

الإشكاليات الطبية لجائحة كورونا دراسة في الأخلاق التطبيقية

محمد كمال محمد الجيزاوي*

mckama12011@art.kfs.edu.eg

ملخص

كشفت جائحة كورونا أو كوفيد ١٩ عن العديد من الإشكاليات في شتى المجالات، ومنها بالطبع الفلسفة، حيث أعادت التفكير في الكوارث التي مرت بها البشرية ومنها الأوبئة، التي تثير التأملات حول التناقضات التي تظهر في السلوك الإنساني ما بين الأنانية والغيرية، حب الذات وإيثار الغير، وتتناول الدراسة جائحة كورونا من خلال تعريف الوباء وتاريخ الأوبئة، وكيف واجت البشرية الأوبئة السابقة، ومكانة وباء كورونا بين الأوبئة التاريخية، ثم نتناول أهم الإشكاليات التي واجهت العاملين في مجال الصحة، ومدى إمكانية إلزام العاملين بالقطاع الصحي بمواجهة الوباء خاصة إذا كان هناك ضعف في الإمكانيات، والمشكلات الأخلاقية التي يواجهها العاملين بالرعاية الصحية. كذلك نتناول معايير الاختيار في تقديم الرعاية الصحية في زمن الكورونا، بعد أن اضطر المجتمع في ظل نقص الإمكانيات العلاجية عن تقديم الرعاية الطبية للجميع، وأهم المعايير التي تم عرضها في هذا الإطار مثل تقديم الخدمة العلاجية لمن يأتي أولاً، أم تقديمها للأطعم الصحية أولاً، بينما فضل البعض تقديمها على أساس السن، وانحاز أصحاب مذهب المنفعة إلى مدى المنفعة التي تعود على المجتمع والأفراد لتحديد من أحق بالرعاية الصحية. كما أثارت الحائجة مشكلة العدالة الصحية، وأحقية الجميع في الحصول على الرعاية الصحية على قدم المساواة دونما تمييز بسبب العرق أو الدين أو الجنس أو السن.. إلخ. وأثارت أخلاقيات الحجر الصحي ووجوب الالتزام بها. وختاماً نتناول آثار كورونا على البحث الطبي في ظل الجائحة، ونختتم بحثنا بعرض النتائج التي توصلنا إليها، والتوصيات التي نقدمها لكل ذوي الشأن.

الكلمات المفتاحية: جائحة كورونا، الرعاية الصحية، الأطقم الطبية، العدالة الصحية، الحجر الصحي، البحث الطبي.

* مدرس فلسفة الأخلاق – قسم الفلسفة – كلية الآداب – جامعة كفر الشيخ

مقدمة

تكشف جائحة كورونا عن علاقة الفكر الفلسفي بأحداث العالم الخارجي، الأمر الذي يؤكد فعالية الدور الفلسفي في مواجهة مختلف الأزمات. حيث يتجه الفكر الفلسفي بمناهجه ومواقفه المختلفة نحو معالجة الجائحة معالجة عميقة، عن طريق الكشف عن أسباب انتشار الوباء وتحليلها، ووضع الأطر النظرية والقواعد العملية اللازمة لتجاوز هذه الأزمة الصحية العامة، ومن ثم تقديم رؤية في فلسفة الأخلاق التطبيقية تؤكد على أهمية تطبيق المعايير الأخلاقية، وارتقاء الوعي المعرفي في حالات معالجة المرضى، وفي الوقاية من انتشار المرض. وهكذا، تتحدد إشكالية البحث في الكشف عن حقيقة العلاقة بين الفكر الفلسفي متمثلاً في الأخلاق التطبيقية وأزمة انتشار كورونا، وبناءً عليه يدور البحث حول عدة محاور، تحاول تقديم تفسيرات عقلية لمجموعة من التساؤلات، ومنها:

- ١- ما مفهوم الوباء، ومدى علاقته بالكورونا ؟
- ٢- كيف يمكن تفسير تاريخ وقائع انتشار الوباء ؟
- ٣- ما طبيعة العلاقة بين قواعد الواجب الأخلاقي ومبادئ السلامة المهنية؟
- ٤- هل كشفت كورونا عن مفارقات الواقع الصحي وعقباته ؟
- ٥- لماذا حرص المسؤولون على وضع معايير علمية وأخلاقية لمواجهة الأزمة؟
- ٦- ماذا عن طبيعة العلاقة بين معايير الرعاية الصحية وتحقيق العدالة العلاجية؟

٧- كيف أثرت أزمة كورونا على منهجية البحث العلمي ؟
وفي هذا المقام، يستند الباحث على خصائص المنهج التاريخي التحليلي النقدي المقارن من أجل إيجاد تفسير عقلي للأزمة الصحية العالمية.
فمن جانب، يعتمد الباحث على المنهج التاريخي عن طريق إعادة النظر ولقراءة تطور تاريخ الأوبئة من أجل الكشف عن العوامل المشتركة بينها.
ومن جانب آخر، يعتمد المنهج البحثي منهجاً تحليلياً عن طريق تحليل مفهوم الوباء تحليلاً لغوياً، ومن ثم تكوين تصورًا عامًا لعلاقة الكورونا بالأوبئة العالمية، ثم الاتجاه بالمفاهيم إلى وقائع الأزمة الفعلية، وهو ما يكشف أيضاً عن التحول اللغوي في سيناريو معالجة الأزمة.
ومن جانب ثالث، يعتمد الباحث منهجية بحث نقدية بناءً على تحدي الأطر العامة للأزمة، وعملية معالجتها، بجانب الكشف عن نقاط القوة والضعف في مختلف سيناريوهات معالجتها.
وأخيراً، يتصف منهج البحث بالمقارنة الموضوعية التي تساهم في تحديد حجم الأزمة في ضوء علاقتها بطرق المواجهة.
ومن ثم، يتناول الباحث موضوع البحث في مقدمة وستة محاور مزيلة بخاتمة يتناول فيها أهم نتائج البحث.
من جانب، تخيم حالة من الرعب المصاحبة لانتشار فيروس كورونا بسبب ظهوره في عصر السوشيال ميديا الذي بالغ في آثاره السلبية، والتغيرات المتوقع أن تنجم عنه، والتي يصعب على منظمة الصحة العالمية والجهود الدولية معالجتها، على الرغم من الضعف الشديد لفيروس كورونا المستجد "كوفيد ١٩"، مقارنةً بالأوبئة الكبرى التي مرت بها البشرية، حتى إن البعض يعتبر أن

عالم ما بعد كورونا سيكون غير ما كانه عالم ما قبله.

ومن جانب آخر، يشبه البعض جائحة كورونا باللحظات الكبرى في التاريخ "مثل انهيار الإمبراطورية الرومانية؛ وانطلاق حركة الإصلاح الديني وما تولد منها من حروب دينية؛ وقيام النظام الرأسمالي وزحفه على العالم، والثورة الفرنسية والثورة البلشفية الروسية، والحربين العالميتين الأولى والثانية، وانهيار الاتحاد السوفياتي والمعسكر الاشتراكي، ثم ميلاد العولمة... الخ".^١

هذا التأثير الكبير لفيروس كورونا أو كوفيد ١٩* وما أثاره من إشكاليات فلسفية، ونفسية، واجتماعية، وصحية، واقتصادية، أدى إلى عودة التفكير في الكوارث التي مرت بها البشرية كسلوك إنساني طبيعي، والبحث في العلاقة الجدلية بين مراحل الزمان وأحداثها وبخاصةً حينما نتأمل في الحاضر غير المستقر والمستقبل الغامض^٢، فالأوبئة مثل الموت "تشجع التفكير الديني والفلسفي الأوسع. التأملات حول الجسد المعذب، والعزلة، والخوف، والصدفة، والأزمات"^٣.

فما أثاره الوباء من عدم اليقين، والشعور بالضعف الإنساني بشكل عام، وعدم القدرة على مواجهة الفيروس الغامض أنشأ عالمًا لا يبدو فيه أي شيء مؤكد، لكن هذا الاضطراب في حد ذاته يحمل في طياته الأمل بما هو مستحيل ليصبح واقعًا يواجه به الإنسان هذا المجهول^٤. فنحن نعرف أن هناك مرضًا "لكننا لم نكن نعرف بالضبط كيف ينتشر، أو مدى شدته، أو كيفية علاجه، والوقاية منه. والمخاطر كبيرة للغاية: الحياة أو الموت لأنفسنا ومن نحبه"^٥. الأمر الذي يتطلب تحديد ماهية المرض بوصفه وباء، وكيفية مواجهته.

أولاً: تعريف الوباء وتاريخ الأوبئة:

الوباء لغة هو الطاعون بالقصر والمد والهمز، وقيل: هو كل مرض عام، وجمع الممدود أوبئة، وجمع المقصور أوباء، ويقال: وبئت الأرض توباً، من باب تعب وبتاً، مثل: فلس، كثر مرضهما، فهي وبئة، وبيئة^١ ويقال وبئت الأرض توباً وبأ: كثر فيها الوباء، فهي وبيئة، ووبئت الأرض وباء ووباءة: كثر فيها الوباء. والوباء هو الطاعون وكل مرض فاش عام وباء^٢.

أما من الناحية الاصطلاحية فإن مركز cdc* يعرف الوباء epidemic بأنه حدوث زيادة سريعة في حالات المرض على ما هو متوقع عادةً في مجتمع أو منطقة جغرافية معينة، مع تأثير نسب سكانية كبيرة في تلك المنطقة، ويفترض أن يكون هناك سبب مشترك لإصابة الحالات أو أن تكون مرتبطة ببعضها بشكل معين^٣، أما إذا زاد انتشار المرض وشمل مناطق جغرافية أوسع، عبر البلدان والقارات وأصاب عدد أكبر من الناس فإنه يسمى جائحة pandemic.

وباء كورونا ليس الأول في تاريخ البشرية، بل ربما يعد أقلها تأثيراً حتى الآن، حيث كان وباء أثينا ٤٣٠ ق.م. سبباً أساسياً في اضمحلال أثينا، فبينما يستعد بركليس لمواجهة اسبرطة، غفل عن ازدحام أثينا بأهل إقليم أتيكا، وانتشار الطاعون في أثينا، فاستمر ثلاث سنوات، وأهلك ربع سكان أثينا، واجتمع الوباء والحرب على الأثينيين^٤؛ وبذلك لم يذهب بقوتها المالية والبشرية فقط حين قتل واحد من كل أربعة من المواطنين، بل ذهب بشجاعتها الشامخة، ووهنت أثينا معه، فتراكمت الجثث في الشوارع، وأوقفت مراسم الدفن المعتادة، ولم يعد هناك

شيء مقدس، حيث كانت طقوس الموتى هي أقدس المقدسات في حياة اليونان^{١٠}، وبذلك انهار النظام الاجتماعي تمامًا، فالأثينيين "الذين افتخروا بأنفسهم في التزامهم بالخير العام وخدمة الدولة، فقدوا الثقة في قيادتهم. انتشرت الفوضى، وأصبحت الفروق الطبقيّة أكثر حدة، وفي النهاية سقطت أثينا في يد اسبرطة"^{١١}، ولم تعد لمجدها مرةً ثانيةً بعده.

ثم جاء وباء الطاعون في الإمبراطورية البيزنطية في القرن السادس الميلادي، ليقضي على قوة الامبراطورية حيث قتل ما يقرب من نصف السكان، وفشل الامبراطور جستنيان في تنفيذ تغييرات فعالة، واستمر في المركزية الإدارية المطلقة التي كانت في الأساس محل رفض من السكان بسبب عدم مرونتها "أدى ذلك إلى فقدان الثقة من قبل الناس في الدولة، وانخفضت عائدات الضرائب، وفشل التجنيد في الجيش، وفي النهاية تقلصت حدود الإمبراطورية حيث استغل الأعداء قيادة جستنيان الفاشلة"^{١٢}. ولم يتوقف الطاعون عند حدود الامبراطورية البيزنطية، بل انتشر في العالم المعمور آنذاك "عبر أوروبا وآسيا وشمال إفريقيا والجزيرة العربية مما أسفر عن مقتل ما يقدر بنحو ٣٠ إلى ٥٠ مليون شخص، ربما نصف سكان العالم"^{١٣}.

في العالم الإسلامي كان أول طاعون هو طاعون عمواس ١٨ هـ والذي قتل فيه ما يصل إلى ثلاثين ألفاً من جيش المسلمين في الشام أي نصف الجنود تقريباً، وتوفى فيه عدد من كبار الصحابة مثل أبو عبيدة بن الجراح، معاذ ابن جبل وزوجتاه وابنه، بلال بن رباح وغيرهم من الصحابة، ثم جاء طاعون مسلم بن قتيبة ١٣١ هـ في البصرة حيث وصل الضحايا في اليوم الواحد إلى أكثر من عشرة آلاف. ويصف لنا الرازي في كتابه المنصوري في الطب الوباء وصفًا

دقيقاً للوباء متى يحدث، وكيف تتغير البيئة خلاله، ومن أكثر الفئات المعرضة له وأسباب ذلك، كيفية تفادي العدوى فيه، والعلاج منه^{١٤}.

استمرت الأوبئة تضرب البشرية بشكل متكرر لكن أسوأها على الإطلاق كان الطاعون الأسود الذي ضرب العالم في موجات متتالية استمرت عدة قرون، حيث بدأ الطاعون الأسود في ثلاثينيات القرن الرابع عشر في آسيا الوسطى، ومنها انتقل إلى القسطنطينية ١٣٤٧، ومنها للموانئ في الإسكندرية وصقلية، والشرق الأوسط وأفريقيا وأوروبا، ثم بدأت الموجة الثانية بين ١٣٦٠-١٣٦٣، والثالثة بين ١٣٧٠-١٣٧٤، واستمر الوباء طيلة القرن الخامس عشر حتى القرن السابع عشر.

يصف لنا ابن الخطيب الطاعون الذي أصاب الأندلس عام ١٣٨٤ فيحلل أسبابه وأعراضه فيصفه بأنه مرض حاد، حار السبب، سمي المادة، يتصل بالروح بوساطة الهواء، ويسري في العروق، فيفسد الدم، ويحيل رطوباته إلى السمية، وتتبعه الحمى ونفث الدم، أو يظهر عنه خراج من جنس الطواعين، وله سبب أدنى هو فساد الهواء الخاص بمحل ظهوره ابتداء وانتقالاً، وأعراضه الحمى الوبائية، ثم نفث الدم، وعلاجه الصحيح هو استفراغ المادة الزائدة في الجسم، وإصلاح الأغذية، واجتناب مظان الفساد من المريض والميت وكل ما يخصهما^{١٥}.

قبل ذلك بسنوات كان الطاعون قد وصل لأوروبا في أكتوبر ١٣٤٧ حين رست ١٢ سفينة من البحر الأسود في ميناء صقلي، ليجد السكان أن معظم البحارة على متن السفن ماتوا، وأولئك الذين ما زالوا على قيد الحياة يعانون من مرض خطير ومغظة بالدمامل السوداء التي تنضح بالدماء والصديد. أمرت

سلطات صقلية على عجل بإخراج أسطول "سفن الموت" من الميناء، لكن الأوان كان قد فات: على مدى السنوات الخمس التالية، قتل الموت الأسود أكثر من ٢٠ مليون شخص في أوروبا أي ما يقرب من ثلث سكان القارة^{١٦}.

كان انتشار الطاعون الأسود مرعباً وعشوائياً فمجرد لمس ملابس المريض ينقل العدوى، واستمر الطاعون في الظهور كل عشر سنوات لثلاثة قرون، ومع كل وباء جديد كان يموت ٢٠% من سكان العاصمة البريطانية لندن، ثم حدث الطاعون العظيم عام ١٦٦٥ الذي قتل أكثر من ١٠٠ ألف من سكان لندن في شهور بعد اتباع اجراءات لفصل المرضى وعزلهم، ووضع علامات على المنازل المنكوبة بالطاعون، منع خروج سكانها للأماكن العامة بالقوة، ورسم صلبان حمراء على أبوابها، ودفن الموتى في مقابر جماعية^{١٧}. نفس الإجراءات اتبعت في فرنسا في وباء ١٧٢٠ حيث طبقت إجراءات الحظر الكامل حيث أغلقت الدكاكين " وعلقت جميع الأشغال العامة، توقفت التجارة، والكنائس، والتبادل، وأغلقت جميع الأماكن العامة، وعلقت جميع القداديس، وتوقفت المحاكم عن العمل، وتوقف الجيران، وحتى الأقرباء، عن التزاور"^{١٨}.

واختلفت النظريات حول أسباب اختفاء الطاعون من أوروبا، ويمكن أن تكون عدة عوامل قد أدت لانتهاؤه، وأهم هذه العوامل هي العوامل الطبيعية متمثلة في التغير المناخي حيث أدى التغير المناخي في القارة إلى خفض قدرة الطاعون على إعادة تثبيت نفسه بعد انتهاء الشتاء، وأدى الجليد لطرده الجردان السوداء والبراغيث العائل الوسيطة بين الفيروس والبشر، كما يرجع البعض انتهاء الوباء إلى اكتساب الجردان مناعة في مواجهة الطاعون، على النقيض يرى آخرون أن الجردان توفيت بأعداد كبيرة فلم يعد هناك ما يعيل ما يكفي من

البراغيث الناقلة للطاعون لتشكيل كتلة حرجة لتفشي الوباء. بينما يرى البعض أن البشر أنفسهم على مدار قرون قد اكتسبوا مناعة ضد الجراثيم الفتاكة. بينما يذهب اتجاه آخر إلى أن سبب اختفاء الطاعون يرجع إلى النشاط البشري، وسلوك البشر ببناء البيوت من الحجارة والطوب بدلاً من القش الذي يجتذب الفئران وتعيش فيه، وتزايد استخدام الصابون على القلوية لتنظيف أجساد البشر، وتوافر الملابس بأسعار زهيدة، بحيث أصبح تغيير الملابس وغسلها منتشرًا مما قضى على البراغيث ناقلة المرض، بجانب استخدام التوابيت المغلقة على نطاق واسع والدفن العميق، وعلى الجانب الصحي استخدام الحواجز والحجر الصحي ومنع الاتصال مع المرضى، واتباع حجر صحي صارم في الانتقال بين الدول خاصة المناطق المصابة بالطاعون^{١٩}.

أدى الطاعون الأسود إلى تغييرات جوهرية في شتى القطاعات، حيث أدى العجز الرهيب في العمالة إلى مطالبة "العمال الزراعيون القادرين على العمل بأجور وشروط أفضل. وفي المناطق الحضرية ظهرت أهمية الصرف الصحي العام في الحد من الأوبئة"^{٢٠}.

في الوقت الذي كان فيه الطاعون يضرب أوروبا، قام المستعمر الغربي بنقل الجدري إلى العالم الجديد بشكل متعمد محدثًا دمار شامل بالسكان الأصليين حيث تم القضاء على ٩٠ إلى ٩٥% من السكان الأصليين على مدار قرن واحد حيث تراجع سكان المكسيك من ١١ مليون إلى مليون^{٢١}. وبعد أن كان عدد شعب تاينو يزيد عن ٦٠ ألف نسمة أصبحوا أقل من ٥٠٠ فقط، وتكرر ذلك في الأمريكتين، حيث دمرت إمبراطورية الأزتك عام ١٥٢٠ بسبب الجدري، وتذكر الأبحاث الحديثة أن المرض قد أدى لوفاة حوالي ٥٦ مليون من

الأمريكيين الأصليين في القرنين السادس عشر والسابع عشر^{٢٢}.
لم تكد أوروبا تشفى من الطاعون الأسود حتى اجتاحت الكوليرا إنجلترا في أوائل القرن التاسع عشر حتى منتصفه لتقتل عشرات الآلاف حتى اكتشف جون سنو أن مصدر المرض الغامض هو مضخة مياه في شارع برود، وهي بئر مدينة شهيرة لمياه الشرب. وبتعطيل المضخة جفت العدوى^{٢٣}.
ليأتي بعد ذلك القرن العشرين وسلسلة أوبئة الأنفلونزا التي كانت أقوى موجة منها هي الأولى المسماة بالأنفلونزا الإسبانية التي كان معظم ضحاياها من الشباب الأصحاء، واستمرت من عام ١٩١٨ إلى ١٩١٩ وتقول "أقدم التقديرات إنها قتلت ٤٠ إلى ٥٠ مليون شخصًا، في حين بحوث حديثة تشير إلى أنه ربما يكون قد قتل ما يصل إلى ١٠٠ مليون شخص أو ما يقدر ب ٥٥ % من سكان العالم في ١٩١٨"^{٢٤}. وفي ثمانينات القرن العشرين تم التعرف على الإيذر الذي يدمر الجهاز المناعي للإنسان مما يؤدي في النهاية للوفاة، وقد لوحظ في البداية في مجتمعات المثليين الأمريكيين، وبرغم وفاة أكثر من ٣٥ مليون بسببه إلا أنه لم يتم اكتشاف علاج له وتم تطوير علاجات لإبطاء تقدم المرض فقط. ثم ظهرت سلسلة الكوفيد أو أمراض المتلازمة التنفسية الحادة مع السارس في ٢٠٠٣ الذي تمت السيطرة عليه مبكرًا فلم يؤدي سوى لإصابة ثمانية آلاف شخص ووفاة ٧٧٤ فقط^{٢٥}، ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس).

ثم ظهر فيروس كورونا المستجد أو كوفيد ١٩ الذي تشمل أعراضه طبقاً لمنظمة الصحة العالمية الحمى والإرهاق والسعال الجاف، وعادة ما تكون الأعراض خفيفة وتبدأ بشكل تدريجي، ويصاب بعض الناس بالعدوى دون أن يشعروا إلا بأعراض خفيفة جدا مما يساهم في نقل العدوى دون علم المريض

ناقل العدوى بإصابته، ويتعافى معظم المرضى حوالي ٨٠% دون الحاجة لعلاج خاص، أما النسبة الباقية فتعاني من صعوبة في التنفس.

اختلفت الآراء بشدة حول مصدر فيروس كوفيد ١٩، فتحدث البعض عن أن حيوان آكل النمل الحرشفي هو المضيف الوسيط الذي ساهم في انتقال العدوى من الخفافيش المصدر الأصلي للوباء إلى البشر، ونشرت تقارير أخرى أن الثعابين هي المضيف الوسيط^{٢٦}، وارتبك العالم حول طرق انتقال العدوى من انتقاله بسبب الكحة أو العطس، أو بالتلامس عن طريق لمس الأشياء والأسطح ثم لمس العين أو الأنف أو الفم، حتى حدثت حالة من الهلع والخوف من كل شيء يحيط بالإنسان.

نقلت منظمة الصحة العالمية WHO في ١١ مارس ٢٠٢٠ وصفها لمرض كوفيد ١٩ من وباء إلى جائحة^{٢٧}، وذلك بعدما كانت التوقعات الأولية تستبعد تحول كورونا لوباء وقت ظهوره في ووهان، الصين ديسمبر ٢٠١٩ حيث "لم يتوقع حتى خبراء الصحة العامة الدوليون الأكثر خبرة أنه سينتشر بسرعة، وحدث العكس فانتشر الفيروس بشدة لتحدث أسوأ أزمة صحية عامة عالمية منذ أكثر من ١٠٠ عام. بحلول كانون الثاني (يناير) ٢٠٢٠، بدأ عدد قليل من مسؤولي الصحة العامة في دق ناقوس الخطر^{٢٨} خاصة في ظل ارتفاع معدل انتشار الفيروس *RO. ويتوقف انتشار العدوى على المدة التي تستغرقها إصابة الشخص، خاصة قبل معرفته بإصابته وعزله عن الآخرين، فرصة انتقال الفيروس للآخرين، وهو ما يتحدد بناء على عدد مرات الاتصال الجسدي بالآخرين، احتمالية انتقال الفيروس عند الالتقاء بالآخرين، وأخيرًا استعدادية الشخص الذي يخالطه المريض للإصابة بالفيروس^{٢٩}.

يمكن وضع جائحة كورونا في مكانها الطبيعي بين الأوبئة التاريخية إذا علمنا أن عدد سكان العالم حاليًا حوالي ٧.٨ مليار نسمة، مصاب منهم حوالي ١٠٥ مليون والوفيات ٢ مليون وربع فقط، أي أن نسبة الوفيات تبلغ ٠.٢٩% من سكان العالم. مع ملاحظة أن عدد وفيات الأنفلونزا الموسمية سنويًا طبقًا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية يزيد عن ٦٥٠ ألف نسمة، كما تم الخلط بين ضحايا كورونا وضحايا الأنفلونزا الموسمية، وعمدت وسائل الإعلام والأجهزة الرسمية في بعض الدول إلى التضخيم والتهويل من أعداد المتوفين بسبب كورونا، وإضافة من توفوا لأسباب أخرى إلى ضحايا الكورونا، كما أدى تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة لحالات الكورونا إلى غلق المستشفيات والامتناع عن استقبال المصابين بالأمراض الأخرى مما أدى لزيادة الوفيات. كما تم التلاعب بالأرقام كما يوضح د صلاح عثمان حيث يتم ذلك عدد الوفيات قياسًا بعدد المرضى الذين ذهبوا إلى المستشفيات، بينما إذا تم حساب نسبتهم قياسًا بإجمالي عدد المصابين العام فإن نسبة الوفيات ستتخفف بشدة، فإذا كان لدينا مائة مصاب ذهبوا للمستشفيات توفي منهم ٤ فإن نسبة الوفيات تكون ٤%، بينما إذا كان لدينا ألف مصاب بشكل فعلي فإن نسبة الوفيات ستصبح ٠.٤%، أما إذا تم احتساب المصابين بالفيروس بما فيهم من لا يعلمون بإصابتهم فيمكن أن يصل عدد المصابين إلى عشرة آلاف، وفي هذه الحالة ستتخفف نسبة الوفيات إلى ٠.٠٤%، وهكذا يتم التلاعب بالإحصائيات من أجل إصابة المجتمع العالمي بحالة الذعر التي أصبح عليها. بجانب نشر أخبار متناثرة عن إصابات المشاهير بالفيروس، بينما نسبة الوفيات فيهم تكاد تكون منعدمة، ومن توفي منهم كانت الوفاة لأسباب أخرى^{٣٠}.

وهكذا، يبين تاريخ انتشار الأوبئة في العالم مجموعة من الأبعاد الفلسفية،

وهي:

١- الامتداد الزمني: يجسد تاريخ انتشار الأوبئة ارتباط الوباء زمانياً، فكما وجد الطاعون في الماضي فقد ظهرت الكورونا في الحاضر، الأمر الذي يؤكد احتمالية انتشار أوبئة جديدة في المستقبل، وبالتالي، يتلزم ظهور الأوبئة مع التطور الزمني نحو المستقبل، وهو ما يكشف عن علاقة التوتر والقلق من ملامح الغد، ومدى علاقتها بأمال الإنسان وطموحاته.

ومن ثم، يتخذ الامتداد الزمني طابعاً وجودياً، وبناءً عليه يكون السبيل اللازم لمواجهة تلك الأزمة هو الكشف عن المعاني والدلالات الكامنة وراءها، عن طريق تحديد مفهوم الوباء وعلاقاته، وتحديد مدى التغيير في السلم الأخلاقي إزاء مواجهة تلك الجائحة سواء على المستوى الشخصي، أو المستوى المحلي، أو المستوى العالمي.

٢- الامتداد الأخلاقي: يكشف انتشار الأوبئة في العالم عن حالة من ثنائية القيم، وهي الثنائية بين الثابت والمتغير، بين المعيارية والنسبية، بين الذاتية والواقعية، وهي ثنائية قيمية تتصف بالاستمرارية.

فمن ناحية، يصبو الإنسان نحو القيم الثابتة والمثل العليا، ومنها قيم الحب والسلام، والواجب، والعمل، والأمن، والتعاون...إلخ.

وفي نفس الوقت، يتجنب الإنسان حالات الفرقة، والانعزالية، والفردية المفرطة، والخوف، والقلق. إلخ.

وفي حقيقة الأمر، تسود قيم المستوى المثالي في حالات الاستقرار والسلامة الصحية، حالات اختفاء الأوبئة، في حين تسود قيم المستوى الواقعي عند انتشار

الأوبئة، وبالتالي، يحدث نوع من تبادل القيم الأخلاقية زمنيًا فيما بين ظهور الأوبئة واختفائها. وفي كل الأحوال تكون العملية السابقة من أجل المحافظة على حياة الإنسان بما تتضمنه من قيم ومعاني، وبناءً عليه يكون وجود التوازن الأخلاقي أمرًا ضروريًا من أجل الوجود الإنساني.

٣- الامتداد المعرفي: يفسر تاريخ الأوبئة حالة الامتداد المعرفي، حالة الانتقال من الاعتقادات الذاتية إلى المعرفة العلمية. ففي مرحلة الاعتقاد، يحيا الإنسان تحت سيطرة رغباته وأهوائه، مما يفسر اتجاه بعض الدول نحو فرض سيطرتها على الدول الضعيفة اقتصاديًا، واستغلال مواردها البشرية والطبيعية، بناءً على ما تحمله أذهانهم من تصورات خاطئة، في حين تكشف مراحل انتشار الأوبئة، وبخاصةً في مراحل الذروة من المرض، تكاتف كل الدول بمختلف مؤسساتها معًا من أجل مواجهة الوباء. وفي الحالة الأخيرة، يتخلى العالم عن اعتقادات الذاتية لكي يحل محلها البحث عن معرفة علمية واقعية، تكون بمثابة قارب النجاة الجماعية من الغرق في أعماق طوفان الوباء، مما يفسر اتجاه الدول العظمى نحو تشجيع الأبحاث العلمية المختلفة التي تساهم في مواجهة الأزمة وتداعياتها، وتحديد الطرق اللازمة لمعالجة إشكاليات الواقع الصحي.

ثانيًا: الإشكاليات التي واجهت العاملين في مجال الصحة:

تثير الأوبئة العديد من الإشكاليات على رأسها التعارض الواضح بين التزامات الأطقم الطبية بالقيام بواجباتها في تقديم الخدمة العلاجية للمرضى على النحو الأكمل كجزء أصيل من الواجبات المهنية الأخلاقية، وبين حقهم في الحفاظ على أنفسهم وذويهم. وهي إشكالية ليست جديدة ففي الطاعون الأسود

حيث كان قسم أبقراط معروفًا لأطباء العصور الوسطى محددًا لواجبات الطبيب، إلا أنه كان صامتًا عن واجبات الأطباء في حالة انتشار الوباء، لذلك كان وجود الأطباء لعلاج المرضى اختياريًا للأطباء المرخصين، وكانت الحكمة السائدة بينهم بسيطة: اهرب مبكرًا، اهرب بعيدًا، وعد متأخرًا، الخروج من المدينة يحميك. لم يكن هناك عقد اجتماعي بين الطبيب والمريض، ولم يكن هناك مفهوم بأن الطبيب عليه واجب فعلي لعلاج المرضى، وكانت أخلاق واجب المعالجة موجودة ولكن ذات مصدر ديني متمثل في الفضائل المسيحية القوية المتمثلة في الإحسان وخدمة الفقراء بدلاً من الشعور بالالتزام المهني^{٣١} وأدى ذلك لقيام الصيادلة والجراحين بتقديم الرعاية الطبية للمرضى.

أدى تهرب الأطباء المحليين في مرسيليا في وباء ١٧٢٠، إلى قيام الحكومة الملكية وحكومات المقاطعات إلى إرسال أطباء وجراحين لمعالجة الضحايا خوفًا من تسرب الطاعون خارج الحجر الصحي الذي تم فرضه وانتشاره في الدولة بأكملها، ودفعت الدولة لهم أجرًا كبيرًا، مما أدى لاستياء الأطباء المحليين وأثاروا الشغب^{٣٢}. وهي الظاهرة التي تكررت مع جائحة كورونا، حيث ظهرت حالات للتهرب من أداء الواجب المهني المقدس، ورفض بعض أعضاء هذه الأطقم القيام بالعمل في مستشفيات العزل في بعض دول العالم.

ثارت مشكلة التزام أطقم الرعاية الصحية بتقديم الخدمة العلاجية مرةً أخرى مع انتشار جائحة كورونا في ظل نقص أدوات الوقاية الشخصية حيث تم الإبلاغ عن مشاكل تتعلق بمعدات الحماية الشخصية في جميع أنحاء العالم، وزادت الأزمة بشكل كبير في الغرب حيث اضطر العاملين في الرعاية الصحية إلى إنشاء معدات خاصة بهم "فظهرت معدات الوقاية لشخصية التي تستخدم

أكياس القمامة، والغراء، والأربطة المطاطية، والأغطية البلاستيكية للمجلات التي تم شراؤها من المحلات، وأعرّب العاملون في مجال الرعاية الصحية عن مخاوفهم بشأن النقص الحاد في الإمدادات، وعدم كفاية الوقت الكافي للتدريب، وعدم توفر اختبار تركيب القناع... كان الأمر الأكثر إثارة للقلق هو حقيقة أن أقنعة N95 كانت متاحة فقط لـ ٢٧% من جراحي الأنف والأذن والحنجرة^{٢٣} وهم من أكثر الفئات المعرضة لانتقال المرض أثناء العمليات الجراحية. كما أدى نقص الوعي بضرورة وأهمية الحماية الكافية للعاملين في مجال الرعاية الصحية إلى انتشار واسع للفيروس وسط العاملين في المجال الصحي^{٢٤}.

أدى كل ما سبق إلى تعريض أطقم الرعاية الصحية للخطر بالتزامن مع المطالبة بالزامهم بالاستمرار بالعمل في ظل هذه الظروف، وهو ما يتعارض مع الرأي السائد في أدبيات العناية الطبية بأنه "لا يوجد أي اختصاصي صحي لديه التزام إيجابي محدد بمعالجة المريض عندما يؤدي القيام بذلك إلى تعريض المهني للخطر، وأن الالتزام بمعالجة المرضى لا يفوق واجبات المهنيين تجاه أنفسهم وأسرهم"^{٢٥}. تزامن ذلك مع انهيار النظم الصحية حتى في أكثر الدول المتقدمة، ففي إسبانيا خرج مئات الأطباء والممرضين في مظاهرات مطالبين بتعزيز الموارد البشرية وتزويدهم بمعدات الحماية في مواجهة الوباء، وتوضيح أن الجائحة لم تقم سوى بتأزيم وضع كان موجودًا بالفعل^{٢٦}، وفي إنجلترا اضطرت المهنيين الطبيين الذين يقومون برعاية المرضى المصابين بأمراض خطيرة إلى تصميم معدات الحماية الشخصية السريرية بالأكياس البلاستيكية ونظارات التزلج، وبينما تنص قواعد التباعد الاجتماعي على البقاء على مسافة لا تقل عن

مترين، طلب منهم فحص المرضى المشتبه في إصابتهم بفيروس كورونا على مسافة ٢٠ سم دون وسائل الحماية المناسبة، بل وتم تغيير تواريخ انتهاء الصلاحية لأقنعة حماية الوجه المستخدمة في المستشفيات لتبدو أنها ما زالت صالحة للاستخدام^{٣٧}.

في نيويورك ارتدت الممرضات أكياس القمامة بسبب نقص معدات الحماية الشخصية، وعانت المدينة من نقص الأقنعة الطبية طبقاً لتصريحات عمدة المدينة، وغيرت مراكز السيطرة من الأوبئة من سياساتها بشأن الأقنعة وأوصت بارتداء أقنعة من القماش في الأماكن العامة^{٣٨}. وبالطبع فإن مسؤولية توفير معدات الحماية الشخصية لأطقم الرعاية الصحية يقع على المؤسسات والنظم الحاكمة وبالتالي فإن "أي ضرر قد يلحق بالمرضى بسبب نقص معدات الوقاية الشخصية والموظفين لرعاية المرضى بأمان هو فشل المؤسسات والأنظمة، وليس الأفراد"^{٣٩} المسؤولين عن تقديم الرعاية الصحية.

إزاء النقص الشديد في المعدات، لم يعد من الممكن مطالبة أطقم الرعاية الصحية بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى في الوقت الذي لا تحصل هذه الأطقم على أبسط وسائل الوقاية الشخصية بما يعرضهم وأسرهم للخطر فإذا كان الأطباء جزء من المجتمع "دورهم إنقاذ الأرواح وتخفيف معاناة المرضى. وبالتالي، فإن عليهم واجب الخدمة في المواقف الخطرة من أجل إنقاذ الآخرين"^{٤٠}، فإن ذلك مشروط بأن توفر لهم الإمكانيات التي تساعدهم على القيام بواجبهم، وبشكل أولى تحمي حياتهم، وهو ما لم تشعر الأطقم الطبية بتوافره بل ظهرت مشكلات أخرى بسبب الوباء مثل الاضطرار إلى "إعادة نشر الجراحين والأطباء من مختلف التخصصات الجراحية للعمل في الخطوط الأمامية في

مناطق النقاط الساخنة للمساعدة في التعامل مع الطلبات المتزايدة بسبب زيادة عدد المرضى، أدى الضغط الناتج عن الإضرار إلى الخروج من منطقة الراحة للممارسة المعتادة إلى بيئة غير مألوفة عالية الخطورة في وقت قصير إلى إصابة من ٤٠% من العاملين بالرعاية الصحية في الصين بأعراض الضيق والاكتئاب^{٤١}.

وما زاد من الضغوط النفسية على العاملين بالرعاية الصحية شعورهم بالضيق الأخلاقي "بسبب الشعور بعدم القدرة على تلبية احتياجات المرضى والزملاء. وقد تأججت هذه المحنة أيضًا بسبب المخاوف بشأن تقنين الرعاية الصحية استنادًا إلى عوامل مثل العمر"^{٤٢}. كل هذه الضغوط قد تجعل الأفراد المعرضين لها من الأطباء المصابين بالخوف والذعر والغضب يلجئون "للتغيب عن العمل والإهمال في حماية أنفسهم وتعرض الآخرين عن غير قصد لمخاطر يمكن تجنبها... وتزداد هذا الضغوط بسبب الخوف من نقل العدوى إلى أفراد الأسرة عند عودتهم إلى المنزل، وقد ظهرت تقارير تفيد بأن العديد من الأطباء قد لجأوا إلى عزل أنفسهم عن عائلاتهم لحماية أحبائهم، ويزداد الضغط العاطفي الموجود مسبقًا بسبب العزلة الذاتية"^{٤٣}. بما قد يؤدي إليه ذلك من مشكلات أخرى تهدد استمرارية الأطقم الطبية في العمل مما دفع كثير من الدول لتقديم خدمة الدعم النفسي لمقدمي الرعاية الصحية "حيث بدأت العديد من المستشفيات في تخصيص خطوط هاتفية ساخنة لأطقم الرعاية الصحية، وتوفير علماء النفس داخل الوحدات، وجلسات الاسترخاء، والتأمل، ومجموعات المناقشة، وتقنيات التحسين"^{٤٤}.

نتيجة لشعورها بعمق المشكلة وخطورتها قدمت منظمة الصحة العالمية

العديد من التوصيات لأطعم الرعاية الصحية خاصة الأطباء للتخلص من الضغوط بسبب ما ترتب على وباء كورونا ومن هذه التوصيات "تناول طعام صحي، والانخراط في نشاط بدني منتظم، وممارسة نوم جيد، وضمان راحة كافية بين الفترات، استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لزيادة التواصل الاجتماعي، بجانب تجنب استراتيجيات المواجهة الضارة مثل تعاطي الكحول والمخدرات، الحديث المستمر حول كوفيد ١٩، الانخراط في سلوكيات غالية الخطورة مثل المقامرة والانفاق المفرط، والابتعاد عن التغطية الإعلامية المفرطة الخاصة بالفيروس"^{٤٥}. وكذلك لرفع العبء النفسي الناتج عن الشعور بالمسئولية عن تدهور الحالة الصحية للمرضى بسبب الالتزام باتباع وسائل الوقاية والحماية الشخصية مما يترتب عليه التأخير في تقديم هذه الخدمة، فإنه يجب على قيادات أطعم الرعاية الصحية طمئنهم أن "القيام بما هو ضروري لحماية أنفسهم سيؤدي في النهاية إلى إنقاذ المزيد من الناس وأنهم يفعلون الشيء المناسب أخلاقياً ومهنياً"^{٤٦}، حين ينفقون بعض الوقت في ارتداء معدات الحماية الشخصية الكافية.

لا تتوقف معاناة أطعم الرعاية الصحية على الأطباء فقط، بل تشمل التمريض الذين يعانون من المشكلات التي تعاني منها أطعم الرعاية الصحية مثل الأطباء، وبرغم أنهم "يمثلون أكبر قوة عاملة في مجال الرعاية الصحية العالمية ولكن لا يتم دائماً مراعاة وجهات نظرهم بشكل كامل"^{٤٧}. حيث تظهر بيانات منظمة الصحة العالمية أن كل ممرض إضافي لكل ألف من السكان يؤدي إلى انخفاض بنسبة ٢% من معدل وفيات كوفيد ١٩، حيث يرتبط تقديم رعاية تمريضية عالية الجودة بإنقاذ الأرواح، وبالتالي فإنه بدلاً من مسلك بعض

النظم الصحية بتخفيض التكلفة في عنصر شديد الأهمية كالتمريض، مما أدى إلى هجرة التمريض الكفاء من الدول الفقيرة إلى الدول الأكثر ثراءً^{٤٨}. ورغم أن هذه المشكلة قد لا تظهر في بعض الدول النامية مثل مصر، إلا أنه على الجانب الآخر فإن مهنة التمريض تعاني من مشكلات عديدة على رأسها عدم التمييز المالي مثل قطاعات عديدة، حيث يعاني التمريض مما تعاني منه فئات أخرى من ضعف الدخل، بجانب السمعة غير الطيبة التي اكتسبتها المهنة بسبب وسائل الإعلام التي كثفت الصورة السلبية للتمريض، مما رسخ هذه الصورة الذهنية في العقل الجمعي للمجتمع، يضاف إلى ذلك التنوع في مستويات التعليم والتدريب داخل المهنة مما يؤدي لوجود فوارق كبيرة بين العاملين بها، وبالتالي اختلاف مستويات الرعاية الصحية التي يمكن للتمريض تقديمها للمرضى خاصةً في ظل جائحة كورونا.

كما يمتد تأثير جائحة كورونا ليشمل الصيادلة الذين يلعبون دورًا هامًا في البيئات المجتمعية من خلال إتاحة المنتجات الصيدلانية وتعزيز الوعي الصحي بين الجمهور، كما يقوم الصيادلة في الظروف العادية، وكذلك في ظل جائحة كورونا بدور هام في تقديم المشورة للأفراد بشأن العلاج والوقاية من الأمراض المختلفة، بل أنه في المجتمعات النامية ومنها مصر، يقوم الصيدلي خاصة في المناطق الشعبية بدور الطبيب والصيدلي، حيث يلجأ إليه المرضى ليقوم بتوصيف الحالة وتقديم العلاج لها، بل وتقديم بروتوكولات علاج فيروس كورونا، دون اللجوء للمستشفيات.

إن ما تعانيه أطقم الرعاية الصحية من عدم توفير أدوات الحماية والوقاية الشخصية، وعدم الاهتمام بحل مشكلاتهم بشكل حقيقي يطرح السؤال "هل من

السابق لأوانه ملاحظة نفاق المواطنين والسياسيين الذين يقفون على الشرفات، ويصفقون للعاملين في مجال الرعاية الصحية على عملهم الشاق والمخاطرة غير العادية، بينما يرفضون تجهيز نظام الرعاية الصحية بطريقة لا يكون هناك نقص فيها معدات الحماية الشخصية لهؤلاء العمال أنفسهم؟^{٤٩}. أليس من الواجب قبل مطالبة الأطقم الصحية بالقيام بواجبها في رعاية المرضى في حالات العزل الخطيرة أن يتم توفير أدوات الوقاية الشخصية، والرعاية الصحية والنفسية لهذه الأطقم، حتى يمكن محاسبة هذه الأطقم بعد توفير هذه الأساسيات إن تهربت من القيام بواجباتها المهنية؟

وهكذا تكشف أزمة كورونا عن أهمية النزعة الإسمية في الفلسفة وهي نزعة تقليدية تمنح الوقائع الجزئية حق الوجود. وبتطبيق الإسمية على النطاق الإنساني، نجد أن أزمة كورونا المعاصرة تكشف عن دور الإنسان الفرد بوصفه لحم ودم، وليس الإنسان العالمي الكلي، في مواجهة الوباء، تتضمن هذه الإسمية، إذن، كل من الطبيب الممارس والتمريض داخل المستشفيات، والصيدلي في مختلف المواقع، ومختلف العمال والفنيين... إلخ في الوقت الذي يتجاهل العالم فيه حقوق هؤلاء من أجل تصورات السيادة والهيمنة.

كشفت أزمة كورونا أيضاً عن طبيعة العلاقة بين الانسان والبيئة وآثارها، الأمر الذي لفت الأنظار إلى خطورة عادات بعض الشعوب في التعامل مع الحيوانات بطريقة غير أخلاقية، وضرورة تقويم هذا السلوك غير الأخلاقي. ومن ثم، تدل كل هذه التدايعات على أمر واحد، هو أن أزمة كورونا العالمية هي في حقيقتها أزمة في تطبيق مبادئ الأخلاق التطبيقية ومعاييرها.

ثالثاً: معايير الاختيار في تقديم الرعاية الصحية في زمن الكورونا:

تجسد معايير تقديم الرعاية الصحية - بدايةً - فلسفة القرار وعلاقتها بالأخلاق التطبيقية. حيث يتطلب تحديد هذه المعايير إدارة واعية، على درجة من المعرفة العلمية الضرورية والكافية للعلاج والوقاية، وأن تكون قادرة على اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب، بشكل يكفل تحقيق مبادئ العدل والمساواة بين المواطنين من المرضى.

وبالتالي، تعد فلسفة القرار أساسية في نجاح أية منومة، وفي منظومة الصحة على وجه الخصوص، وبخاصةً عند مواجهة العقبات التي تواجه العاملين بالقطاع الصحي.

فمن جانب، أدت جائحة كورونا إلى ظهور مشكلات عديدة في النظم الصحية، وعلى رأسها عدم قدرتها الفعلية على علاج عدد كبير من المرضى في وقت واحد، وبالتالي "سيكون التحدي هو تصميم معايير اتخاذ قرارات عادلة تسمح للأفراد في المستشفيات أن يقرروا بشفافية وعادلة حول من، من بين من هم في أمس الحاجة إليه، يمكنه الاستفادة من الخدمات الصحية".^{١٠} كما يجب الثقة من أن القرارات المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية تم التوصل لها بطريقة عادلة وشفافة، "وأن الفريق الذي صمم هذه الإرشادات لم يصممها بطريقة تتيح لهم ولأصدقائهم وعائلاتهم مسارًا سريعًا لأسرة العناية المركزة، إذا احتاجوا إليها... وأن يكون للمرضى وعائلاتهم الحق في معرفة الأساس الذي تستند إليه ممرضة الفرز أو الأطباء المعالجين إذا قرروا دخولهم العناية المركزة، أو تقديم الرعاية التلطيفية فقط، أو رفضوا دخولهم المستشفى تمامًا".^{١١} وذلك في ظل تطبيق طب

الحروب في كثير من الدول، حيث يتم تقديم مسكنات للألم فقط لأصحاب الإصابات الشديدة ولا يوجد أمل في شفائهم، بينما يتم توجيه كافة الموارد لمن يمكن علاج إصاباتهم^٢.

على الرغم من تقديم البعض لمجموعة من المعايير لتحديد الأولوية في تقديم الرعاية الصحية، والعلاج للمرضى مثل "تعظيم الفوائد أي إنقاذ المزيد من الأرواح وسنوات من الحياة، معاملة الناس على قدم المساواة، إعطاء الأولوية للأفراد الأسوأ حالاً، المنفعة التي تعود على الآخرين والمجتمع"^٣ فإن الجدل قد ثار حول أولوية تقديم العلاج واللقاحات، وعلى أي أساس يتم تفضيل فئة على الأخرى، وبرغم محاولات بعض الدول لابتكار حلول لحل مشكلة نقص الإمكانيات خاصة بالنسبة لأسرة العناية المركزة من قبيل إنشاء وحدات عناية مركزة جديدة بسرعة كما حدث في الصين ومصر، وأدى هذا الخيار لزيادة عدد أسرة العناية المركزة بنسبة ١٠٠% تقريباً في عديد من الدول، إلا أن هذا الحل ارتبط بخطر كبير تمثل في انخفاض جودة الرعاية الصحية لأسباب متعلقة بأن الغرف المنشئة ليست مصممة بشكل مناسب لجميع المعدات والتنظيم المطلوب في الرعاية الحرجة، كما لجأت دول أخرى إلى نقل مرضى العناية المركزة للمناطق الأقل تضرراً من تفشي المرض، لكن عملية النقل تتطلب طائرات وقطارات مجهزة لرعاية المرضى ذوي الحالات الحرجة، كما تتطلب مشاركة عدد كبير من أطعم الرعاية الصحية، وتوفير عنصر السرعة لعدم تعريض المرضى للخطر، كذلك فإن هذه الطريقة يعييبها زيادة خطر التدهور السريري أثناء نقل المرضى، والحصول على الموافقة المستنيرة للمريض أو المسؤولين عنه في حالة عدم قدرته على الموافقة، بجانب فصل المريض عن أسرته مما يزيد ألم

العائلات، وعلى الجانب الآخر فإن أقسام العناية المركزة التي تقبل المرضى من مناطق بعيدة تتخوف من تعرضها لخطر حدوث موجة وبائية فجأة في منطقتهم بسبب نقل المرضى إليها^{٥٤}. ومع فشل هذه الحلول وتحول الوباء إلى جائحة، وإصابة أكثر من مليوني شخص، واحتياج عشرات الآلاف لأسرة عناية مركزة، وندرة الأماكن المتاحة، ثار الجدل حول أولوية دخول العناية المركزة، وكذلك تقديم اللقاح عند توافره. ففي "مواجهة التدفق الهائل للمرضى والندرة الشديدة لأسرة العناية المركزة، فإن الخطر النظري المتمثل في "التضحية بالمرضى الأكثر ضعفاً" يهز قناعاتنا الأخلاقية. فتم اقتراح خطط فرز مع مبررات أخلاقية"^{٥٥}، واختلفت هذه الخطط باختلاف المنطلق الذي اعتمدت عليه، العديد من الآراء في تحديد من تقدم لهم الخدمة العلاجية خاصة العناية المركزة أولاً، وكذلك من تكون لهم الأحقية في تلقي اللقاحات.

من جانب آخر، توجد مجموعة من المعايير التي تحكم العملية العلاجية بناءً على رؤية إدارية علمية، ومن هذه المعايير:

١- **تقديم الخدمة العلاجية لمن يأتي أولاً:** ذهب البعض إلى أن تكون الأولوية في تقديم الرعاية الصحية والعناية المركزة يكون لمن يأتي أولاً حيث يتم منح الموارد المحدودة لمن وصل أولاً، على أن يتم نقل الذين أصبح وجودهم في العناية المركزة غير مفيداً في علاجهم، وتتعمد فرص نجاتهم إلى الرعاية التلطيفية التي تستهدف تخفيف الألم فقط^{٥٦}،

يستند أنصار هذا الاتجاه بعدم التمييز بين المرضى، وتقديم الخدمة لمن يأتي أولاً على وجوب معاملة الجميع على قدم المساواة، وعدم التمييز بين المرضى على أي أساس آخر، وبالتالي فإنه يكون من مصلحة المريض في هذه

الحالة أن يصل أولاً، ويكون من مصلحة الشخص أن يمرض أولاً حتى "يتلقى أفضل رعاية متاحة في ذلك الوقت، فقط قبل أن يكتظ نظام الرعاية الصحية بالحالات، وقبل أن يضطر المجتمع إلى اتخاذ قرارات التخصيص"^{٥٧}. ذلك أن أي حل آخر يقوم علي التفضيل بين المرضى على أي أساس آخر يعد "انتهاكاً واضحاً لمبدأ المساواة الصارمة في المعاملة بقطع النظر عن الوضع الاجتماعي أو الأصل أو السن، وما إلى ذلك، كأن نضحي بكبار السن من أجل إنقاذ حياة الشباب. وحتى لو وافق المسنون على ذلك يحدهم في ذلك حس أخلاقي قوامه نكران للذات يثير الإعجاب، فمن هو الطبيب الذي يسمح لنفسه بأن "يقارن" بين "قيمة" حياة شخص و "قيمة" حياة شخص آخر وأن يقرر من يجب أن يحيا ومن يجب أن يموت؟"^{٥٨}

٢- تقديم الخدمة العلاجية للأطعم الصحية أولاً: يرى البعض أن تكون الأولوية في تقديم الرعاية الصحية سواء بتوفير الاختبارات أو العلاج أو التواجد بالعناية المركزة أو اللقاحات للعاملين بالرعاية الصحية، وذلك لأسباب عديدة على رأسها استدامة عمليات الرعاية الصحية، فتقديم الخدمة العلاجية يتطلب وبشكل ضروري وجود عدد كاف من المهنيين المتاحين لعلاج المرضى سواء من المصابين بكورونا، أو الذين يعانون من أمراض أخرى، كما أن عدم أولوية المختصين بالرعاية الصحية سيكون محبطاً لهم حين يعلمون أنهم إذا أصيبوا بالعدوى وخاصة أثناء قيامهم بعلاج المرضى، سيكون عليهم الوقوف في قائمة الانتظار^{٥٩} وبرغم وجهة الحجج السابقة إلا أنها "تثير مخاوف جدية حول من يمكن اعتباره عاملاً في مجال الرعاية الصحية، ولماذا يجب أن تكون له الأولوية على الأشخاص الأساسيين الآخرين المعرضين للخطر، وما إذا كانت

الأولوية ستختلف في حالة تقديم العلاج عنها في حالة تقديم اللقاحات".^{٦٠}

٣- تقديم الخدمة العلاجية على أساس السن: تثبت الدراسات في الدول المختلفة احتياج كبار السن بشكل أكبر للخدمة الصحية في ظل جائحة كورونا وذلك في ظل إصابة كبار السن بشكل أكبر من المراحل العمرية المختلفة، ووجود النسبة الأكبر من الوفيات في المراحل العمرية المتقدمة، حيث تظهر الدراسات أن الاحتياج لدخول المستشفى والعناية المركزة يزيد بين كبار السن عن الفئات العمرية الأخرى، فمثلا في الفلبين يبلغ الأشخاص الأكبر من ٦٥ عامًا حوالي ٤% من السكان، بينما تمثل ٢٠% من المرضى، وتمثل هذه الفئة العمرية ٣٧% من حالات العناية المركزة، بينما تمثل الفئة العمرية حتى ٢٤ سنة أكثر من ٥٠% من السكان بينما تمثل ٨% فقط من حالات الإصابة، و ٢% فقط من حالات العناية المركزة.^{٦١}

يذهب البعض إلى أن أولوية تقديم الرعاية الصحية تكون للشباب على أساس متوسط العمر المتوقع الأطول، ففي ظل نقص أجهزة التنفس الصناعي في إيطاليا ظهرت توصيات عن جمعيات مهنية طبية إيطالية تقرر وجود حد للسنة المقبولة في العناية المركزة بحجة توفير الموارد المحدودة لأولئك الذين لديهم احتمالية أكبر للبقاء على قيد الحياة ومتوسط العمر المتوقع لتعظيم الفوائد لأكثر عدد من الناس، وتشير التقارير إلى أن الأطباء تلقوا أوامر بعدم وضع المرضى الذين تزيد أعمارهم عن سبعين عامًا على أجهزة التنفس الصناعي.^{٦٢}

كما اقترحت الحكومة الاتحادية في سنغافورة أن يتم "تخصيص الموارد بطريقة تُنقذ أكبر عدد من الأرواح، وأن التخصيص سيفيد أولئك الذين لديهم أكبر عدد من سنوات الحياة"^{٦٣}، وهو ما يترتب عليه الحكم بأن بعض البشر أكثر قيمة من

غيرهم لمجرد أنهم أصغر سنًا منهم، حيث يتم التمييز في تقديم الخدمة العلاجية للمرضى على أساس انتماء المريض إلى فئة عمرية أو أخرى. وهو ما يتعارض مع مبدأ معاملة البشر على قدم المساواة، فإن آخرين يذهبون إلى أن العمر بحد ذاته لا يصلح لأن يكون معيارًا للاستبعاد، وأنه لتجنب تهمة التمييز على أساس السن، يجب أن تكون معايير الاختيار متجذرة في أسس مقبولة أخلاقياً مثل الحالة الطبية للمريض والاستجابة المتوقع للعلاج الخ، بدلاً من مجرد انتماء المريض إلى فئة عمرية أو أخرى^{٦٤}

بينما يرى اتجاه ثالث أن تكون الأولوية لكبار السن ضمن الفئات المستضعفة مثل الحوامل وأصحاب الأمراض المزمنة، وأن ذلك يندرج ضمن " مبدأ الحفاظ على كرامتهم والمسؤولية الفردية والمجتمعية. ذلك أن تأخير علاجهم وإعطاء الأولوية لغيرهم يعرضهم للإحساس بالهانة والتهميش وأن هناك من أصبح أكثر أهمية منهم، أو يعرضهم لأضرار تسبب تدهور حالاتهم الصحية أو للوفاة. لا تختلف هذه الضرورة عنها في زمن الوباء"^{٦٥}.

٤- وجهة نظر أصحاب مذهب المنفعة^{٦٦}: وفي ذات السياق، يقدم فلاسفة مذهب المنفعة معايير لتحديد من يتم انقاذه من وباء الكورونا ويتم منحه أولوية العلاج في حالة عدم توافر إمكانية لتقديم أجهزة التنفس أو العلاج للجميع وهذه المعايير هي:

أ. الاحتمالية: أي احتمالية شفاء من يتم تفضيله للوضع على جهاز التنفس الصناعي، فمن لديه احتمال ٩٠% للشفاء، نقدم له العلاج على حساب من لديه احتمال ١٠% فقط للنجاة. وبذلك نوفر العلاج لتسعة أشخاص بدلاً من واحد فقط. ويتفق هابرماس مع النفعيين في هذا الشرط، حيث يذهب إلى أن "الدستور

الطبي يملي على الطبيب في الحالات التي يضطر فيها لاتخاذ قرارات مأساوية، أن يستند حصرياً على المؤشرات الطبية التي تؤيد فرص النجاح السريري"^{٦٧}.

ب. مدة العلاج: فكلما كانت مدة احتياج المريض لجهاز التنفس الصناعي وكل الموارد أقل كان مفضلاً عن احتياج مدة أطول، فلو أن هناك من يحتاج لجهاز التنفس الصناعي لأسبوع واحد فقط، فإنه يجب تفضيله على من يحتاج الجهاز أربعة أسابيع، لأن الاختيار هنا سيكون بين إنقاذ شخص واحد أو أربعة أشخاص.

ج. حجم الموارد المستهلكة: حيث يجب تفضيل المريض الذي يحتاج إلى موارد علاجية أقل، لأن ذلك يعني توفير الرعاية الصحية لعدد أكبر. فإذا كان هناك مريض يحتاج لثلاثة موظفين، وآخر يحتاج لموظف واحد، يجب تفضيل الأخير لأننا بذلك نوفر موظفين يمكن بهما إنقاذ شخصين آخرين.

د. طول العمر الفعلي: أي طول العمر الفعلي الذي يتوقع أن يعيشه المريض بعد تقديم الخدمة العلاجية له، وهنا العبرة بالمتوقع فعلاً وليس العمر الزمني، فإن كان لدينا شاب لكن لديه أمراض متعددة ستعجل بوفاته بعد إنقاذه، وكهل لكنه بصحة جيدة، فإن المتوقع أن يعيش الكهل مدة أطول وبالتالي يجب توجيه الرعاية الصحية للكهل وليس للشاب. فالنوعية ليست تمييزية بشكل غير عادل، صحيح أنه في معظم الحالات تفضل الشباب، إلا أن ذلك يرجع لاعتمادها على العمر الفعلي كأحد معايير التمييز.

هـ. جودة الحياة: أي الحياة التي سيعيشها الأشخاص الذين يتم الاختيار بينهم بعد تقديم الخدمة العلاجية لهم، فلو أن لدينا مريضين أحدهم مريض بالخرف أو فقدان الوعي والآخر سليم، فإن تقديم الخدمة العلاجية للأخير أهم حتى لو كان

للمصاب بالخرف فرصة أكبر للبقاء على قيد الحياة، أو كان سيبقى علي قيد الحياة لفترة أطول، لأن المصاب بالخرف لن يجني أي فائدة من بقاءه على قيد الحياة.

و. المنفعة المجتمعية: فمن المناسب النظر للفائدة التي تعود على المجتمع من تفضيل شخص على آخر، ففي حالات الأوبئة هناك قاعدة عامة هي إعطاء الأولوية للعاملين في مجال الرعاية الصحية، الذين يقدمون الخدمات الرئيسية، ينطبق ذلك على الوصول لأجهزة التنفس الصناعي أو العلاجات الطبية الأخرى، وسبب ذلك أنه من المحتمل أن يعني علاجهم أنهم يمكنهم العودة للعمل في أقرب وقت. وهنا يثور التساؤل على منح المجرمين أولوية أقل في العلاج، في مقابل أولوية أكبر للعلماء الذين يعملون على لقاح.

ز. المسؤولية عن الإصابة بالمرض: فكلما كان المريض مسؤولاً عن إصابته بالمرض كانت أولويته في تقديم الخدمة العلاجية متأخرة، فيجب أن يحصل المدخنون على أولوية أقل في عمليات زرع الرئة، ومدمني الخمر في زراعة الكبد الخ. بالمثل فإن من يتسببون بإهمالهم في إصابتهم بالكورونا لا يستحقون أن يكونوا في مقدمة الأولويات في تقديم الخدمة العلاجية أو الحصول على اللقاحات.

ح. تجنب التحيزات النفسية: إن اتباع معايير واضحة محددة كالسابق ذكرها يمنع التحيزات النفسية في تقديم الرعاية الصحية، فعلى سبيل المثال البشر غير حساسين أو لا يبالون بالأعداد الكبيرة، وبالتالي يتأثرون بمعاونة فرد واحد يمكن تحديده كأن يكون شخصية شهيرة أكثر من تأثرهم بمعاونة أعداد كبيرة من الأفراد المجهولين الذين يعانون من المرض بنفس الدرجة وهو ما يسمى بقاعدة الإنقاذ.

وبالتالي سيكون لديهم دفاع للتخفيف من معاناة هذا الفرد ويتم نشر ذلك على نطاق واسع، بدلاً من اتخاذ إجراءات تمنع معاناة عدد أكبر من الأفراد غير المعروفين.

في المقابل يقدم لنا ريني روبيرت سبعة معايير يمكن الأخذ بها للتفضيل في أولوية الحصول على اللقاح هي، إعطاء الأولوية لمن لديهم فرص أكبر في النجاة، أو تقديمه لمن يرجح أن يعيشوا فترة أطول بعد الشفاء، أو أن تكون الأولوية للأصغر سناً، أو لمن لهم منفعة اجتماعية أكبر، أو لمن حالتهم الصحية أسوأ، أو لمن يأتي أولاً أي أسبقية طلب الخدمة الصحية، وختاماً يمكن أن تكون الأفضلية عن طريق إجراء يانصيب^{٦٨}. وهي المعايير التي يرى إيزاك كشوتنير أنها تمثل نوعاً من تعديل المنهج النفعي^{٦٩}.

على الجانب الآخر تثار مشكلة متعلقة بمن يتخذ القرار بأفضلية فئة بعينها في تقديم الخدمة العلاجية لها عن بقية الفئات، ومن يكون مسئولاً عن الفرز، فبينما يؤدي تدخل عناصر خارجية في صنع القرار الطبي لتآكل العلاقة بين الطبيب والمريض، وقد يؤدي للظلم، فإن الأطباء على الجانب الآخر ليسوا مدربين على نطاق واسع لاتخاذ القرارات المتعلقة بالعدالة الاجتماعية، وبينما يفضل بعض الأطباء عدم اتخاذ مثل هذه القرارات الأخلاقية، فإن آخرين يشعرون بعدم الارتياح عندما يحدد المشرعون والمسؤولون العلاج المناسب للمرضى، وأن الطبيب هو الأكثر قدرة على الفرز بناءً على الحكم السريري، وأن دور الطبيب في التقنين ليس فقط حتمياً لكنه ثابت للأطباء منذ زمن طويل. وهو ما قد يشوب القرار بشبهة الانحياز ذلك أن الأطباء يشعرون بأنهم ملزمين بالدفاع عن مرضاهم بسبب العلاقة بين الطبيب والمريض، حيث ينحاز الأطباء

للمرضى الذين يعالجونهم شخصياً، وبسبب تمتع الأطباء بدرجات متفاوتة من القوة والتأثير في المؤسسات الطبية فإن وصول كل مريض للموارد المتاحة سيعتمد على درجة الطبيب المعالج له وقوته في المؤسسة^{٧٠}. لهذا اقترح البعض إعفاء فريق العناية المركزة المسئول عن رعاية المرضى من مسئولية قرارات القبول أو الرفض "وتكليف فريق فرز متخصص بهذا العمل، ميزة هذا المنهج أنه يخفف عن فريق الرعاية الصحية التأثير العاطفي لمعضلة أخلاقية مؤلمة نتيجة التعامل الشخصي مع المرضى من قبل"^{٧١}

برغم رفض لجنة أخلاقيات البيولوجيا في اليونسكو لتقديم الرعاية الصحية للبعض فقط، إلا أنها في ظل ندرة الموارد في الجوائح مع ازدياد الطلب على الرعاية لصحية ازدياد كبير، أقرت عملية الفرز ولكن بشرط استناده لمبدأ العدل والإنصاف، ومراعاة الاحتياجات السريرية وفعالية العلاج على سبيل الأولوية في حال الاضطرار لانتقاء المرضى وفرزهم، مع وجوب أن تتصف الإجراءات المعتمدة بالشفافية واحترام الكرامة الإنسانية^{٧٢}

ختاماً ففي كل الأحوال فإن قرار الفرز أيًا كانت الاعتبارات التي يستند إليها فإنه لا يمكن اعتباره قراراً أخلاقياً بشكل كامل حيث سيظل على المختصين الاختيار بين "النفعية (جعل أسرة العناية المركزة متاحة بسرعة، وربما التضحية بالمرضى دون تحسن سريع، لقبول مرضى جدد) والفضيلة (قبول إطالة إقامة وحدة العناية المركزة لمريض وحدة العناية المركزة حتى لو لم يكن هناك سير متاح لقبول مريض آخر)^{٧٣}.

وهكذا، تنوعت معايير الرعاية الصحية وفقاً للرؤية المحددة لها. ففي الرؤية الطبية الخالصة، تتصف معايير تقديم الخدمة العلاجية بنزعة إدارية مادية، وفي

هذه الحالة، تلتقي المعايير الطبية مع معايير الرؤى النفعية. الأمر الذي يفسر توجيه العديد من أوجه النقد إزاء هذه المعايير، ما دامت المنفعة المادية هي المحور الرئيس في معالجة المرضى، وبالتالي يتطلب هذا الأمر بزوغ رؤية معتدلة، تضع معايير أخلاقية في علاج مرضى كورونا، بناءً على إنسانيتهم وحقوقهم في الحياة دون النظر لأي اعتبارات أخرى.

وفي كل الأحوال، تعكس معايير الخدمة الصحية وقواعدها عن فشل منظومة الصحة العالمية في إدارة الأزمة، ومنحها سلطة مواجهة الوباء للأفراد دون غرهم، وهو ما يفسر القرارات المعيبة لبعض اللجان الأخلاقية.

رابعاً: العدالة الصحية:

يستخدم مصطلح العدالة الصحية للدلالة على حصول كل شخص على أفضل رعاية صحية ممكنة، دون أن تستطيع العوامل الاجتماعية أو البيئية أن تحد من حصول الشخص على هذه الرعاية مثل التمييز العنصري والعرفي، أو التعليم، أو الثروة، أو السكن، أو غير ذلك من عوامل قد تؤدي إلى التفاوت الصحي بين الأشخاص^{٧٤}، ولا يتوقف الأمر على حدوث التفاوت بين الأشخاص فقط، بل يمتد لوجود اختلافات لا يمكن تجنبها أو علاجها بين مجموعات الأشخاص، ويمكن القول كما تبين منظمة الصحة العالمية بأن "التفاوتات الصحية تنطوي على أكثر من مجرد عدم المساواة فيما يتعلق بالمحددات الصحية، والوصول إلى الموارد اللازمة لتحسين والحفاظ على الصحة أو النتائج الصحية. كما أنها تنطوي على الفشل في تجنب أو التغلب على أوجه عدم المساواة التي تنتهك مبادئ العدالة وحقوق الإنسان"^{٧٥}.

يظهر التفاوت بين الشعوب في الحصول على الرعاية الصحية من خلال المخصصات المالية للرعاية الصحية، حيث ينفق "ما يقرب من ٩٠% من

الأموال المخصصة للرعاية الصحية ينفق في البلدان المتقدمة، وتنفق ١٠% منها في البلدان النامية حيث يقطن الغالبية العظمى من البشر^{٧٦}. ولعل ذلك ما دفع لجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات البيولوجية إلى التشديد على أن "طريقة تخصص الموارد في مجال الصحة وأوجه القصور في الانتفاع بالرعاية الصحية يمثلان عاملين من العوامل الرئيسية المسببة للعديد من المشكلات، ووجوب أن تولي الحكومات أهمية قصوى لتخصيص الموارد الضرورية وبناء أنظمة متينة للصحة العامة"^{٧٧}.

كما ظهرت عدم العدالة الصحية بشكل كبير في ظل أزمة كورونا في العينات التي يتم اختيارها للمشاركة في اختبارات الأدوية واللقاحات المقترحة لكوفيد ١٩ حيث تستبعد البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من الأبحاث، وفي الولايات المتحدة هناك أدلة قوية على أن المرضى الأمريكيين من أصل إفريقي أو إسباني ولاتيني ممثلون تمثيلاً ناقصاً بين المشاركين في التجارب السريرية، علماً أن الاستجابة الدوائية قد تختلف بسبب الاختلافات في التركيب الجيني، وانتشار الأمراض المصاحبة، والبنى التحتية للرعاية الصحية المحلية، مما قد يؤدي في النهاية لإنتاج أدوية أو لقاحات لا تصلح للأعراق المختلفة^{٧٨}.

أما على المستوى الداخلي فإن الأوبئة تكشف قوة أو تماسك النظام الصحي "فإذا لم يكن النظام الصحي قوياً بحيث يمكنه التعامل مع كل المرضى من حيث توفر الطاقة البشرية لمقدمي الرعاية الصحية وتوفر الموارد المادية، تتكشف مدى عدالة معايير أولوية منح العلاج"^{٧٩} كما أنه إذا كان للتفاوت آثار كبيرة في الظروف العادية، فإنه يكون أكثر تأثيراً في ظل جائحة كورونا التي زادت من التفاوتات الصحية، "كان الفقراء والضعفاء والمهمشون في المجتمع

أكثر عرضة للخطر وكانوا الأكثر تضرراً من الفيروس. تأثر العمال الأساسيون والسكان الأصليون والأشخاص في دور رعاية المسنين والسجون بشكل غير متناسب^{٨١}. حيث أدت الجائحة إلى إضافة أعباء إضافية على الفئات الضعيفة، "قجانب الظروف المرضية الموجودة مسبقاً، وانعدام الأمن الاقتصادي، وبيئة المعيشة، والتمثيل الزائد في الوظائف ذات الأجور المنخفضة، أو تلك التي تتطلب الاتصال مما يؤدي إلى زيادة خطر التعرض لـ COVID-19، كلها عوامل تؤثر سلباً على النتائج الصحية أثناء هذا الوباء"^{٨١}. وأدى فيروس كوفيد ١٩ إلى تفاقم التحيزات المجتمعية وعدم المساواة في تقديم الرعاية الصحية في دولة مثل الولايات المتحدة، مما أدى إلى زيادة معدلات الإصابة والوفيات بين السكان المحرومين^{٨٢}. فتفاوتت نسب الإصابة بشكل ملحوظ، حيث أصاب الفيروس "كبار السن بشكل أكثر كثافة من الشباب، وأصاب الأشخاص غير البيض و/ أو الفقراء بشكل أكثر شدة من الأشخاص البيض من الطبقة الوسطى الذين يمكنهم العمل عن بعد"^{٨٣}.

بينما ظهر التمييز في معظم دول العالم في تقديم الخدمة العلاجية على أساس الشيخوخة والجنس والحالة المرضية، فإن التقارير كشفت أن التمييز في الولايات المتحدة قد قام في الأساس على حسب العرق والعرق والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية^{٨٤}. وهو امتداد لإهمال الرعاية الصحية للأقليات، "الطفل الذي يولد في ضواحي سانت لويس الغنية بالبيض من المتوقع أن يعيش أكثر بخمسة وثلاثين عامًا من الطفل المولود في ضاحية معظمها من السود على بعد أميال قليلة"^{٨٥}. كما تثبت الدراسات أن العرق يعد مؤشراً على الولادة المبكرة ووفيات الأطفال، وكذلك على تعرض الأطفال للسموم البيئية مثل

الرصاصة والتلوث، كما يزيد العرق من مخاطر التعريض لأمراض لا تحصي، فسرطان الثدي المرتبط باستخدام الشعر على المدى الطويل تصل نسبته إلى ٤٥% لدى النساء السود مقابل ٧% لدى النساء البيض، كما تصل نسبة الأطفال السود المصابين بالربو بسبب مسببات الحساسية إلى أربعة أضعاف الأطفال البيض^{٨٦}. ورغم عدم توفير بيانات كافية حول التركيبة السكانية لمن تم عمل مسحات لهم لمعرفة إصابتهم من عدمه، إلا أنه يمكن القول بأن الأقليات والمجموعات المهمشة كانت لديها فرص أقل للوصول للمسحات والاختبارات الأولية، وكان للتحيز العنصري دورًا كبيرًا ضمنيًا لدى مقدمي الرعاية الصحية عند اتخاذهم قرارهم بشأن من يتلقى اختبار تشخيص كورونا أو الفرز، وبينما تمكن ذوي الياقات البيضاء من البقاء في المنزل وممارسة عملهم من خلال الانترنت، فإن العديد من الأحياء الفقيرة لم يتوافر لسكانها هذه الرفاهية، فبينما تمكن ٩.٢% من العمال في الربع الأدنى من توزيع الأجور من العمل في المنزل، فاضطروا للنزول للعمل حيث لا يستطيعون المخاطرة بخسارة الأجور نتيجة عدم الذهاب للعمل، وفضلوا المخاطرة بالتعرض لخطر العدوى، فإن ٦١.٥% من العمال في الربع الأعلى تمكنوا من العمل في المنزل وبالتالي استطاعوا تطبيق التباعد الاجتماعي مما يقلل من نسب الإصابة^{٨٧}. وبالتالي كان للمحددات الاجتماعية والاقتصادية أثرها الكبير في ظهور الأمراض المصاحبة للفقر، والاحتفاظ، وعدم كفاية الوصول إلى الرعاية الصحية، ومسؤولية العمل الأساسي، كل هذه العوامل تؤثر بشكل كبير على الأقليات والعاملين الفقراء. ففي شيكاغو، تم الإبلاغ عن ٧٢ في المائة من الوفيات المرتبطة بفيروس كوفيد بين الأمريكيين من أصل أفريقي، على الرغم من أن

الأمريكيين الأفارقة يمثلون أقل من ٣٣ في المائة من السكان. وبالمثل تأتي إحصاءات مزعجة من مواقع أخرى^{٨٨}. وتسبب ما سبق في زيادة شعور الطبقات الفقيرة بالظلم، حيث يشعر سكان الريف بأن الطبقات المهنية الغنية تنظر لهم باحتقار، "وأن النظام السياسي ينظر لهم باعتبارهم الآخر المتخلف ثقافيًا وسياسيًا، مما يجعلهم يصوتون في النهاية لزعيم شعبي صريح مثل ترامب، في سلوك هو في جزء منه تمرد ضد الشعور بالإهمال، وعدم الاحترام، لهذا ينازرون للسياسيين الذين يستغلون مخاوفهم وتحيزاتهم"^{٨٩}. وأدى وباء كورونا إلى فضح الحقيقة المسكوت عنها وهي وجود نظام صحي في الولايات المتحدة يحابي الأغنياء على حساب الفقراء، وهي ظاهرة تاريخية حيث سبق وأظهر طاعون لندن وجود مدينتين واحدة للأثرياء والأخرى للفقراء، وعدم وجود رعاية صحية حقيقية للفقراء، وبينما ألقى التاج البريطاني المسؤولية على الضحايا، فإن الفقر هو العنصر الأساسي وراء زيادة الإصابات في أوساط الفقراء، ومن هنا رأى الكثيرون في الوباء فرصة لإعادة تشكيل نظام الرعاية^{٩٠}.

لم يقتصر التمييز في تقديم الرعاية الصحية على التمييز العرقي، أو التمييز الطبقي، بل ظهر التمييز كذلك ضد المعاقين حيث تحتوي "العديد من إرشادات الفرز على درجة مقلقة من الإعاقة والتحيز تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة"^{٩١}. حيث تجعل الأشخاص ذوي الإعاقة في أدنى سلم تقديم الرعاية الصحية سواء في الرعاية المركزة، أو في أولويات تقديم اللقاحات.

خامساً: أخلاقيات الحجر الصحي:

الحجر الصحي هو منع الانسان من دخول أرض الوباء أو الخروج منها، والهدف من الحجر الصحي هو " بهدف منع الإصابة بالأمراض المعدية وكذلك انتشارها، من أجل تحقيق مقصد حفظ النفس الإنسانية ورعاية وجودها وتحقيق مصالحها الراجعة ودرء المفاصد عنها"^{٩٢}. تعرف منظمة الصحة العالمية الحجر الصحي بأنه "تقييد أنشطة أشخاص ليسوا مرضى يشتبه في إصابتهم أو أمتعة أو حاويات أو وسائل نقل أو بضائع يشتبه في إصابتها، و/ أو فصل هؤلاء الأشخاص عن غيرهم و/ أو فصل الأمتعة أو الحاويات أو وسائل النقل أو البضائع عن غيرها بطريقة تؤدي إلى الحيلولة دون إمكانية انتشار العدوى أو التلوث"^{٩٣}. وهناك سيناريوهين يتم فيهما تنفيذ الحجر الصحي وهما "سيناريو الوافدين من المناطق التي ينتقل فيها الفيروس بين أفراد المجتمع؛ وسيناريو مخالطي الحالات المعروفة"^{٩٤}.

لا يعد الحجر الصحي أسلوباً جديداً في مواجهة الأوبئة المختلفة، ويذكر لنا سفر اللاويين أول حجر صحي في التاريخ، حيث يأمر الكاهن بفرض حجر صحي خارج المنطقة السكنية على المصاب بمرض البرص، وهو مرض فطري في الجلد لمدة أسبوع، ثم يعاد العرض، وذلك مع إجراء بعض الاختبارات التي تبين استمرار المرض من عدمه، فإن تبين استمرار المرض يتم مد فترة الحجر الصحي على المريض، وذلك لمنع انتقال المرض لبقية البشر لأن الأمراض الفطرية معدية. ويتم تمييز من تم وضعه في الحجر عن طريق شق ثيابه وكشف رأسه وتغطية شاربيه، وبذلك يعرفه الآخريين فلا يقترب منه أحد^{٩٥}.

ويؤسس الإسلام للحجر الصحي بالنهي عن دخول الأرض الموبوءة أو الخروج منها، استنادًا إلى قوله تعالى ﴿وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ [البقرة: ١٩٥]، وكذلك قوله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا خُذُوا حِذْرَكُمْ فَانفِرُوا نُبَاتٍ أَوْ اَنْفِرُوا جَمِيعًا﴾ [النساء: ٧١]. كما وردت نصوص نبوية صريحة في الحجر الصحي، منها قول النبي ρ "فر من المجذوم فرارك من الأسد"^{٩٦} وقوله ρ "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تقدموا عليه، وإذا وقع وأنتم بها فلا تخرجوا فرارًا منه"^{٩٧}. وبذلك حدد لنا النبي كيفية مقاومة انتشار الأمراض الوبائية، حيث بين أنه على المقيمين في البلد المصاب عدم الخروج منها، ومنع دخول البشر إليها، ذلك أن "الأصحاء المقيمين بأرض الوباء والذين لا تبدو عليه أعراض المرض هم حاملون لميكروب المرض، وأنهم يشكلون مصدر الخطر الحقيقي في نقل الوباء إلى أماكن أخرى إذا انتقلوا إليها، وبسبب اكتشاف هذه الحقيقة نشأ نظام الحجر الصحي المعروف عالميًا الآن"^{٩٨}. ولأن الطبيعة البشرية تميل لإنقاذ النفس ولو على حساب الآخرين، فقد "غلظ الشرع عقوبة من يفر من بلاد الوباء لكيلا ينقل إلى غيره؛ إذ اعتبر من يفر من تلك البلاد كالفار من الزحف"^{٩٩}. وأول حجر صحي كبير معروف في التاريخ هو ذلك الذي حدث في وقت طاعون عمواس ١٨ هـ، حيث كان عمر بن الخطاب قد توجه إلى الشام، لكن قبل دخوله إليها بلغه نبأ الطاعون بها، فدعى المهاجرين لاستشارتهم فاختلفوا، فدعا الأنصار فلم يتفقوا، فدعا مشيخة قريش من مهاجري الفتح فلم يختلفوا، وقالوا: نرى أن ترجع بالناس ولا تقدمهم على هذا الوباء. فقرر عمر العودة، فقال أبو عبيدة بن الجراح

أمير الشام: أفرارًا من قدر الله؟ فقال عمر: نفر من قدر الله إلى قدر الله؛ أ رأيت لو كان لك إبل كثيرة، فهبطت وادياً له عدوتان؛ إحداهما خصبة والأخرى جديّة، أ لست إن رعيت الخصبة رعيتها بقدر الله، وإن رعيت الجديّة رعيتها بقدر الله؟ ثم جاء عبد الرحمن بن عوف وكان متغيباً فقال سمعت رسول الله ص يقول "إذا سمعتم به بأرض فلا تقدموا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا فراراً منه" فحمد عمر الله ثم انصرف بالناس^{١٠٠}. ثم ظهر الحجر الصحي في العصور الوسطى بعد أن ضرب الطاعون أوروبا عدة مرات حتى قتل ٢٠٠ مليون شخص في ١٣٤٧: ١٣٥١ م، وبعد أن أدرك الناس أن المرض له علاقة بالتقارب" قرر المسؤولون ذوو التفكير التقدمي في مدينة راغوزا الساحلية التي تسيطر عليها البندقية إبقاء البحارة الواصلين حديثاً في عزلة حتى يتمكنوا من إثبات أنهم لم يكونوا مرضى. في البداية، تم احتجاز البحارة على متن سفنهم لمدة ٣٠ يوماً ، والتي أصبحت معروفة في قانون البندقية باسم ترينتينو. مع مرور الوقت ، زاد الفينيسيون من العزلة القسرية إلى ٤٠ يوماً أو الحجر الصحي ، وبدء ممارستها في العالم الغربي"^{١٠١}. ونجحت إجراءات الحجر الصحي المشددة في إنقاذ قرية لورماران في مرشيليا التي فقدت نصف سكانها البالغ عددهم ٩٠ ألف نسمة، فخرجت القرية من الوباء دونما خسائر في طاعون ١٧٢٠، حيث شكلت الحكومة البلدية في القرية مكتب للصحة ظل يجتمع ثلاثة أيام أسبوعياً لمدة ١٨ شهر، تمتع بصلاحيات وسلطات واسعة، حيث أصدر شهادات صحية لغير المصابين يعاقب من يسافر بدونها بالحبس ٤٠ يوماً والغرامة، تم إصلاح أسوار المدينة وإغلاق أبوابها يومياً من المغرب للفجر، أما المرضى فكانوا يتركون في منازلهم ويزودون بالحطب والزيت والقمح والخمر، ثم تغلق جميع نوافذ المنازل

وأبوابها لاحتجازهم فيها. وأخضع الوافدون الجدد للمدينة للحجر في مقرات خاصة لمدة ٤٠ يوماً، وكان من بينهم ابنة العمدة وخمسة من أطفالها، وبذلك تم احتواء المرض ومنع انتشاره في القرية بينما كانت مارسيليا وباقي فرنسا تنزف الضحايا بالمئات يومياً^{١٠٢}.

مع انتشار جائحة كورونا وانطلاقها من الصين، كانت الصين أول دولة تطبق الحجر الصحي بشكل صارم، حيث فرضت قيود إجبارية على المواطنين والأنشطة العامة والتجارية في مدينة ووهان، حيث انتشر اجيش في الشوارع، واستولت الحكومة على الملاعب وقاعات العرض وكل الأماكن الكبيرة وخصصتها كمراكز للحجر الصحي؛ حيث أقامت بها مستشفيات مؤقتة لاحتواء تفشي الوباء، وانتقل مسؤولي الصحة والأمن من بيت إلى بيت للتحقق من الأشخاص المصابين بأعراض المرض، واتسع الحجر الصحي ليشمل أكثر من اثنتي عشرة مدينة في مقاطعة هوبي، ليشمل الحجر الصحي ستين مليون شخص^{١٠٣}. ومع انتشار الوباء وتحوله إلى جائحة، بدأت الدول تباغاً في تطبيق الحجر الصحي، غير أنه بسبب الأضرار التي يسببها لم يمتثل المواطنين في كثير من الدول للحجر الصحي طواعية، ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال "استاء بعض المواطنين من ارتداء قناع الوجه الذي تفرضه الحكومة باعتباره تدخلاً من قبل حكومة أبوية في الحياة الخاصة للمواطن. بعد مرور أربعة أشهر على هذا الوباء ، لا يزال بعض المواطنين الأمريكيين يقاومون بشدة تغطية الوجه الإلزامية في الأماكن العامة لأنهم مستأؤون من "دولة مربية"^{١٠٤}. وهو المسلك الذي لم يتوقف على المواطنين في الدول المتقدمة، بل شمل معظم دول العالم، ففي مصر لم يلتزم معظم المواطنين بالإجراءات الاحترازية لمواجهة

الوباء، ومنها ارتداء أقنعة الوجه، ولجأت الحكومة إلى فرض غرامات ضخمة قدرت في البداية بما يصل إلى أربعة آلاف جنيه، وفي السعودية وصلت الغرامة إلى ألف ريال، بينما في الإمارات كانت الغرامة ثلاثة آلاف درهم، وتفاوت الالتزام بالإجراءات الاحترازية ومنها فرض الحجر الصحي تبعاً لعوامل متعددة، منها ما يتعلق بإدراك المواطنين لخطورة الوباء وسهولة انتشاره، ومنها ما يتعلق بالعوامل الاقتصادية وقدرة الأشخاص على الالتزام بالحجر الصحي في مواجهة الاحتياجات الاقتصادية، ومنها ما يتعلق بالعوامل الدينية واعتقاد البعض أن الحذر لا يمنع قدر، وغير ذلك من عوامل اختلفت من دولة إلى أخرى.

يترتب على إجراءات الحجر الصحي العديد من الإشكاليات، وإن كان الحجر الصحي يتم فرضه حفاظاً على صحة المواطنين، فإنه يترتب عليه العديد من النتائج المدمرة على صحة المجتمع "ومنها على سبيل الذكر و ليس الحصر: تدني أعداد الأطفال الذين يتلقون التطعيمات الأساسية في فترة الطفولة، وتدهور صحة المرضى الذين يعانون من أمراض القلب، وكذلك تدني أعداد الفحوصات المسح الطبي للكشف عن مرضى السرطان، وتدهور الصحة النفسية مما سيؤدي إلى ارتفاع أعداد الوفيات في السنوات القادمة"^{١٠٠}. لذلك تم وضع العديد من التوصيات لمحاولة الحد من الأضرار المترتبة على الحجر الصحي على مختلف المستويات منها الاهتمام بالحالة النفسية والاجتماعية للمحجورين من خلال تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهم، ورعاية الجانب الأسري للمحجورين والتواصل مع أسرهم خارج الحجر الصحي، وإقامة تواصل فعال مع المحجورين يوضح طبيعة الحجر الصحي ومدته وحقوقهم وواجباتهم، والاهتمام بالحالة الصحية للمحجورين ممن يعانون من أمراض مزمنة وتوفير

الرعاية الصحية المناسبة لهم، وغير ذلك من إجراءات تستهدف الحد من أضرار الحجر الصحي^{١٦}.

سادساً: آثار كورونا على البحث الطبي في ظل الجائحة:

كما أثرت جائحة كورونا على شتى مجالات الحياة، كان لها تأثيرها الكبير على البحث العلمي خاصة في المجال الطبي، حيث ظهرت العديد من الإشكاليات التي لم تكن لتظهر في الظروف الطبيعية، ومن هذه الإشكاليات تسريع عملية البحث العلمي، ففي الظروف العادية تستغرق عملية تطوير لقاح لعلاج مرض ما فترة زمنية طويلة تصل إلى سنوات، للانتقال من مرحلة الاختبارات المعملية، إلى مرحلة التجارب على الحيوانات، ختامًا بالتجارب على البشر، ويتم التأكد من فاعلية الدواء المختبر بعد تجربته على "مراحل ثلاث: مرحلة أولى تجرى على مجموعة صغيرة من البشر: حوالي خمسين ينقصون أو يزيدون، يتم تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة. ينتقل التجريب من مجموعة لأخرى بعد التأكد من أمان التدخل الطبي على المجموعة التي تسبقها وتهدف هذه المرحلة إلى التأكد من أمان التدخل الطبي. ثم مرحلة ثانية تجرى فيها تجربة المنتج على عدد أكبر من المتطوعين - قد يكون عدة مئات - لاختبار فعالية هذا المنتج الجديد. أما المرحلة الثالثة فتخصص لاختبار فعالية الدواء أو اللقاح على عدد أكبر من المتطوعين يصل لعشرات الآلاف"^{١٧}. وفي كل مرحلة يتلقى بعض المتبرعين اللقاح أو الدواء الحقيقي، بينما يتناول آخريين لقاح أو دواء وهمي، وتكون هناك مجموعة ثالثة لا يتم التجريب عليها، ويتم المقارنة بين نتائج اللقاح أو الدواء على الثلاث مجموعات لمعرفة نجاحه من عدمه، والآثار

الجانبية المترتبة على اللقاح أو الدواء، وهي عملية تستغرق عدة سنوات في العادة. غير أن وجود "فيروسات جديدة تستمر في الظهور وتسبب الأمراض البشرية، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى أمراض وبائية، قد حفز مطوري اللقاحات على إعادة التفكير في المسار المعتاد للتطور"^{١٠٨}، وذلك باختصار المراحل المختلفة للتجريب، وتسريع الخطوات المتتالية، بحيث يتم التوصل للقاحات في وقت أقل مما يساهم في إنقاذ المزيد من الأرواح البشرية. كما تزيد الشائعات في حالات الاضطراب الجمعي، ومنها حالة انتشار جائحة "مما قد يخلق مشكلة بين فريق البحث والمجتمع تشكك في قيمة البحث. من هنا كانت ضرورة إشراك المجتمع. يأتي إشراك المجتمع لعدة مبررات: للتوعية العامة بالوباء ولتحديد مبررات وأهمية البحث والرد على الإشاعات وشرح مخاطر وفائدة البحث والطبيعة التطوعية للمشاركة مما يؤدي إلى المساعدة في الحصول على الموافقة المستنيرة من المبحوثين. يجب أيضاً إشراك الساسة في تحديد أهمية البحث للتأكد أن البحث سيكون له قيمة اجتماعية ومفيد للمجتمع وليس للربح"^{١٠٩}. حتى ينتهي الأمر بمنح اللقاحات موافقة الجهات الصحية الدولية، وهو ما يعد مشكلة نتيجة الاستعجال، وعدم معرفة الآثار الجانبية للقاحات المقترحة، حيث تم منح هذه اللقاحات موافقة طوارئ بدءاً بالتصريح للقاح فايزر/بيوتنيك في ٣١ ديسمبر ٢٠٢٠^{١١٠}. وهي موافقات لا تعني مأمونية اللقاح، إذ سبق وتمت الموافقة على لقاحات والترويج لها، ولم يلبث أن يثبت خطورتها وسحبها من التداول مثلما حدث مع لقاح Gardasil والخاص بالوقاية من سرطان عنق الرحم، فرغم الترويج الكبير له في اليابان فإنه تم الإبلاغ عن آثار جانبية خطيرة ناتجة عن اللقاح لأكثر من ألفي حالة في اليابان تضمنت " تلف

الدماغ والعمى والشلل ومشاكل في النطق وفقدان الذاكرة على المدى القصير والتهاب البنكرياس والوفاة في بعض الحالات، مما دفع الحكومة اليابانية لمنع اللقاح، في الوقت الذي استمرت فيه الولايات المتحدة في طرح الدواء^{١١١}.

لم يتوقف الأمر على مخالفة القواعد الطبيعية لإجراء التجارب، بل تم مخالفة القواعد المتعلقة بالموافقة المستنيرة* حيث اختلفت نماذج الموافقة المستنيرة من تجربة إلى أخرى، ولم يوجد إلزام بنشر نماذج الموافقة التي تستند إليها التجارب إلا بعد انتهاء التجربة، ولا يبدو أن عملية الموافقة المستنيرة لتجارب لقاح كوفيد ١٩ تلبى معايير الأخلاق الطبية، وبرغم ذلك فإن حالة الطوارئ الصحية العالمية بسبب الجائحة تبرر تجارب اللقاح المتسارعة، ومع ذلك فإن هذا المبرر لا يتعارض مع ضرورة الاهتمام الإضافي بإجراءات الموافقة المستنيرة المتزايدة الخاصة بمخاطر لقاح كوفيد ١٩^{١١٢}. وتقادياً لتلك المخاطر إقترح البعض أن تضع الأجهزة المسؤولة استمارة الموافقة المستنيرة بشكل واضح، حتى في الدول التي لم تكن فيها أبحاث، واشتركت في التجارب السريرية للقاحات تقوم بها جهات خارجية، وتدشين حملة إعلامية من خلال القنوات الإعلامية، لتوضيح وشرح الموافقة المستنيرة، مما يترتب عليه اطمئنان المواطنين، وبالتالي زيادة عدد المشاركين المتطوعين في التجارب السريرية^{١١٣}.

في ظل السباق نحو التوصل للقاحات لعلاج الكورونا تشتتت الجهود العلمية في المختبرات ومراكز الأبحاث في كافة أنحاء العالم، مما دفع لجنة الأخلاقيات البيولوجيا إلى الدعوى لضرورة تنسيق الجهود الدولية، والإشراف على إجراء البحوث بصورة مسؤولة، وتجميع النتائج المحرزة على المستويات المحلية، وتنسيق إجراءات استعراض هذه النتائج ومشاركتها. كما أعلنت منظمة

الصحة العالمية الصحة العالمية عن تنظيم دراسة بعنوان "تضامن" لمقارنة العلاجات التجريبية في عدة بلدان، وتسريع إجراءات تجربة اللقاحات الجديدة والموافقة عليها وذلك من أجل تفادي تأخير البحوث في حالة الطوارئ القائمة خاصة في مجال الصحة العامة^{١١٤}

كما ظهرت مشكلات متعلقة بحماية المبحوثين، فمع ظهور كورونا كانت الدراسات البحثية الجارية بحاجة للتكيف بسرعة لأن متطلبات حماية المشاركين في الدراسات لم يكن هو نفسه كما كان قبل الجائحة، حيث أصبحت احتياطات ضمان عدم تعرض المشاركين لخطر إضافي أكثر أهمية، حيث أصبح مجرد حضور المبحوث للإبلاغ عن الأعراض، والتحقق من التقدم في البحث، أو الإبلاغ عن المخاطر، أكثر خطورة. فتردد كثير من المبحوثين في متابعة الأبحاث، كما اضطر بعض الباحثين إلى تغيير خططهم للتجارب السريرية بطريقة تقلل من عدد المرات التي يحتاج فيها المشاركين إلى الحضور للعيادة أو المعمل، كما أغلقت بعض المراكز البحثية إستقبال المبحوثين فيما عدا الحالات الحرجة^{١١٥} وأدى ذلك إلى خسائر فادحة للبحث العلمي، حيث تعطلت الكثير من التجارب السريرية بما يهدد حياة المرضى الذين يحتاجون العلاجات الجديدة للأمراض المستعصية بشكل كبير، كما انخفضت الأوراق البحثية المقدمة من النساء نتيجة قيامهم بالدور الأكبر في رعاية الأطفال بعد إغلاق المدارس، مما يعرقل المسيرة البحثية للدراسات النسوية في الجامعات والمراكز البحثية^{١١٦}.

كذلك ترتب على الاستعجال الشديد في الوصول للقاح لفيروس كوفيد ١٩، والسعي الحثيث لمعرفة كافة الإشكاليات المتعلقة بالفيروس، حدوث تساهل شديد في النشر الدولي، ففي الوقت الذي يستغرق فيه إعداد الأوراق البحثية للنشر في

المجلات عالية الجودة وقتًا طويلاً، فإنه لتلبية الطلب المتزايد على مقالات تتعلق بفيروس كورونا، اعتمدت بعض المجلات على المراجعة السريعة من خلال المتطوعين لسرعة النشر، مما أثار التساؤل حول نشر أبحاث معيبة ومنخفضة الجودة، ثم التراجع عن بعضها بعد ذلك، وهو ما حدث في بحث نشر من الصين يطلب المساعدة الطبية لمواجهة الفيروس في فبراير ٢٠٢٠ ثم تم التراجع عنه بعد يومين بعد اكتشاف أن المؤلفين لم يكونوا جزء من الفريق الطبي في الخطوط الأمامية للتعامل مع الفيروس في الصين. المثير للدهشة هو قيام بعض المجلات بسحب الأبحاث الخاصة بفيروس كورونا دون ذكر الأسباب، وهو أمر أكثر إشكالية من الناحية الأخلاقية، كما حدث في سحب مقال من الصين في مارس ٢٠٢٠ يسلط الضوء على استطاعة الفيروس الانتشار في الهواء في الحافلات المكيفة، مما أزعج مستخدمي وسلطات النقل وتم سحب المقال، وكذلك مقال آخر شكك في جودة مجموعات اختبار الفيروس، وهو موضوع حساس سياسياً، ما أدى لإلغاء الهند طلباً بنصف مليون جرعة اختبار من بعد اكتشاف عدم صلاحيتها بعد نشر البحث، مما يثير التساؤل عن الضغط الحكومي لسحب الأبحاث الاستفزازية التي تشكك في إجراءات الحكومة الصينية، مما يعد تحكماً في البيانات العلمية، وحد من حرية البحث الأكاديمي^{١١٧}. ولم يتوقف التدخل الحكومي على مرحلة ما بعد نشر الأبحاث، حيث فرضت الحكومة الصينية سيطرة صارمة على نشر أبحاث كوفيد ١٩، وأدخلت سياسات تتطلب من العلماء الحصول على موافقة مسبقة قبل نشر أبحاثهم أو نتائجها، وفي الوقت الذي يرى فيه البعض أن ذلك ربما يكون استجابة للدراسات الرديئة حول الفيروس، والتي تم نشرها على الانترنت وتم الإبلاغ عنها على نطاق واسع، فإن

بعض الأكاديميين أشاروا إلى أن هذه السياسات تمثل جزء من محاولة الصين السيطرة على المعلومات حول المرض، لكن في النهاية انتشرت المخاوف من أن هذه الإجراءات يمكن أن تؤخر نشر رؤى مهمة يمكن أن تساعد في السيطرة على الوباء في وقت لا يحتمل العالم فيه أي تأخير^{١١٨}. إمتد التساهل إلى المجلات العلمية الكبرى، فبعد أن نشرت مجلة *THE LANCET* دراسة في مايو عن تجميع بيانات من دول مختلفة بلغت ٢٢ دولة عن استخدام الهيدروكلوركين الذي يستخدم في علاج الملاريا في علاج فيروس كورونا، وكانت عينة الدراسة ٩٦ ألف شخص، توصلت الدراسة إلى عدم جدوى استخدام الهيدروكلوركين في العلاج وارتفاع نسبة وفيات الحالات التي تم علاجها به، ومنها ٧٣ حالة وفاة في استراليا وقت نشر البحث، وبعد نشر الدراسة وقع ما يقرب من ١٥٠ طبيب خطاب يشككون في استنتاجات البحث، وتبين أن الشركة المسؤولة عن جمع البيانات ومقرها شيكاغو ذات إمكانيات أقل من أن تستطيع التعامل مع هذا الكم الهائل من البيانات، كما أن البيانات الاسترالية التي استخدموها لا يمكن أن تكون صحيحة، لأن الورقة البحثية استشهدت بوفاة ٧٣ حالة في استراليا نتيجة استخدام هذا الدواء في علاجها، بينما كانت كل حالات الوفاة التي حدثت في استراليا في هذا الوقت طبقاً للإحصائيات الرسمية ٦٧ حالة فقط، كما أكدت عدة مستشفيات تمت الإشارة إليها في الدراسة على أنها تم استخدام بياناتها عدم مشاركتها في الدراسة وعدم تسليمها أي بيانات للباحثين، وفي النهاية تم سحب الدراسة من المجلة، ولكن بعد أن أثارت تساؤلات خطيرة عن مراجعة الدراسة قبل نشرها، وعن الأبحاث السابق نشرها في المجلة^{١١٩}.

ختاماً، فإنه نتيجة للتسرع الكبير في السعي لإنتاج لقاحات لعلاج فيروس

كوفيد ١٩، تشكك الكثيرين في إمكانية التوصل إلى لقاحات بهذه السرعة، خاصةً في ظل عدم توصل العلم للقاحات لأضرار كثيرة واسعة الانتشار وآخرها الإيدز، سارس، وغيرها، بل أنه قد يتم التوصل إلى لقاح أو تطعيم ومع ذلك يمكن أن يصاب الشخص بالفيروس رغم التطعيم، وهو ما حدث بالفعل في اللقاحات التجريبية لكورونا، فبعض من تم تطعيمهم باللقاحات المستجدة أصيبوا بالفعل بالفيروس، ويتنبأ البعض بأن الأمر سينتهي في النهاية بفرض التطعيم الإلزامي من قبل الحكومات، لا لشيء سوى لجنى المليارات من الأرباح والعمولات^{١٢٠}. وهذا الإجراء لا يمكن اتخاذه قبل توفير اللقاحات الكافية لتطعيم أكبر عدد من الأفراد، وقتها سيصبح التطعيم إجبارياً، ومن لا يحصل على التطعيم لن يحصل على الخدمات المختلفة داخل الدولة، ولن يستطيع الانتقال من دولة إلى أخرى، وسيتم ابتزاز الدول لشراء مليارات اللقاحات سنوياً تستنزف المزيد من الموازنات المستنزفة بسبب التداعيات الاقتصادية للجائحة. كما انتبه الكثيرين إلى ضرورة الاهتمام بالعلوم البيولوجية قدر الاهتمام بالعلوم الفيزيائية التي سادت القرن العشرين، حتى أن "فلاسفة العلم الكبار الذين ظهروا وازدهروا في القرن الماضي، تكادُ تخلو مؤلفاتهم من الحديث عن فلسفة العلوم البيولوجية، ومن ثمَّ اهتموا بتحليل المناهج المتبعة في مجال العلوم الفيزيائية دون غيرها. وبالتالي تصبح الفائدة الكبرى لجائحة فيروس كورونا- إن كان لمثل هذه الجائحة فائدة- هي أنها ستؤدي إلى حدوث طفرة علمية في مجال الاهتمام، الذي سوف يتزايد على نحو غير مسبوق، بالعلوم البيولوجية، وخصوصاً المتعلق منها بصحة الإنسان. هذا المجال الذي لم يَنَلْ ما يستحقه من الاهتمام. وسوف ينعكسُ هذا التحولُ والتغيرُ في مجال العلم على الفلسفة، وبخاصةٍ «فلسفة

العلوم». سيتم ابتداءً مناهج جديدة للبحث في العلوم الطبية وغيرها من مجالات البحث في العلوم البيولوجية، كما سيتم إزاحة مناهج قائمة أو تعديلها^{١٢١}. وذلك في الدول المتقدمة وستكتفي الدول المتدنية الهريراركية العلمية في ادعاء المعرفة سواء بادعاءات كاذبة، أو بترويج الدجل في صورة اكتشافات علمية كما ادعى أحدهم علاج فيروس كورونا بعصير البرسيم، وآخر يدعي علاجه بالشلولو (الملوخية الناشفة) وهي أكلة مصرية منتشرة في صعيد مصر، أو الفول المنقوع، أو المية السخنة وغير ذلك من خرافات لو قيلت في دول العالم المتقدم لحوكم أصحابها^{١٢٢}. أو اكتشاف علاجات في الكتب الدينية المقدسة وهو ما سيكون موضوع بحث آخر إن شاء الله.

أدت الأخطاء السابقة في مجال البحث العلمي في ظل الجائحة إلى تأكيد لجنة أخلاقيات البيولوجيا في اليونسكو إلى التأكيد على عدم جواز انتهاك المبادئ الأخلاقية، ولكن يجوز تعديلها بحيث تتناسب مع الأوضاع الاستثنائية الطارئة، وألا يؤدي الاستعجال لإيجاد علاج للفيروس إلى الحيلولة دون تطبيق الممارسات البحثية المسؤولة، وضرورة التزام الباحثين بالمبادئ الأخلاقية للبحث العلمي. كذلك نبهت اللجنة إلى عدم إجراء البحوث لأهداف الربح فقط، واعتماد قيم الشفافية وتبادل البيانات واستفادة جميع البشر من منافع البحث العلمي^{١٢٣}.

خاتمة

رغم أن جائحة كورونا أقل من كثير من الأوبئة التي مرت بها البشرية، إلا أنها ترتبت عليها الكثير من النتائج منها:

١- أدت الجائحة إلى كثير من التغيرات التي غيرت طقوس وسلوكيات الانسان التي تطورت على مدى آلاف السنين بشكل غير مسبوق^{١٤}، حيث ساعد الوباء في توجيه الأنظار نحو الدول المتقدمة التي ثبت أنها في الحقيقة لا تختلف كثيراً عما يسمى بدول العالم الثالث، " حتى ساد اعتقاد أن عالم الدول المتقدمة لم يكن متقدماً، على الأقل في إطار المواجهة الطبية للوباء. فالدول ذات الاقتصاد النيوليبرالي والسوق الحرة، بدأت تتهاوى بسرعة مخيفة"^{١٥}.

٢- ضرورة توفير الرعاية المتكاملة للأطعم الصحية، سواء من الناحية المادية، أو الوقائية، أو البحثية، فلا تكفي الإشادة بالأطعم الطبية في الوقت الذي لا تحصل فيه على الأساسيات التي تساعد في أداء واجبها المقدس.

٣- رغم تعدد المعايير لتحديد الأسس التي يتم على أساسها الفرز، إلا أن هذه المعايير لم تتفق في ترتيب الأولويات، كما لا يمكن اعتبار قرار الفرز قراراً أخلاقياً بشكل كامل في كل الأحوال.

٤- أثبتت جائحة كورونا ضعف العدالة الصحية، والتفاوت الكبير في تقديم الرعاية الصحية بين الدول المختلفة، وداخل الدولة الواحدة بسبب التمييز العنصري أو العرقي أو الطبقي أو الاجتماعي أو الاقتصادي.

٥- أثبتت إجراءات الحجر الصحي فعاليتها في الحد من انتشار فيروس كورونا، ومع ذلك فإنه لا يمكن الاستمرار فيها لفترة طويلة للأضرار الاقتصادية

والاجتماعية والنفسية المترتبة عليها.

٦- أدت جائحة كورونا إلى ظهور نوع جديد من المجتمعات، هو "مجتمع الخدمات بين البشر. حيث سترفع هذه الأزمة من شأن فئة مقدمي الرعاية؛ لا يمكن أن يستمر هؤلاء في الحصول على رواتب هزيلة". كما أبرزت كورونا الاقتصاد الرقمي فزاد الاعتماد على الخدمات الالكترونية، واحتلت الشركات القائمة بتقديم الخدمات الالكترونية قمة الشركات العالمية اقتصادياً، وفاقت ميزانياتها ميزانية العديد من الدول.

٧- أظهرت الجائحة ضرورة الاهتمام بالبحث العلمي، ودوره في الحفاظ على المجتمعات، بل وكمصدر لزيادة موارد الدول، وفي الوقت الذي سارعت الدول المتقدمة إلى تجييش كل إمكانياتها البحثية للوصول إلى لقاح للوباء، فظهرت لقاءات متعددة في ألمانيا وانجلترا والصين وروسيا وغيرها، وبرغم إعلان بعض الدول العربية عن سعيها إلى التوصل للقاحات لكورونا، إلا أن ذلك لم يتجاوز مرحلة الإعلان الدعائي فقط، ولم تنتقل أي تجارب معن عنها لمرحلة التجارب السريرية، ولم يظهر العالم العربي إلا عند قيام الشركات ومراكز الأبحاث بإجراء التجارب السريرية حيث تم إجراء بعضها في بعض الدول العربية، ولا يعد ما حدث خروج على السياق حيث "تستمر البلدان العربية في تهميش البحث العلمي والتطوير؛ حيث تتراوح نسبة الإنفاق على البحث العلمي والتطوير من إجمالي الناتج المحلي في البلدان العربية بين ٠.٧٣% في المغرب و ٠.٠٤% في البحرين، وهي أرقام هزيلة جداً مقارنة بدول تصل فيها هذه النسبة إلى ٣.١٦% في السويد على سبيل المثال"^{١٢٦}. ورغم انخفاض ما تخصصه الدول العربية للبحث العلمي، فإن الميزانية المخصصة له على المستوى العالمي تقل عن تلك

المخصصة للتسلية والإنفاق الترفيهي.

٨- أدت حالة الهلع التي سادت العالم، وعدم القدرة على التوصل للقاح بشكل نهائي، إلى ترك المجال للمحتالين لادعاء التوصل إلى علاج لكورونا في الصحف والفضائيات المختلفة بحثاً عن الشهرة على حساب البسطاء، رغم محاولات المفكرين للفت الانتباه لخطورة هؤلاء، وضرورة الحذر مما يتم الإعلان عنه في المواقع والقنوات المشبوهة من أدوية شعبية، وأعشاب علاجية، لم يتم تجربتها ولم تخضع لأبسط قواعد البحث العلمي^{١٢٧}.

٩- أدت جائحة كورونا إلى مخالفة الكثير من قواعد البحث العلمي في المجال الطبي، سواء المتعلقة بكيفية اختيار المبحوثين، أو تطبيق الموافقة المستنيرة، أو شروط النشر الدولي.

الهوامش

^١ عبد الإله بلقزيز: ملامح لعالم ما بعد كورونا، مجلة المستقبل العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ع ٥٠١، نوفمبر ٢٠٢٠، ص ١٠٩

* تعرف منظمة الصحة العالمية فيروسات كورونا بأنها سلالة واسعة من الفيروسات التي قد تسبب المرض للحيوان والإنسان. تسبب لدى البشر أمراض تنفسية تتراوح حدتها من نزلات البرد الشائعة إلى الأمراض الأشد وخامة مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (ميرس) والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس). ويسمى فيروس كورونا المكتشف مؤخراً مرض كوفيد-١٩، ذلك بسبب ظهوره عام ٢٠١٩، وهو مرض معد يسببه آخر فيروس تم اكتشافه من سلالة فيروسات كورونا. ولم يكن هناك أي علم بوجود هذا الفيروس الجديد ومرضه قبل بدء تفشيه في مدينة ووهان الصينية في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٩. وقد تحوّل كوفيد-١٩ الآن إلى جائحة تؤثر على العديد من بلدان العالم. <https://bit.ly/3bp6QK8>

^٢ جوزيف بيرن: الحياة اليومية في زمن الموت الأسود، ترجمة عمر سعيد الأيوبي، هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، ط١، ٢٠١٤، ص ٤٣٩

^٣ Toni Alimi, Elizabeth L. Antus Alda Balthrop-Lewis James F. Childress Shannon Dunn Ronald M. Green Eric Gregory Jennifer A. Herdt Willis Jenkins M. Cathleen Kaveny Vincent W. Lloyd Ping-cheung Lo Jonathan Malesic David Newheiser Irene Oh Aaron Stalnaker: COVID-19 and Religious Ethics, Journal of Religious Ethics, vol 48, issue 3, September 2020, p 365

^٤ Ibid, p 364

^٥ Ibid, p 350

^٦ احمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ: المصباح المنير، تحقيق عبد العظيم الشناوي، دار المعارف، القاهرة، ٢/ ٦٣٦، محمد بن مكرم بن علي، أبو الفضل، جمال الدين بن منطور: لسان العرب، دار صادر، بيروت، ١/ ١٨٩

^٧ إبراهيم أنيس، عبد الحلیم منتصر، عطية الصوالحي، محمد خلف الله أحمد: المعجم الوسيط: مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية، ط٤، ٢٠٠٤، ص ١٠٠٧، المعجم الوجيز: مجمع اللغة العربية، ط١، ١٩٨٠، ص ٦٥٨

* مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها Centers for Disease Control and Prevention وكالة فيدرالية تعد المؤسسة الرائدة في مجال الصحة العامة في الولايات المتحدة، وتركز اهتمامها على الأمراض المعدية، أنشئ ١٩٤٦ في مدينة أطلانتا، وصلت

ميزانيته في ٢٠١٨ إلى ١٢ مليار دولار.

⁸<https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/Glossary.html#epidemic>

^٩ د حسين الشيخ: اليونان، دراسات في تاريخ الحضارات القديمة ١، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢، ص ٤٤

^{١٠} ألفرد زيمرن: الحياة العامة اليونانية (السياسة والاقتصاد في أثينا في القرن الخامس)، ترجمة عبد المحسن الخشاب، المركز القومي للترجمة، العدد ١٠٣٠ / ٢، ٢٠٠٩، ص ٣٥٨

¹¹ Christos Georgiades: Leadership Lessons From Prior Pandemics: Turning the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Into an Opportunity, journal of the american college of radiology, may 2020, P1

¹² Ibid, p1

¹³ DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended, , AUG 17, 2020, access in Jn 5, 2020, in <https://bit.ly/3sds9VL>

^{١٤} أبي بكر محمد بن زكريا الرازي: المنصوري في الطب، شرح وتحقيق وتعليق حازم البكري الصديقي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الكويت، ط١، ١٩٨٧، ص ٢٢٥: ٢٢٨

^{١٥} أبي عبد الله محمد بن عبد الله بن الخطيب: مقنعة السائل عن المرض الهائل، منشورات دار الأمان، الرباط، ٢٠١٥، ص ٦٥: ٦٧

¹⁶ Missy Sullivan, Matt Mullen: Black Death, July 6, 2020, access in July 20, 2020, in <https://bit.ly/3bmxw>

¹⁷ DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended,

^{١٨} جوزيف بينن: الحياة اليومية في زمن الموت الأسود، مرجع سابق، ص ٤٣٠، ٤٣١

^{١٩} السابق: ص ٤٢١: ٤٢٦

²⁰ GLENN MCDONALD: 5 Advances That Followed Pandemics, JUL 15, 2020, in, access in jan 3 2020, in <https://bit.ly/2ZAmEEI>

²¹ DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended,, ibid

²² Missy Sullivan, Matt Mullen: Pandemics That Changed History, Last Updated December 21, 2020, Access December 23, 2020, in <https://bit.ly/3aDVJOj>

²³ DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended,, ibid

^{٢٤} ناصر محيي الدين ملوحي: فيروس كورونا طاعون العصر، دار الغسق للنش،

سورية، ٢٠٢٠، ص ٥٧

²⁵ Missy Sullivan, Matt Mullen: Pandemics That Changed History, ibid

^{٢٦} حاجة وافي: الإرهاب البيولوجي وتداعياته على النظام الدولي: أزمة جائحة فيروس كورونا المستجد نموذجا، مجلة الندوة للدراسات القانونية، ع ٣٢، إبريل ٢٠٢٠، ص ٦٦: ٦٧
^{٢٧} د بهاء درويش، و دوفاء عبد العال يكتبان عن أخلاقيات التعامل مع الوباء. مايو

٢٠٢٠، اطلاع مايو ٢٠٢٠، في <https://bit.ly/3tPXv6J>

²⁸ » Mike Osterholm and others: COVID-19: The CIDRAP Viewpoint, Part 1: The Future of the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from Pandemic Influenza, CIDRAP, University of Minnesota, April 2020, p 1

* معدل الانتشار R0 هو عدد الأشخاص الذين يستطيع مريض واحد أن ينقل لهم العدوى، ومن حساب معدل الانتشار يمكن حساب عدد الوفيات المحتمل لكل وباء وكلما كان أقل من واحد صحيح فهذا يعني ان نسبة الوفيات لن تكون كبيرة. ولأن معدل انتشار مرض كوفيد ٢٠١٩ في البداية كان يتراوح بين ١.٥ الى ٣.٥ فإن معدل الوفيات سيكون كبيرا ووجب اتخاذ إجراءات للسيطرة على الوباء.

^{٢٩} د صلاح عثمان: ٢٤ مارس ٢٠٢٠: رقم التكاثر: لماذا أصبح العزل الاجتماعي ضرورياً (منشور على الفيس بوك)، تم الاسترداد بتاريخ ٢٠ مايو ٢٠٢٠، من <https://bit.ly/3sjnB0j>

^{٣٠} د صلاح عثمان: فيروس كورونا: نظرية المؤامرة، مركز المجدد للبحوث والدراسات، إسطنبول، تركيا، ٤ إبريل ٢٠٢٠، الإطلاع ٨ إبريل ٢٠٢٠، في <https://bit.ly/2MaBE8S>

³¹ Larry Dossey: Threats from the coronavirus, lessons from the plague, Explore (NY). Jul-Aug 2020;16(4): p203

^{٣٢} جوزيف بيرن: الحياة اليومية في زمن الموت الأسود، ترجمة عمر سعيد الأيوبي،

هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، ط١، ٢٠١٤، ص ٤٣٢

³³ Anusha Balasubramanian MRCS, MMED and other: Impact of COVID-19 on the mental health of surgeons and coping strategies, Head & Neck Volume 42, Issue 7, may 2020, p 1638

³⁴ Boqi Xiang and others: The impact of novel coronavirus SARS-CoV-2 among healthcare workers in hospitals: An aerial overview,

American Journal of Infection Control, 2020-08-01, Volume 48, Issue 8, P 916

³⁵ Shabir A Dhar, Zaid A Wani: My fear, my morals: a surgeon's perspective of the COVID crisis, Philosophy, ethics, and humanities in medicine, Published online 2020 Oct 14. doi: 10.1186/s13010-020-00094-3, p2,3, access in November 2020

³⁶ <https://bit.ly/2Z2PahM>

³⁷ Claire Press: Coronavirus: The NHS workers wearing bin bags as protection, <https://bbc.in/3aS23AB>, in 5 April 2020, access in 6 June 2020.

³⁸ Quentin Fottrell: Nurses are wearing garbage bags as they battle coronavirus: 'It's like something out of the Twilight Zone', <https://on.mktw.net/3a8SBJU>, 13 April 2020, access in 20 may 2020

³⁹ Gerorgina Morley, and others: Covid-19: Ethical Challenges for Nurses, Hasting Center Report 50 (2020), p2

⁴⁰ Tsurriel Rashil: Committing to endangerment: medical teams in the age of corona in Jewish ethics, Medicine, Health Care and Philosophy, Published: 19 October 2020, <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09983-y>, access in 20 dwcwmbler 2020

⁴¹ Anusha Balasubramanian MRCS, MMED and other: ibid, p 1639

⁴² Patricia M. Davidson and others: Moral outrage in COVID19— Understandable but not a strategy, journal of clinical nursing, volume 29, issue 19-20, October 2020, p 3600

⁴³ Ibid, p 1639, 1640

⁴⁴ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic, Annals of Intensive Care volume, vol 84, june 2020, p 6,7

⁴⁵ Anusha Balasubramanian MRCS, MMED and other: ibid, p 1641

⁴⁶ Gerorgina Morley, and others: ibid, p2

⁴⁷ Gerorgina Morley, and others: ibid, p 1

⁴⁸ Patricia M. Davidson and others: Moral outrage in COVID19— Understandable but not a strategy, journal of clinical nursing, volume 29, issue 19-20, October 2020, p 3600, 3601

⁴⁹ Udo Schuklenk: COVID19: Why justice and transparency in hospital triage policies are paramount, Bioethics, Volume 34, Issue 4, may 2020, p 325

⁵⁰ Udo Schuklenk: *ubud*, p 325, Georgina Morley, Christine Grady, Joan McCarthy, Connie M. Ulrich: *Covid-19: Ethical Challenges for Nurses*, Hastings Center Report, Volume50, Issue3, May/June 2020, Pages 37, 38

⁵¹ *Ibid*, p 326

⁵² <https://bit.ly/3k71Wpa>

⁵³ Subha Perni, MD; Michael G. Milligan, MD, MBA; Anurag Saraf, Todd Vivenzio, RTT; Amy Marques ; Meghan A. Baker; Tara Kosak, MEd; Sarah Bartlett; Michelle A. Physic; Monica R. Batchelder; Sean McBride; Jeremy Bredfeldt; Daniel W. Cail; Meghan C. Kearney; Colleen Whitehouse; Peter Orio, DO; Gerard Walsh; Daphne A. Haas-Kogan; and Neil E. Martin: *Treating the SARS-CoV-2-Positive Patient With Cancer: A Proposal for a Pragmatic and Transparent Ethical Process*, *Cancer*, month 0, 2020, P1

⁵⁴ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: *Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic*, *Annals of Intensive Care* volume, vol 84, june 2020, p 3, 4

⁵⁵ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: *Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic*, *Annals of Intensive Care* volume, vol 84, june 2020, p 1

⁵⁶ Annette Dufner: *Withdrawal of intensive care during times of severe scarcity: Triage during a pandemic only upon arrival or with the inclusion of patients who are already under treatment?*, *bioethics*, early view, December 2020, p 2

⁵⁷ Udo Schuklenk: *COVID19: Why justice and transparency in hospital triage policies are paramount*, *Bioethics*, Volume 34, Issue 4, may 2020, p 326

^{٥٨} يورغن هابرماس: حوار مع الفيلسوف الألماني هابرماس - لوموند الفرنسية / ترجمة: نوفل الحاج لطيف، مجلة حكمة، ١١ إبريل ٢٠٢٠، اطلاق أكتوبر ٢٠٢٠ في

<https://bit.ly/2MUHCLH>

⁵⁹ Udo Schuklenk: *ibid*, p 325

⁶⁰ Gerorgina Morley, and others: *ibid*, p 3

⁶¹ de Castro-Hamoy, L., & de Castro, L. D. (2020): *Age Matters but it should not be Used to Discriminate Against the Elderly in Allocating Scarce Resources in the Context of COVID-19*. *Asian bioethics review*, 1–10. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1007/s41649-020-00130-6>, p 336

⁶² Ibid, p 337, Leniza de Castro-Hamoy& Leonardo D. de Castro: Age Matters but it should not be Used to Discriminate Against the Elderly in Allocating Scarce Resources in the Context of COVID-19, Asian Bioethics Review (2020), 2020 Jun 16, doi: 10.1007/s41649-020-00130-6, access 20 July 2020, p 2

⁶³ Leniza de Castro-Hamoy& Leonardo D. de Castro: ibid, p 6,7

⁶⁴ De Castro-Hamoy, L., & de Castro, L. D. (2020), Ibid, p 332
⁶⁵ د بهاء درويش، و دوفاء عبد العال يكتبان عن أخلاقيات التعامل مع الوباء: مرجع

سابق

⁶⁶ Julian Savulescu and others: Utilitarianism and the pandemic, Bioethics Volume 34, Issue 6, July 2020, p 621: 626

⁶⁷ يورغن هابرماس: حوار مع الفيلسوف الألماني هابرماس - لوموند الفرنسية /

ترجمة: نوفل الحاج لطيف، مجلة حكمة، ١١ إبريل ٢٠٢٠، اطلاق أكتوبر ٢٠٢٠ في
<https://bit.ly/3b57Kv8>

⁶⁸ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic, Annals of Intensive Care volume, vol 84, June 2020, p 2,

⁶⁹ Isaac Chotiner: The Medical Ethics of the Coronavirus crisis, March 11, 2020, accessed 8 May 2020, in <https://bit.ly/2M5yYJB>

⁷⁰ Gordin EA, Day A, Stankova L, Heitman E, Sadler J. Care in the time of coronavirus: Ethical considerations in head and neck oncology. Head Neck. 2020 Jul;42(7), p 1524

⁷¹ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic, Annals of Intensive Care volume, vol 84, June 2020, p 4

⁷² لجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات البيولوجيا ولجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات المعارف العلمية والتكنولوجية: بيان بشأن وباء كوفيد-١٩: الاعتبارات الأخلاقية من وجهة نظر عالمية، باريس، ٦-٤-٢٠٢٠، ص ٢، ٣

⁷³ René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic, Annals of Intensive Care volume, vol 84, June 2020, p 5

⁷⁴ Rachel Nall, MSN, CRNA: Health equity: Meaning, promotion, and training, on September 7, 2020, in <https://bit.ly/2N2ZOCJ>, access in October 10, 2020

⁷⁵ <https://bit.ly/3aiAS2P>

^{٧٦} رودولفو ساراتشي: علم الأوبئة، ترجمة أسامة فاروق حسن، مؤسسة هنداوي، القاهرة،

ط١، ٢٠١٥، ص ١٢٨

^{٧٧} لجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات البيولوجيا ولجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات

المعارف العلمية والتكنولوجية: بيان بشأن وباء كوفيد-١٩: الاعتبارات الأخلاقية من وجهة

نظر عالمية، باريس، ٦-٤-٢٠٢٠، ص ٢

⁷⁸ Coleman CH. Equitably Sharing the Benefits and Burdens of Research: Covid-19 Raises the Stakes. *Ethics Hum Res.* 2020 Sep;42(5):38-40. doi: 10.1002/eahr.500055. Epub 2020 May 14. PMID: 32410347; PMCID: PMC7272984, p. 1

^{٧٩} د بهاء درويش، و دوفاء عبد العال يكتبان عن أخلاقيات التعامل مع الوباء: مرجع

سابق

⁸⁰ Patricia M. Davidson and others: Moral outrage in COVID19— Understandable but not a strategy, *journal of clinical nursing*, volume 29, issue 19-20, October 2020, p 3601

⁸¹ John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID-19, *Gynecologic Oncology*, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1, Page 25

⁸² John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID-19, *Gynecologic Oncology*, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1, Page 25

⁸³ Toni Alimi and others, *ibid*, p 352

⁸⁴ John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID-19, *Gynecologic Oncology*, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1, Page 26

⁸⁵ Lawrence O. Gostin Eric A. Friedman: *ibid*, p 1

⁸⁶ Clement J. Bottino: Rethinking race in medical decision making, *bioethics*, volume 34, issue 5, p 447

⁸⁷ John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID19, *Gynecologic Oncology*, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1, Page, p 28

⁸⁸ Debjani Mukherjee: Experiencing Community in a Covid

Surge, The Hastinds Center Report, Vol 50, Issue 3, May/June 2020, p.10

⁸⁹ Lawrence O. Gostin Eric A. Friedman: Health Inequalities, Hastings Center Report, Volume 50, Issue 4, may 2020, p 2. John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID-19, Gynecologic Oncology, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1, Page 26

⁹⁰ Larry Dossey: Threats from the coronavirus, lessons from the plague, Explore (NY). Jul-Aug 2020;16(4): p205

⁹¹ Gerorgina Morley, and others: Covid-19: Ethical Challenges for Nurses, Hasting Center Report 50 (2020), p3

^{٩٢} أحمد جرادات، سهيل محمد طاهر الأحمد: دور الحجر الصحي في الحد من انتشار فايروس كورونا المستجد والشرعي الطبي المنظور في كوفيد ١٩، مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، جامعة فلسطين- عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي، مج ١٠، ع ٣، يونيو ٢٠٢٠، ص ٣٩

^{٩٣} اللوائح الصحية الدولية: منظمة الصحة العالمية، ط٣، ٢٠٠٥، ص ١٠
^{٩٤} الاعتبارات المتعلقة بالحجر الصحي لمخالطي حالات كوفيد ١٩- منظمة الصحة العالمية، ١٩ أغسطس ٢٠٢٠، إطلاع في ٢٠ سبتمبر ٢٠٢٠، في <https://bit.ly/3qEnQSW>

^{٩٥} ٤٦: ٥٩ سفر اللاويين: الإصحاح الثالث عشر

^{٩٦} صحيح البخاري حديث رقم ٧٠٧٥

^{٩٧} صحيح البخاري حديث رقم ٣٧٤٣

^{٩٨} إيمان بنت يوسف أبو الجدائل: التدابير الوقائية من الوباء في السنة النبوية، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية، ع ٣١، يونيو ٢٠٢٠، ص ١٥٩، ١٦٠

^{٩٩} عبد الكريم القلاي: الحجر الصحي في الشريعة الإسلامية، مجلة البيان، المنتدى الإسلامي، ع ٣٩٧، مايو ٢٠٢٠، ص ١٧

^{١٠٠} الحافظ أحمد بن علي بن حجر العسقلاني: بذل الماعون في فضل الطاعون،

تحقيق أحمد عصام، دار العاصمة، الرياض، د.ت، ص ٢٤٢، ٢٤٦

¹⁰¹ DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended, <https://bit.ly/3dukJJH>, Aug 17, 2020, access in October 5, 2020.

^{١٠٢} جوزيف بيرن: الحياة اليومية في زمن الموت الأسود، ترجمة عمر سعيد الأيوبي،

هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، ط١، ٢٠١٤، ص ٤٣٣

¹⁰³ Robin Wright: How Much of the World Will Be Quarantined by the Coronavirus?, in <https://bit.ly/3pCFC7K>, March 9, 2020, access 20 may 2020

¹⁰⁴ Toni Alimi and others, *ibid*, p 354

¹⁰⁵ Dr. Martin Kulldorff, Dr. Sunetra Gupta, Dr. Jay Bhattacharya: Great Barrington Declaration, in <https://gbdeclaration.org/>. October 2020, access in 4th November 2020

^{١٠٦} أحمد جرادات، سهيل محمد طاهر الأحمد: مرجع سابق، ص ٤٣، ٤٤

^{١٠٧} د. بهاء درويش: نحو لقاح كورونا مصري أو بمشاركة مصرية، أكتوبر ٢٠٢٠،

اطلاع في نوفمبر ٢٠٢٠ في <https://bit.ly/37NVfUb>

¹⁰⁸ Stanley A. Plotkin, Arthur Caplan: extraordinary Diseases require extraordinary solutions, *Vaccine*, vol 38, 2020, p 3987

^{١٠٩} د بهاء درويش، و د وفاء عبد العال يكتبان عن أخلاقيات التعامل مع الوباء:

مرجع سابق

^{١١٠} منظمة الصحة العالمية: منظمة الصحة العالمية تدرج لأول مرة لقاحاً مضاداً

لكوفيد-١٩ في القوائم بأسماء اللقاحات المستعملة في حالات الطوارئ وتشد على ضرورة

إتاحته بشكل منصف على الصعيد العالمي، ٣١ ديسمبر ٢٠٢٠، إطلاع ١ يناير ٢٠٢١،

في <https://bit.ly/2NIqPLG>

¹¹¹ Rocky Swift: SIDE EFFECTS IN YOUNG GIRLS TAKE GARDASIL OUT FROM JAPANESE MARKET, the Tokyo Times, access 20 november 2020, in <https://bit.ly/3dFt7WG>

* للرجوع للشروط الواجب توافرها في الموافقة المستنيرة في الأبحاث الطبية يمكن الرجوع

إلى بحثنا الموافقة المستنيرة دراسة في الأخلاق الطبية، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث

الإنسانية والاجتماعية والتربوية، جامعة القاهرة فرع الخرطوم، المجلد ٢٧، الجزء الأول، ربيع

٢٠٢٠، ص ٩٩: ١٠٥

¹¹² Cardozo, T. and Veazey, R. (2020), Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease. *Int J Clin Pract* e13795. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13795>, P2, 3

^{١١٣} د. بهاء درويش: نحو لقاح كورونا مصري أو بمشاركة مصرية، مرجع سابق

^{١١٤} لجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات البيولوجيا ولجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات المعارف العلمية والتكنولوجية: بيان بشأن وباء كوفيد-١٩: الاعتبارات الأخلاقية من وجهة نظر عالمية، باريس، ٦-٤-٢٠٢٠، ص ٤

¹¹⁵ Deborah R Barnbaum: Data Safety Monitoring during Covid-19: Keep On Keeping On, Ethics Human Research, vol 42, n 3, may-june 2020, p. 43,44

^{١١٦} د صلاح عثمان: فيروس كورونا: عندما تكون مكافحة المرض أسوأ من المرض ذاته، مجلة شجون عربية، مركز بيروت لدراسات الشرق الأوسط، ٦ يونيو ٢٠٢٠، تم الاسترداد بتاريخ ٣٠ يونيو ٢٠٢٠ من <https://bit.ly/3dy4wTV>

¹¹⁷ Govindasamy Agoramoorthy, Minna J. Hsu Pochuen Shieh: Queries on the COVID-19 quick publishing ethics, bioethics, volume 34, issue 6, July 2020, p 633

¹¹⁸ Andrew Silver & David Cyranoski: China is tightening its grip on coronavirus research, nature, vol 580, april 2020, p 439, 440

* مجلة طبية أسبوعية دولية مستقلة تأسست عام ١٨٢٣، وتتمتع بسمة علمية على أعلى مستوى وذات معامل تأثير ٥٨ وتحل المرتبة العلمية الثانية في فئة المواد الطبية والعامّة والداخلية

¹¹⁹ James Maasdorp: How did The Lancet's now-retracted study on hydroxychloroquine make it through peer review?, 5 june 2020, accessed 10 june 2020, from <https://ab.co/3pZjtkq>

^{١٢٠} د: صلاح عثمان: بروفيسور «مونتاناري»: الجنون الرأسمالي، والكذبة الكبرى التي ابتلعناها جميعاً!، إبريل ٢٠٢٠، اطلاق يونيو ٢٠٢٠ في <https://bit.ly/3dvXsqT>

^{١٢١} د حسين على: كورونا ومستقبل البحث العلمي، ٨ إبريل ٢٠٢٠، (منشور على الفيس بوك)، تم الاسترداد بتاريخ ٩ مايو ٢٠٢٠ من <https://bit.ly/3kaYA4j>

^{١٢٢} أيمن عبد التواب: عصير البرسيم لعلاج فيروس كورونا، ٢ مايو ٢٠٢٠، الاسترداد في ٢٠ مايو ٢٠٢٠، الاسترداد من <https://bit.ly/37PjW2c>

^{١٢٣} لجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات البيولوجيا ولجنة اليونسكو الدولية لأخلاقيات المعارف العلمية والتكنولوجية: بيان بشأن وباء كوفيد-١٩: الاعتبارات الأخلاقية من وجهة نظر عالمية، مرجع سابق، ص ٤، ٥

¹²⁴ Robin Wright: Finding Connection and Resilience During the

Coronavirus Pandemic, march 12, 2020, access march 30, 2020 in <https://bit.ly/2NP5dNB>

^{١٢٥} على الحاج حسن: التحولات القيمية في ظل وباء كورونا: رصد تحليل نقدي لراهن العالم ومستقبله المنظور، مجلة الاستغراب، المركز الإسلامي للدراسات الاستراتيجية- مكتب بيروت، صيف ٢٠٢٠، ص ٤٤

^{١٢٦} لونا أبو سويرح: العرب وكورونا: إدارة أزمة أم أزمة إدارة؟، مجلة المستقبل العدد ٤٩٦، ص ٩

^{١٢٧} د بهاء درويش في ٢٨ مايو ٢٠٢٠، إطلاع في ٣٠ مايو ٢٠٢٠، الاسترداد من <https://bit.ly/3bwDAkV>

المراجع

١. القرآن الكريم
٢. الكتاب المقدس
٣. إبراهيم أنيس، عبد الحليم منتصر، عطية الصوالحي، محمد خلف الله أحمد: المعجم الوسيط: مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية، ط٤، ٢٠٠٤
٤. أبي بكر محمد بن زكريا الرازي: المنصوري في الطب، شرح وتحقيق وتعليق حازم البكري الصديقي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الكويت، ط١، ١٩٨٧
٥. أبي عبد الله محمد بن عبد الله بن الخطيب: مقنعة السائل عن المرض الهائل، منشورات دار الأمان، الرباط، ٢٠١٥
٦. احمد بن محمد بن علي الفيومي المقرئ: المصباح المنير، تحقيق عبد العظيم الشناوي، دار المعارف، القاهرة، ٢/ ٦٣٦
٧. أحمد جرادات، سهيل محمد طاهر الأحمد: دور الحجر الصحي في الحد من انتشار فايروس كورونا المستجد والشرعي الطبي المنظور في كوفيد ١٩، مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، جامعة فلسطين - عمادة الدراسات العليا والبحث العلمي، مج ١٠، ع ٣، يونيو ٢٠٢٠
٨. آلان تورين: فيروس كورونا جعلنا نعيش اللامعنى في بيوتنا.. وستكون هناك كوارث أخرى. في ٦ إبريل ٢٠٢٠، الاطلاع ١٢ إبريل ٢٠٢٠ في <https://bit.ly/3uh0ipF>
٩. ألفرد زيمرن: الحياة العامة اليونانية (السياسة والاقتصاد في أثينا في القرن الخامس)، ترجمة عبد المحسن الخشاب، المركز القومي للترجمة، العدد ١٠٣٠ / ٢، ٢٠٠٩.

١٠. الحافظ أحمد بن علي بن حجر العسقلاني: بذل الماعون في فضل الطاعون، تحقيق أحمد عصام، دار العاصمة، الرياض، د.ت
١١. إيمان بنت يوسف أبو الجدائل: التدابير الوقائية من الوباء في السنة النبوية، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأندلس للعلوم والتقنية، ع ٣١، يونيو ٢٠٢٠
١٢. أيمن عبد التواب: عصير البرسيم لعلاج فيروس كورونا، ٢ مايو ٢٠٢٠، الاسترداد في ٢٠ مايو ٢٠٢٠، <https://bit.ly/37PjW2c>
١٣. د بهاء درويش، و دوفاء عبد العال يكتبان عن أخلاقيات التعامل مع الوباء. مايو ٢٠٢٠، اطلاع مايو ٢٠٢٠، في <https://bit.ly/3tPXv6J>
١٤. د بهاء درويش في ٢٨ مايو ٢٠٢٠ (منشور على الفيس بوك)، اطلاع في ٣٠ مايو ٢٠٢٠، الاسترداد من <https://bit.ly/3pAlOf6>
١٥. د. بهاء درويش: نحو لقاح كورونا مصري أو بمشاركة مصرية، أكتوبر ٢٠٢٠، اطلاع في نوفمبر ٢٠٢٠، الاسترداد من <https://bit.ly/37NVfUb>
١٦. جوزيف بيرن: الحياة اليومية في زمن الموت الأسود، ترجمة عمر سعيد الأيوبي، هيئة أبو ظبي للسياحة والثقافة، ط ١، ٢٠١٤
١٧. حاجة وافي: الإرهاب البيولوجي وتداعياته على النظام الدولي: أزمة جائحة فيروس كورونا المستجد نموذجًا، مجلة الندوة للدراسات القانونية، ع ٣٢، إبريل ٢٠٢٠
١٨. حسين الشيخ: اليونان، دراسات في تاريخ الحضارات القديمة ١، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢
١٩. د حسين على: كورونا ومستقبل البحث العلمي، ٨ إبريل ٢٠٢٠، (منشور على الفيس بوك)، تم الاسترداد بتاريخ ٩ مايو ٢٠٢٠ من <https://bit.ly/3kaYA4j>

٢٠. د صلاح عثمان: ٢٤ مارس ٢٠٢٠: رقم التكاثر: لماذا أصبح العزل الاجتماعي ضروريًا (منشور على الفيس بوك)، تم الاسترداد بتاريخ ٢٠ مايو ٢٠٢٠، من <https://bit.ly/3sjnB0j>
٢١. د صلاح عثمان: فيروس كورونا: نظرية المؤامرة، مركز المجدد للبحوث والدراسات، إسطنبول، تركيا، ٤ إبريل ٢٠٢٠، الإطلاع ٨ إبريل ٢٠٢٠، في <https://bit.ly/2MaBE8S>
٢٢. د صلاح عثمان: بروفييسور «مونتاناري»: الجنون الرأسمالي، والكذبة الكبرى التي ابتلعناها جميعًا!، إبريل ٢٠٢٠، اطلاع يونيو ٢٠٢٠ في <https://bit.ly/3dvXsqT>
٢٣. د صلاح عثمان: أخلاقيات كورونا، مركز المجدد للبحوث والداراسات، إسطنبول، تركيا، ١٣ إبريل ٢٠٢٠، تم الاسترداد بتاريخ ٢٠ إبريل ٢٠٢٠، من <https://bit.ly/3sfUhHM>
٢٤. د صلاح عثمان: فيروس كورونا: عندما تكون مكافحة المرض أسوأ من المرض ذاته، مجلة شجون عربية، مركز بيروت لدراسات الشرق الأوسط، ٦ يونيو ٢٠٢٠، تم الاسترداد بتاريخ ٣٠ يونيو ٢٠٢٠ من <https://bit.ly/3dy4wTV>
٢٥. رودولفو سارانثشي: علم الأوبئة، ترجمة أسامة فاروق حسن، مؤسسة هنداوي، القاهرة، ط١، ٢٠١٥
٢٦. عبد الإله بلقزيز: ملامح لعالم ما بعد كورونا، مجلة المستقبل العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، ع ٥٠١، نوفمبر ٢٠٢٠
٢٧. عبد الكريم القلاي: الحجر الصحي في الشريعة الإسلامية، مجلة البيان، المنتدى الإسلامي، ع ٣٩٧، مايو ٢٠٢٠

٢٨. على الحاج حسن: التحولات القيمية في ظل وباء كورونا: رصد تحليل نقدي لراهن العالم ومستقبله المنظور، مجلة الاستغراب، المركز الإسلامي للدراسات الاستراتيجية- مكتب بيروت، صيف ٢٠٢٠
٢٩. لونا أبو سويرح: العرب وكورونا: إدارة أزمة أم أزمة إدارة؟، مجلة المستقبل العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، العدد ٤٩٦، يونيو ٢٠٢٠
٣٠. محمد بن مكرم بن علي، أبو الفضل، جمال الدين بن منطور: لسان العرب، دار صادر، بيروت، ١ / ١٨٩
٣١. ناصر محيي الدين ملوحي: فيروس كورونا طاعون العصر، دار الغسق للنش، سورية، ٢٠٢٠
٣٢. يورغن هابرماس: حوار مع الفيلسوف الألماني هابرماس - لوموند الفرنسية، ترجمة: نوفل الحاج لطيف، مجلة حكمة، ١١ إبريل ٢٠٢٠، اطلاع أكتوبر ٢٠٢٠ في <https://bit.ly/2MUHCLH>

المراجع الانجليزية

1. Andrew Silver & David Cyranoski: China is tightening its grip on coronavirus research, nature, vol 580, april 2020
2. Annette Dufner: Withdrawal of intensive care during times of severe scarcity: Triage during a pandemic only upon arrival or with the inclusion of patients who are already under treatment?, bioethics, early view, December 2020
3. Anusha Balasubramanian MRCS, MMED and other: Impact of COVID-19 on the mental health of surgeons and coping strategies, Head & Neck Volume 42, Issue 7, may 2020
4. Boqi Xiang and others: The impact of novel coronavirus SARS-CoV-2 among healthcare workers in hospitals: An aerial overview, American Journal of Infection Control, 2020-08-01, Volume 48, Issue 8

5. Cardozo, T. and Veazey, R. (2020), Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease. *Int J Clin Pract* e13795. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13795>, P2, 3
6. Christos Georgiades: Leadership Lessons From Prior Pandemics: Turning the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Into an Opportunity, *journal of the american college of radiology*, may 2020
7. Claire Press: Coronavirus: The NHS workers wearing bin bags as protection, <https://bbc.in/3aS23AB>, in 5 April 2020, access in 6 June 2020
8. Clement J. Bottino: Rethinking race in medical decision making, *bioethics*, volume 34, issue 5
9. Coleman CH. Equitably Sharing the Benefits and Burdens of Research: Covid-19 Raises the Stakes. *Ethics Hum Res.* 2020 Sep;42(5):38-40. doi: 10.1002/eahr.500055. Epub 2020 May 14. PMID: 32410347; PMCID: PMC7272984
10. DAVE ROOS: How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended, , AUG 17, 2020, access in Jun 5, 2020, in <https://bit.ly/3sds9VL>
11. Debjani Mukherjee: Experiencing Community in a Covid Surge, *The Hastings Center Report*, Vol 50, Issue 3, May/June 2020
12. Deborah R Barnbaum: Data Safety Monitoring during Covid-19: Keep On Keeping On, *Ethics Human Research*, vol 42, n 3, may-june 2020
13. de Castro-Hamoy, L., & de Castro, L. D. (2020): Age Matters but it should not be Used to Discriminate Against the Elderly in Allocating Scarce Resources in the Context of COVID-19. *Asian bioethics review*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00130-6>
14. Gerorgina Morley, and others: Covid-19: Ethical Challenges for Nurses, *Hasting Center Report* 50 (2020)
15. GLENN MCDONALD: 5 Advances That Followed Pandemics, JUL 15, 2020, in, access in jan 3 2020, in <https://bit.ly/2ZAmEEI>

16. Gordin EA, Day A, Stankova L, Heitman E, Sadler J. Care in the time of coronavirus: Ethical considerations in head and neck oncology. *Head Neck*. 2020 Jul;42(7)
17. Govindasamy Agoramoorthy, Minna J. Hsu Pochuen Shieh: Queries on the COVID-19 quick publishing ethics, bioethics, volume 34, issue 6, July 2020
18. Isaac Chotiner: The Medical Ethics of the Coronavirus crisis, march 11,2020, acsees 8 may 2020, in <https://bit.ly/2M5yYJB>
19. Julian Savulescu and others: Utilitarianism and the pandemic, *Bioethics* Volume 34, Issue 6, july 2020
20. James Maasdorp: How did The Lancet's now-retracted study on hydroxychloroquine make it through peer review?, 5 june 2020, accessed 10 june 2020, from <https://ab.co/3pZjtkq>
21. John H. Farley and others: Promoting health equity in the era of COVID-19, *Gynecologic Oncology*, 2020-07-01, Volume 158, Issue 1
22. Larry Dossey: Threats from the coronavirus, lessons from the plague, *Explore (NY)*. Jul-Aug 2020;16(4)
23. Leniza de Castro-Hamoy& Leonardo D. de Castro: Age Matters but it should not be Used to Discriminate Against the Elderly in Allocating Scarce Resources in the Context of COVID-19, *Asian Bioethics Review (2020)*, 2020 Jun 16, doi: 10.1007/s41649-020-00130-6, access 20 july 2020
24. Dr. Martin Kulldorff, Dr. Sunetra Gupta, Dr. Jay Bhattacharya: Great Barrington Declaration, in <https://gbdeclaration.org/>. October 2020, access in 4th November 2020
25. Mike Osterholm and others: COVID-19: The CIDRAP Viewpoint, Part 1: The Future of the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from Pandemic Influenza, CIDRAP, University of Minnesota, April 2020
26. Missy Sullivan, Matt Mullen: Black Death, July 6, 2020, access in July 20, 2020, in <https://bit.ly/3bmxeww>
27. Missy Sullivan, Matt Mullen: Pandemics That Changed History, Last Updated December 21, 2020, Access December 23, 2020, in <https://bit.ly/3aDVJOj>

28. Patricia M. Davidson and others: Moral outrage in COVID19— Understandable but not a strategy, journal of clinical nursing, volume 29, issue 19-20, October 2020
29. Rachel Nall, MSN, CRNA: Health equity: Meaning, promotion, and training, on September 7, 2020, in <https://bit.ly/2N2ZOCJ>, access in October 10, 2020
30. Quentin Fottrell: Nurses are wearing garbage bags as they battle coronavirus: It's like something out of the Twilight Zone, <https://on.mktw.net/3a8SBJU>, 13 April 2020, access in 20 may 2020
31. René Robert, Nancy Kentish-Barnes, Alexandre Boyer, Alexandra Laurent, Elie Azoulay & Jean Reignier: Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic, Annals of Intensive Care volume, vol 84, june 2020
32. Rocky Swift: SIDE EFFECTS IN YOUNG GIRLS TAKE GARDASIL OUT FROM JAPANESE MARKET, the Tokyo Times, access 20 november 2020, in <https://bit.ly/3dFt7WG>
33. Robin Wright: How Much of the World Will Be Quarantined by the Coronavirus?, in <https://bit.ly/3pCFC7K>, March 9, 2020, access 20 may 2020
34. Robin Wright: Finding Connection and Resilience During the Coronavirus Pandemic, march 12, 2020, access march 30, 2020 in <https://bit.ly/2NP5dNB>
35. Toni Alimi, Elizabeth L. Antus Alda Balthrop-Lewis James F. Childress Shannon Dunn Ronald M. Green Eric Gregory Jennifer A. Herdt Willis Jenkins M. Cathleen Kaveny Vincent W. Lloyd Ping-cheung Lo Jonathan Malesic David Newheiser Irene Oh Aaron Stalnaker: COVID-19 and Religious Ethics, Journal of Religious Ethics, vol 48, issue 3, September 2020
36. Tsuriel Rashil: Committing to endangerment: medical teams in the age of corona in Jewish ethics, Medicine, Health Care and Philosophy, Published: 19 October 2020 , <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09983-y>, access in 20 dwcwember 2020

37. Shabir A Dhar, Zaid A Wani: My fear, my morals: a surgeon's perspective of the COVID crisis, Philosophy, ethics, and humanities in medicine, Published online 2020 Oct 14. doi: 10.1186/s13010-020-00094-3, p2,3, access in November 2020
38. Stanley A. Plotkin, Arthur Caplan: extraordinary Diseases require extraordinary solutions, Vaccine, vol 38, 2020
39. Subha Perni, MD; Michael G. Milligan, MD, MBA; Anurag Saraf, Todd Vivencio, RTT; Amy Marques ; Meghan A. Baker; Tara Kosak, MEd; Sarah Bartlett; Michelle A. Phisic; Monica R. Batchelder; Sean McBride; Jeremy Bredfeldt; Daniel W. Cail; Meghan C. Kearney; Colleen Whitehouse; Peter Orio, DO; Gerard Walsh; Daphne A. Haas-Kogan; and Neil E. Martin: Treating the SARS-CoV-2-Positive Patient With Cancer: A Proposal for a Pragmatic and Transparent Ethical Process, Cancer, month 0, 2020
40. Udo Schuklenk: COVID19: Why justice and transparency in hospital triage policies are paramount, Bioethics, Volume 34, Issue 4, may 2020

Abstract

The Corona pandemic or Covid 19 revealed many problems in various fields, including philosophy, as it reexpiated the disasters that humankind experienced, including epidemics, which raise reflections on the contradictions that appear in human behavior between selfishness and altruism, Selfishness and altruism, The study deals with the Corona pandemic by defining the epidemic and the history of epidemics, how humanity has faced previous epidemics, and the place of the Corona epidemic among historical epidemics, then we address the most important problems that faced health workers, and the extent to which health workers can be obligated to confront the epidemic, especially if there is a weakness in the capabilities. And the ethical problems faced by health care workers. We also deal with the selection criteria in providing health care during the time of Corona, after the community, in light of the lack of therapeutic capabilities, was forced to provide medical care for all, and the most important criteria that were presented in this context, such as providing treatment service to the first come, or providing it to health teams first, while Some preferred to present it on the basis of age, and the followers of the utilitarian doctrine were sided with the extent of the benefit that accrues to society and individuals to determine who is entitled to health care. The pandemic also raised the problem of health equity, and everyone's right to obtain health care on an equal footing without discrimination based on race, religion, gender, age, etc. It raised the ethics of quarantine and the imperative to adhere to it. In conclusion, we address the effects of Corona on medical research in light of the pandemic, and we conclude our research by presenting our findings and recommendations for all stakeholders.

Key words: Corona pandemic, health care, medical personnel, health justice, quarantine, medical research