

پنجمین نشست گفتمان سیاستی

چارچوب ارزشیابی اخلاقی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

۱۳۹۶/۰۷/۲۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمه

خانم دکتر عبدی

خیرمقدم عرض می‌کنم خدمت میهمانان و مدعوین گرامی که در نشست هم‌اندیشی موسسه ملی تحقیقات سلامت حاضر شده‌اند. این اولین نشست از سری نشست‌های شش‌ماهه دوم موسسه ملی سلامت است. بحث‌هایی که به‌طور عمده در این جلسات انجام می‌شود بحث‌های گفتمان سیاستی راجع به یک سیاست خاص و چالش‌ها و نقاط قوت و ضعف ما است. اگر در جلسات قبلی ما حضور داشتید در جریان هستید که پنج جلسه از نشست‌های گفتمان ما تشکیل شده است و ما سعی کرده‌ایم که در این جلسات جوانب مختلف را از دیدگاه‌های مختلفی بررسی کنیم، این جلسات آموزنده و ارزشمند بود و مطالبی که در این جلسات به‌عنوان کامنت‌ها و فیدبک‌های شرکت‌کنندگان مطرح می‌شد توانست بر غنای کارهای موسسه اضافه کند. این جلسات ضبط می‌شود اما نظرات شرکت‌کنندگان بدون ذکر نام قید می‌شود پس از همه خواهش می‌کنم اگر نظر یا هر مطلبی که به نظر آن‌ها می‌تواند بر غنای جلسه اضافه کند دارند را بعد از ارائه خانم دکتر اکرمی ذکر کنند. امروز زحمت ارائه مطلب را خانم دکتر اکرمی می‌کشند، بحثی که امروز ارائه می‌کنند پایان‌نامه ایشان بوده است که بحث چارچوب ارزشیابی اخلاقی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی است که به پیشنهاد آقای دکتر مجد زاده مطرح شده است. آقای دکتر مجد زاده که همیشه ما را در این نشست‌ها همراهی می‌کردند امروز به علت تداخل در برنامه‌هایشان در جلسه حضور ندارند اما به‌عنوان استاد پایان‌نامه در این بحث حضور داشته‌اند. از توجه و تشریف‌فرمایی شما ممنونم.

خانم دکتر اکرمی

سلام عرض می‌کنم خدمت اساتید محترم و از آقای دکتر ریاضی و خانم دکتر عبدی تشکر می‌کنم. این پایان‌نامه در حقیقت پایان‌نامه دکترای پژوهشی اخلاق زیستی است و آقای دکتر مجد زاده مشاور من بوده‌اند و زحمت زیادی برای ثمره دادن این پایان‌نامه متقبل شده‌اند. من از شما خواهش می‌کنم نظرات خود را ارائه کنید تا باعث بهبود کار ما شود.

بیان مسئله

با افزایش مسائل مرتبط با سلامت، عوامل خطر و تهدیدات بیماری‌های نوپدید، واگیر و غیر واگیر، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی آگاهانه مستلزم یک فرایند تصمیم‌گیری منصفانه و رسیدگی به تعارضات اخلاقی در عملکرد سلامت عمومی است. اخلاق سلامت عمومی یک حوزه نسبتاً جدید از اخلاق زیستی است و یک رویکرد مبتنی بر شواهد علمی و ملاحظات اخلاقی به متخصصین سلامت عمومی حوزه کمک می‌کند که موضوعات چندگانه اخلاقی را در برنامه‌ریزی سلامت تشخیص داده و به آن پاسخ دهند. استفاده از یک چارچوب اخلاق سلامت عمومی خطر غفلت از ملاحظات اخلاقی مرتبط را کاهش داده و امکان یک ارزشیابی اخلاقی صریح و اطمینان از رعایت هنجارهای اخلاقی مرتبط در راستای حفظ و ارتقای سلامت و کاهش نابرابری در پیامدهای سلامت را به‌عنوان اهداف اصلی سلامت عمومی فراهم می‌نماید.

هدف کلی

تعیین معیارهای اخلاقی در سیاست‌گذاری سلامت ایران، طراحی چارچوب عملی و ارزیابی کارایی آن

اهداف اختصاصی

۱. تدوین فهرست هنجارهای اخلاقی در سیاست و عملکرد سلامت کشور
۲. طراحی چارچوب ارزشیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت عمومی
۳. تعیین کارایی چارچوب ارزشیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت عمومی

هدف کاربردی

ارائه چارچوب عملی برای استفاده سیاست‌گذاران و متخصصین سلامت عمومی در طراحی و ارزشیابی طرح‌های سیاستی و برنامه‌های سلامت عمومی

تعریف عملیاتی

معیارهای اخلاقی

عبارت از استانداردهایی است که برای قضاوت درباره درست یا نادرست بودن اخلاقی اعمال مورد استفاده قرار می‌گیرد.

منظور از معیارهای اخلاقی در این مطالعه، مطابق با تعریف نظری آن، عبارت از هنجارهای اخلاقی (بایدها و نبایدها) شامل اصول و قواعد اخلاقی و مشتقات آن‌ها در حوزه سیاست و عملکرد سلامت عمومی است.

سیاست‌گذاری سلامت

سیاست سلامت عبارت از تصمیماتی است که بر عملکرد مجموعه‌ای از سازمان‌ها و نهادهای عمومی و خصوصی سلامت تأثیر می‌گذارد و هدف غایی آن بهبود پیامدهای بیماری و مرگ در جمعیت عمومی است. تمامی برنامه‌ها و مداخلاتی که هدف بهبود سلامت جمعیت‌ها را دنبال می‌کنند، در قلمرو سلامت عمومی قرار می‌گیرند. در این مطالعه هنجارهای اخلاقی در حوزه سیاست و عملکرد سلامت عمومی کشور مطابق با تعریف نظری آن مدنظر است.

چارچوب عملی

چارچوب عبارت از مجموعه‌ای از باورها و یا قواعدی است که از آن چیزی توسعه یافته یا بر اساس آن تصمیم‌گیری می‌شود. منظور از چارچوب عملی در این مطالعه، ساختاری متشکل از گام‌ها و سؤالاتی است که برای ارزشیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت عمومی طراحی می‌گردد.

کارایی

کارایی عبارت است از کیفیت انجام کارها به صورت مؤثر و بدون اتلاف پول، وقت و انرژی. منظور از کارایی چارچوب پیشنهادی در این مطالعه، قابلیت آن برای ارزشیابی مؤثر برنامه‌های سلامت بدون اتلاف وقت و انرژی است که از طریق آزمون آن بر روی برنامه چهارم راهبردی پیشگیری و کنترل ایدز ارزیابی می‌گردد. برای این کار، فراوانی نقدهای اخلاقی مثبت و منفی حاصل از تحلیل کیفی برنامه چهارم راهبردی ایدز، قبل و پس از کاربرد چارچوب مورد مقایسه آماری قرار می‌گیرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه با رویکرد چند روشی است (Methods-Multi) که به ترکیبی از روش‌ها که حاصل آن داده‌هایی از یک نوع است، اطلاق می‌گردد. این رویکرد سبب یکپارچگی یافته‌ها و جلوگیری از تعارض در نتایج تحقیق و در نتیجه افزایش اعتبار تحقیق می‌گردد. در مطالعه حاضر، داده‌های حاصل از بخش‌های مختلف مطالعه عمدتاً از نوع کیفی است.

مراحل پژوهش

مرحله اول

در این مرحله به منظور پاسخ به سؤال اول پژوهش:

۱. حوزه‌های عملکرد سلامت عمومی و عملکرد بالینی و کاربرد اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی در بافتار سلامت عمومی به روش کتابخانه‌ای مورد مطالعه قرار گرفت.
۲. همخوانی اصول اخلاق سلامت عمومی با اصول و ارزش‌های اسلامی مورد مطالعه قرار گرفت.

مرحله دوم

به منظور ورود هنجارهای اخلاقی به حوزه سیاست‌گذاری سلامت کشور، با استفاده از روش کیفی تحلیل سند (Document analysis)، سیاست‌های کلی سلامت کشور به شیوه تحلیل محتوی استقرایی، تحلیل گردیده و بر اساس آن، مبانی سیاسی- اخلاقی نظام سلامت کشور و هنجارهای اخلاقی، تبیین شد.

به منظور افزایش دقت مطالعه، این سند چندین بار به دقت مرور و طبقات و زیرمجموعه‌های استخراج شده (هنجارهای اخلاقی) توسط دو نفر از صاحب نظران بازبینی شد.

مرحله سوم

۱. جستجوی نظام‌مند (سامانمند) متون شامل مقالات اصیل و مروری، کتب، گزارش‌های نهادهای رسمی و پایان‌نامه‌ها برای تعیین هنجارهای اخلاقی در سیاست و عملکرد سلامت عمومی انجام شد. جستجو به زبان انگلیسی، بدون محدودیت زمانی (تا ۲۰ جولای ۲۰۱۷ معادل با اول مردادماه ۱۳۹۶)، با استفاده از کلیدواژه‌های زیر در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Science (ISI) & PubMed انجام شد.

جستجوی منابع فارسی

شامل مقالات، کتب و پایان‌نامه‌ها از طریق جستجوی کلیدواژه‌های فارسی در پایگاه‌های Noormags, SID, IRANDOC, MAGIRAN و جستجو در کتابخانه‌های الکترونیک دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. همچنین، منابع مورد استناد در مقالات دریافت شده، جهت تکمیل پوشش چارچوب‌های اخلاق سلامت عمومی به شیوه گلوله برفی ردیابی شدند. برای تکمیل پوشش جستجو از موتور جستجوی Scholar. Google استفاده شد.

معیارهای گزینش متون به شرح زیر بود:

۱. یک سیاست، برنامه یا مداخله سلامت عمومی را مورد هدف قرار داده و ب- مجموعه‌ای از هنجارهای اخلاقی یا یک چارچوب نظری و یا عملی برای تحلیل اخلاقی یک سیاست، برنامه، یا مداخله سلامت عمومی را ارائه نموده بودند.

معیارهای خروج از مطالعه:

متن مقاله به زبان خارجی غیر انگلیسی

مقالات کامنتاری، نامه به سردبیر و ویراستار

ملاحظات اخلاقی در پژوهش یا کارآزمایی‌های بالینی

۲. تدوین پیش‌نویس فهرست هنجاری برای سیاست و عملکرد سلامت عمومی

بر اساس نتایج حاصل از مرور ۵۵ چارچوب اخلاق سلامت عمومی نظری و عملی و نیز مبانی و هنجارهای به‌دست‌آمده از سند سیاست‌های کلی سلامت کشور با استفاده از یک رویکرد منسجم توجیه (Coherentist model) که توسط جان رالز به‌عنوان موازنه فکورانه (reflective equilibrium) معرفی شده است. بنیان هنجاری سیاست و عملکرد سلامت عمومی تدوین شد.

روش موازنه فکورانه

مجموعه هنجارهای بررسی‌شده، در دو مرحله از مجموعه مفروضات و یا شهود اخلاقی اولیه ما به دست می‌آیند. نخست، مسایلی که محقق به آن‌ها اعتماد نداشته و یا در نبود اطلاعات کافی حاصل آمده‌اند، کنار گذاشته می‌شوند و در مرحله بعد، هنجارهای بررسی‌شده بار دیگر در ارتباط با مجموعه اصول اخلاقی تعدیل می‌شوند.

از نظر وی اصول اخلاقی باید کلی (غیرمشروط)، جهان‌شمول (قابل کاربرد برای همه)، عمومی (مورد توافق همگان)، سامانمند و نهایی باشند.

مرحله چهارم

طراحی چارچوب ارزیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت (هدف شماره دو)

۱. ابتدا پیش‌نویس فهرست هنجارهای اخلاقی تدوین شده، در دو جلسه تعاملی با حضور شش نفر از صاحب‌نظران اخلاق زیست پزشکی و سلامت عمومی مورد بحث قرار گرفته و نهایی شد.

۲. برای اجماع درباره سازه‌هایی که می‌بایست در ساختار چارچوب به کار برده شود، از روش دلفی (دو دور) بهره گرفته شد.

در دور اول، فهرست هنجارهای اخلاقی کلی در سیاست و عملکرد سلامت عمومی (به انگلیسی و فارسی) با مقیاس لیکرت پنج امتیازی، برای بیست نفر از متخصص اخلاق زیست پزشکی و سلامت عمومی ایمیل و چهارده پاسخ دریافت شد. پس از لحاظ نمودن نظرات، ادغام برخی از آن‌ها و محاسبه میانه با استفاده از جدول توزیع فراوانی، در دور دوم، میانه دور اول برای مشاهده چهارده نفری که در دور اول مشارکت کرده بودند، ایمیل گردیده و اجماع تخمینی ۱۰۰ درصد حاصل گردید. سرانجام چارچوب عملی بر اساس سازه‌های مورد اجماع، در سه بخش شامل بنیان هنجارهای اخلاقی در سیاست و عملکرد سلامت عمومی، پنج گام ارزشیابی و یک گام ارزشیابی رویه‌ای طراحی گردید.

تعیین کارایی چارچوب ارزیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت (هدف شماره سه)

برای تعیین کارایی چارچوب، برنامه چهارم راهبردی ایدز، به دلیل جامعیت آن مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا اجماع درباره سؤالات چارچوب و تعداد نقدهایی که به صورت

نقاط قوت یا ضعف بایستی در هر گام ارزیابی مورد اشاره قرار گیرد، به‌عنوان حداقل استاندارد مرجع با هم‌اندیشی چهار نفر از متخصصین اخلاق و سیاست‌گذاری سلامت دارای تجربه تدوین برنامه‌های سلامت، انجام شد. پس از کسب مجوز رسمی و هماهنگی قبلی درباره موضوع بحث، هدف و زمان جلسه، جلسه با شرکت شش نفر از کارشناسان وزارتی (۳ نفر) و دانشگاهی برنامه‌پیشگیری و کنترل ایدز (سه نفر) شامل کارشناسان مسئول برنامه کنترل ایدز دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران) که به‌صورت هدفمند توسط رئیس اداره کنترل ایدز معرفی شدند، برگزار شد.

جلسه قبل از به‌کارگیری چارچوب

پس از بیان اهداف جلسه و کسب رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان در بحث، از آنان خواسته شد تا ملاحظات اخلاقی مرتبط با برنامه چهارم راهبردی ایدز را به دو صورت نقاط قوت و ضعف تعیین و درج نمایند.

سپس، از آنان خواسته شد تا وضوح و سادگی سؤالات چارچوب طراحی شده را که برای آنان ایمیل خواهد شد، امتیازدهی نمایند. پس از جمع‌آوری پاسخ‌ها، چارچوب در یک جلسه با حضور دو نفر از کارشناسان بازخوانی و اصلاح گردید. با توجه به پیش‌بینی نیاز به حضور یک نفر کارشناس آموزش دیده اخلاق سلامت عمومی در جلسات ارزیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت، پیش از برگزاری جلسه پس‌آزمون، قائم‌مقام کارشناس مسئول برنامه راهبردی ایدز، به مدت چهار ساعت آموزش اخلاق سلامت عمومی را دریافت نمود. سپس، برنامه راهبردی ایدز توسط همان شش نفر با استفاده از چارچوب پیشنهادی، بحث و به روش زیر ارزیابی گردید.

- ✓ سازمان‌دهی گروه ارزشیابی برنامه متشکل از: کارشناسان خبره برنامه، یک نفر کارشناس خبره و آموزش‌دیده اخلاق سلامت عمومی و کارشناسان خبره از سایر نهادهای مرتبط
- ✓ مصداق بخشی و موازنه فهرست هنجارهای اخلاقی ارائه‌شده، در برنامه موردنظر به تفکیک هر گام
- ✓ بیان نقاط قوت و ضعف برنامه، (با استفاده از علائم + قوت - ضعف ○ توصیه)

- ✓ اطمینان از فرایند تصمیم‌گیری منصفانه، پاسخگویی و اعتمادسازی از طریق ارزشیابی رویه‌ای (گام ششم)
- ✓ ارزشیابی کلی برنامه از طریق ادغام نتایج حاصل از ارزشیابی هر یک از گام‌ها

یافته‌های مرتبط با هدف شماره یک

تدوین هنجارهای اخلاقی در سیاست و عملکرد سلامت عمومی

مطالعه اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی در بافتار سلامت عمومی

اگرچه در هر دو حوزه عملکرد بالینی و سلامت عمومی، هدف غایی خیررسانی است، اما به دلیل رویکرد بیمار محوری در عملکرد بالینی، فعالیت‌ها عمدتاً بر روی درمان یا بازتوانی متمرکز بوده، ارتباط بین پزشک-بیمار و اصل اخلاقی احترام به خود آیینی و رعایت قواعد آن نظیر رضایت آگاهانه، حریم خصوصی و رازداری بیشتر موردتوجه قرار می‌گیرد. اهداف اصلی سلامت عمومی عبارت از حفظ و ارتقای سلامت جمعیت و کاهش نابرابری‌های سلامت است. این اهداف با هنجارهای اخلاقی به‌ویژه خیررسانی، پیشگیری و حذف ضرر و عدالت مرتبط هستند. به همین دلیل اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی در بافتار سلامت عمومی به‌صورت اصول منفعت (پیشگیری از آسیب برای ارتقای سلامت)، عدالت و نقض حداقلی خود آیینی تعریف شده‌اند. در بحث خیررسانی، توزیع منصفانه منافع و بارهای برنامه و دسترسی عادلانه، نیازمند توجه به آسیب‌پذیری افراد برای ابتلا به آسیب و بیماری است؛ بنابراین، نگرانی‌هایی عدالت از یک‌سو سبب توزیع منصفانه سود و زیان و از سوی دیگر سبب موازنه عملکرد سلامت عمومی با سایر نگرانی‌ها مانند احترام به آزادی و خود آیینی فردی، حریم خصوصی و

محرمانگی برای تولید منفعت سلامتی می‌گردد. اصل عدالت علاوه بر عدالت توزیعی، شامل عدالت رویه‌ای است. در تصمیمات سلامت عمومی که امکان رضایت فردی فراهم نیست، یک فرایند تصمیم‌گیری مشروع مستلزم رویه‌های منصفانه از طریق مشارکت ذینفعان و سایر گروه‌ها و شرکای تحت تأثیر در فرایند تصمیم‌گیری و اجرا است. عدالت اجتماعی علاوه بر عدالت توزیعی و برقراری تعادل بهینه بین منافع عمومی و منافع فردی، مستلزم توانمندسازی و مشارکت جامعه از طریق تقویت توانایی تصمیم‌گیری و خود آیینی افراد برای داشتن انتخاب‌های سالم است.



این عکس که برای تنوع گذاشته شده است، یک بسته سیگار خارجی است که جنبه‌های اخلاقی و حقوقی سلامت را نشان می‌دهد. منظور این است که صرفاً آزاد گذاشتن افراد مهم نیست بلکه انتخاب‌های آگاهانه مهم است و از نظر حقوق سلامت هم کارخانه‌های دخانیات موظف هستند که روی بسته‌های سیگار هشدار بدهند که در ایران عکس

ریه کشیده می‌شود و روی این بستۀ سیگار نوشته شده است که افراد سیگاری زودتر می‌میرند. این مثالی از اخلاق و حقوق سلامت است که نشان می‌دهد نهادهای سلامت باید افراد را برای انتخاب‌های آگاهانه توانمند کنند. در حال حاضر گفته می‌شود این که دسترسی افراد را محدود کنیم، مثلاً نوشابه‌های گازدار و فست فود را جمع کنیم درست نیست بلکه ما باید افراد را توانمند کنیم تا خود فرد انتخاب آگاهانه‌ای داشته باشد.

تطبیق اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی در بافتار سلامت عمومی با اصول و ارزش‌های اسلامی

- ✓ اصل مصلحت عمومی در اسلام دارای توجیه عقلانی برای جلب منفعت عموم و دفع ضرر است. اگر سود را بر مبنای مصلحت عمومی تعریف کنیم، خودمختاری از اصالت و اولویت می‌افتد.
- ✓ قاعده لزوم دفع ضرر و جلب منفعت، با اصل منفعت به معنی تولید موازنه حداکثری منافع بر آسیب‌ها، در بافتار سلامت عمومی همخوانی دارد.
- ✓ بنابراین، دولت از یکسو موظف به ارتقای سلامت عموم و جلوگیری از ضرر برای ارتقای سود بوده و از سوی دیگر به‌عنوان متولی سلامت (علیرغم اصل عدم ولایت)، حق دارد تا از سلامت عموم با حداقل ضرر قابل توجیه محافظت نماید.
- ✓ عدالت در مکتب اسلام از اصول اولیه اعتقادی محسوب می‌شود و بر آن تأکید شده است. اگرچه گاهی انصاف در معنی به دونیمه مساوی کردن بکار می‌رود، اما عقیده بر آن است که انصاف با توزیع عادلانه بر اساس نیاز در سلامت عمومی مطابقت دارد.

✓ توجه اسلام به کرامت اکتسابی و عدالت فردی و حسن فاعلی در قاعده احسان، بیانگر آن است که دین اسلام نیز علاوه بر عدالت توزیعی، شکوفایی انسان و پرورش قابلیت‌ها و منش‌های اخلاقی در وی را لازمه تحقق عدالت اجتماعی می‌داند.

تحلیل سند سیاست‌های کلی سلامت کشور

1. بر اساس تحلیل محتوی استقرایی، بر اساس تحلیل محتوی سند ملی سیاست‌های کلی سلامت، شش هنجار اصلی عبارت از: اصل منفعت (پیشگیری از عوامل خطر، بیماری و مرگ برای حفظ و ارتقای سلامت)، اثربخشی (تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر شواهد، استانداردسازی خدمات، تدوین و بازنگری راهنماهای ملی، کاهش خطرات و بارهای مالی و غیرمالی)، توانمندسازی و مشارکت (آگاه‌سازی و افزایش سواد حقوقی، مسئولیت‌پذیری، ظرفیت‌سازی)، عدالت توزیعی (دسترسی همگانی، توزیع منصفانه و سطح‌بندی خدمات)، همکاری بین‌بخشی و پاسخگویی (جامعیت خدمات، مدیریت منابع، شناسایی زیرساخت‌های موجود و بالقوه، ساماندهی امور مطابق با سازوکارهای قانونی، پایش و ارزشیابی، شفافیت و اعتمادسازی) پدیدار شد. 2. بر اساس سند سیاست‌های کلی سلامت کشور مبانی سیاسی- اخلاقی نظام سلامت کشور به شرح زیر تبیین گردید:

✓ خیررسانی و ارائه خدمات سلامت مبتنی بر ارزش‌های انسانی- اسلامی؛
 ✓ تبیین حق بر سلامت به عنوان یک حق اجتماعی و تکلیف حاکمیت برای تأمین آن؛

✓ مساوات‌طلبی به‌عنوان تئوری عدالت غالب در فلسفه سیاسی نظام مراقبت سلامت کشور

این دفترچه‌های بیمه سلامت همگانی که در دست همگانی می‌بینیم نشان‌دهنده این است که همه افراد باید از خدمات سلامت اولیه برخوردار باشند. افراد کارمند موظف‌اند حق بیمه خود را بپردازند اما فردی که بیکار است موظف نیست برای دفترچه بیمه همگانی خود حق ماهانه‌ای بپردازد.

مرور چارچوب‌های اخلاق سلامت عمومی

اول: توصیه به استفاده از یک رویکرد مشترک علمی و مشورتی شامل شواهد علمی و ملاحظات اخلاقی برای تصمیم‌گیری اخلاقی در سیاست‌ها و یا مداخلات سلامت عمومی شده است. دوم: گرچه هنوز یک تئوری اخلاقی مشترک برای اخلاق سلامت عمومی وجود ندارد، اما در بسیاری از این چارچوب‌ها، ارزش‌های بنیادی مشترک بوده و یک حرکت واضح از ارزش‌های لیبرالیسم به سوی ارزش‌های جمعی در اخلاق سلامت عمومی مشاهده گردید. به‌گونه‌ای که در اغلب چارچوب‌ها، اصول و ارزش‌های جمعی مانند منفعت عمومی، همبستگی، عدالت توزیعی و انصاف، توانمندسازی و مشارکت، شفافیت، پاسخگویی و اعتمادسازی و کاهش نابرابری‌های اجتماعی، به الزامات حفاظت از جمعیت در برابر آسیب و ارتقای سلامت عمومی و احترام به حقوق و خودآیینی فردی اضافه شده است.

دوم: گرچه هنوز یک تئوری اخلاقی مشترک برای اخلاق سلامت عمومی وجود ندارد، اما در بسیاری از این چارچوب‌ها، ارزش‌های بنیادی مشترک بوده و یک حرکت واضح از ارزش‌های لیبرالیسم به سوی ارزش‌های جمعی در اخلاق سلامت عمومی مشاهده

گردید. به گونه‌ای که در اغلب چارچوب‌ها، اصول و ارزش‌های جمعی مانند منفعت عمومی، همبستگی، عدالت توزیعی و انصاف، توانمندسازی و مشارکت، شفافیت، پاسخگویی و اعتمادسازی و کاهش نابرابری‌های اجتماعی، به الزامات حفاظت از جمعیت در برابر آسیب و ارتقای سلامت عمومی و احترام به حقوق و خود آیینی فردی اضافه شده است.

سوم: در اغلب چارچوب‌ها، بر ارزش‌ها و اصول مشترک با تأکید بر نیاز به موازنه بین حفاظت از جامعه در برابر آسیب و ارتقای سلامت و خود آیینی توصیه شده است. چهارم: برای اختصاصی نمودن و موازنه ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی، توصیه به استفاده از رویه فرض گرایی شده است. در این رویه مفروضات پدیدار شده از ارزش‌های اصلی یک جامعه، در قانون اساسی، قوانین، سیاست‌ها و شیوه‌ها و اسطوره‌ها و باورها، همگی فلسفه عمومی جامعه را می‌سازند و سرانجام، چارچوب‌های عملی ضمن یک رویکرد نظام‌مند، علاوه بر معرفی معیارهای هنجاری و گام‌های ارزشیابی، شرایط رویه‌ای را برای یک فرایند تصمیم‌گیری منصفانه بیان نموده‌اند. عناصر کلیدی فرایند تصمیم‌گیری منصفانه: مشارکت شرکا و گروه‌های تحت تأثیر، شفافیت در مورد شواهد و زمینه‌های تصمیم‌گیری؛ کاهش تعارض منافع، تجدیدنظر به دلایل منطقی و رویه‌هایی برای بازنگری تصمیمات در پرتو شواهد و چالش‌ها را فراهم می‌کنند. این عناصر باهم سبب اطمینان از پاسخگویی منطقی - Accountability for reasonableness می‌گردد.

هنجارهای اخلاقی در سیاست و عملکرد سلامت عمومی

- ✓ تأمین منافع سلامت (Providing Utility)
- ✓ پیشگیری از آسیب، به حداقل رسانیدن ضررها و بارها (شامل اثرات خارجی اعم از سطح فردی یا جمعی)
- ✓ اثربخشی و ارتقای منافع سلامت (شامل هزینه اثربخشی و هزینه ارزش)
- ✓ احترام به همه (Respect for all)
- ✓ احترام به نوع بشر و سایر گونه‌های حیات، محیط‌زیست، نسل‌های آینده، ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی
- ✓ احترام به حقوق (مانند حق بر سلامت، حق بر آموزش و ...)، خود آیینی و انتخاب‌های فردی
- ✓ رعایت حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات
- ✓ عدم انگ و تبعیض

توانمندسازی و مشارکت^۱

- ✓ آگاه‌سازی؛ افزایش سواد سلامت و سواد حقوقی
- ✓ توانمندسازی برای تصمیم‌گیری آگاهانه و انتخاب درست
- ✓ مشارکت جامعه شامل همکاری و مشارکت شرکا و سازمان‌های درگیر و ذینفع
- ✓ پرورش قابلیت‌های فردی، احترام به خود، مسئولیت فردی و اجتماعی، تعهد، منش‌های اخلاقی و رفتارهای سالم

^۱ Empowerment and participation

✓ ایجاد و توسعه ساختارهای اجتماعی سالم (قانون، سیاست، محیط و ...)

هنجارهای اخلاقی

- ✓ عدالت توزیعی و انصاف (Distributive justice and fairness)
- ✓ توزیع منصفانه منابع، فرصت‌ها، منافع و بارهای برنامه (با توجه ویژه به گروه‌های آسیب‌پذیر و کمتر برخوردار)
- ✓ دسترسی عادلانه به خدمات اولیه
- ✓ کاهش نابرابری‌های اجتماعی قابل اجتناب از طریق اصلاح یا پیشگیری از ایجاد آن‌ها (عمل بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت)
- ✓ عمل متقابل و نظام جبران (برای مثال از طریق وجود مقرر قانونی برای حمایت از جامعه و کارکنان در برابر آسیب‌های بالقوه یک برنامه)
- ✓ عمل متقابل و نظام جبران (برای مثال از طریق وجود مقرر قانونی برای حمایت از جامعه و کارکنان در برابر آسیب‌های بالقوه یک برنامه)

پاسخگویی^۱

- ✓ شفافیت (راست‌گویی، صداقت، اطلاع‌رسانی و توجیه عمومی)
- ✓ تضمین مشارکت عموم شامل همه افراد، گروه‌ها و سازمان‌های درگیر (شرکا)
- ✓ در تصمیم‌گیری و اجرا (عدالت رویه‌ای) و به حداقل رسانیدن تعارض منافع
- ✓ تعهد و وفای به عهد، جامعیت و پایداری خدمات و اعتمادسازی

^۱ Accountability for reasonableness

ما این هنجارها را برای بیست نفر فرستادیم، دو دور دلفی انجام دادیم و بر اساس نتایج دلفی ساختار و بدنه اصلی چارچوب ما به دست آمد.

چارچوب ارزشیابی اخلاقی برنامه‌های سلامت

۱. منافع سلامت مورد انتظار برنامه در جمعیت هدف چیست؟

ت حدودی	خیر	بله	۱. ضرورت و اولویت برنامه بر اساس بار بیماری و یا شواهد اپیدمیولوژیک تعیین شده است؟
+قوت - ضعف * توصیه			اهداف برنامه بر اساس شواهد معتبر تعیین شده است؟
			میزان منافع مورد انتظار (اندازه/ درصد) مشخص شده است؟
			راهبردها (استراتژی‌ها) در راستای اهداف برنامه است (راهبرد دیگری مورد نیاز است؟)
			عمل مبتنی بر راهنماهای ملی مبتنی بر شواهد در راستای اهداف برنامه در نظر گرفته شده است؟

بسیاری از محققین معتقدند که این گام مهم‌ترین گام است و اگر اهداف برنامه به این شکل و به صورت اخلاقی تدوین شده بود بقیه ارزشیابی ادامه داده می‌شود اما اگر این گام ایرادهای بسیاری دارد ابتدا اصلاح شود و سپس ارزشیابی انجام شود.

تفاوت - ضعف * توصیه	ت حدودی	خیر	بله	۲. بارهای شناخته شده و احتمالی (هزینه ها و خطرات) برنامه کدامند؟
				ضرورت و اولویت برنامه براساس بار بیماری و یا شواهد اپیدمیولوژیک تعیین شده است؟
				اهداف برنامه براساس شواهد معتبر تعیین شده است؟
				میزان منافع مورد انتظار (اندازه/ درصد) مشخص شده است؟
				راهبردها (استراتژی ها) در راستای اهداف برنامه است (راهبرد دیگری مورد نیاز است؟)
				عمل مبتنی بر راهنماهای ملی مبتنی بر شواهد در راستای اهداف برنامه در نظر گرفته شده است؟

مسئله دیگر بارهای مالی و غیرمالی برنامه است، برای مثال ممکن است برنامه ما حقوق فردی را تهدید کند. مثل برنامه‌های تنظیم خانواده که در ابتدا به صورت ناآگاهانه تنظیم و ابلاغ می‌شد، یعنی در مراکز بهداشتی درمانی دولتی دسترسی افراد به روش‌های پیشگیری از بارداری قطع شد، با این روش کسی که توانمند بود از داروخانه آن را تهیه می‌کرد اما کسی که نیازمند بود چاره‌ای جز اطاعت نداشت و در حقیقت در این روش نقض خودمختاری و حقوق فردی مشاهده می‌شد. در حریم خصوصی افراد شخص دارای بیماری ایدز را در سامانه ثبت می‌کنیم و کد ملی وی را وارد می‌کنیم در نتیجه پیشنهاد می‌شود از شناسایی پرهیز شود.

+قوت -ضعف * توصیه	ت حدودی	خیر		۳. آیا برنامه اثر بخش است؟ (موازنه سود و زیان برای به حداکثر رسانی منافع برنامه)
				منافع برنامه محدودیت آزادی انتخاب و خودمختاری افراد را توجیه می‌کند؟
				منافع برنامه تهدید حریم خصوصی افراد را از طریق نقض محرمانگی اطلاعات توجیه می‌کند؟ (فعالیت‌های ثبت و جمع‌آوری اطلاعات و پژوهش)
				منافع برنامه انگ را توجیه می‌کند؟
				هزینه- اثر بخشی و یا هزینه- ارزش برنامه تعیین و توسط صاحب‌نظران تایید شده است.
				بارهای مالی و غیرمالی برنامه با بارهای مداخلات و یا راهبردهای جایگزین مقایسه شده است؟
				راه‌های کاهش بارها و خطرات احتمالی برنامه مشخص شده است (برای مثال دادن مشوق بجای برنامه‌های اجباری)

مسئله بعدی اثربخشی برنامه است، برای مثال در برنامهٔ واکسیناسیون باری که برای سالمندان نسبت به منفعت برای کودکان وجود دارد موازنه شده است؟ در مورد آخر، آیا راه‌های کاهش بارها و خطرات احتمالی برنامه مشخص شده است؟ برای مثال ما قرار است واکسیناسیون را دوباره انجام دهیم و بعضی پدر و مادرها تمایلی به انجام دوبارهٔ آن ندارند، یکی از راه‌های احترام به حقوق فردی این است که بگوییم اشکالی ندارد اما

اگر آن بیماری اپیدمی شد فرزند شما حق حضور در مدرسه را ندارد چون سلامت عمومی بر خودمختاری فردی اولویت دارد، یا این که مشوقی ایجاد کنیم و مشاوره‌ای بدهیم تا فرد درمان را بپذیرد.

گام چهارم ما عدالت توزیعی است که معمولاً در برنامه‌های خود به آن توجه می‌کنیم تا همه جمعیت‌ها اعم از شهری، روستایی و حاشیه‌نشین از خدمات سلامت و اطلاع‌رسانی لازم برخوردار شوند.

تفاوت - ضعف * توصیه	تأثیر محدودی	خیر	بله	۴. آیا توزیع منافع مورد انتظار و بارهای احتمالی برنامه عادلانه است؟
				دسترسی برابر جغرافیایی (جمعیت‌های روستایی، شهری و حاشیه نشین) به خدمات اولیه شامل اطلاع رسانی و آموزش و... در نظر گرفته شده است؟
				در توزیع منافع و یا فرصت‌ها، نیازهای گروه‌های خاص و آسیب پذیر از جمله مهاجرین مدنظر قرار گرفته‌اند؟
				عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مانند جنسیت، درآمد پایین و کم‌سواد بودن در راستای کاهش بیماری و مرگ مدنظر قرار گرفته‌اند؟
				در صورت وجود خطرات احتمالی، مکانیسم جبران برای افراد جامعه در نظر گرفته شده است؟
				در صورت وجود خطرات احتمالی، مکانیسم جبران برای کارکنان سلامت در نظر گرفته شده است؟

توانمندی - ضعف * توصیه	توانمندی - ضعف * توصیه	خیر	بله	۵. آیا برنامه سبب آگاه‌سازی، توانمندسازی و مشارکت افراد جامعه می‌گردد؟
				برنامه سبب افزایش آگاهی افراد جامعه می‌گردد؟
				برنامه سبب افزایش توانایی تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در افراد می‌گردد؟
				همکاری و مشارکت شرکا و سازمان‌های درگیر دولتی و غیردولتی و سایر گروه‌های تحت تأثیر در اجرای برنامه در نظر گرفته شده است؟
				ساختارهای اجتماعی سالم (شامل سیاست‌ها، مقررات و شرایط و تسهیلات محیطی) مد نظر قرار گرفته‌است؟

گام آخر هم گام ارزشیابی رویه‌ای است که به ما این اطمینان را می‌دهد که می‌توانیم در مقابل برنامه اجراشده پاسخگو باشیم.

گام ششم ارزشیابی رویه‌ای:

✓ آیا شرکا و سازمان‌های درگیر و گروه‌های تحت تأثیر در تصمیم‌گیری مشارکت داده شده‌اند؟

✓ آیا به حداقل رسانیدن تعارض منافع گروه‌ها و سازمان‌های مختلف (از نظر مالی و غیرمالی) در تصمیمات صورت گرفته است؟ برای مثال در برنامه HIV با وجود اینکه سایر ذی‌نفعان در تصمیم‌گیری حضور داشتند اما طبق گفته‌ها و

ارزیابی‌ها متوجه شدیم نماینده آموزش و پرورش در جلسات حضور می‌یابد اما در اجرا همکاری لازم را ندارد و سایر سازمان‌ها نیز بودجه لازم را در اختیار نمی‌گذارند بنابراین مشارکت‌ها به ما کمک می‌کند تا تعارض منافع تا جای ممکن کاهش پیدا کند.

✓ آیا اطلاع‌رسانی و توجیه عمومی برای جلب مشارکت جامعه در نظر گرفته شده است؟ (شفافیت شواهد و دلایل، شرح فرایند اجرا و نحوه اعلام نتایج برای همراه کردن مردم با اهداف برنامه)

✓ آیا پایش و ارزشیابی در برنامه‌ریزی و اجرا دیده شده است؟

✓ آیا تدابیر و منابع لازم برای پایداری برنامه در نظر گرفته شده است؟

✓ آیا امکان بازنگری برنامه وجود دارد؟ (انعطاف‌پذیری)

✓ آیا تحقق شرایط روبه‌ای نامبرده مورد تأیید قرار گرفته است (مشروعیت بخشی) برای مثال در برنامه پنج ساله HIV بازنگری برنامه وجود دارد، در برنامه HIV سازمان سلامت امنیت و غذایی برنامه را به سایر سازمان‌ها ابلاغ کرده است.

ما برای این که بفهمیم این برنامه کارایی دارد یا خیر یک‌بار کارشناسان برنامه HIV را دعوت کردیم تا در جلسه ما شرکت کنند، نمونه ما هدفمند بود و رئیس اداره کنترل HIV وزارت بهداشت به ما گفت که این افراد که سه کارشناس دانشگاهی و سه کارشناس وزارتی بودند برای نظرسنجی مفیدند. قرار بر این شد که این افراد برنامه تدوین شده را بازگو کنند و نقاط قوت و ضعف اخلاقی آن را بیان کنند، در مرحله بعد چارچوب در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پرسیدیم که آیا سؤالات دارای وضوح و سادگی

لازم هستند یا خیر، پس از آن با دو نفر از آن‌ها قرار گذاشتیم و سؤالات را اصلاح کردیم و پس از آن مجدداً جلسه‌ای برگزار کردیم و از آن‌ها خواستیم که این بار برنامه را با استفاده از چارچوب ما ارزیابی کنند. چون بعداً قرار است که در setting کشوری از این روش چارچوب استفاده شود و برنامه‌ها ارزشیابی اخلاقی شود نیاز است که یکی از این افراد از نظر اخلاق سلامت عمومی آموزش داده شود، بنابراین یکی از این افراد به مدت چهار ساعت آموزش داده شد و سپس جلسه‌ای با حضور همان شش نفر برگزار شد که یکی از آن‌ها در زمینه اخلاق سلامت عمومی هم آموزش دیده بود. ما در ابتدا گروه ارزشیابی خود را سازمان‌دهی کردیم و سپس فهرست هنجارهای خود را در اختیار آن‌ها قرار دادیم و شما باید در این برنامه به این هنجارها مصداق ببخشید و بعد ببینید در هر قسمت برنامه این هنجار رعایت شده است یا خیر و به عبارتی نقاط قوت و ضعف این برنامه را ذکر کنید. پس از پنج گام ارزشیابی، ارزشیابی رویه‌ای انجام شد و امتیازی کلی راجع به ارزشیابی برنامه داده شد. کاری که پس از آن انجام دادیم این بود که تیم چهار نفره‌ای از خبرگان اخلاق و سلامت عمومی تشکیل دادیم و برنامه چهارم راهبردی HIV را بررسی کردیم و بر اساس چارچوب و سؤالات آن حدود پنجاه نقاط قوت و ضعف به دست آمد. این پنجاه نقاط قوت و ضعف را به‌عنوان حداقل استاندارد مرجع در نظر گرفتیم، سرانجام، مجموع تعداد نقدهای مثبت و منفی در دو مرحله پیش و پس از استفاده از چارچوب در هر گام ارزشیابی و درصد آن‌ها نسبت به تعداد مرجع محاسبه گردید. تفاوت نسبت ارزیابی نقادانه پیش و پس از به‌کارگیری چارچوب نشان می‌دهد که تنها با استفاده از چارچوب در یک جلسه بحث، توانایی ارزشیابی اخلاقی نقادانه کارشناسان برنامه از ۲۴٪ به ۷۰٪ (بیش از دو برابر) افزایش یافت. آزمون مک نمار

تفاوت معنی‌داری را بین تعداد نقدهای ارائه‌شده قبل و پس از کاربرد چارچوب در سطح اطمینان ۹۵٪ نشان داد ($P=0,001$). اگرچه این تفاوت به تفکیک هر گام معنی‌دار نبود ($p>0,05$).

گام‌های ارزیابی	بدون چارچوب	با استفاده از چارچوب	تفاوت	استاندارد مرجع
تعداد نقدهای مثبت و منفی (درصد)	تعداد نقدهای مثبت و منفی (درصد)	تفاوت قبل و بعد	تعداد نقدهای مرجع	تعداد نقدهای مثبت و منفی (درصد)
منافع	۲(۲۵٪)	۶(۷۵٪)	۴(۵۰٪)	۸(۱۰۰)
بارها	۲(۲۵٪)	۶(۷۵٪)	۴(۵۰٪)	۸(۱۰۰)
اثربخشی	۰	۴(۵۰٪)	۴(۵۰٪)	۸(۱۰۰)
عدالت	۱(۱۲,۵٪)	۵(۶۲,۵٪)	۴(۵۰٪)	۸(۱۰۰)
توانمندسازی و مشارکت	۳(۳۷,۵٪)	۶(۷۵٪)	۴(۵۰٪)	۸(۱۰۰)
پاسخگویی	۴(۴۰٪)	۸(۸۰٪)	۴(۴۰٪)	۱۰(۱۰۰)
جمع	۱۲/۵۰=۲۴٪	۳۵/۵۰=۷۰٪	۲۳/۵۰=۴۶٪	۵۰(۱۰۰)

بحث گروهی

من راجع به سایر قسمت‌ها صحبتی نمی‌کنم فقط راجع به سایر چارچوب‌ها که مشابه ما بود را معرفی می‌کنم، از بین ارائه‌کنندگان چارچوب‌های عملی، برخی مانند تن‌هیو و همکاران ۲۰۱۳ پس از تهیه سیاههٔ هنجارهای اخلاقی مهم در پیشگیری از افزایش وزن و چاقی، به صورت اختصاصی، چارچوبی را شامل هشت سؤال و توصیه‌های رویه‌ای برای ارزشیابی برنامه پیشگیری از افزایش وزن و چاقی پیشنهاد نمودند. خانم کاس در سال ۲۰۰۱ چارچوبی را برای ارزشیابی برنامه‌های سلامت شامل شش سؤال و مارک‌من و همکاران در سال ۲۰۱۵ مشابه به مطالعه ما چارچوبی را متشکل از سه بخش، شامل یک بنیان هنجاری، پنج سؤال ارزشیابی و هفت شرط رویه‌ای، برای ارزشیابی برنامه‌های سلامت طراحی نمودند. از بین این‌ها مارک‌من توصیه کرده است که چارچوب باید ارزشیابی شود اما این کار را نکرده است اما تن‌هیو و همکاران امکان‌سنجی چارچوب پیشنهادی خود را بررسی نموده و به این نتیجه رسیدند که چارچوب آن‌ها علاوه بر ارائه نقاط قوت و ضعف، به دلیل امکان بحث و ارائه استدلال‌ات از کارایی لازم برخوردار است. باین‌حال، پایش و ارزشیابی مفید بودن آن را، از طریق کاربرد بیشتر آن پیشنهاد نموده‌اند. ما به این نتیجه رسیدیم که چارچوب تهیه‌شده توسط ما چارچوب نظام‌مندی است. علیرغم نیاز به معیارهای چندگانه ارزشیابی از جمله هزینه اثربخشی و پاسخگویی مشابه با چارچوب پیشنهادی ما، Kapriri and Razavi ۲۰۱۷ در مطالعهٔ خود دربارهٔ تأثیر رویکردهای اولویت‌بندی بر سیاست‌گذاری به این نتیجه رسیدند که در کشورهای در حال توسعه برای اولویت‌بندی، بیشتر از فرایندهای تحلیل بودجه و تحلیل هزینه اثربخشی و در کشورهای پردرآمد

بیشتر از تحلیل چند معیاری و چارچوب پاسخگویی استفاده می‌شود. به همین دلیل، آنان بر ضرورت تبادل دانش بین محققین و سیاست‌گذاران و تدوین راهنماهای عملی برای اطمینان یافتن از سیاست‌گذاری آگاهانه تأکید نموده‌اند. یافته‌ها نشان داد که تنها با استفاده از این چارچوب در یک جلسه بحث، توانایی ارزیابی اخلاقی نقادانه کارشناسان این برنامه به بیش از دو برابر افزایش یافت و تعداد نقدهای ارائه‌شده، افزایش آماری معنی‌دار داشت؛ اگرچه این تفاوت به تفکیک هر گام معنی‌دار نبود. این امر می‌تواند نشان‌دهندهٔ عدم‌کفایت یک جلسه بحث برای ارزشیابی اخلاقی برنامه و نیاز به ادامه جلسات بحث تا زمان اشباع تعداد نقدها از نظر مشارکت‌کنندگان به تفکیک هر حیطة باشد. توصیه‌ها بر استفاده از یک رویکرد مشترک علمی-مشورتی شامل شواهد علمی و ملاحظات اخلاقی برای تصمیم‌گیری در سیاست‌ها یا مداخلات سلامت عمومی دلالت دارد.

نظرات شرکت‌کنندگان

دکتر ریاضی: با تشکر از شما خانم دکتر. این موضوعی است که به نظر می‌رسد مورد غفلت واقع شده است که سیاست‌ها را از نظر اخلاقی بررسی کنیم. من دو سؤال داشتیم. اول این که وقتی پایان‌نامه یا طرح تحقیقاتی قرار است اجرایی شود اولین بحث این است که فرد باید به کمیتهٔ اخلاق مراجعه کند تا طرح تأیید شود، من می‌خواهم بدانم برای سیاست‌ها و برنامه‌ها وزارت بهداشت طرح خاصی برای بررسی اخلاقی قرار داده است؟ برای مثال بزرگ‌ترین سیاستی که در این چند سال اخیر اجرا شده است طرح تحول بوده است، آیا طرح تحول کد اخلاق دارد؟ سؤال دوم این است که آیا در مطالعه بررسی اخلاقی بودن سیاست یا برنامه کی انجام می‌شود؟

دکتر اکرمی: برنامه‌ها بررسی می‌شود اما ارزشیابی اخلاقی نمی‌شود و این یک شکاف است، من به‌خصوص در سیاست‌های جمعیتی احساس کردم که برنامه‌ای اتخاذ و به دانشگاه‌ها ابلاغ می‌شود بدون این‌که ارزشیابی اخلاقی شده باشد و بعد از اجرا آسیب‌های آن دیده می‌شود. در ارزشیابی برنامه HIV هم باوجوداینکه برنامه بازخورد خوبی داشت اما بازنگری اخلاقی نشده بود.

همان‌طور که می‌دانید در آمریکا کمیته‌ای وجود دارد که قبل از اجرایی کردن سیاست اخلاقی بودن آن را بررسی می‌کند، سؤال من این است که آیا در مطالعاتتان به این کمیته‌ها برخورد کرده‌اید؟ شما روش مطالعه را فرمودید اما این برنامه و چارچوب قابل پیاده‌سازی در کل کشور یا حوزه سلامت است؟ از نظر کاربردی مطالعه شما برای چه کسانی پیشنهاد می‌شود؟

پاسخ: نه من مطالعه‌ای در مورد کمیته آمریکا و این‌که آیا سیاست‌ها از نظر اخلاقی بررسی می‌شود یا خیر نداشته‌ام چون به اهداف من مربوط نبود. تا جایی که من می‌دانم این مصوبات بیشتر در مجلس بررسی می‌شود. راجع به مسئله دوم باید بگویم که فقط یک مورد چون پایان‌نامه بوده است امکان‌سنجی شده است و در حقیقت یکی از نقاط قوت ما نسبت به سایر چارچوب‌ها این است که ما کارایی آن را بررسی کرده‌ایم، این‌که در هر حیطة به تفکیک معنی‌دار درنیامده است به این علت است که ما معتقدیم هر حیطة و گام آن قدر مهم است که باید یک جلسه در مورد آن بحث کرد و اخلاقی بودن آن را بررسی کرد. زمانی که این چارچوب را طراحی کردیم به این فکر می‌کردیم که فقط در ایران کارایی دارد اما پس از بررسی متوجه شدیم هنجارهایی که در سیاست‌های کلی سلامت کشور است با چیزی که در اسناد خارجی وجود دارد مطابقت دارد، آن‌ها هم از ارزش‌های لیبرال به سمت ارزش‌های جمعی حرکت کرده‌اند و روی آن مانور می‌دهند.

در مقاله‌ای که من آن را طرح کردم و آن را نشر دادم به‌عنوان یک چارچوب برای ایران معرفی نشد و به‌عنوان یک practical چارچوب ارائه شد. البته محدودیت ما این است که فقط یک برنامه با آن آزمون شده است.

پایان‌نامه دیگری که روی این موضوع کار کرده بود به زبان لاتین بود؟

دکتر اکرمی: خیر. در کشور هلند یا آمستردام انجام شده بود.

شما اشاره کردید که این چارچوب با اصول و ارزش‌های اسلامی تطبیق داده شده است. منظور شما از اصول اسلامی چیست؟

بیشتر منظور اصول فقهی است، برای مثال مصلحت عموم در آن مطرح شده بود و سلامت عمومی به‌عنوان مصلحت عمومی در نظر گرفته شد. من در ابتدا قاعده لا ضرر را مطرح کردم اما آقای دکتر کریمی که دکترای حقوق سیاسی هستند فرمودند که لا ضرر کافی نیست و ما قاعده دفع ضرر برای ارتقا سود را با اصل utility در سلامت عمومی داریم. این قاعده، عدالت و خودمختاری هم مطرح شد؛ اما در برخی مسائل چون وزارت بهداشت متولی سلامت مردم است این حق را دارد که با کم‌ترین ضرر سلامت عمومی را ارتقا دهد.

در قسمت اثربخشی من می‌خواستم بدانم سؤال اول و دوم چه ارتباطی با تیتیر دارد. دکتر اکرمی: اصل منفعت است که در کتاب‌های سلامت عمومی به‌صورت موازنه حداکثری منافع تحلیل شده است. در مورد قبلی ما بررسی می‌کنیم که نقض اتفاق می‌افتد اما در مورد بعدی باید نگاه کنیم که منفعت تولید شده با برنامه آیا آن قدر هست که نقض خودمختاری قابل توجیه باشد؟

لطفاً در مورد روش موازنه فکورانه جان رالز توضیح بیشتری بدهید.

هنجارهایی که در این روش بررسی می‌شود از دو مرحله مجموعه مفروضات و شهود اولیه ما به دست می‌آید، بار اول کسانی که به آن‌ها اعتماد نداریم یا اطلاعات کافی درباره آن‌ها نداریم را کنار می‌گذاریم. بار دوم بررسی می‌کنیم که آیا ارتباط این هنجارها درست هست یا خیر، جان رالز در این روش از واژه‌های فنی استفاده کرده است، برای مثال گفته شده است که انسان‌ها در پرده اول که به دنیا می‌آیند و هیچ ارتباطی با کسی ندارند فکر می‌کند که هیچ‌کس بر هیچ‌کس برتری ندارد این وضعیت اول یا نخستین نام دارد. یکی از واژه‌های فنی ما در سلامت عمومی **Participate** است و متخصصین اخلاق عقیده دارند که این نمی‌تواند یک اصل باشد. دوم این‌که جان رالز می‌گوید اصول اخلاقی باید کلی و کاربردی برای همه باشند و ما با انجام دادن دلفی سعی در به وجود آوردن این شرایط داشته‌ایم. یکی از مفهومی‌هایی که ما در جلسات تعاملی خود داشتیم مفهوم **solidarity** است که با **justice** در اسناد تکرار می‌شود.

سؤال من این است که رویکرد و حدنصاب چیست که یک برنامه قبول یا رد شود. دکتر اکرمی: ارزیابی ما به صورت کیفی است. گفته می‌شود که اگر اهداف مبتنی بر شواهد نبود برنامه کنار گذاشته می‌شود یا نیاز به اصلاحاتی دارد یا کاملاً پذیرفته می‌شود.

یک خبره به این برنامه‌ها امتیاز می‌دهد؟

بله. ما قرار بود سیاست‌های برنامه ششم را ارزشیابی کنیم اما متوجه شدیم بسیار کلی است و با این چارچوب ارزشیابی نمی‌شود. من فقط چند مفهوم

مشارکت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را از آن درآوردیم در نتیجه به سراغ یک زیر برنامه یعنی برنامه چهارم HIV رفتیم. ما در مراحل ابتدایی هستیم هر چند این چارچوب برای کاربر نهایی است و کارشناس تدوین برنامه و سیاست‌گذار می‌توانند از آن استفاده کنند اما آنچه مسلم این است که کشورهای دیگر به این مسئله بیشتر پرداخته‌اند. این هنجارها کلی است و در هر برنامه‌ای یک جور مصداق پیدا می‌کند.

شما می‌خواستید برنامه ششم را بررسی کنید ولی متوجه شدید امکان پذیر نیست؟ دکتر اکرمی: نه این که امکان پذیر نباشد، متوجه شدیم یک زیر برنامه نتیجه بهتری دارد، هدف ما این بود که کارایی چارچوب را مشاهده کنیم در نتیجه با این برنامه کار کردیم. با برنامه ششم بسیاری از کارهای ما بی‌پاسخ می‌ماند. یکی از پیشنهادهایی که اساتید دادند این بود که برنامه ششم را با این چارچوب بررسی کنیم و نتایج را به مسئولان انعکاس دهیم. در پایان نامه هدف من نقد برنامه نبود بلکه آمار بود که برای کارایی چارچوب خود لازم داشتیم.

شما در حال حاضر می‌توانید ادعا کنید که چارچوب شما در تمامی سیاست‌های کشور یا حداقل در حوزه سلامت صدق می‌کند؟

بله. فهرست هنجارهای ما برای همه سیاست‌ها است.

شما روی برنامه آیدز کار کرده‌اید ولی عنوانی که در اینجا دیده می‌شود چارچوب ارزشیابی اخلاقی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت عمومی است ولی به همه برنامه‌ها و سیاست‌ها تعمیم داده شده است.

دکتر اکرمی: بله چارچوب برای همه است چون هنجارهای ما کلی است و در هر برنامه مصداق پیدا می‌کند منتها برای این که ببینیم چارچوب ما کارایی دارد روی برنامه HIV کار کردیم.

شما چارچوب را با روش دلفی درآورده‌اید؟ دلفی یک روش کیفی است و روش کیفی قابلیت تعمیم ندارد.

دکتر اکرمی: ما در ابتدا مطالعه کتابخانه‌ای انجام دادیم و پس از آن به صورت systematic search انجام دادیم پس این‌ها باعث می‌شود که باوجود کار کیفی نتایج ما معتبر باشد.

دکتر ریاضی: شما فرض کنید من به عنوان یک محقق پروپوزال می‌نویسم، این پروپوزال به کمیته اخلاق می‌رود و آن‌ها این کار را با رعایت یک سری معیارها تأیید می‌کنند اما بعد از شروع کار هیچ بررسی‌ای انجام نمی‌شود، من می‌خواهم بدانم برای سیاست‌ها کی ارزشیابی انجام می‌شود؟ آیا در حین اجرا هم ارزشیابی انجام می‌شود؟

دکتر اکرمی: بر این فرمایش شما تأکید شده است و در حین اجرای سیاست هم باید پایش و نظارت صورت بگیرد. من این پایش و ارزشیابی را در چارچوب به همین علت گذاشته‌ام. من فکر می‌کنم اگر این شرایط رویه‌ای دیده شود پایش و بازنگری و امکان ارزشیابی برنامه امکان‌پذیر باشد، یعنی شرایط منصفانه این است که نه تنها در تدوین بلکه در اجرا هم بازنگری در نظر گرفته شود. در برنامه HIV هم سالی یک بار بازنگری انجام می‌شود و نقاط قوت و ضعف آن را بررسی می‌کنند. این آیتمی بود که در اسناد پایش و ارزشیابی اجرای دلالت‌های اخلاقی نوشته شده بود اما دکتر مجد زاده گفتند طولانی است در نتیجه من آن را کوتاه کردم.

دکتر ریاضی: شما ساختاری پیشنهاد می‌دهید که در مجموعه وزارت بهداشت و نظام سلامت متولی اجرای این برنامه باشد؟

دکتر اکرمی: هنوز به این قسمت فکر نشده است.

دکتر ریاضی: می‌توان ساختار جدایی درست کرد که ارزیابی اخلاقی سیاست‌ها انجام شود یا این که هر واحدی به‌طور جداگانه ارزشیابی را انجام دهد.

دکتر اکرمی: ما برای این چارچوب یک راهنما هم نوشتیم تا فرد راهنما را بخواند و بفهمد که هر سؤال چه چیزی را از ما می‌خواهد. این برنامه اگر قرار است در سطح بالایی اجرا شود هم به آموزش و هم به سیستم نظارتی نیاز دارد. درهرحال حاضر شورای عالی اخلاق پزشکی وجود دارد اما چنین کارهایی انجام نمی‌دهد. کمیته اخلاق در پژوهش وجود دارد اما اخلاق در سیاست‌گذاری وجود ندارد. من با ساختار مجزا موافق نیستم.

اطلاعات تماس با موسسه ملی تحقیقات سلامت

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

تلفن: ۰۲۱-۶۲۹۲۱

پست الکترونیک: nihr@tums.ac.ir

«با تشکر از موسسه هومان همراهان دانش برای مستندسازی و تهیه کتاب نشست گفتمان سیاستی»

تلفن: ۰۲۱-۴۴۹۶۴۶۸۸