بررسی سازمانی دانشگاه ماکرره؛ سازمان ملی  
مصرف کنندگان سلامت اوگاندا، اوگاندا  
دکتر استفان کندی، هماهنگ کننده تحقیقات بیماری ویروسی ابولا، سیستم مدیریت حوادث، لیبریا  
دکتر پرتش کیران، آکادمی ملی علوم بهداشت، هند  
دکتر بوکار کویات، مشاور ویژه وزیر بهداشت، بورکینا فاسو  
پروفسور مارک لیز، بلژیک  
دکتر فرهاد معظم، رئیس مؤسس مرکز اخلاق و فرهنگ زیستی، مؤسسه ارولوژی و پیوند سند، پاکستان  
دکتر دونل اوماتونا، دانشگاه شهر دوبلین، ایرلند  
پروفسور محمودور رحمان، مدیر موسسه همه گیرشناسی، کنترل بیماری و تحقیقات؛ مرکز ملی آنفلوانزا، وزارت  
بهداشت، درمان و رفاه خانواده، بنگلادش  
پروفسور لیزا شوارتز، آرنولد جانسون رئیس اخلاق مراقبت های بهداشتی، اخلاق مک مستر در مراقبت های  
بهداشتی، دانشگاه مک مستر، کانادا  
پروفسور مایکل سلگلید، مدیر مرکز اخلاق زیستی انسانی، دانشگاه موناش، استرالیا  
دکتر آیساتو توره، رئیس واحد ایمنی شناسی، انستیتو پاستور داکار، سنگال  
دکتر ماریا ون کرکوو، مرکز بهداشت جهانی، انستیتو پاستور، فرانسه

## ناظران

دکتر کاترین لیتلر، مشاور ارشد سیاست گذاری، بخش سیاست گذاری، ولکام تراست، انگلستان

## مشاوران منابع

پروفسور کارل کالمن، استاد حقوق و مدیر علمی بخش یادگیری آنلاین، دانشگاه ستون هال، نیوجرسی، ایالات  
متحده آمریکا

دکتر میشل لوی (گزارشگر)، همکار پژوهشگر فوق دکتر، سوئیس

دکتر دیگو سیلوا، استادیار دانشکده علوم بهداشت، دانشگاه سیمون فریزر، کانادا

## دبیرخانه دفتر سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس

دکتر پیر فورنتیتی، دانشمند کنترل بیماری های همه گیر، گروه بیماری های همه گیر و اپیدمی

دکتر وانیا دلا فوئنته-نوز، مسئول فنی، اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

دکتر آندریاس ریس، مسئول فنی اخلاق بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

دکتر آباها دکتر آها ساکسنا، هماهنگ کننده، اخلاقیات بهداشت جهانی، گروه دانش، اخلاق و پژوهش

شیوع بیماری های عفونی غالباً با عدم قطعیت علمی، اختلال اجتماعی و نهادی و وضعیت کلی ترس و بی اعتمادی  
همراه است و به طور حتم، کشورهای که بیشتر تحت تأثیر شیوع آن قرار گرفته اند دارای منابع محدود،  
ساختارهای قانونی و نظارتی توسعه نیافته و سیستم های بهداشتی فاقد مقاومت لازم برای مقابله با شرایط بحرانی

هستند. سیاست گذاران و متخصصان بهداشت عمومی ممکن است مجبور شوند در مواجهه با محدودیت های شدید در زمان و منابع، ارزش های اخلاقی رقیب بالقوه را سنجش و اولویت بندی کنند. هدف این کتابچه کمک به سیاست گذاران، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، محققان و سایر افراد است تا بتوانند با پیش بینی و آماده سازی خود برای موضوعات مهم اخلاقی بحرانی که احتمالی، برای موقعیت های شیوع بیماری آماده شوند. علاوه بر ارائه اصول اخلاقی قابل استفاده در شیوع بیماری های عفونی، این کتابچه نشان می دهد که چگونه می توان این اصول را با شرایط مختلف همه گیری و اجتماعی تطبیق داد.