

تغییر نگرش نظام سلامت نسبت به منشور حقوق بیمار و چالش های اخلاقی مرتبط با آن در پاندمی کرونا

شعله مصلحت^۱، نسرين حسینی^۲، سارا میناییان^۳

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی میکروب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، پژوهشکده ایمنولوژی و بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۲ استادیار مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، دکترای تخصصی میکروب شناسی، مرکز تحقیقات مقاومت های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

هدف: شناخت پدیده اخلاقیات نوظهور و رفع چالشهای آن در همه گیری کرونا ضروری می باشد. اگرچه پایبندی به اصول اخلاقی حرفه ایی در همه گیری هایی نظیر سندرم زجر تنفسی شدید ناشی از کرونا مهم و ضروری می باشد، به ارائه راهکارهای مناسب جهت توسعه اخلاق حرفه ای و اجرایی شدن منشور حقوق بیمار کمتر پرداخته شده است. لذا در این مطالعه سعی شد رویکردها، چالش ها و راهکارهای اخلاقی در همه گیری کرونا، در جهت ایفای حقوق بیماران، برقراری ارتباط موثر با همراهان بیمار و نیز کنترل شرایط شیوع در جامعه ارائه گردد. **مواد و روش کار:** مقاله حاضر با روش مرور نقلی مقاله ها و یافته های علمی مرتبط با بیماری کرونا (کووید ۱۹) منتشر شده از تاریخ اول ژانویه ۲۰۲۰ تا ۱۵ می ۲۰۲۱ و با استفاده از کلیدواژه های کووید ۱۹ و اخلاق انجام شده است. منابع جستجوی اطلاعات شامل پایگاههای پاب مد، گوگل اسکولار، اسکوپوس، ساینس دایرکت، ایرانمדיکس، مگیران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، وبگاه سازمان جهانی بهداشت و مرکز ملی پیشگیری و کنترل بیماری ها بودند. مقالات منتشر شده به دو زبان انگلیسی و فارسی و براساس معیار ورود و خروج از مطالعه انتخاب شدند. در مجموع ۵۳ مقاله شامل ۴۹ مقاله به زبان انگلیسی و ۴ مقاله به زبان فارسی انتخاب و بررسی شدند. **یافته ها:** نتایج این مطالعه نشان داد ارایه خدمات سلامت باید با حفظ سلامت عمومی و مطابق با منشور پنج گانه حقوق بیمار باشد. همچنین لازم است تا حقوق کلیه ذی نفعان، بیماران و ارائه دهندگان خدمات بطور کامل رعایت گردد. علاوه براین، در صورت نیاز به فاصله گرفتن از اصول اخلاق حرفه ای، باید این مسئله با نرمی و عطوفت به بیماران توضیح داده شود. همچنین بهتر است آگاهی لازم به آنان داده شود تا ضرورت حفظ جان و سلامت کل افراد جامعه را درک کرده و از سوگیری های نادرست و ایجاداسیب های روحی به آنان جلوگیری شود. بنابراین تهیه دستورالعمل واحد جهت پرهیز از نقض اصول اخلاق حرفه ای و رعایت حقوق بیمار و نظام سلامت ضروری است. **بحث و نتیجه گیری:** در بحران پاندمی کرونا نظام سلامت نیاز به برقراری ارتباط موثر با مردم دارد. اگر چه امکان برخورداری از تعاملات مستقیم محدود شده است، اما می تواند به مدل های جدیدی تبدیل شده و جایگزین روش های قبلی شود. نظام سلامت سعی دارد با رعایت حقوق بیمار و حرکت کردن در چارچوب قوانین اخلاق حرفه ای بحران را مدیریت کرده و از آن عبور کند. بنابراین توجه به تغییر سبک زندگی و بازتعریف کنش های عاطفی و زیست اجتماعی در مواقع بحرانی به منظور ایجاد همبستگی و همدلی و عبور از بحران نیاز به تلاش همه افراد جامعه دارد.

واژه های کلیدی: کووید ۱۹، سندرم زجر تنفسی، سلامت عمومی، اخلاق حرفه ای، حقوق بیمار.

مقدمه

برخورداری مطلوب از خدمات سلامت حق بیمار است. ارائه خدمات سلامت باید شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی و بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد. بر اساس منشور حقوق بیمار در ایران، ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. نوع بیماری نباید موجب هر گونه تبعیض و برتری منافع بیمار باشد. مطالعات نشان داده که در مورد بیماران مبتلا به کووید، هم بستگی یا Association منفی بین تحقق حقوق بیمار در برخورداری از خدمات سلامت و شرایطی که باعث دیسترس اخلاقی در کادر درمان میشود دارد.

اعضای خانواده Novel SARS-CoV-2 برای اولین بار در دهه ۱۹۶۰ در بیماران مبتلا به سرماخوردگی توصیف شده اند (۱). با فاصله یک دهه جهان شاهد شیوع شدید سندرم تنفسی حاد (SARS) و (MERS) شد (۲، ۳).

سازمان بهداشت جهانی آمار مورتالیتی و موربیدیتی ناشی از SARS-CoV را بیش از ۸۰۹۸ فرد آلوده و ۷۷۴ مورد مرگ ، و در مورد MERS-coronavirus بیش از ۲۴۲۸ نفر فرد آلوده و ۸۳۸ مورد مرگ گزارش کرده است (۴، ۵). عفونت MERS-CoV از یک آسیب خفیف تنفسی فوقانی شروع شده و با پیشرفت آن منجر به بیماری شدید تنفسی pneumonia و به دنبال آن ARDS و نارسایی کلیوی میشود (۶). (acute respiratory distress syndrome) (renal failure).

در دسامبر ۲۰۱۹ پاندمی ویروس جدیدی از خانواده ی کرونا ویروس ها جامعه ی انسانی و سایر جانوران را تهدید کرد. شیوع سندرم حاد تنفسی (Novel SARS-CoV-2)، از بازار غذاهای دریایی هونان (Hunan) در شهر ووهان (Wuhan) چین آغاز شد (۷). در پنجاه روز اول بیش از ۱۸۰۰ نفر را کشته و بیش از هفتاد هزار نفر را مبتلا کرد (۸). عفونت ویروسی با قابلیت انتقال بالا از انسان به انسان در اثر تماس فیزیکی با فرد آلوده یا ناقلین رخ می دهد. آئروسل ها می توانند از طریق تنفس و از طریق بینی یا دهان وارد بدن انسان (ریه ها) شوند (۹-۱۳) علت اهمیت و ضرورت پیشگیری از شیوع ویروس کووید-۱۹ قدرت انتقال بالاتر آن به نسبت سارس و مرس است (۲، ۳). محققان تنها راه پایان یافتن این پاندمی بسیار مسری را واکسینه کردن افراد می دانند (۱۴، ۱۵). علیرغم قرنطینه های متعدد و اقدامات کنترل طولانی مدت در اکثر کشورها، همچنان در سراسر جهان در حال گسترش است (۸، ۱۶).

در بحران هایی مانند شیوع ویروس های واگیر که سلامت کل جامعه در خطر است اولویت با سلامت گروهی است و در صورت تعارض سلامت عمومی با برخی حقوق شخصی بیمار، نقض حقوق فردی مجوز اخلاقی لازم را پیدا میکند. بنابراین ، در این مطالعه سعی شد تا نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به مواجهه غیرمنتظره با Novel SARS-CoV-2 و مهمترین چالش های اخلاقی موجود در رابطه با بیماران مبتلا به کووید و خانواده های آنها و نیز تاثیر این بیماری با تغییر سبک زندگی بر زیست اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد.

مطابق با منشور حقوق بیمار، رعایت حقوق بیمار در محور های پنج گانه با محوریت دریافت مطلوب خدمات سلامت بیمار، ارائه اطلاعات کافی و مطلوب به بیمار، داشتن حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار، رعایت اصل رازداری و احترام به حریم خصوصی بیمار و دسترسی بیمار به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات بیمار به منظور شناسایی چالش های اخلاقی و عبور از بحران و ارائه مراقبت های پرستاری ایمن و با کیفیت بالا ضروری است. همچنین خاطر نشان شده است که رعایت حقوق کارکنان از جانب مراجعین، به منظور امکان دریافت خدمت مناسب، امری اجتناب ناپذیر است.

اصول اخلاق حرفه ای بین پزشکان و پرستاران تدوین شده، اما عملیاتی شدن آنها نیازمند کار تیمی و همکاری کلیه گروه های ارائه کننده خدمات سلامت چه قبل از بروز بیماری و چه بعد از آن است. اخلاق حرفه ای اصول و مبانی مختلفی دارد که از مهمترین آنها داشتن صبر و حوصله در کادر ارائه کنندگان خدمات به خصوص پزشکان و پرستاران است. کمبود امکانات و منابع درمانی و هزینه درمان و بستری به همراه اجبار بر قرنطینه مطابق توصیه WHO^۱، و عدم تماس فیزیکی که باعث حفظ و ترجیح منافع شخصی شده است نقض برخی از اصول اخلاق را به دنبال داشته است.

^۱ - World Health Organization (WHO)

باوجود کمبود تجهیزات در اپیدمی ها، بایستی خدمات و امکانات درمانی کافی به مبتلایان ارایه گردد. انتظار می‌رود در مورد مبتلایان به SARS-CoV-2 از انجام اولویت بندی براساس شاخصه‌های فردی مانند سن و میزان امید به زندگی و حتی شاخصه‌های اجتماعی مانند میزان سودمندی برای جامعه پرهیز شود. از اینرو تهیه دستورالعمل واحد اجرایی در شرایط خاص مانند بحران اخیر امری کاملاً ضروری بنظر می‌رسد.

SARS-CoV-2 سبک‌های زندگی فردی و اجتماعی، نظام آموزشی، برنامه‌های عمومی مردم، اقتصاد و سیاست را تحت تاثیر قرار داده است. اماکن مذهبی و مساجد به دلیل شیوع ویروس کرونا بسته شده‌اند. شیوع بیماری کرونا تمام حوزه‌های زیستی مثل اقتصاد، ازدواج، روابط بین فردی، آموزش، فرزندآوری، اوقات فراغت را متاثر کرده است. علاوه بر دانشگاه‌ها مدارس با مجازی کردن آموزش و برخی تمهیدات لازم کنترل عملکرد مناسبی داشته‌اند. دانشگاهیان با برگزاری همایش‌ها و وبینارهایی با رویکردهای مختلف در کلیه حوزه‌های اجتماعی، فرهنگی، علوم انسانی، اقتصادی و سلامت، به ارائه مقالات، راه حل‌ها و تحقیقات بسیار موثر و علمی در زمینه کرونا پرداخته و برای کنترل این بیماری تلاش میکنند. شرایط ناشی از کرونا موجب جایگزینی اجباری سیستم‌های جدید بجای روش‌های قدیمی و حضوری شده است. تاثیرات این بیماری در حوزه اقتصادی نیز کاملاً مشهود بوده است.

هجوم گسترده بیماران عدم پذیرش بیمار در مرحله حاد، اولویت بندی تخصیص خدمات و امکانات درمانی، منفعت طلبی و نگرانیهای همگانی بیماریهی روانشناختی از جمله چالش‌ها و مسایل اخلاقی است که در این دوره ایجاد شده و میتوان به آن اشاره کرد. پیامد این شرایط موجب شده تا اقداماتی همچون بستری و قرنطینه اجباری، ممانعت از ملاقات بستگان بیمار در ساعات پایانی حیات و عدم اطلاع دادن به بستگان درجه یک بیمار با وجود عدم تمایل بیمار که در شرایط عادی در منشور حقوق بیمار آمده، کاملاً توجیه پذیر باشد (۱۷).

مسئله حائز اهمیت دیگر، شرایط اقتصادی می باشد چراکه بخش قابل توجهی از مبتلایان به SARS-CoV-2 توانایی پرداخت هزینه‌های تشخیصی، درمانی، تأمین دارو و نیز هزینه‌های پس از ترخیص را ندارند و این بیماران نیاز به برخورداری از خدمات دولتی و حمایت‌های بیمه‌ای با تسهیلات خاص می باشند.

نگرش نظام سلامت کشور نسبت به اپیدمی کرونا:

نظام سلامت کشور از همان ابتدا در صف مقدم مبارزه قرار داشت و با وجود کمبودها و مشکلاتی که وجود داشت، حضور پررنگ و موافقی را داشته.

کادر درمانی در مواجهه با SARS-CoV-2 مجبور به کم کردن تماس فیزیکی و به حداقل رساندن گفتگوی چهره به چهره با بیماران شدند و به نظر می‌رسد این مسئله میتواند زمینه ساز شکل گیری سوگیری‌های ذهنی اشتباهی در مبتلایان گردد. اگرچه چنین رفتارهایی برای حفظ سلامت و جان کادر درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و اجتناب ناپذیر می باشد، اما باید به این نکته توجه داشت که می توان با ارائه توضیحات کافی به بیمار، لزوم و اهمیت رعایت فاصله گذاری را خاطر نشان کرد. از اینرو آگاه ساختن بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است که می توان با استفاده از روان شناسان خبره بر بالین بیماران مرتفع شود.

مواد و روش کار

متن مقاله نیز همچون بخش چکیده، با قلم نازنین اندازه ۱۰/۵ و قلم Times New Roman با اندازه ۹/۵ برای لغات انگلیسی نوشته شود. عنوان بخش‌ها باید با قلم یاقوت اندازه ۱۱/۵ و پررنگ نوشته شود.

یافته‌ها

مقاله حاضر با روش مرور نقلی بر مقاله‌ها و یافته‌های علمی در رابطه با کروناویروس جدید (COVID-19) انجام شده است و بر اساس هدف پژوهش با جستجوی کلیدواژه‌های COVID-19، Biological Ethics، Bioethics، Ethics، Novel Bio-ethics، Novel Coronavirus 2019، Biomedical issues، Biological، Wuhan coronavirus infection، coronavirus disease به مرور متون قابل دسترس پرداخته است. مقالات

منتشر شده از تاریخ ۱ January 2020 تا ۱۵ May 2021 با کلید واژه های ذکر شده، مورد بررسی قرار گرفتند. مقالات استخراج شده از پایگاههای پاب مد، گوگل اسکولار و اسکوپوس شامل ۷۰۸ مقاله، و از پایگاههای Embase، ساینس دایرکت، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایرانمדיکس و مگیران شامل ۶۳۷۱۷ مقاله بود. جستجو به هر دو زبان انگلیسی و فارسی صورت پذیرفت. علاوه بر جستجو در پایگاه های معتبر ذکر شده، برخی از دستورالعمل ها و مقالات آنلاین نیز از وبگاه سازمان جهانی بهداشت و مرکز ملی پیشگیری و کنترل بیماری ها استخراج گردید. مقالات غیر مرتبط با بیماری کووید-۱۹ یا غیر مرتبط با اخلاق، خارج شد و سپس دویلیکیت ها خارج شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مقالات مرتبط در زمینه جامعه سلامت، بیماران و همراهان و جامعه بودند و معیار خروج از مطالعه کلیه مقالات به زبان های دیگر به غیر از زبان انگلیسی و فارسی بودند. براساس معیارهای ورود و خروج، ۵۳ مقاله مرتبط پیدا شد که ۴۹ مورد مقاله به انگلیسی و ۴ مقاله به فارسی بودند که وارد مطالعه شدند.

استراتژی نظام سلامت کشور در برابر بیماری کرونا:

نظام سلامت کشور علاوه بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، مسئول حفظ و صیانت از حقوق بیماران و حرکت در چارچوب مرزهای اخلاق حرفه ای می باشد.

مسلّم است در شرایط اپیدمی نقض برخی از اصول اخلاق حرفه ای غیر قابل اجتناب بوده و ممکن است مسئولین حفظ سلامت عمومی، توجیهی برای عدم توجه به برخی حقوق فردی بیماران عنوان نمایند. اگرچه تعیین حد و مرز این گونه اقدامات به منظور شناسایی چالش های اخلاقی فعالان حوزه سلامت در مقابله با کرونا نیازمند حرکت در چارچوب اخلاق حرفه ای جهت عبور از این بحران میباشد.

متن نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید. این منشور دارای ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره پایانی است که بالاتر عنوان شد. مطابق با منشور حقوق بیمار، ضرورت رعایت حقوق بیمار در محور های پنج گانه آن شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار جهت دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار، رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که به ترتیب در بندهای ۱۴، ۴، ۷، ۹ و ۳ عنوان شده و مورد توجه قرار گرفته است (۱۷).

اگرچه تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار اقدامی ارزشمند در جهت ایفای حقوق بیماران می باشد، اما زمانی می توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که تمهیدات لازم جهت توجه همه جانبه به حقوق کلیه ذی نفعان، شناسایی موانع، راهکارهای اجرایی شدن منشور و هم چنین لحاظ نمودن رعایت حقوق بیماران به عنوان یکی از شاخص های ارزشیابی مراکز ارائه خدمات سلامت فراهم گردد.

در مواجهه با بیماران کرونایی کم کردن تماس فیزیکی و به حداقل رساندن گفتگوی چهره به چهره با بیمار می تواند زمینه ساز شکل گیری ذهنیات غلط در بیماران گردد. اگرچه جهت حفظ جان کادر درمانی، چنین رفتارهایی اجتناب ناپذیرند اما می توان با دادن توضیحات کافی به بیمار و آگاه ساختن وی بروز آسیب های روحی و زمینه ساز بروز اختلالات روانشناختی در بین کارکنان پزشکی و بیماران میشود پیشگیری گردد. از اینرو بهره گیری از دانش و تجارب روان شناسان خبره در مراکز درمانی بیشتر از قبل ضروری به نظر می رسد (۱۹، ۱۸).

در مطالعات انجام شده، چالش های اخلاقی پرستاران در سه حوزه thematic ترس ایمن بودن، نقش و مورال دیسترس در پرستاران، تخصیص منابع و ارتباط بین مراجعه کننده و پرستار دسته بندی شده اند.

عدم حمایت کامل از پرستاران در سراسر صنعت بهداشت، سوالات اخلاقی مانند میزان وظیفه آنها، کمبود منابع و خرابی تجهیزات حفاظت فردی را بوجود آورده است. همچنین تعداد قابل توجهی از پرستاران نیز به دلیل اینکه تحت فشار طولانی مدت برای نگهداری و ارائه مراقبت های پرستاری ایمن و با کیفیت بالا قرار داشتند با ناراحتی اخلاقی روبرو می باشند (۲۰).

پرستاران به اجبار بسیاری از بیماران COVID-19 را از داشتن آخرین ارتباط و ملاقات با خانواده هایشان جلوگیری می کنند. این مسئله چالش اخلاقی دیگری است که پرستاران با آن مواجه می باشند (۲۰).
در گذشتگان مبتلا به کرونا باید با رعایت پروتکل های بهداشتی به خاک سپرده شوند و مطابق با راهنمای کنترل محیطی نحوه دفن ایمن اجساد تدفین انجام شود تا تماس های تشیع کنندگان به حداقل برسد.

جدول (۱): انواع چالش ها در اپیدمی COVID-19

Reference	چالش هایی پیش رو در مواجهه با SARS-CoV-2
(21)	تداوم زیست اجتماعی در دوران کرونا نیازمند تغییر سبک زندگی است.
(17)	در صورت تعارض سلامت عمومی با برخی حقوق شخصی بیمار، نقض حقوق فردی مجوز اخلاقی لازم را خواهد داشت.
(18)	بهره گرفتن از دانش و تجارب روان شناسان خبره در مراکز درمانی جهت ممانعت از بروز آسیب های روحی در کادر درمان و چه ضروری است.
(19)	چالش های بوجود آمده در بحران SARS-CoV-2 می توانند اصول اخلاقی را متزلزل کرده و معضلات اخلاقی و مورالیتی را افزایش دهند.
(22)	ممکن است بحران SARS-CoV-2 همراه با معضلات اخلاقی نظیر لغو تصمیمات مربوط به حمایت از زندگی بیمار و کاهش کیفیت خدمات پشتیبانی در پایان زندگی فرد و لغو ملاقات های خانوادگی باشد.
(23)	تراکم کار، کمبود تخت بیمارستانی و میزان سرایت بالای بیماری با مواردی مانند افزایش فشار و بار مسئولیت کادر درمانی همراه بوده که قادرند تا اصول اخلاقی را متزلزل نمایند
(24)	تصمیم گیری در مورد عدم پذیرش بیمار به دلیل کمبود تخت در بخش ICU و حتی هنگام بروز یک اپیدمی، باید با روش تصمیم گیری معمول انجام شود اما این مسئله در بحران کووید-۱۹ رعایت نمیشود و آمار مرگ به دلیل تاخیر در تصمیم گیری بالا میرود.
(25)	در بحران SARS-CoV-2 معیارهای انتخاب بیمار تغییر کرده و اولویت در سهولت کار کادر درمان می باشد.
(22)	ارتباط و پشتیبانی مناسبی از اعضای خانواده صورت نگرفته و در تصمیم گیریها مشارکت داده نمی شوند.
(۲۶)	به دلیل شرایط اقتصادی، اصل خدمات دهی عادلانه برای بسیاری از بیماران رعایت نمیشود.
(۲۶)	پزشکی از راه دور جایگزین ویزیت حضوری و تماس نزدیک با بیمار شده است.
(27)	بروز اضطراب، ترس، افسردگی، برچسب زنی، رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری، اختلال خواب و نیز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) از عوارض ثانویه SARS-CoV-2 می باشند.
(28)	قرنطینه های طولانی مدت خانواده ها موجب بروز اختلالات مختلف روانشناختی مثل اختلال در خواب با افزایش اضطراب میشود.
(29)	افزایش اضطراب و نگرانی در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ در مادران باردار با عوارضی همچون افزایش افسردگی، مسمومیت، تهوع و استفراغ، زایمان زودرس، تولد بچه با وزن کم و نمره اپگار پایین همراه بوده است.
(30)	به دلیل روند بالینی خفیف یا بدون علامت این ویروس، تشخیص زودرس آن برای متخصصان
(31)	کودکان و بهداشت عمومی دشوار است.
(32)	تجارت الکترونیک جایگزین ارائه خدمات معمول روزمره انسانها شد و کشورهای جهان ضررهای
(12)	اقتصادی هنگفتی را متحمل شدند. تعداد خودکشی ها و مرگ در طول بحران های اقتصادی بیشتر

گسترش جهانی اپیدمی COVID-19 از طریق سفر اتفاق می افتد. به دلیل گسترش جهانی اپیدمی COVID-19 از طریق سفر، فعالیت بسیاری از شرکت ها، خبرگزاری ها و مراکز آموزشی بصورت دورکاری ادامه یافت.

یافته ها در مورد بیماران COVID-19 :

مطالعه Robert و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد همه گیری موجب افزایش بی سابقه نیاز به بستری بیماران در بخش های مراقبت ویژه ICU شده و نگرانی های اخلاقی را نه تنها پیرامون تریاژ و لغو تصمیمات مربوط به حمایت از زندگی، بلکه در مورد ملاقات های خانوادگی و کیفیت خدمات پشتیبانی از پایان زندگی را موجب شده است (۲۲). مطالعه White و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد در مواجهه با تغییرات عمیق بوجود آمده در مدیریت بیمار به دلیل تراکم زیاد کار، کمبود تخت های بیمارستانی در دسترس، مواجهه با تجربه های دردناک، همچنین امکان انتقال بیماری برخلاف اصول اساسی اخلاقی است که منبع آن نیز فشار و بار مسئولیت کادر درمانی است که مجبور به مراقبت هستند (۲۳). این موارد ممکن است با متزلزل کردن اصول اخلاقی، معضلات اخلاقی ما را واضح تر کرده و منجر به ایجاد مشکلات عمده مراقبتی شوند (۲۲). تصمیم گیری در مورد عدم پذیرش بیمار دارای شرایط حاد در بخش ICU و حتی در طی یک اپیدمی، باید با روش تصمیم گیری معمول انجام شود. اگرچه، با افزایش تعداد درخواست های پذیرش در بحران کوید-۱۹، کمبود تخت های ICU به طرز چشمگیری افزایش یافت. خطر مرگ و میر در بیمارانی که به دلیل کمبود تخت در ICU پذیرش نمی شوند یا با تأخیر پذیرش می شوند افزایش می یابد. (۲۴). مطالعه Robert و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که در صورت کمبود تخت ICU، معیارهای انتخاب بیمار تغییر کرده و به ناگزیر بیمارانی بیشتر مورد توجه قرار می گیرند که نیاز به مراقبت کمتر و راحت تر بوده و تسکین پذیری و تاثیر پذیری دارویی بهتری دارند (۲۵).

چالش اخلاقی دیگر در تخصیص خدمات و امکانات درمانی به مبتلایان در وضعیت کمبود تجهیزات نمایان می شود. اگرچه غالب پرسش شوندگان بر ضرورت اولویت بندی اتفاق نظر داشتند اما در ملاک اولویت بندی اختلاف زیادی قابل مشاهده بود. تهیه دستورالعمل واحدی برای اجرا در شرایطی مانند بحران اخیر امری ضروری است (۲۳، ۳۳، ۳۴).

در مواجهه با هجوم گسترده بیماران و کمبود شدید تجهیزات، خطر "فدا کردن آسیب پذیرترین بیماران" اعتقادات اخلاقی را متزلزل می کند. در (جدول شماره ۲)، طرحی سه گانه با توجیهات اخلاقی برای به حداکثر رساندن منفعت بیشتر افراد ارائه شده است که باید از این نوع تصمیم گیری ها بر حذر بود (۲۳، ۳۳، ۳۴).

یافته های مطالعه Robert و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که اپیدمی کوید-۱۹ مراقبت های خانواده محور در ICU را تحت تاثیر قرار داده است. جهت جلوگیری از ابتلای سایر بیماران یا متخصصان بخش مراقبت های بهداشتی، زمانی اجازه داده میشد که از ناقل نبودن بستگان و سایر اعضای خانواده اطمینان حاصل بشود تیم ICU قادر به پیشنهاد مشارکت در تصمیم نیستند و این وضعیت برای بیماران و اعضای خانواده مضر است (۲۲).

در مطالعه Barnett و همکاران (۲۰۲۰) مسائل مالی مربوط به پذیرش و درمان بیماران در شرایط بحران کرونا مطرح شد و شرایط اقتصادی بسیاری از بیماران به گونه ای بود که کفاف هزینه های تشخیصی و درمانی را نمی دهد و ارائه خدمات دولتی و حمایت های بیمه ای محدود در شرایط اقتصادی کنونی باعث شده تا برخی مراکز و از جمله بخش خصوصی مجبور به مغفول گذاشتن اصل خدمات دهی عادلانه شوند. حتی اگر برخی از بیماران هم خدمات رایگان در قسمت تشخیص و بستری را دریافت می کردند، در تأمین دارو و هزینه های پس از ترخیص با مشکلات جدی مواجه می شدند. البته ذکر این نکته ضروری به نظر می رسد که ارائه و انجام خدمات پزشکی از راه دور جایگزین برخی موارد اخیر شد. همچنین کلیه اقدامات جراحی

^۱Intensive Care Unit (I.C.U)

انتخابی بستری و سرپایی و همچنین تمام ویزیت‌های انتخابی پزشک‌ها لغو گردید. اگرچه هنوز هم میزان مراجعه بیماران بالینی در سطح کشور کاهش یافته، درآمد نیز به همین ترتیب کاهش یافته.

بسیاری از بیمارستان‌ها فاقد زیرسازي مالي هستند و مراکز سرپایی هزینه‌های ثابت قابل توجهی دارند و به سرمایه و سایر منابع نقدینگی دسترسی ندارند.

احتمال ورشکستگی یا بسته شدن مراکز ارائه دهنده خدمات وجود دارد. بسته شدن بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشک می‌تواند ظرفیت ارائه مراقبت در طول و پس از همه‌گیری را کاهش دهد (۲۶).

مطالعه Shahyad و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد این بیماری نه تنها نگرانی‌هایی را در سلامت همگانی موجب شده است، بلکه سبب بروز برخی از بیماری‌های روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی، برچسب زنی، رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری، اختلال خواب و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) شود که قبلاً نیز به آنها اشاره شده است. در این شرایط، حفظ وضعیت سلامت روان افراد ضروری است (۲۷). Xiao و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند لزوم رعایت فاصله گذاری اجتماعی که رایج ترین و بهترین استراتژی ممانعت از انتشار بیماری به شمار میرود، موجب ماندن افراد مختلف جامعه در منزل شده است که می‌تواند موجب بروز اختلالات روانشناختی ذکر شده در بین افراد و خانواده‌ها شود. نتایج تحقیق انجام شده در افرادی که به مدت ۱۴ روز در طی انتشار کووید-۱۹ در ژانویه ۲۰۲۱ در چین خود را ایزوله کرده بودند نشان داد اختلال در خواب با افزایش اضطراب و استرس در این افراد ارتباط داشته که میتوان با حمایت‌های اجتماعی مناسب سبب بهبود کیفیت خواب در این بیماران بشود (۲۸).

مطالعه دیگری توسط Su, Liang و همکاران مطابق با اصول اساسی بیانیه هلسینکی (Declaration of Helsinki) در سال ۲۰۲۰ در مورد سرایت در بین خانواده انجام شد. نتایج این مطالعه پیشنهاد کرد که ابتلا به کووید-۱۹ در کودکان عمدتاً به علت انتقال خانوادگی صورت می‌گیرد. همچنین علائم بیماری در این کودکان خفیف بوده و پیش‌آگهی در آنان بهتر از بزرگسالان بوده است. اگرچه، نتیجه PCR مدفوع آنها نسبت به خانواده آنها مدت زمان بیشتری نشان میدهد. به دلیل روند بالینی خفیف یا بدون علامت این ویروس، تشخیص زودرس آن برای متخصصان کودکان و بهداشت عمومی دشوار است (۳۰).

در بررسی که توسط Blot و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد نشان داده شده است که بیماری COVID-19 بیشتر افراد آسیب پذیر مانند افراد مسن، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سرطانی را مورد هدف و تهاجم قرار داده است (۳۵). این مسئله موجب شده تا بسیاری از مسائل اخلاقی را که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در مراقبت از بیماران و خانواده‌ها با آن روبرو هستند را با مسائل و مشکلاتی مواجه سازد (۳۶).

جدول (۲): اولویت ارائه خدمات بر بالین بیمار (۲۳، ۳۳، ۳۴)

اولویت ارائه خدمات بر بالین بیمار
افرادی که احتمال زنده ماندن در بیماری کووید-۱۹ را دارند را در اولویت قرار گیرند.
افرادی که احتمال عمر بیشتر پس از بهبودی آنها هست (با در نظر گرفتن شرایط بیماری‌های زمینه‌ای) در اولویت قرار گیرند.
افراد با سن و سال کمتر در اولویت قرار گیرند.
کسانی که جایگاه اجتماعی خاصی دارند، در اپیدمی‌ها به دیگران اولویت داده شوند.
بدترین وضعیت در اولویت قرار گیرد (بیمارترین یا جوانترین).
در صورت مراجعه زودتر، برخورداری زودتر از خدمات و امکانات میسر شود.
در نهایت تصمیم‌گیری بر اساس شانس.

یافته ها در مورد زنان باردار در مواجهه با SARS-CoV-2:

شیوع کووید-۱۹ یکی از عواملی است که میتواند باعث افزایش سطح اضطراب و استرس در زنان باردار شود. بر اساس یافته های مطالعات دکتر رشیدی فکاری و همکاران در سال (۲۰۲۰)، افزایش سطح نگرانی و استرس در طی حاملگی باعث افزایش مسمویت بارداری، افسردگی بارداری، نیاز به حمایت های عاطفی بیشتر، میزان تهوع و استفراغ در دوران بارداری، زایمان زودرس، تولد بچه با وزن کم و نمره اپگار پایین میگردد (جدول ۱ از این رو در مواردی گزارش شده است که به دلیل نگرانیها و اضطراب بیش از اندازه، برخی از مادران باردار خواستار ختم بارداری و سزارین انتخابی هستند. نهایتاً، برخی از مادران باردار نگران فرزندان خود پس از زایمان برای غربالگری و واکسیناسیون در شرایط شیوع بیماری کووید-۱۹ میباشند (۲۹). مطابق یافته های تحقیقی که در کشور چین توسط Yan-Ting و همکاران انجام شد افسردگی زنان باردار در طول شیوع بیماری کووید-۱۹ نیز افزایش یافته و به تایید رسیده است (۳۷).

یافته ها در مورد زیست اجتماعی در بحران SARS-CoV-2:

پاندمی SARS-CoV-2 موجب برهم خوردن تعادل و پایداری در روابط انسان و طبیعت است. به دلیل پارادایم حاکم بر روابط انسان و محیط (جبرگرایی محیطی) و توسعه تکنولوژی انسان شروع به بهره برداری بی رویه از طبیعت کرد. نبود یا کندی آگاهی بر مسئولیت های انسان در برابر طبیعت و در نهایت مداخلات غیرمسئولانه بشر در فرایندهای طبیعی، جهانیان را درگیر نوعی پاندمی جهانی بانتشار سریع کووید ۱۹ و فراگیری کرونا کرد. واقعیتی تلخ که به سختی باور شد و به آسانی حیات زیستی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی را تهدید و تحت تأثیر قرار داده و خواهد داد.

تا زمانی که محیط طبیعی دستخوش این تغییرات شدید باشد جامعه انسانی هم با مشکلات عدیده ای مانند کووید ۱۹ روبه رو خواهد شد. زندگی سالم در محیط سالم است، بر اساس این نظریه باید زمینه های دست اندازی انسان را شناسایی، کنترل و جدی گرفت. پیروزی اخلاقی تمام کارهای ما را در راستای رسیدن به عدالت کمک می کند. در چهارچوب اجتماعی اخلاق بنا بر نظریه لاولاک (۲۰۰۹، Lovelock) محیط توانایی این را دارد که در مقابل ناملایمات ایجاد شده فعال شده و خود را بازسازی کند. اما زمان لازم برای این بازسازی بسیار طولانی تر از قدرت تحمل انسان است. بنابراین انسان برای دوری از آثار زیان آور باید در مسیر کاهش روابط و تعاملات اجتماعی حرکت کند و در این راه از موارد زیر کمک گرفته است.

فناوری های روز و بسترهای شبکه های اجتماعی در تداوم لزوم جلوگیری از تعاملات اجتماعی نقش دارد تجارت الکترونیک به عنوان جایگزینی برای ارائه خدمات معمول روزمره انسانها برجسته شد.

با بسته شدن مراکز تفریحی، سینماها، تئاترها و مراکز گردشگری، تلویزیون های اینترنتی، شبکه های اجتماعی، تماس های اینترنتی، رشد خدمات آموزشی آنلاین و دورکاری و همچنین تغییر عادات روزمره مردم در مناسبات اجتماعی به جایگزین های اصلی تبدیل شدند (۳۱).

شرکت ها با نوآوری در فعالیت ها و فرایندهایشان و دولت ها نیز با اعمال سیاست های مالی و حقوقی از بسترهای تجارت الکترونیک حمایت کردند. همچنین (۳۱).

با تغییر عادات و کاهش روابط و تعاملات اجتماعی فضای امن تری در بحران SARS-CoV-2 فراهم آمده است (۳۸). جنبه های اخلاقی بحران های زیست محیطی اگر مرتفع شود شرایط حیات سالم فراهم میشود، و اخلاق ارزش های زندگی انسان را در چهارچوب منطقی تعریف می کند و به زندگی انسان معنی و تداوم میبخشد.

یافته ها در مسافران:

Foch, Emilie و همکاران در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ انجام دادند نشان دادند یکی از موارد که در افزایش شیوع بیماری نقش موثری دارد، سفر افراد به نقاط دیگر است که باعث افزایش سرعت پراکنده شدن این عامل بیماری زا می شود در این مطالعه ۶۰ درصد از مسافران آلوده به ویروس، با توجه به امکانات موجود قابل تشخیص نیستند و با وجود غربالگری توسط

اسکرنهای حرارتی نیز بعید است بتوان تعداد کافی از افراد الوده را برای جلوگیری از انتقال ویروس به مناطق جدید تشخیص داد. البته انتقال در دوره های بدون علامت، خفیف یا پیش از ظهور علائم بیماری. دوره ی نهفتگی طولانی هم کنترل شرایط شیوع را سخت تر می کند (۱۲). همچنین Foch, Emilie و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به عفونت های COVID-19 در معرض افزایش فرآیندهای التهابی و مشکلات انعقاد خون هستند. اغلب هیپوکسمی منجر به کم تحرکی و استراحت طولانی مدت در بستر شده و موجب افزایش خطر آمبولی ریوی می شود. این عارضه در بیماران مبتلا به ذات الریه COVID-19 و به دنبال پروازهای طولانی مدت بروز کرده است (۱۲).

جورجو آگامبن^۴ فیلسوف ایتالیایی موج ترسی که جامعه را فلج کرده است، نشان می دهد که جامعه ما دیگر به هیچ چیز جز «خود زندگی» باور ندارد. ملزومات اضطرار، ما را محکوم به حیاتی در شرایط حکومت نظامی کرده است. و این، یکی از غم انگیزترین جنگها است: جنگی با یک دشمن نامرئی که در کمین همگان نشسته است. (۳۹).

واکسیناسیون:

یکی از راههای پیشنهادی برای برگشتن به زندگی طبیعی و ادامه آن در جوامع، انجام واکسیناسیون عنوان شده است. یکی از چالش های اخلاقی در این اپیدمی مربوط به تولید و انجام واکسیناسیون در سطح ملی و بین المللی در هر کشور می باشد. از آنجا که بار COVID-19 بطور ویژه بر دوش کادر درمان و گروه های پرخطر (بیماران دیالیز خونی، دیالیز صفاقی، هموفیلی، تالاسمی، ام اس، MPS، CF، SMA، اتیسم، پیوند اعضا و مبتلایان به سرطان، بیماران به نقص سیستم ایمنی بدن (PID)، بیماران خاص و صعب العلاج) و افراد مسن است، ضروری است که شرکت کنندگان در کارآزمایی های بالینی متنوع بوده و دارای نمایندگانی از آحاد مردم و کل جمعیت باشند.

Fauci و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند پیامدهای اخلاقی پاسپورت واکسن و سایر نیازها و چالش های پیش روی واکسن یک برنامه چند بخشی بین المللی لازم دارد (۴۰) در هر مرحله از مراحل تولید، توزیع و استقرار واکسن، باید ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شود (۴۱).

سرعت تولید واکسن COVID-19 در مقایسه با واکسن های معمولی سایر بیماری ها بطور قابل توجهی سریعتر است (۴۲) و صدور مجوز حتما باید توسط کمیته اخلاق بررسی انجام شود (۴۳).

مطالعه دیگر که توسط Eyal و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد نشان داد به دلیل ملاحظات اخلاقی مدل های پیشنهادی، مدل Controlled Human Infection Model (CHIM) به عنوان گزینه ای برای تسریع تولید واکسن COVID-19 مطرح شده است (۴۴). این مدل شامل جمعیت های ناهمگنی هستند که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری قرار دارند (۴۳، ۴۴).

اصول اخلاقی CHIM مورد بررسی قرار گرفته، و برای نشان دادن ارزش بالای اجتماعی و فرآیندهای اخلاقی در مورد COVID-19 عمدتاً بر این موضوع تأکید کرده اند که آیا خطرات قابل قبول هستند و می توان با استفاده از روشهای دقیق برای به حداکثر رساندن درک از شرایط، شرکت کنندگان رضایت آگاهانه با کیفیت بالا را تهیه کرد و این رضایت، نمی تواند حقوق فردی شرکت کنندگان را تحت عنوان واکنش اضطراری را نقض کند، و باید توجه ویژه ای به حقوق فردی و اورژانس بهداشت جهانی شود (۴۳، ۴۴). تعیین و اثبات اثر بخشی معمولاً به جمع آوری و مقایسه حجم نمونه زیاد که به طور تصادفی واکسن یا دارونما (placebo) دریافت کردند بستگی دارد (۴۵).

با وجود انتقال فرد به فرد، ثابت شده واکسن بر روی انواع جهش ها موثر است چرا که قطعه ای که برای واکسن انتخاب می شود معمولاً اپیتوپ های زیادی را در بر می گیرد و صرفاً یک نوع آنتی بادی تولید نمی شود (۱۴، ۱۵). باید توجه داشته باشیم که داروهای موجود مشابه بوده و برای پایان پاندمی تسریع در واکسیناسیون نیاز است (۴۱، ۴۶).

^۴ - Giorgio Agamben

نتایج:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد از مجموع ۵۳ مقاله ۴۹ (مقاله به انگلیسی و ۴ مقاله به فارسی) که وارد مطالعه شدند، ۸ درصد مقالات در مورد تغییر شرایط زیست اجتماعی با شیوع Novel SARS-CoV-2 و قرار گرفتن در شرایط اضطراری بود. بحران اقتصادی و عدم اطمینان شغلی، سلامت روانی و جسمی جامعه را تحت تاثیر قرار داده و با فشار بیشتر بر جمعیت های آسیب پذیر، مرگ و زیان بیشتری را همراه دارد. در ۶ مقاله به تداوم زیست اجتماعی با تغییر سبک زندگی و کاهش زمان سپری نمودن در محیط های شلوغ با جایگزین کردن مدل های جدید رفتار اجتماعی اشاره کردند که با تعریف جدید کنش های عاطفی میتوانیم نگرانیها و اضطراب بیش از اندازه و افسردگی را در تمام شخصیت های موجود در جامعه و حتی زنان باردار را کنترل کرده و از بحران عبور کنیم.

در ۴ مقاله به لزوم رعایت منشور پنج گانه حقوق بیمار در کلیه ابعاد ارائه خدمات سلامت مانند رعایت همه جانبه حقوق ذی نفعان، رعایت حقوق بیماران و ارائه دهندگان خدمات تا جایی که سلامت عمومی به خطر نیوفتد، تاکید شده است. همچنین ۵/۸ درصد از مقالات اشاره کردند که لازم است به بیماران در مورد علت فاصله گرفتن از اصول اخلاق حرفه ای توضیح داده و آنان را آگاه بنمایند، تا ضرورت حفظ جان و سلامت کل افراد جامعه را درک کنند و موجب سوگیری های نادرست در ذهن بیماران و آسیب روحی به ایشان نشود.

در ۵/۳ درصد از مقالات تاکید شده است که مراقبت از بیمار کرونایی مستلزم صرف وقت و انرژی زیادی است و با ایجاد فشار مضاعف موجب بروز خستگی بیشتر در کادر درمان و بویژه کادر پرستاری میشود و شرایط موجود متخصصان را در برابر چالش های اخلاقی مختلف قرار میدهد. همچنین اشاره کردند هجوم بی سابقه ی بیماران به بخش های ICU نگرانی های اخلاقی پیرامون تریاژ، لغو تصمیمات مربوط به حمایت از زندگی، لغو ملاقات های خانوادگی و کیفیت خدمات پشتیبانی از پایان زندگی را ایجاد کرده است.

۵ مورد از مقالات تأخیر در پذیرش و تغییر معیارهای انتخاب بیمار در تخصیص خدمات و امکانات درمانی به افرادی که امید بیشتری به زنده بودن آنها هست و ضرورت تهیه دستورالعمل واحد برای مدیریت این نوع خطاها در زمان بحران را مورد ارزیابی قرار دادند. در خصوص بعد نظارتی، ۳ مقاله انجام شناسایی اختلالات روان شناختی در افراد آسیب پذیر جامعه، برنامه ها و پروتکل های روان درمانی مناسب و کنترل افراد تحت خطر مورد بررسی قرار داده و به ارائه راهکارهایی را در این زمینه پرداخته اند.

بررسی چالش ها و تاثیرات اپیدمی Covid-19 در ایجاد بحران اقتصادی و عدم اطمینان شغلی بوده در ۵ مقاله انجام شده است و نتایج آنها تاکید نمودند که این بیماری سلامت روانی و جسمی جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد.

همچنین ۳ مقاله بر دشوارتر بودن تشخیص زودرس کووید در کودکان به دلیل روند بالینی خفیف و بدون علامت بودن بیماری تاکید داشتند. ۳ مقاله در مورد ارتباط سرایت با مسافرت و افزایش سرعت شیوع بیماری حتی با وجود غربالگری اشاره کردند. اکثر مقالات واکسیناسیون را موثرترین راه مقابله با ویروس SARS-CoV-2 عنوان کرده اند. و همچنین ۲ مقاله هم خاطر نشان کردند که رشد خدمات آموزشی آنلاین و تجارت الکترونیک به همراه دورکاری با تغییر عادات و کاهش روابط و تعاملات اجتماعی توانسته فضای امن تری در بحران حاصله از SARS-CoV-2 را فراهم آورده است. این مقالات به جنبه های مختلف این مسئله اشاره کرده اند.

بحث:

شیوع فعلی بیماری کووید-۱۹ باعث ایجاد وضعیت اضطراری و مخاطره آمیز برای سلامت عمومی شده و تا حدودی باعث ایجاد فاصله از اصول مورالیتی شده است. در حقیقت پاندمی COVID-19 نوعی چالش مداومی است که پاتوژن های عفونی در حال ظهور و نوپدید ایجاد می کنند و به همین دلیل همگی نیاز به نظارت مداوم، تشخیص سریع و تحقیقات قوی دارند (۴۷).

مطالعه Fauci و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد در طی یک بیماری همه گیر، باید از اصول بنیادی اخلاقی و علمی پیروی شود. این امر به تعیین سریع و قطعی ایمنی و اثربخشی مداخلات کمک می کند (۴۰).

بررسی دیگری که توسط Darton و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد بر اهمیت اخلاق زیستی در کارزار رقابت تولید واکسن COVID-19 در کوتاه کردن مراحل کارآزمایی بالینی، تولید واکسن، به حداقل رساندن خطرات مرتبط با تسریع در نتایج تحقیقات بوجود آمده، ایمنی و کارایی در ایجاد ایمنی در مردم تاکید کردند (۴۳).

اصول اساسی اخلاقی و علمی برای انجام آزمایشات در شرایط اضطراری مانند همه گیری COVID-19 عبارتند از: رفتار اخلاقی برای جلوگیری از بهره برداری، مشارکت با محققان و مقامات کشورهای درگیر، اعتبار علمی، بررسی مستقل، نظارت علمی و شفافیت است. ارتباط بین این اصول به ویژه در شرایط شیوع بسیار مهم است و شرایط محلی و جغرافیایی می توانند توسعه این روابط را پیچیده کنند (۴۷).

مطالعه Shah و همکاران (۲۰۲۱) در مورد چالش تردید بزرگسالان در انجام واکسیناسیون انجام شد، خاطر نشان کرد این مسئله حتی ممکن است موجب چالش بزرگتری در بزرگسالانی که درباره واکسیناسیون کودکان خود تصمیم می گیرند شود. بنابراین، ملاحظات اخلاقی در مورد ارزش مصونیت ملی و محافظت عمومی باید توسط کسانی انجام شود که به داشتن حق انتخاب افراد برای انجام واکسیناسیون احترام قائل بوده و به آن معتقد می باشند (۴۱).

در شرایط اضطراری آسیب پذیری جمعیت های آسیب پذیر بیشتر می شود که می تواند تصمیم گیری ها را تحت تاثیر قرار داده و نتایج کارآزمایی بالینی را مخدوش نماید. نتایج تحقیقات Landrigan و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد مواجهه با بیماری کرونای جدید موجب ایجاد چالش های مهمی برای سلامت عمومی و جامعه علمی شده است. رشد منفی اقتصادی دارای اثرات زیان باری بر سلامتی و مرگ و میر می باشد. عدم اطمینان شغلی بر عزت نفس، استرس و سلامت روانی و جسمی تاثیر نامناسب می گذارد، تعداد خودکشی ها و مرگ در طول بحران های اقتصادی بیشتر است (۳۲).

بنابراین تولید یک واکسن ایمن و موثر به منظور جلوگیری از شیوع COVID-19 و جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از انتقال آن امری کاملاً ضروری است. در همین راستا خاطر نشان می گردد رعایت اصول اخلاقی حاکم بر تحقیقات و کارآزمایی های بالینی استاندارد، اعمال سیستم های کنترل کننده و نظارتی دقیق تر بیش از هر زمان دیگری مورد نیاز است. بنابراین به نظر می رسد کمیته های اخلاقی (Ethics Committees (EC و هیئت های بررسی نهادی (IRB) Institutional Review Boards باید نظارت دقیق تری بر انجام مطالعات را داشته باشند.

شناخت چالش های اخلاقی و تلاش بر بهبود و رفع آن ها توسط کادر درمانی، منجر به افزایش کیفیت خدمات سلامت و پیشرفت روند درمان می شود و از ایجاد فشارهای روحی و روانی بر بیمار و جامعه جلوگیری کرده و موجب پرهیز از سوگیری ها می شود.

یافته های مطالعه Lyon و همکاران (۲۰۲۱) پیشنهاد کرده است بیماری Coronavirus هشدار جدی است که انجام اقدامات عمومی برای پیشگیری و ممانعت از استفاده از روش های پیچیده بیوتروریسم با انتشار عمدی عوامل زیستی در بین جوامع انسانی را امری کاملاً ضروری دانسته که برای جلوگیری از خسارات جبران ناپذیر ایجاد شده مانند تلفات، رکود اقتصادی، چالش های اخلاقی، استرس ها مورد نیاز است. البته شاید نتوان ارتباطی بین بیوتروریسم و تضعیف دولت ها، امنیت ملی و پیامد های آن بر آینده دنیا را ثابت کرد، اگرچه تحقق آن بدون درگیری در میدان جنگ و یا تحمل هزینه ی کلان، گزینه معقولی برای ساقط کردن ملت ها میباشد (۴۸).

نتیجه گیری:

در مواجهه با بیماران کرونایی، کادر درمانی مجبور به حفظ فاصله، کم کردن تماس فیزیکی و به حداقل رساندن هرگونه تماس فیزیکی و ارتباط نزدیک با بیمار هستند، لذا با دانستن این مسئله که با افراد دردمند و نیازمند توجه رو به رو هستیم، می توانیم با انجام مداخلات روانشناسی مانع از شکل گیری ذهنیات غلط در بیماران شویم. اگرچه جهت حفظ جان کادر درمانی، چنین رفتارهایی اجتناب ناپذیرند اما می توان با دادن توضیحات کافی به بیمار و آگاه ساختن وی از ضرورت انجام این نوع اقدامات، مانع از پیش داوری بیمار و نیز ایجاد آسیب های روحی شد (۱۸-۱۹-۲۰). در این راستا به نظر می رسد باید اصل خدمات دهی عادلانه در شرایط اقتصادی کنونی رعایت شود. همچنین باید بر سلامت روان افراد و انجام حمایت های اجتماعی مناسب حتی در قرنطینه های طولانی تاکید شود (۲۶، ۲۷، ۲۵). بنابراین با شناسایی این اختلالات روانشناختی در افراد آسیب

پذیر جامعه و ارائه برنامه ها و پروتکل های روان درمانی مناسب و هدفمند میتوان سلامت روان افراد را در سطوح مختلف جامعه حفظ نمود (۲۷).

واکسیناسیون covid-19 در سطح جهان، با اعطاء "گذرنامه واکسن" "vaccine passports" شروع شده است. (۴۹).
چالش های اجرایی و اخلاقی قابل توجهی برای اجرای برنامه پاسپورت واکسن وجود دارد. کارت واکسیناسیون تحت مقررات بین المللی بهداشت مجاز است. (۴۹).

دولت ها و سازمان های بین المللی اقدامات زیادی به منظور تشریک مساعی و همکاری برای پیشگیری از این گونه بیماری ها انجام داده اند. کشور چین از چندین برنامه هوش مصنوعی برای مداخله در بحران های روانی حاصل از پاندمی بیماری کووید-۱۹ استفاده کرد. (۵۰، ۵۱).

غلبه بر پاندمی کرونا، نیاز به تسریع در واکسیناسیون دارد و هرچه قدر افراد بیشتری در برابر این ویروس واکسینه شوند فرصت جهش برای این ویروس کاهش خواهد یافت (۱۴).

Zhu N و همکاران در سال ۲۰۲۰ دریافتند که تداوم زیست اجتماعی در دوران کرونا نیازمند تغییر سبک زندگی است. با تغییر سبک زندگی و کاهش مقدار زمانی که افراد در محیط های شلوغ صرف می کنند (۵۲) و برنامه ریزی اصولی مدل های جدید جایگزین روش های قبلی رفتارهای اجتماعی بشود. در این زمان بحرانی ضروری است، کنش های عاطفی و زیست اجتماعی در مواقع بحرانی بازتعریف شود تا ادامه حیات در همه بخش ها به ویژه زیست اجتماعی دچار اختلال بیشتر نشود. اگر چه امکان تعاملات مستقیم محدود شده اما به مدل های جدیدی تبدیل و جایگزین روش های قبلی بشود (۳۸).

References:

۱. Durham P, Stevenson Ba, Farquharson B (1979). Rotavirus and coronavirus associated diarrhoea in domestic animals. *New Zealand Veterinary Journal*, 27(3): pp 30-2.
۲. Peiris JS, Guan Y, Yuen KY (2004). Severe acute respiratory syndrome. *Nature medicine*, ۱۰(۱۲): pp S۸۸-S97.
۳. Pyrc K, Berkhout B, Van Der Hoek L (2007). Identification of new human coronaviruses. *Expert review of anti-infective therapy*, 5(2): pp 245-53.
۴. Rahman A, Sarkar A (2019). Risk factors for fatal middle east respiratory syndrome coronavirus infections in Saudi Arabia: analysis of the WHO Line List, 2013–2018. *American journal of public health*, 109(9): pp 1288-93.
۵. Stockman LJ, Bellamy R, Garner P (2006). SARS: systematic review of treatment effects. *PLoS medicine*, 3(9): pp e343.
۶. Memish ZA, Zumla AI, Al-Hakeem RF, Al-Rabeeah AA, Stephens GM (2013). Family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections. *New England Journal of Medicine*, 368(26): pp 2487-94.
۷. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The lancet*, 395(10223): pp 470-3.
۸. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*, pp 24:91.

۱۰. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC, Nguyen TV, Nguyen HT, Le HQ, et al (2020). Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *New England Journal of Medicine*, 382(9): pp 872-4.
۱۱. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England journal of medicine*.
۱۲. Parry J (2020). China coronavirus: cases surge as official admits human to human transmission. *British Medical Journal Publishing Group*.
۱۳. Foch E, Allou N, Vitry T, Masse L, Allyn J, Andre M, et al (2020). Pulmonary embolism in a returning traveller with COVID-19 pneumonia. *Journal of travel medicine*, ۲۷(۵): pp ۶۳۰-۶۳۳.
۱۴. Gralinski L, Menachery V (2020). Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses*. 2020; 12(2). Epub. ۳۰/۰۱/۲۰۲۰ doi: 10.3390/v12020135. PubMed PMID: 31991541.
۱۵. Agency ISN. What does the Corona Delta type do to us? 6/27/2021 [Available from: <https://www.isna.ir/news>].
۱۶. Ekpunobi N, Markjonathan I, Olanrewaju O, Olanihun D (2020). Idiosyncrasies of COVID-19; A review. *Iranian Journal of Medical Microbiology*, 14(3): pp 290-6.
۱۷. Jabal KA, Ben-Amram H, Beiruti K, Batheesh Y, Sussan C, Zarka S, et al (2021). Impact of age, ethnicity, sex and prior infection status on immunogenicity following a single dose of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: real-world evidence from healthcare workers, Israel, December 2020 to January 2021. *Eurosurveillance*, 26(6): pp 2100096.
۱۸. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B (2010). Review of revolution of patient's right charter. *Medical Ethics and History of Medicine*, 3(1): pp 39-47.
۱۹. Liu C-Y, Yang Y-z, Zhang X-M, Xu X, Dou Q-L, Zhang W-W, et al (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*, pp 148.
۲۰. Ferraresi M (2020). A coronavirus cautionary tale from Italy: don't do what we did. *Boston Globe*, pp 12.
۲۱. Gebreheat G, Teame H (2021). Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14: pp 1029
۲۲. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*.
۲۳. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J (2020). Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Annals of intensive care*, pp 10(1):1-9.
۲۴. White DB, Lo B (2020). A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *Jama*, pp 323(18):1773-4.
۲۵. Robert R, Reignier J, Tournoux-Facon C, Boulain T, Lesieur O, Gissot V, et al (2012). Refusal of intensive care unit admission due to a full unit: impact on mortality. *American journal of respiratory and critical care medicine*, pp 185(10):1081-7.
۲۶. Robert R, Coudroy R, Ragot S, Lesieur O, Runge I, Souday V, et al (2015). Influence of ICU-bed availability on ICU admission decisions. *Annals of intensive care*, pp 5(1):1-7.

- ۲۶ Barnett ML, Mehrotra A, Landon BE (2020). Covid-19 and the upcoming financial crisis in health care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, pp 1.(۲)
- ۲۷ Shahyad S, Mohammadi MT (2020). Psychological impacts of Covid-19 outbreak on mental health status of society individuals: a narrative review. *Journal of Military Medicine*, pp 22.(۲)
- ۲۸ Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, e923921-1.
- ۲۹ Fakari FR, Simbar M (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Archives of academic emergency medicine*, 8(1): pp e21-e.
- ۳۰ Su L, Ma X, Yu H, Zhang Z, Bian P, Han Y, et al (2020). The different clinical characteristics of corona virus disease cases between children and their families in China—the character of children with COVID-19. *Emerging microbes & infections*, 9(1): pp 707-1۳.
- ۳۱ Hosseinzadeh H, Ramezanzadeh O E, bakhshayesh J k (2021). A Review of the Impact of the Pandemic Covid-19 on E-Commerce in the World and Strategies for Moving Through the Corona and Post-Corona. *Third Economics and Accounting Management Conference*, p. 10.
- ۳۲ Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJ, Adeyi O, Arnold R, Baldé AB, et al (2018). The Lancet Commission on pollution and health. *The lancet*, 391(10119):462-5۱۲.
- ۳۳ Christian MD, Sprung CL, King MA, Dichter JR, Kisoorn N, Devereaux AV, et al (2014). Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*, 146(4): pp e61S-e74S.
- ۳۴ Hupert N, Niven AS, King MA, Rubinson LL, Hanfling D, Hodge Jr JG, et al (2020.). Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation.
- ۳۵ Blot F, Dumont SN, Vigouret-Viant L, Verotte N, Rossignol J, Rieutord A, et al (2020). Ethical issues related to the COVID-19 pandemic in patients with cancer: experience and organisations in a French comprehensive cancer centre. *BMJ Supportive & Palliative Care*.
- ۳۶ Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM (2020). Covid-19: ethical challenges for nurses. *Hastings Center Report*, 50(3): pp 35-9.
- ۳۷ Wu Y-T, Zhang C, Liu H, Duan C-C, Li C, Fan J-X, et al (2020.). Perinatal depression of women along with 2019 novel coronavirus breakout in China.
- ۳۸ Gössling S, Scott D, Hall CM (2020). Pandemics, tourism and global change: a rapid assessment of COVID-19. *Journal of Sustainable Tourism*, 29(1): pp 1-2۰.
- ۳۹ Kotsko A (2020). Giorgio Agamben: “Clarifications”: Adam Kotsko; 2020 [Available from: <https://itself.blog/2020/03/17/giorgio-agamben-clarifications/>]
- ۴۰ Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19—navigating the uncharted (2020). *Mass Medical Soc*.
- ۴۱ Forman R, Shah S, Jeurissen P, Jit M, Mossialos E (2021). COVID-19 Vaccine Challenges: What have we learned so far and what remains to be done? *Health Policy*.
- ۴۲ Heaton PM (2020). The Covid-19 vaccine-development multiverse. *Mass Medical Soc*.

۴۳. Shah SK, Miller FG, Darton TC, Duenas D, Emerson C, Lynch HF, et al (2020). Ethics of controlled human infection to address COVID-19. *Science*, 368(6493): pp ۸۳۲-۴.
۴۴. Eyal N, Lipsitch M, Smith PG (2020). Human challenge studies to accelerate coronavirus vaccine licensure. *The Journal of infectious diseases*, 221(11): pp ۱۷۵۲-۶.
۴۵. Deming ME, Michael NL, Robb M, Cohen MS, Neuzil KM (2020). Accelerating development of SARS-CoV-2 vaccines—the role for controlled human infection models. *New England Journal of Medicine*, 383(10): pp e63.
۴۶. Roberts M (2020). Coronavirus: Dexamethasone proves first life-saving drug. *BBC News*.
۴۷. Lane HC, Marston HD, Fauci AS (2016). Conducting clinical trials in outbreak settings: Points to consider. *Clinical trials*, 13(1): pp 92-5.
۴۸. Lyon MRF (2021). The CoViD-19 response has uncovered and increased our vulnerability to biological warfare. *Military medicine*.
۴۹. Osama T, Razai MS, Majeed A (2021). Covid-19 vaccine passports: access, equity, and ethics. *British Medical Journal Publishing Group*.
۵۰. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, ۷(۴): pp e17-e8.
۵۱. Ramezani MH (2020). Coronavirus Pandemic and International Peace and Security.
۵۲. Karako K, Song P, Chen Y, Tang W (2020). Analysis of COVID-19 infection spread in Japan based on stochastic transition model. *Bioscience trends*.