



مجله اخلاق پزشکی
 دوره چهاردهم، شماره چهل و پنجم، ۱۳۹۹
 doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v14i45.27083>
 Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



دسترسی آزاد

مقاله مروری

قرنطینه و مباحث اخلاقی مرتبط با آن

علی خاجی ^۱

۱. متخصص اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: لازمه کنترل و مقابله با اپیدمی‌ها اتخاذ تصمیماتی است که می‌تواند زندگی عادی افراد بسیاری را تحت‌الشعاع قرار دهد. یکی از این تصمیمات ایجاد قرنطینه برای افرادی است که احتمال ابتلا آن‌ها به بیماری عفونی واگیردار می‌رود. هدف از انجام این مطالعه بررسی ملاحظات اخلاقی مرتبط با برقراری قرنطینه و یا ایزوله کردن مبتلایان به بیماری‌های واگیردار است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مروری است که با استفاده از جستجو در پایگاه‌های داده‌های مربوط داخلی (ایران مدکس (IranMedex)، مگیران (MagIran)) و خارجی (پابمد (Pubmed)) با استفاده از اپیدمی (Epidemic)، قرنطینه (Quarantine)، ایزوله کردن (Isolation)، ایران (Iran)، بیماری عفونی (infectious Disease) و اخلاق پزشکی (Medical Ethics) استفاده گردید. سپس چکیده مقالات بازایی شده مورد بررسی قرار گرفته و پس از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط، محتوی مقالات مرتبط تحلیل شد.

یافته‌ها: تصمیم‌گیری بر اساس مبانی علمی ثابت شده، تناسب سود و زیان ناشی از قرنطینه و کاستن از بار منفی آن، دوری از هر گونه تبعیض (اعم از قومیت، نژاد، جنسیت و...) و منصفانه‌بودن تصمیمات ضروری است. تلاش برای جبران خسارات (روانی، جسمی و مادی) احتمالی ناشی از قرنطینه و ایجاد کم‌ترین محدودیت و همچنین قوه قهریه برای اجرای قرنطینه الزامی است. شفافیت در تصمیم‌گیری، پاسخگویی، ثبات در اجرا برنامه‌ها و در عین حال انعطاف‌پذیری از الزامات این کار است.

ملاحظات اخلاقی: ضمن رعایت امانت‌داری در تحلیل، گزارش متون و استناددهی، تلاش گردید انتشار نتایج به دور از هرگونه سوگیری انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری: توجه به مباحث اخلاقی مطرح‌شده می‌تواند باعث افزایش اعتیاد افرادی گردد که باید در قرنطینه قرار گیرند و این ضمن افزایش همکاری ایشان تضمین‌کننده به نتیجه رسیدن این پروسه است.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۰۹

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۲/۱۶

واژگان کلیدی:

اپیدمی

قرنطینه

ایزوله کردن

ایران

بیماری عفونی

اخلاق پزشکی

* نویسنده مسؤل: علی خاجی

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سینا، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا.

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۷۵ ۷۰۰۱

نمابر: ۰۲۱ ۶۶۷۵ ۷۰۰۹

پست الکترونیک:

jkhaji@yahoo.com

۱. مقدمه

بیماری‌های واگیردار باشد (۶). هدف از انجام این مطالعه بررسی ملاحظات اخلاقی مرتبط با برقراری قرنطینه و یا ایزوله کردن مبتلایان به بیماری‌های واگیردار است.

۲. ملاحظات اخلاقی

ضمن رعایت امانت‌داری در تحلیل، گزارش متون و استناددهی، تلاش گردید انتشار نتایج به دور از هرگونه سوگیری انجام پذیرد.

۳. مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مطالعه مروری بوده و برای جستجوی مقالات مرتبط از پایگاه‌های پایمد (Pubmed)، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، ایران مدکس (IranMedex) و مگیران (MagIran) استفاده شده است. جهت جستجو در پایگاه‌های مورد نظر از واژگان کلیدی اپیدمی، قرنطینه، ایزوله‌کردن، ایران، بیماری عفونی و اخلاق استفاده گردید. به علاوه معادل انگلیسی این کلمات (Epidemic, Quarantine, Isolation, Infectious Disease, Ethics and Iran) در جستجو منابع خارجی به کار گرفته شد. در مرحله بعد، چکیده مقالات بازبایی شده مورد بررسی قرار گرفته و پس از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط، محتوی مقالات مرتبط تحلیل گردید.

۴. یافته‌ها

در تعریف، قرنطینه عبارت است از محدود نمودن اشخاصی که (فرض بر این است) در تماس با یک بیماری واگیر قرار گرفته، اما بیمار نیستند. به عبارت دیگر علائمی از بیماری را نشان نمی‌دهند (۷-۸). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) قرنطینه را این‌چنین تعریف می‌کند: قرنطینه عبارت است از جدانمودن و محدود کردن حرکت افرادی که در معرض یک بیماری مسری قرار گرفته‌اند تا ببینیم آیا بیمار می‌شوند (۷). قرنطینه می‌تواند در سه سطح فردی، گروهی و یا جامعه

بروز و اپیدمی بیماری‌های عفونی که عموماً واگیردار بوده می‌توانند به افراد دیگر منتقل شوند، از دیرباز با جامعه بشری همراه بوده است. اپیدمی بیماری‌های عفونی در طول تاریخ باعث مرگ میلیون‌ها انسان شده است و در عصر حاضر نیز علی‌رغم توسعه علم و در دسترس بودن امکانات، تجهیزات و داروهای پیشرفته، هنوز بیماری‌های عفونی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر انسان‌ها به شمار می‌رود (۱-۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری‌های عفونی عامل مهمی در مرگ و میر در جمعیت بشر است. بار ناشی از بیماری‌های عفونی بسیار بالا و قابل توجه است (۳). وقوع چندین اپیدمی از بیماری‌های عفونی در دهه‌های گذشته باعث گردیده است که توجه به پیشگیری و درمان این نوع از بیماری‌ها افزایش یابد. در چنین شرایطی ملاحظات اخلاقی متعددی طرح گردیده است، همچون استفاده از واکسن‌هایی که هنوز مراحل لازم برای گرفتن تأییدیه مؤثر و بی‌خطر بودن را کسب نکرده و یا در مراحل آزمایشی انسانی وارد نشده و تنها مراحل آزمایش حیوانی را پشت سر گذاشته‌اند، مانند آنچه اخیراً به دنبال شیوع بیماری ابولا مطرح گردیده است (۴). جنگ بیولوژیک و یا حملات تروریستی بیولوژیک نیز از مسائلی است که مطرح است، زیرا حملات تروریستی به صورت ناگهانی صورت می‌گیرد و معمولاً آمادگی لازم برای پاسخ به آن‌ها وجود ندارد (۵). این در حالی است که شرایط بحرانی و ناپایدار برخی از همسایگان ما و از بین رفتن زیرساخت‌های بهداشتی درمانی این کشورها، ممکن است ما را در معرض خطر شیوع برخی بیماری‌های عفونی قرار دهد، هرچند که خطر جنگ بیولوژیک را نمی‌توان نادیده گرفت. یکی از راه‌های مقابله و کنترل بیماری‌های عفونی قرنطینه کردن و ایزوله کردن افرادی است که احتمال مبتلابودن آن‌ها می‌رود و یا این‌که به بیماری مبتلا شده‌اند. این روش از قرون گذشته مورد استفاده قرار گرفته و در جریان شیوع بیماری سارس نشان داده شد که هنوز می‌تواند روش مؤثری برای کنترل

ایزوله کردن کشتی‌ها تعیین گردید که به آن «Quarantaria» گفته می‌شد، سپس کلمه قرنطینه (Quarantine) از این مدت زمان ۴۰ روزه که برای ایزوله کشتی‌ها به کار می‌رفته، منشأ گرفت و تا به امروز به کار می‌رود (۱۲). از آن تاریخ تاکنون استفاده از قرنطینه در کنترل بسیاری از بیماری‌های واگیردار همچون آنفلوآنزا، آبله، وبا، سارس، ابولا و... به کار گرفته شده است (۶، ۱۱، ۱۳). قوانین مربوط به قرنطینه و بیماری‌های شامل آن تقریباً تا نیمه دوم قرن بیستم ثابت مانده بود. در این زمان با توجه به شناخت علل بیماری‌ها و شناخت اپیدمیولوژی مربوط به آن‌ها، قوانین تغییر یافت (۱۲).

۳-۴. تاریخچه در ایران: برقراری قرنطینه جهت کنترل بیماری‌های واگیردار به شکل مدرن آن به دوران قاجار بازمی‌گردد (۱۴). قرنطینه‌ها عموماً در داخل کشور و در محدوده شهرهایی که شاهد شیوع بیماری‌های واگیردار بودند، برقرار می‌گردید. در سال ۱۲۶۷ قمری و به دنبال شیوع وبا به دستور امیرکبیر قرنطینه جهت کنترل این بیماری در مرز ایران و عراق به مرحله اجرا درآمد. در سال ۱۲۹۸ قمری و در زمان ناصرالدین‌شاه مجموعه‌ای تحت عنوان «مجلس حفظ الصحه» تشکیل گردید. مصوبات این مجلس در اولین جلسه خود که هم‌زمان بود، با شیوع طاعون در عراق به قرار زیر است: - ممنوع نمودن زیارت عتبات عالیات به مناسبت شیوع مرض طاعون در عراق.

- اعزام چند نفر پزشک به نقاط مختلف کشور.

- دستور تشکیل قارانتین (قرنطینه) در سرحدات ایران و عراق و همچنین در بندر بوشهر.

دولت‌های روس، عثمانی و انگلیس نیز به دنبال شیوع بیماری‌های واگیردار در شهرهای مرزی ایران اقدام به برقراری قرنطینه می‌نمودند. از میان این مکان‌ها می‌توان به شهرهای آستارا، انزلی و جلفا در شمال، همچنین شهرهای بوشهر، بندرعباس و بندر لنگه در جنوب و قصر شیرین در غرب کشور اشاره نمود.

اعمال گردد و محدود به خانه یا فضاها پیش‌بینی شده باشد. از نگاهی دیگر قرنطینه می‌تواند داوطلبانه و یا اجباری باشد (۸-۹).

۴-۱. قرنطینه شغلی: محدود می‌شود به افرادی که در محل کار خود با عوامل بیماری‌ها در تماس بوده‌اند، همانند کارکنان پزشکی و درمانی که می‌توان آن‌ها را در منزل یا مکان‌های پیش‌بینی‌شده در خارج از ساعات موظفی قرنطینه نمود. محدودیت گروهی، مربوط می‌شود به قرنطینه‌کردن افرادی که در معرض تماس به یک عامل مشترک قرار گرفته‌اند (همانند مکان‌های تجمع، مدارس، خطوط هوایی یا محل کار) (۱۰). یکی دیگر از عباراتی که معمولاً همراه با قرنطینه مورد استفاده قرار می‌گیرد و گاهی به نادرستی مترادف آن تلقی می‌شود، ایزوله‌کردن است. ایزوله‌کردن عبارت است از جداکردن افراد بیمار مبتلابه یک بیماری واگیردار از افراد سالم (۸).

۴-۲. تاریخچه در جهان: تلاش‌های بین‌المللی در زمینه قرنطینه و وضع قوانین مربوط به آن به قرن ۱۴ میلادی بازمی‌گردد. قرنطینه و ایزوله‌کردن کشتی‌ها و افرادی که از طریق دریا مسافرت می‌کردند، به جهت جلوگیری از انتقال بیماری طاعون، اولین موارد از این نوع بود. اولین مورد قرنطینه در سال ۱۳۷۷ میلادی در بندر «راگوسا (Ragusa)» که امروزه دوبرونیک (Dubrovnik) نامیده شده و در کشور کرواسی قرار دارد، مطرح گردید. قرنطینه به این ترتیب بود که مسافری وارد از مناطق آلوده به طاعون به مدت یک ماه در محلی مجزا قرنطینه می‌شدند (۱۱). اولین قانون در خصوص قرنطینه‌کردن در شهر ونیز و به منظور کنترل بیماری طاعون از سوی مسافرانی که از طریق دریا و با کشتی‌ها به این بندر وارد می‌شدند، وضع گردید (۱۲). در قرن چهاردهم میلادی در بسیاری از بنادر اروپایی، برای این‌که از انتقال بیماری از طریق مسافران یا بار کشتی‌ها جلوگیری شود، به مدت ۳۰ روز کشتی‌ها را خارج از بندر نگاه می‌داشتند تا از بایت وجود بیماری یا عدم آن مطمئن شوند. بعدها یک زمان ۴۰ روزه برای

تحت تأثیر قرار می‌دهد، رو به رو هستیم. مسائلی همچون ایزوله کردن، قرنطینه، اولویت‌بندی در تخصیص منابع و... . با توجه به پیامدهای تصمیمات اتخاذی در چنین شرایطی، کارشناسان علم اخلاق به بیان اصولی برای اطمینان‌یافتن از رعایت مباحث اخلاقی در تصمیم‌سازی و عملکرد افراد و سازمان‌های مسؤول پرداخته‌اند. جهت ارزیابی اخلاقی اقدامات مورد نظر در زمینه بهداشت عمومی، مدل‌های مختلفی ارائه شده است. بر اساس نظر عموم این کارشناسان، قبل از شروع یک مداخله و همچنین موجه بودن آن از نظر اخلاقی، منصفانه بودن این تصمیمات و مورد پذیرش قرارگرفتن و اقبال مردم به آن‌ها باید به نکات زیر توجه داشته باشیم (۱۸):

۴-۵-۱. هدف از انجام مداخله چیست؟ هدف از انجام مداخله باید به روشنی مشخص باشد. به فرض مثال کاهش مرگ و میر، افزایش سطح سلامت جامعه و... . مهم‌ترین هدف ارتقای سطح سلامت جامعه است. در خصوص قرنطینه، هدف جلوگیری نمودن از آلوده شدن افراد بیشتر به یک عامل بیماری‌زا به واسطه جداکردن آن‌هایی است که احتمال آلوده بودنشان می‌رود.

۴-۵-۲. میزان تأثیر آن به چه میزان است؟ مسؤولین مربوطه باید مؤثر بودن یک اقدام در رسیدن به هدف مورد نظر را به خوبی ارزیابی کرده و از آن اطمینان حاصل نمایند. مداخلات صورت گرفته از هر نوع که باشد همانند انجام آزمایش‌ها، درمان، واکسیناسیون و... باید ضروری بوده و به علاوه دارای اثر مثبت بر کنترل بیماری باشد. به عبارت دیگر عاملی که تهدیدکننده سلامت مردم است، جدی بوده و یک مبنای علمی دقیق و صحیح برای مداخله مورد نظر وجود داشته باشد، لذا تصمیمات اتخاذشده باید ضروری و مؤثر (Necessary & Effective) بوده باشد و به عبارت دیگر از نظر موازین علمی توجیه‌پذیر باشد (Justification) (۲۱-۱۹). قرنطینه‌کردن افراد مبتلا به بیماری‌هایی که به واسطه ارتباط عادی در جامعه منتقل نمی‌شوند، نمی‌تواند مؤثر باشد. همانند آنچه کوبا در فاصله سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۸۶ در مورد افراد مبتلا به

در مهر و موم‌های ابتدائی عموم قرنطینه‌ها به خصوص در مناطق مرزی توسط پزشکان و کادر غیر ایرانی اداره می‌گردید تا این که در دهه اول قرن حاضر اداره قرنطینه‌ها به پزشکان ایرانی سپرده شد (۱۶-۱۵).

۴-۴. اهداف قرنطینه: از انجام قرنطینه دو هدف اصلی مورد نظر است: ۱- متوقف کردن (زنجیره) انتقال بیماری به خاطر این که اگر بیماری از فرد منتقل شود و وی دور از اجتماع قرار گیرد، امکان انتقال بیماری از وی به دیگران بسیار کم است؛ ۲- این امکان را ایجاد می‌کند که افراد تحت پوشش در صورت علامت‌دار شدن درمان مناسب و به موقع را دریافت نمایند (۱۷).

۴-۵. ملاحظات اخلاقی: نظر به این که انجام این گونه اقدامات می‌تواند با آزادی و خواسته افراد در تعارض قرار گیرد و محدودیت‌های فردی ایجاد نموده و احتمالاً تبعات اقتصادی و اجتماعی برای افراد داشته باشد، نکات و مباحث اخلاقی خاصی را مطرح می‌نماید. ایجاد توازن بین اهداف اجتماعی ناشی از برقراری قرنطینه (و یا سیاست‌های سلامت عمومی) و نقض و نادیده گرفتن آزادی‌های فردی، توجیه‌کننده یا موجه کننده اعمال این سیاست‌ها است (۹). در بالین و در شرایط عادی، توجه به خواسته بیمار و دخالت دادن وی در تصمیم‌گیری از اهمیت بالایی برخوردار است. در حالی که هدف از انجام اقدامات محدودکننده‌ای همچون قرنطینه حفظ سلامت و ایمنی جامعه است، لذا ممکن است خواست بیماران در تقابل با ایمنی جامعه قرار گیرد.

اعمال اقدامات مداخله‌ای در حیطه سلامت عمومی همچون اپیدمی‌ها، تصادفات رانندگی، جنگ و... در فضایی کاملاً متفاوت از بالین بیمار صورت می‌پذیرد. در خصوص رابطه پزشک و بیمار تصمیمات اتخاذی عموماً به بیمار و در نهایت خانواده او محدود می‌شود، اما در حوزه بهداشت عمومی همچون وقوع اپیدمی‌ها جهت کنترل و درمان بیماری‌ها مباحث متعددی با گستردگی که گاهی اوقات یک کشور را

است یا به عبارت دیگر نسبت سود و زیان آن قابل قبول نیست خودداری شود (۲۴).

۴-۵-۴. آیا می‌توان بار یک مداخله را کاهش داد، در حالی که اثر آن حفظ شود؟ مسؤولین مربوطه باید این سؤال را از خود بپرسند که آیا روش‌ها و برنامه‌هایی وجود دارد که ضمن رسیدن به هدف مورد نظر، مشکلات و محدودیت‌های کم‌تری برای افراد به وجود آورد؟ به عبارت دیگر چه باید انجام دهیم تا کم‌هزینه‌ترین و مؤثرترین روش را انتخاب کرد. در این شرایط صحبت از «به خرجی» به میان می‌آید. به خرجی مناسب (به عنوان یک اصل اخلاقی در مدیریت منابع) به شرایطی گفته می‌شود که فرد بتواند در توزیع منابع به حداکثر سود برسد و در عین حال میزان خسارات وارده بر اثر تصمیمات مربوط به توزیع منابع را از بین برده و یا به حداقل برساند (۲۴).

۴-۵-۵. مداخله باید منصفانه و به دور از هرگونه تبعیض باشد: تصمیمات اتخاذ شده در حیطه بهداشت عمومی باید منصفانه باشد، به این معنی که توزیع سود و زیان یک عمل بین افراد جامعه هدف و همچنین دسترسی افراد به منابع به دور از هر گونه تبعیض همانند در نظر گرفتن سن و جنسیت نژاد جایگاه (اجتماعی) افراد و امثال آن انجام پذیرد (۲۴). به عبارت دیگر انتخاب افراد و یا مجموعه‌ای که باید به قرنطینه بروند، بدون در نظر گرفتن هرگونه ملاحظات غیر علمی همچون نژاد، زبان و... باشد. در سال ۱۹۰۰ میلادی و به دنبال شیوع بیماری طاعون در سان‌فرانسیسکو، مقامات این شهر، مسأله قرنطینه را در مورد چینی‌های ساکن در این شهر طرح نموده و تنها این افراد بودند که تحت قوانین قرنطینه قرار گرفتند. آنچه این عمل را غیر اخلاقی نشان می‌داد مبنای تصمیم‌گیری بود. تصمیم مقامات مسؤول به جای این‌که مبنای پزشکی داشته باشد، بیشتر مبنای نژادی (Racial) داشت (۹، ۲۵). این نوع تصمیمات تنها به افراد در معرض خطر ختم نمی‌شود، بلکه کادر درمانی نیز ممکن است در معرض چنین تصمیماتی قرار گیرند. قرنطینه تمامی کارکنان درمانی بازگشته از آفریقا که

بیماری ایدز انجام داد. آن‌ها تمامی مردم کشور خود را تحت غربالگری برای یافتن افراد مبتلا به ایدز قرار داده و هر فردی که دارای آزمایش مثبت بود به یک مرکز قرنطینه در خارج از هاوانا (پایتخت کوبا) فرستاده می‌شد تا تحت نظر باشد. در این مرکز پیگیری برای تماس‌های جنسی مشکوک و همچنین مشاوره‌های لازم برای مقابله با بیماری ارائه می‌گردید. این اقدامات هزینه فراوانی را به کوبا تحمیل کرد و شاید نیازی نبود که همه افراد در غربالگری شرکت داده شوند، هرچند این اقدامات تأثیر فراوانی در کنترل بیماری ایدز در کوبا داشته است (شاید این روش در کشوری همچون آمریکا به دلیل محدود نمودن برخی آزادی‌های فردی و یا صرف هزینه فراوان پذیرفتنی نباشد، اما در کشورهای کمونیستی و بنا بر دیدگاه‌های اخلاقی آن‌ها قابل قبول می‌باشد) (۲۲).

۴-۵-۳. محاسبه سود و زیان آن برای افراد و جامعه؟ مقامات مسؤول باید ارزیابی کنند که آیا سود یک مداخله بیش از بار تحمیلی آن بر افراد و یا جامعه است یا خیر؟ قرنطینه افراد می‌تواند مجموعه‌ای از مشکلات را برای افراد قرنطینه شده به وجود آورد. محدود نمودن آزادی‌های فردی از طریق محدود کردن حرکت افراد، نگرانی از بابت ایجاد مشکلات روان‌پزشکی، مختل نمودن زندگی عادی افراد و به خطر انداختن وضعیت شغلی ایشان و کاهش درآمد و یا از دست دادن شغل از جمله این پیامدها است. در صورت نادیده گرفتن خسارات و هزینه‌های این‌چنینی ممکن است افراد همکاری لازم را با مسؤولین مربوطه نداشته و در نتیجه تلاش‌های صورت گرفته، نتایج مناسب را به دنبال نداشته باشد (۲۰، ۲۳)، لذا تصمیمات و سیاست‌هایی در بهداشت عمومی قابل پذیرش هست که از احتمال موفقیت بالایی برخوردار بوده یا به عبارت دیگر نسبت سود و زیان آن با امکانات و ابزار موجود قابل قبول باشد. بنابراین ضرورت دارد که روش‌هایی به کار گرفته شود که بیشترین منفعت و کارایی را برای جامعه داشته باشد، لذا از انجام اقداماتی که احتمال موفقیت آن‌ها کم

توجیهی برای آن نیست. در برخی از منابع از این مطلب به عنوان اصل تناسب (Proportionality) یاد می‌شود (۲۱)، (۲۹).

نکته دیگری که در اینجا باید مورد توجه قرار گیرد، چگونگی افزایش مشارکت (Participation) مردم است. افرادی که تحت تأثیر تصمیمات اتخاذ شده قرار می‌گیرند، باید توان مشارکت در تصمیم‌گیری را داشته باشند. ابتدا باید بپذیریم که گیرندگان خدمت را در تصمیم‌گیری مشارکت دهیم، اما به طور قطع در حوزه بهداشت عمومی امکان حضور تمامی افراد ذی‌نفع در تصمیم‌گیری وجود ندارد، لذا مشارکت‌دادن نمایندگان گروه‌های مختلف از مردم و برقراری شرایط لازم برای حضور این نمایندگان در مباحث تصمیم‌گیری ضروری است. علاوه بر آن، افراد باید توان انجام کارهایی که از آن‌ها خواسته می‌شود را داشته باشند. نمی‌توان افراد را مجبور به کاری نمود که قادر به انجام آن نیستند، لذا باید ضمن بررسی موانع موجود، تسهیلات و کمک لازم برای مشارکت هرچه بیشتر مردم در برنامه‌های اتخاذ شده انجام پذیرد (۲۰). به فرض مثال در هنگام وقوع سیل از مردم ساکن در یک روستا که در معرض خطر سیل هستند، خواسته می‌شود که منطقه محل سکونت خود را ترک نمایند. در چنین شرایطی باید مشخص شود که آن‌ها قرار است به کجا بروند، چگونه منتقل می‌شوند (چه زمانی و با چه وسیله‌ای)، تکلیف مایملک و دارایی‌های آن‌ها همچون دام و احشام که تمام سرمایه و منبع درآمد آن‌ها است، چه خواهد شد و سؤالاتی مشابه آن. در هنگام اعلام خطر و درخواست تخلیه محل باید تمام تصمیمات لازم برای رفع نگرانی ساکنین محل از بابت مشکلات مطرح شده برطرف گردد در غیر این صورت برنامه‌های اعلام شده به خوبی و در زمان مناسب به اجرا در نمی‌آید و نتیجه آن به خطراتادان جان انسان‌ها خواهد بود. با توجه به پیامدهای گسترده قرنطینه افراد بیمار، در اواخر قرن نوزدهم توجه بیشتری به برخی اقدامات تحت عنوان «فاصله اجتماعی (Social Distancing)» جلب گردید. فاصله

برای کمک به درمان افراد مبتلا به ابولا به این منطقه رفته بودند، نمونه‌ای از این مسائل است. به نظر می‌رسد در این مورد به خصوص، تنها ترس مسؤولین باعث اتخاذ چنین تصمیمی گردیده است و هیچ‌گونه دلیل علمی برای این اقدام وجود نداشته و ارائه نیز نشده است. اقدام مسؤولین مربوطه در قرنطینه‌کردن کارکنان درمانی بازگشته از آفریقا مباحث اخلاقی مهمی را مطرح کرده است که عمده آن بر محدودیت اتونومی این افراد متمرکز است (۲۶)، لذا تأکید فراوانی وجود دارد که انجام محدودیت‌ها برای افراد باید منصفانه و بر اساس معیارهای مشخص و معین علمی صورت پذیرد (۲۷).

۴-۵-۶ اصل ضرر (Harm Principle): همچنان‌که در بسیاری از حیطه‌های دیگر سلامت بحث شده است تنها زمانی می‌توان آزادی‌های فردی را محدود نمود که عمل مورد نظر باعث جلوگیری از ضرر رساندن به دیگران شود، البته باید توجه داشت که این اصل مشخص نمی‌کند که چه کاری باید انجام شود بلکه صرفاً بیان می‌دارد که یک عمل در این زمینه چه زمانی قابل توجیه است (۲۸). یک خطر مشخص و قابل اندازه‌گیری برای عموم مردم در صورت عدم محدودنمودن افراد مورد نظر وجود داشته باشد (۲۷).

۴-۵-۷ استفاده از کم‌ترین محدودیت یا ابزار قهری (Least Restrictive or Coercive Means): برای رسیدن به اهداف سلامت عمومی ابزار و روش‌های مختلفی در دسترس است. ضروری است ابتدا از ابزاری همچون اطلاع‌رسانی و گفتگو و... استفاده نمود و اگر سودمند و مؤثر نبود، آنگاه می‌توان از روش‌هایی که متضمن محدودیت و اجبار است استفاده کرد، البته در این زمان نیز باید روش‌هایی که دارای اجبار و محدودیت کم‌تری دارند در اولویت قرار گرفته و به علاوه اعمال آن بتواند به شکل مؤثری به تهدید مطرح پاسخ دهد (۱۹)، (۲۸). به عبارت دیگر نوع و میزان محدودیت‌های اعمال شده با بیماری و یا هرگونه تحدید برای سلامت جامعه متناسب باشد (۲۷). به فرض مثال ایزوله‌نمودن افراد برای یک گاستروانتریت ویروسی، هرچند که پر سر و صدا باشد قابل قبول نبوده و

میزان مشارکت و همکاری بالای افراد را فراهم می‌کند (۲۸). تعهد جامعه به حمایت از افراد شامل ارائه درمان، مراقبت، عدم تبعیض و در شرایط خاص جبران خسارات وارده است (۳۶). همچنین جامعه و مسئولین آن وظیفه دارند که به این افراد برای دستیابی به نیازهایشان در طول مدت قرنطینه کمک نماید (۲۷).

۴-۵-۹. اصل شفافیت (Transparency Principle): این اصل به شرایط و روشی که در آن تصمیمات اتخاذ می‌شود، اشاره دارد. مقامات مسؤول باید به گونه‌ای آشکار و صریح تصمیم گرفته و پاسخگوی تصمیمات خود باشند (۲۰-۱۹). علل انجام این تصمیمات برای محدودسازی به وضوح برای افراد و جامعه تشریح شود (۲۷). همچنین ضروری است تمام گروه‌هایی که از نظر قانونی باید در تصمیم‌گیری شرکت داشته باشند، از شرایط برابری جهت مشارکت در مباحث برخوردار باشند. افراد مطالب مورد نظر را به دور از هرگونه اجبار درونی یا برونی بیان نمایند.

۴-۵-۱۰. ثبات (در اجرای دستورالعمل‌ها) (Consistent): وجود ثبات و عزم راسخ مجریان و سیاستگذاران در اجرا برنامه‌های اتخاذ شده می‌تواند به ثمر رسیدن و نتیجه‌دادن آن را تضمین نماید. عدم استمرار و جدیت متولیان امر در اجرا دستورالعمل‌های اعلام‌شده این فکر را پرورش می‌دهد که تصمیمات اتخاذشده غیر عادلانه است و یا این شائبه را در میان مردم به وجود می‌آورد که تحدید بیان‌شده به آن شدت که توسط مقامات مسؤول بیان شده است نیست (۲۲، ۲۴).

۴-۵-۱۱. انعطاف‌پذیری و پاسخگویی (Flexible & Responsive): مسؤولین تصمیم‌گیرنده در بهداشت عمومی باید در خصوص تصمیمات خود منعطف بوده و در پاسخ به اطلاعات جدید به موقع واکنش نشان دهند. در صورتی که نیاز به تغییر و یا حذف و اضافه برخی تصمیمات قبلی وجود داشته باشد، آن را انجام دهند. نتایج و تبعات تصمیمات و مداخلات صورت‌گرفته به فواصل معین مورد بررسی قرار گیرد تا در صورت نیاز و برای دستیابی به نتایج بهتر و مناسب‌تر تغییرات مورد نیاز

اجتماعی به مجموعه اقداماتی که عموماً شامل جلوگیری از اجتماع تعداد زیاد افراد (در یک مکان)، تعطیلی مراکز اجتماعات (ادارات و...) و همچنین لغونمودن اجتماعات است گفته می‌شود تا بتوان با انجام آن گسترش یک بیماری را محدود و یا متوقف نمود. این محدودیت‌ها شامل مراکز تجمع افراد همچون مدارس، دانشگاه‌ها، مهد کودک‌ها، مسابقات ورزشی، جشن‌ها، سینما و... است (۳۲-۳۰). به طور قطع میزان موفقیت محدودیت اجتماعی در کنترل بیماری‌های عفونی بستگی به اقدامات موازی دیگری دارد که همراه آن باید انجام پذیرد (۲۱). نمونه‌هایی از این اقدامات را در کشور خودمان شاهد بوده‌ایم. جهت مقابله با آلودگی هوا در کلان شهرها و جلوگیری از به خطر افتادن سلامت افراد (به خصوص کودکان و سالخوردگان) تعطیلی مدارس و حتی ادارات در دستور کار مسؤولین مربوطه قرار گرفته است. حال این‌که این تصمیمات تا چه اندازه در حفظ سلامت مردم مؤثر بوده است یا خیر موضوع این مقاله نیست.

۴-۵-۸. اصل تقابل (عمل متقابل) (Reciprocity Principle): انجام برخی اقدامات و اعمال محدودیت‌ها می‌تواند منشأ خساراتی (مالی و...) برای افراد باشد. قرنطینه افراد و دوربودن ایشان از فعالیت‌های معمول روزانه‌ای که قبل از این بر عهده داشته‌اند، می‌تواند منجر به از دست‌دادن شغل یا درآمد، موقعیت اجتماعی و مواردی مشابه گردد (۲۸). در بررسی‌های انجام‌شده شواهدی از ترس و ناامیدی در میان افرادی که در قرنطینه قرار می‌گیرند، مشاهده شده است. در بررسی بیماران مبتلا به سارس (SARS) که قرنطینه شده بودند، علائم و مسائل ذیل یافت شده است: احساس قوی از بلا تکلیفی، اضطراب و انزوا (طلبی) (۳۳)، تحمل انگ، ترس و ناامیدی (۳۴)، علائمی از افسردگی و PTSD (۲۳، ۳۵). این نوع خسارات که بر اثر اعمال محدودیت‌ها توسط مقامات مسؤول و جهت حفظ ایمنی و سامت جامعه ایجاد شده است، باید به گونه‌ای جبران شود. جامعه با جبران (یا کمک به جبران) خساراتی که فرد بر اثر اعمال اقدامات مقامات مسؤول می‌بیند،

آن برای حفظ سلامت جامعه ضروری بوده و توسط قانون مشخص و چگونگی انجام آن نیز معین گردیده است.

برخی مواقع برای دستیابی به اهداف مد نظر در قرنطینه چاره‌ای به جز نقض رازداری و حریم خصوصی برخی افراد نمی‌باشد. این موضوع باید با جدیت و حساسیت خاص با مسؤولین بهداشت عمومی توسط پزشک به بحث گذاشته شود.

پزشک باید جهت ترغیب و کسب رضایت افراد برای پذیرش قوانین قرنطینه، اطلاعات لازم را در اختیار ایشان قرار دهد. جزئیات بیماری، خطرات بالقوه آن که متوجه فرد و جامعه است. همچنین سودی که از قرنطینه و یا ایزوله‌شدن متوجه بیمار و جامعه می‌گردد را به خوبی برای بیماران بیان نماید. به علاوه پزشکان باید در دسترس بیماران باشند تا به سؤالات آن‌ها در خصوص بیماری و علل قرنطینه و نتایج آن پاسخ دهند (۹).

۵. بحث

کنترل و مدیریت همه‌گیری‌ها از جمله وظایف بسیار دشوار نظام سلامت به شمار می‌رود. این وظیفه معمولاً به تنهایی صورت نگرفته و سازمان‌ها و نهادهای اجرایی دیگری در کشور نیز در تصمیم‌سازی برای شروع و چگونگی انجام آن دخیل می‌باشند. به عبارت دیگر قرنطینه‌نمودن افراد مشکوک به بیماری تا تعیین وضعیت آن‌ها نیاز به مشارکت سازمان‌های مختلف و در رأس آن‌ها سیاستمداران دارد. سازمان‌هایی که اهداف و دغدغه‌های آن‌ها ممکن است با متولیان نظام سلامت تفاوت داشته باشد، لذا آن‌ها تلاش دارند که در همه مراحل آن (تصمیم‌گیری جهت شروع و یا پایان قرنطینه، کیفیت آن، افرادی که مشمول آن می‌شوند و دیگر مسائل مرتبط) نظرات و خواسته‌های خود را اعمال نمایند، در حالی که هدف اصلی نظام سلامت و کادر درمانی حفظ سلامت افراد و جامعه می‌باشد. سوی دیگر این قضیه افرادی هستند که بنا بر تشخیص کادر درمانی باید مدتی را در قرنطینه سپری نمایند. توجه به

صورت پذیرد. این رویه در خصوص پیامدهای اخلاقی تصمیمات اتخاذ شده هم باید مد نظر قرار گیرد، لذا نظارت و بررسی مداوم و منظم کارهای صورت گرفته ضروری است (۱۹-۲۰).

۴-۵-۱۲. توزیع عادلانه منابع سلامت (Impact on Equity): تمام کسانی که ممکن است از ارائه خدمات مورد نظر سود ببرند، باید دسترسی برابری به این منابع داشته باشند، لذا سیاست‌های اتخاذ شده در حیطه بهداشت عمومی (به خصوص در قرنطینه‌ها) باید به گونه‌ای باشد که ضمن پاسخ به نیازهای موجود، باعث جلوگیری از بروز بی‌عدالتی در ارائه خدمات شود. همانند در نظر گرفتن و مهیانبودن دسترسی مناسب و به هنگام افراد آسیب‌پذیر به منابع مورد نظر (۲۰، ۲۴).

۴-۵-۱۳. مدیریت تعارض منافع (Managing Conflicts of Interest): تصمیم‌گیری در مورد مداخلات بهداشت عمومی به گونه‌ای باید سازمان‌دهی شود که تعارض منافع در نزد تصمیم‌گیرندگان را به حداقل رسانده و تعارضات موجود را نیز مدیریت نماید (۲۰). با توجه به وسعت و گستردگی اقدامات و نتایج آن در صورت عدم مدیریت صحیح تعارض منافع مشکلات عدیده‌ای برای مردم به وجود خواهد آمد.

۴-۵-۱۴. وظیفه پزشکان: این وظیفه اخلاقی پزشکان است که راه‌هایی را برای درمان و محافظت از مردم در مقابل بیماری‌ها انتخاب کنند که حداقل هزینه (مالی و غیر مالی) را به دنبال داشته باشد. به علاوه به گونه‌ای رفتار نمایند که از انگ‌زدن (Stigma) به افراد حاضر در قرنطینه جلوگیری شود (۲۹). بنابراین در مواجهه با اپیدمی، وظیفه پزشکان است که در پیشگیری، یافتن راه‌های مقابله با بیماری و درمان مشارکت کنند، لذا با یک دوگانگی وظیفه رو به رو می‌شوند. انجام این امور که به منظور حفظ سلامت جامعه انجام می‌پذیرد، ممکن است با اتونومی بیمار و حفظ حریم خصوصی آن‌ها تداخل و یا تقابل پیدا کند. به فرض مثال، مبنا بر این است که پزشک رازدار بیمار بوده و در هیچ شرایطی نباید اقدام به افشای راز بیمارش نماید و تنها در موارد اندکی این امر امکان دارد که

نظر اخلاقی بر آن صحه گذاشت. اولین قدم آن است که هدف (اهداف) مورد نظر از اقدامات مد نظر به خوبی تعریف شده و میزان تأثیرگذاری آن ارزیابی شده باشد.

تناسب سود و زیان این‌گونه اقدامات به همراه تلاش برای کاستن از بار منفی آن از وظایف مسؤولین مربوطه است. بدون شک، مداخلات باید به صورت کاملاً منصفانه و به دور از هرگونه تبعیض (اعم از قومیت، نژاد، جنسیت و...) عملیاتی گردد و تنها مستندات و قواعد علمی مبنای تصمیم‌گیری باشد. تمام کسانی که از اقدامات صورت‌گرفته سود خواهند برد، باید دسترسی برابری به این منابع داشته باشند. تلاش و در نظر گرفتن اقداماتی برای جبران خسارات (روانی، جسمی و مادی) احتمالی ناشی از این تصمیمات باید مورد توجه مسؤولین بهداشتی باشد. باید تلاش شود تا از کم‌ترین محدودیت و همچنین قوه قهریه برای اجرای قرنطینه استفاده شود. تصمیمات اتخاذشده باید به گونه‌ای انجام شود که از شفافیت لازم برخوردار باشد و سیاستگذاران و مجریان آن پاسخگوی تصمیمات و عملکرد خود باشند.

مشارکت در تصمیم‌گیری، توانایی انجام کار خواسته شده (ضرورت مهیامودن برخی امکانات)، قانع‌شدن افراد برای مفیدبودن اقدامات برای ایشان، از جمله مواردی است که باید مورد توجه مدیران قرار گیرد، زیرا در صورت محقق‌شدن آن‌ها همکاری افراد ذی‌نفع افزایش خواهد یافت.

ثبات در اجرا تصمیمات اتخاذشده و در عین حال انعطاف‌پذیری در مراحل اجرایی به دنبال ارزیابی اقدامات صورت‌گرفته می‌تواند تضمین‌کننده اعتماد بیشتر مردم و متأثرین از این تصمیمات و در نتیجه موفقیت بیشتر سیاست‌های اتخاذشده باشد.

مدیریت تعارض منافع باید به گونه‌ای باشد که تعارض منافع در میان مدیران و تصمیم‌سازان در اقدامات بهداشت عمومی حداقل ممکن باشد.

نیازهای ضروری این افراد مهم‌ترین عامل در به ثمرنشدن قرنطینه به شمار می‌رود. شاید مهم‌ترین آن حفاظت از معیشت افراد باشد. از دست‌دادن درآمد و یا شغل و یا فرصت‌های مهم در زندگی همچون شرایطی که ممکن است برای دانشجویان یا محصلین پیش‌آید.

مسأله بسیار مهم دیگر اعتماد افراد به گفتار و وعده‌های سیاستگذاران و مسؤولین برقراری قرنطینه می‌باشد. گفتگو با مردم و درمیان‌گذاشتن مطالب مرتبط با بیماری، هرچند که سخت باشد، می‌تواند در ایجاد و تقویت این اعتماد کمک نماید. نکته بعدی استمرار در سیاست‌های اتخاذشده می‌باشد. درست است که انعطاف‌پذیری یکی از اصول اخلاقی لازم برای این کار به شمار می‌رود، اما نباید با استناد به این اصل و بدون دلایل منطقی سیاست‌های اتخاذشده را تغییر دهیم. انتظار همگان این است که توزیع منابع در زمان قرنطینه به صورت عادلانه و به دور از هر گونه تبعیض و جانبداری انجام شود. مدیریت تعارض منافع مدیران و سیاستگذاران در این زمینه بسیار تأثیرگذار خواهد بود.

در نهایت لازم است خیال افرادی که باید مدتی را در قرنطینه سپری نمایند، از بابت این نگرانی‌ها آسوده باشد. جهت دست‌یافتن به این مهم و انجام موفق قرنطینه همانند دیگر اقداماتی که نیاز است در زمان بلایا انجام شود، توجه به اصل اخلاقی «آماده‌سازی (Preparedness)» می‌باشد. تصور این‌که بدون آمادگی قبلی بتوان برای قرنطینه افراد برنامه‌ریزی نمود و در انجام آن نیز موفق عمل نماییم، بعید به نظر می‌رسد. در زمان آرامش و با درس‌گرفتن از تجربیات قبلی خود و دیگر کشورها قوانین، دستورالعمل‌ها و دیگر ابزار لازم را باید مهیا کنیم. در این مسیر توجه به اصول اخلاقی مطرح‌شده در این نوشتار ضامن اجرای صحیح قرنطینه و به نتیجه‌رسیدن آن خواهد بود.

۶. نتیجه‌گیری

اقدامات صورت‌گرفته در حیطه بهداشت و درمان به طور عموم و قرنطینه به شکل خاص باید دارای شرایطی باشد تا بتوان از

۷. تقدیر و تشکر

از زحمات سرکار خانم سمیه بهرامی، عضو مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا جهت مساعدت در تهیه این مقاله تشکر و قدردانی می‌گردد.

۸. سهم نویسندگان

این مقاله به تنهایی نوشته شده است.

۹. تضاد منافع

تضاد منافع در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

1. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *J Infect* 2004; 49(4): 257-261.
2. Ebola virus disease in West Africa-the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med* 2014; 371(16): 1481-1495.
3. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385(9963): 117-171.
4. Krecha RKM. The 2014 Ebola outbreak: Ethical use of unregistered interventions. *Bull World Health Organ* 2014; 92(9): 622.
5. Poland GA, Jacobson RM, Tilburt J, Nichol K. The social, political, ethical and economic aspects of biodefense vaccines. *Vaccine* 2009; 27 Suppl 4: D23-27.
6. Cetron M, Simone P. Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(11): 2053-2054.
7. Quarantine and Isolation. 2020. Available at: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>.
8. Cetron M, Landwirth J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale J Biol Med* 2005; 78(5): 329-334.
9. Bostick NA, Levine MA, Sade RM. Ethical obligations of physicians participating in public health quarantine and isolation measures. *Public Health Rep* 2008; 123(1): 3-8.
10. Ries NM. Public health law and ethics: Lessons from SARS and quarantine. *Health Law Rev* 2004; 13(1): 3-6.
11. Tognotti E. Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerg Infect Dis* 2013; 19(2): 254-259.
12. Al-Ateeg FA. Isolation versus quarantine and alternative measures to control emerging infectious diseases. *Saudi Med J* 2004; 25(10): 1337-1346.
13. Kass NE. An ethics framework for public health and avian influenza pandemic preparedness. *Yale J Biol Med* 2005; 78(5): 239-254.
14. Mirsalehian ADM. History of Bacterial Infection Diseases in Iran. *Iran J Med Microbiol* 2018; 12(4): 230-238.
15. Kasiri MDM. Quarantines of Iran in the end of Ghajar and the beginning of Pahlavi era. *IJME* 2011; 4(6): 50-62.
16. Dehghannejad MKM. The problem of Quarantines in Iran during Naseroldin Shah's era (1847-1986). *Historical Research* 2011; 4(2): 1-14.
17. Upshur R. The ethics of quarantine. *Virtual Mentor* 2003; 5(11): msoc1-0311.
18. Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health* 2001; 91(11): 1776-1782.
19. Letts J. Ethical challenges in planning for an influenza pandemic. *N S W Public Health Bull* 2006; 17(9-10): 131-134.
20. Marckmann G, Schmidt H, Sofaer N, Strech D. Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Front Public Health* 2015; 3(23). doi: 10.3389/fpubh.2015.00023.
21. Ahmed F, Zviedrite N, Uzicanin A. Effectiveness of workplace social distancing measures in reducing influenza transmission: a systematic review. *BMC Public Health* 2018; 18: 518.
22. Hansen H, Groce N. Human immunodeficiency virus and quarantine in Cuba. *JAMA* 2003; 290(21): 2875.
23. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(7): 1206-1212.
24. Ng ES, Tambyah PA. The ethics of responding to a novel pandemic. *Ann Acad Med Singapore* 2011; 40(1): 30-35.
25. Edelson PJ. Quarantine and social inequity. *JAMA* 2003; 290(21): 2874.
26. Miles SH. Kaci Hickox: Public health and the politics of fear. *Am J Bioeth* 2015; 15(4): 17-19.
27. Webb A. Quarantine, Isolation and Health Care Workers. *Continuum (Minneapolis)* 2015; 21(6 Neuroinfectious Disease): 1745-1750.
28. Upshur RE. Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health* 2002; 93(2): 101-103.
29. Giubilini A, Douglas T, Maslen H, Savulescu J. Quarantine, isolation and the duty of easy rescue in public health. *Dev World Bioeth* 2018; 18(2): 182-189.
30. Yang YT, Silverman RD. Social distancing and the unvaccinated. *N Engl J Med* 2015; 372(16): 1481-1483.
31. Roth DZ, Henry B. Social Distancing as a Pandemic Influenza Prevention Measure. 2011. Available at: http://www.nccid.ca/files/Evidence_Reviews/H1N1_3_final.pdf.
32. McKenna M. Social distancing helped some cities endure 1918 pandemic [Internet]. CIDRAP News. 2007. Cited April 28, 2020.
33. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. Risk perception and compliance with quarantine during the SARS outbreak. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(4): 343-347.

34. Robertson EHK, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: A qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry* 2004; 49(6): 403-407.
35. Johal SS. Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *N Z Med J* 2009; 122(1296): 47-52.
36. Harris JHS. Is there a moral obligation not to infect others? *BMJ* 1995; 311(7014): 1215-1217.



Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2020; 14(45): e2
doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v14i45.27083>
Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



REVIEW ARTICLE

Open Access

Quarantine and its Related Ethical Issues

Ali Khaji¹ 

1. Medical Ethics PhD, Sina Trauma and Surgery Research Center, Sina General Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 13 July 2019

Accepted: 30 December 2019

Published online: 05 May 2020

Keywords:

Epidemic

Quarantine

Isolation

Iran

Infectious

Disease

Medical Ethics

ABSTRACT

Background and Aim: In order to control the epidemics, it is necessary to make decisions that can affect many people's normal lives. One of them is to create quarantine for people who are at risk of contracting an infectious disease. The purpose of this study was to investigate ethical considerations related to quarantine or isolation of patients with communicable diseases.

Materials and Methods: The present study is a review study using Iranian [(IranMedex), MagIran] and international (Pub med) databases. These have been searched with key words: epidemic, quarantine, Isolation, Iran, Infectious Disease and Medical Ethics. Then the abstracts of the retrieved articles were reviewed and after the removal of duplicate and unrelated articles, the content of related articles was analyzed.

Findings: Decisions based on proven scientific foundations, proportionality of benefits and losses from quarantine and reduction of its negative impact, avoidance of any discrimination (whether ethnicity, race, gender, etc.) and fairness of decisions are necessary. Attempts to compensate for the potential (psychological, physical and material) damages caused by the quarantine and the least restraint as well as coercive force are required to execute the quarantine. Transparency in decision-making, accountability, stability in program implementation, and flexibility are the requirements.

Ethical Considerations: In keeping with trustworthiness in analysis, reporting and citing, efforts were made to disseminate the results without any bias.

Conclusion: Paying attention to the ethical issues raised can increase the trust of those who should be quarantined, while enhancing their cooperation to ensure that this process is achieved.

* Corresponding Author: Ali Khaji

Address: Sina Trauma and Surgery Research Center, Sina General Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Postal Box: 1136746911

Tel: (+21) 6675 7001

Email: jkhaji@yahoo.com

Cite this article as:

Khaji A. Quarantine and its Related Ethical Issues. Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2020; 14(45): e2.