



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



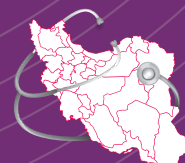
دانشگاه علوم پزشکی تهران

ملاحظات اخلاقی اعمال محدودیت آزادی حرکت در اپیدمی‌های واگیر

سازمان جهانی بهداشت - ۲۰۱۶



مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران



<http://mehr.tums.ac.ir>

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



<http://nihri.tums.ac.ir>

موسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

بسم الله الرحمن الرحیم

اپیدمی بیماری‌های عفونی اغلب با عدم قطعیت علمی، بی‌نظمی اجتماعی و سازمانی، و جو کلی ترس و عدم اعتماد مشخص می‌شود. همواره، کشورهایی که بیشتر تحت‌تاثیر اپیدمی‌ها قرار گرفته‌اند، منابع محدود، ساختارهای قانونی و سیاست‌گذاری توسعه نیافته، و سیستم‌های سلامت فاقد انعطاف‌پذیری مقابله با شرایط بحرانی دارند. سیاست‌گذاران و حرفه‌مندان سلامت عمومی در مواجهه با محدودیت‌های زمانی و محدودیت‌های منابع، ممکن است مجبور به وزن‌دهی و اولویت‌بندی ارزش‌های اخلاقی بالقوه در تعارض با یکدیگر شوند. سازمان جهانی بهداشت به دنبال اپیدمی ابولا راهنمای مدیریت ملاحظات اخلاقی در اپیدمی‌های واگیر را برای کمک به سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، محققان و دیگر گروه‌های مرتبط برای پیش‌بینی و آمادگی پاسخ به چالش‌های خطیر اخلاقی در کنترل و پاسخ سریع به موقعیتهای اپیدمی تدوین کرده است. مستند حاضر یکی از فصول این راهنماست که به ملاحظات اخلاقی اعمال محدودیت آزادی حرکت در اپیدمی‌های واگیر می‌پردازد.

سوالات مورد رسیدگی:

- تحت چه شرایطی در اپیدمی بیماری عفونی، محدود کردن آزادی حرکت فرد مشروع است؟
- باید چه شرایطی برای افرادی که آزادی حرکت آنها محدود شده فراهم شود؟
- چه وظایف دیگری در قبال افرادی که آزادی جابجایی آنها محدود شده، وجود دارد؟
- برای حصول اطمینان از اجرای مناسب محدودیت‌های آزادی حرکت باید از چه فرایندهای حافظتی استفاده کرد؟
- وظایف سیاست‌گذاران و مسئولان سلامت عمومی برای اطلاع‌رسانی در مورد محدودیت‌های آزادی حرکت چیست؟



محدودیت در آزادی حرکت شامل ایزوله کردن، قرنطینه، محدود کردن سفر یا توصیه‌هایی برای آن و اقدامات جامعه محور برای کاهش تماس بین افراد (مانند بستن مدارس یا ممنوعیت تشکیل اجتماعات بزرگ) است. این اقدامات اغلب می‌تواند نقش بزرگی در کنترل اپیدمی بیماری‌های عفونی ایفا کند و در این شرایط اپیدمی طبق ارزش اخلاقی حفاظت از سلامت جامعه، این محدودیتها موجه است. با این حال، نباید اثربخشی این مداخلات نباید پیش فرض باشد؛ در حقیقت، تحت برخی شرایط اپیدمیولوژیک، این روش‌ها ممکن است هیچ تاثیری نداشته یا تاثیر اندکی در کنترل اپیدمی داشته باشند و حتی در صورتیکه واکنش شدیدی در مردم ایجاد کند که منجر به مقاومت در برابر سایر اقدامات کنترلی شود، می‌تواند نتایج معکوسی به همراه داشته باشند. علاوه بر این همه‌ی این اقدامات فشار زیادی به افراد و جامعه وارد می‌کند که شامل محدودیت در حقوق اساسی انسانی مانند آزادی در حرکت و تجمعات مسالمت‌آمیز می‌شود.

با توجه به این ملاحظات، هیچ محدودیتی در آزادی حرکت نباید بدون دقت کافی به ملاحظات زیر اعمال شود:

کمترین اعمال محدودیت

هر محدودیتی در آزادی حرکت باید به گونه‌ای طراحی و اجرا شود که کمترین محدودیت‌های منطقی ممکن را اعمال کند. محدودیت‌های بزرگتر فقط زمانی باید اجرا شوند که دلیل قوی‌ای بر این باور که بعید است محدودیت‌های کمتر موفق به دستیابی به اهداف مهم سلامت عمومی شوند، وجود داشته باشد. مثلا، درخواست همکاری داوطلبانه سلامت عمومی عموماً بر اجبارهایی که توسط قانون یا مسئولین ارتش اعمال می‌شود، ارجح است. به همین ترتیب باید پیش از قرنطینه افراد در موسسات، قرنطینه در منزل در نظر گرفته شود. هرچند برای افرادی که به‌ویژه در حال حاضر علامت‌دار هستند خصوصاً برای بیماری‌هایی که به شدت واگیردار هستند، جداسازی در مراکز خدمات سلامت که به خوبی تجهیز باشند توصیه می‌شود.

مبنای قابل توجیه برای تحمیل محدودیت‌ها

تصمیم‌گیری در مورد اعمال محدودیت‌های آزادی حرکت باید بر مبنای بهترین شواهد موجود درباره‌ی پاتوژن بیماری‌زا آنگونه که در مشورت با مقامات سلامت عمومی ملی و بین‌المللی به دست آمده پایه‌گذاری شود. چنین مداخلاتی تا وقتی مبنای مستدلی موجود باشد که این کار به طرز چشمگیری انتقال بیماری را کاهش خواهد داد، نباید اعمال شوند. پایه و اساس تکیه به چنین اقدامی باید تصریح و شفاف شود و مناسب بودن هر محدودیتی باید به طور مداوم با توجه به اطلاعات علمی نوپدید درباره اپیدمی مورد نظر، بازنگری شود. اگر مبنای منطقی اصلی اعمال چنین محدودیتی دیگر صادق نیست، محدودیت باید بدون ائتلاف وقت برداشته شود.

شود که افراد از فضای فیزیکی کافی برخوردار هستند، امکان مشارکت در فعالیتهایی را دارند و وسایلی برای برقراری ارتباط با عزیزانشان و جهان خارج در دسترسشان است.

برآورده کردن این نیازها برای احترام به شأن فردی و کاهش بار روانی شدید حاصل از حبس شدن بر افراد و عزیزانشان ضروری است. مکانسیم‌هایی باید به کار گرفته شود تا احتمال خشونت (از جمله تجاوز جنسی) و انتقال بیماری‌های محلی را به خصوص هنگامی که افراد در آسایشگاه محدود می‌شوند یا جامعه تحت قرنطینه‌ی سنگین قرار می‌گیرد کاهش دهد. حداقل، افرادی که به دلیل مواجهه با پاتوژن عامل اپیدمی تحت قرنطینه هستند، نباید به دلیل شیوه‌ی حبس در معرض خطر بیشتری از عفونت قرار بگیرند. (همان طور که در فصل ۳ بیان شد، در تصمیمات درباره‌ی موقعیت و شرایط حبس باید نیازهای افزایش یافته‌ی جمعیت آسیب پذیر در نظر گرفته شود)

افرادی که محدودیت حرکت دارند (خواه از طریق حبس در خانه یا در آسایشگاه) باید دسترسی به غذا، آب آشامیدنی، سرویس‌های بهداشتی، پناهگاه، پوشاک و مراقبت پزشکی داشته باشند.

رسیدگی به تعاقبات مالی و اجتماعی

حتی محدودیت در آزادی جابه‌جایی کوتاه‌مدت می‌تواند عواقب قابل توجه - و احتمالاً ویرانگر مالی و اجتماعی برای افراد، خانواده‌های آنها، و جوامعشان داشته باشد. کشورها باید به خانوارهایی که سرمایه خود را در نتیجه عدم توانایی در انجام تجارت، از دست دادن شغل، آسیب به محصولات زراعی، یا عواقب

جداسازی در خانه هم مشروط بر اینکه حمایت‌های پزشکی و تدارکات کافی سازماندهی شود و اعضای خانواده مایل و توانمند برای ارائه مراقبت زیر نظر پرسنل آموزش دیده سلامت باشند، می‌تواند مناسب باشد. خصوصاً اگر تعداد موارد بر ظرفیت موسسات درمانی غلبه کند، این موضوع صدق می‌کند.

هر محدودیتی در آزادی حرکت باید به گونه‌ای طراحی و اجرا شود که کمترین محدودیت‌های منطقی ممکن را اعمال کند.

هزینه‌ها

در بعضی موارد، جایگزین‌های با محدودیت کمتر، ممکن است هزینه‌های بیشتری را ایجاد کند. این موضوع به خودی خود رویکردهای با محدودیت بیشتر را توجیه نمی‌کند. با این حال، هزینه و سایر محدودیت‌های عملی (به‌عنوان مثال تدارکات، مسافت، نیروی کار موجود) ممکن است به ویژه در شرایط محدودیت شدید منابع، در تعیین اینکه آیا جایگزین کمتر محدودکننده تحت شرایطی اعمال شود، منطقی در نظر گرفته شوند.

تضمین شرایط انسانی

هر محدودیت در آزادی حرکت، به‌ویژه مواردی که داوطلبانه نیستند، باید از منابع کافی برای اطمینان از عدم تحمیل بار بی‌مورد به کسانی که دچار این محدودیت می‌شوند، برخوردار باشد. برای مثال افرادی که محدودیت حرکت دارند (خواه از طریق حبس در خانه یا در آسایشگاه) باید دسترسی به غذا، آب آشامیدنی، سرویس‌های بهداشتی، پناهگاه، پوشاک و مراقبت پزشکی داشته باشند. ضروری است اطمینان حاصل

این، سیاست‌گذاران باید این اطمینان را فراهم کنند که محدودیت‌ها به روشی اعمال نشوند که باری نامتناسب را بر اقشار آسیب پذیر جامعه تحمیل کنند.

ارتباطات و شفافیت

سیاست‌گذاران و مقامات سلامت عمومی باید جوامع را در گفتگویی درباره هرگونه محدودیت آزادی حرکت مشارکت دهند و نظرات اعضای جامعه در مورد این که چگونه می‌توان محدودیت‌ها را با کمترین بار ممکن به انجام رساند جویا شوند. آنها همچنین باید به روزرسانی‌های منظم در مورد اجرای چنین اقداماتی را هم برای جامعه بزرگتر(مادر) و هم آنها که محدود شده‌اند انجام دهند. استراتژی‌های ارتباطی باید به گونه‌ای طراحی شود که جلوی انگ زدن به افرادی که آزادیشان محدود شده را بگیرد و از حریم شخصی و محرمانه بودن اطلاعاتشان خصوصا در رسانه‌ها محافظت کند.

سیاست‌گذاران باید این اطمینان را فراهم کنند که محدودیت‌ها به روشی اعمال نشوند که باری نامتناسب را بر اقشار آسیب پذیر جامعه تحمیل کنند.



دیگر این محدودیت‌ها از دست داده‌اند، کمک کنند. در بعضی موارد، این پشتیبانی ممکن است برای یک دوره بعد از پایان محدودیت نیاز به ادامه داشته باشد. علاوه بر این، باید تلاش‌هایی برای حمایت اجتماعی و حرفه‌ای از افرادی که حصرشان دیگر ضروری به نظر نمی‌رسد، از قبیل برنامه‌هایی که سبب کاهش تبعیض و انگ گذاری می‌شود، انجام شود.

محافظت از تشریفات قانونی

باید مکانیسم‌هایی وجود داشته باشند که به افرادی که آزادیشان محدود شده اجازه دهند مناسب بودن این محدودیت‌ها، نحوه اجرا و شرایطی که تحت آن این محدودیت‌ها اعمال شده را به چالش بکشند. اگر به دلیل اورژانسی بودن برقراری محدودیت، انجام تشریفات قانونی امکان پذیر نبود، باید مکانیسم‌هایی برای مرور و درخواست تجدید نظر بدون فوت وقت در دسترس باشد. هر شخصی که در تصمیم‌گیری محدود کردن آزادی جابه‌جایی دخیل است باید برای هرگونه سواستفاده از قدرت پاسخگو باشد.

اجرای عادلانه

محدودیت در آزادی حرکت باید برای همه افرادی که خطر مشابهی برای سلامت عمومی جامعه دارند یکسان اجرا شود. این افراد نباید به دلایلی نامربوط به خطراتی که ممکن است برای جامعه داشته باشند، تحت محدودیت کمتر یا بیشتری قرار بگیرند مثلا به دلیل عضویت در یک گروه یا کلاس محبوب یا نامحسوب اجتماعی (برای مثال گروه‌های تعریف شده بر اساس قومیت، جنسیت یا دین). علاوه بر

کتابچه حاضر توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شده است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به‌کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت؛ مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات می‌پردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شده و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری می‌کند. در راستای این موضوع، در ادامه چشم‌انداز و مأموریت‌های کلان ارائه می‌شود.

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی بر این اساس در سال ۱۳۸۱ و با تصویب شورای دانشگاه علوم پزشکی تهران تاسیس و موافقت قطعی در سال ۱۳۸۵ به تصویب شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور قرار رسید. هدف اساسی این مرکز سامان دادن به پژوهش‌های بنیادی، اپیدمیولوژیک و بالینی در زمینه اخلاق و تاریخ پزشکی می‌باشد.

انتشار مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی و مجله انگلیسی زبان Journal of Medical Ethics and History of Medicine و برگزاری سمینار و کارگاه آموزشی و ایجاد کتابخانه تخصصی و بانک اطلاعاتی سایت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، برگزاری کنگره‌های متعدد بین‌المللی و همین‌طور همکاری در برگزاری کنگره ملی سالانه اخلاق پزشکی ایران از سال ۱۳۸۶ از جمله مهمترین فعالیت‌های این مرکز می‌باشد. این مرکز تاکنون خدمات ارزشمندی در سه زمینه‌ی آموزش، تحقیقات و سیاست‌گذاری در زمینه‌ی اخلاق پزشکی ارائه نموده است.

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر،
پلاک ۲۳

<http://mehr.tums.ac.ir>

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان
بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

nihr.tums.ac.ir