

کیفی سازی مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق در شبکه‌های بهداشت و درمان: راهبرد سیاستی

صاحب‌جان ترکیان^۱، محسن شهریاری^۲، حجت‌اله تنهایی^۳، حمید گله‌داری^۴، ابوالفضل حجاری^۵

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای نهادهای مشورتی- نظارتی هستند که مسئولیت ترویج، ارتقا، پایش و ارزیابی رعایت اصول اخلاقی در نظام سلامت را بر عهده دارند و نقش مهمی در تحقق ارزش‌های اخلاقی و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی ایفا می‌کنند. این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهبردهای کیفی سازی مصوبات و اقدامات این کمیته‌ها در سطح شبکه‌های بهداشت و درمان استان اصفهان و ارتقای اثربخشی آن‌ها، بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای مقطعی تدوین شده است. بر اساس چالش‌های مرتبط با عملکرد کمیته‌ها طبق یافته‌های مطالعه، چهار گزینه سیاستی شامل «تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق، راه اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات، ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها، بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی- فرهنگی شهرستان‌ها» مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل موانع اجرایی نشان داد که هر یک از این گزینه‌ها با چالش‌های خاصی از جمله تنوع فرهنگی و جغرافیایی شهرستان‌ها، نبود زیرساخت فنی واحد، کمبود مدرس متخصص، مقاومت در برابر تغییر روندهای فعلی، و کمبود منابع در شهرستان‌های غیربرخوردار مواجه هستند. با توجه به ملاحظات مطرح شده، اولویت‌بندی پیشنهادی گزینه‌ها به این صورت است که در آن نخست ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها، سپس تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق، و متعاقب آن راه‌اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات و در نهایت بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی- فرهنگی شهرستان‌ها مورد پیگیری و اقدام قرار گیرد. تامین منابع مالی و نیروی انسانی کافی و طراحی سیستم پایش و ارزشیابی پیوسته نیز از ملزومات کارآمدی برنامه است.

واژگان کلیدی: اخلاق حرفه‌ای؛ کمیته اخلاق؛ شبکه بهداشت؛ اصفهان؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: ترکیان صاحب‌جان، شهریاری محسن، تنهایی حجت‌اله، گله‌داری حمید، حجاری ابوالفضل. کیفی سازی مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق در شبکه‌های بهداشت و درمان: راهبرد سیاستی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۶۲): ۶۹۵-۷۰۰.

توصیف مسأله

با توجه به حساسیت رسالت و لزوم پاسخگویی نظام سلامت به برخورداری افراد از حق سلامتی، عدم رعایت ملاحظات اخلاقی در این حوزه لثار جبران‌ناپذیری دارد (۱، ۲). در این زمینه در سال‌های اخیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف نهادینه‌سازی ارزش‌های اخلاقی در کلیه سطوح نظام سلامت، ساختاری سلسله‌مراتبی از کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای ایجاد کرده است که در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها فعالیت می‌کنند.

این کمیته‌ها به‌عنوان بازوی مشورتی و نظارتی، مأموریت دارند با ترویج، آموزش و پایش اصول اخلاقی، زمینه را برای ارتقای کیفیت خدمات و کاهش تخلفات اخلاقی فراهم آورند.

در این بین، استان اصفهان با ۲۵ شبکه بهداشت و درمان شهرستانی، یکی از استان‌های فعال در استقرار این کمیته‌ها است. یافته‌های مطالعه‌ای که اسناد و مصوبات کمیته‌های شهرستان‌های استان را تحلیل کرده نشان داد که کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای در استان از نظر کمی فعال هستند، اما الگوی فعالیت‌ها عمدتاً بر اقدامات

۱- مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- معاونت بهداشت دانشگاه، رئیس مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: ابوالفضل حجاری؛ کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: Hajari_abolfazl@yahoo.com

فرهنگی-مذهبی متمرکز است و حدود یک سوم از تمام مصوبات را به خود اختصاص داده است. در مقابل، سهم آموزش اخلاق حرفه‌ای که برای تغییر نگرشی و رفتاری لازم است چهار درصد است و اقدامات نوآور که نشان‌دهنده خلاقیت و نیازمحوری است، کمتر از سه درصد از کل فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهد (۳). توزیع نامتوازن، این نگرانی را ایجاد می‌کند که اخلاق حرفه‌ای ممکن است به‌تدریج به برخی اقدامات معمول سازمانی تقلیل یابد و از پرداختن به چالش‌های مهم اخلاقی مهم بازماند.

نکته قابل تأمل دیگر، تفاوت معنادار در اولویت بندی فعالیت‌های کمیته‌ها بر اساس سطح برخورداری شهرستان‌هاست. به این صورت که شهرستان‌های برخوردار که از منابع و امکانات بیشتری برخوردارند، تمایل بیشتری به فعالیت‌های فرهنگی و کمتر عملیاتی نشان داده‌اند، در حالی که شهرستان‌های غیربرخوردار بر اساس ضرورت، به اقدامات عملیاتی، خدمت‌محور و حتی نوآور مانند خدمت‌رسانی به جمعیت‌های خاص مانند عشایر پرداخته‌اند (۳). این یافته نشان می‌دهد که ساختار جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر قابل توجهی بر اولویت‌های اخلاقی کمیته‌ها دارد و ضرورت بومی‌سازی برنامه‌ها و مصوبات را آشکار می‌کند (۴). این در حالی است که نبود شاخص‌های استاندارد برای ارزیابی کیفیت و اثربخشی اقدامات این کمیته‌ها مسئله را برای سیاستگذاری در اولویت قرار می‌دهد. در شرایط کنونی، امکان سنجش تأثیر این نهادها بر شاخص‌های مهمی مانند کاهش شکایات، افزایش رضایتمندی مراجعان و ارتقای سرمایه اجتماعی نظام سلامت وجود ندارد. همچنین طبق برخی گزارش‌ها، مطالعات در ایران عمدتاً به بررسی نقش کمیته‌های اخلاق بالینی پرداخته‌اند و کمتر به عملکرد کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای در سطح ستادی و شبکه‌های بهداشتی توجه شده است (۳، ۶) و ضمن این که رعایت اصول اخلاقی مبتنی بر باورها و زمینه‌های اجتماعی فرهنگی است (۵). حل راهبردی مسأله، نیازمند ملاحظات بومی و استانی است. از این‌رو، بازاندیشی در مأموریت‌ها، ساختار، فرآیندهای کاری و عملکرد کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای که با وجود برگزاری کارگاه‌ها و نشست‌های آموزشی همچنان به رسالت و دستاورد اخلاق مداری به‌طور بهینه دست نیافتند از ضروریات است (۷، ۸). این بازاندیشی بایستی با تدوین برنامه‌های عملیاتی ویژه استان همراه باشد به این منظور خلاصه سیاستی حاضر تدوین شد.

روش اجرا

این خلاصه سیاستی با توجه به داده‌های مطالعه‌ی مقطعی تدوین

شد که با هدف تحلیل مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای شبکه‌های بهداشت و درمان استان اصفهان در شش ماهه‌ی اول سال ۱۴۰۴ انجام شده بود. اقدامات در ۷ حیطه اصلی شامل فعالیت‌های فرهنگی- مذهبی، تکریم ارباب رجوع و بهبود خدمات، رعایت شئون‌ات اسلامی و پوشش، سلامت سازمانی و حمایت از پرسنل، پاسخگویی و مدیریت شکایات، آموزش اخلاق حرفه‌ای و اقدامات نوآور و اختصاصی بررسی شد. تدوین خلاصه سیاستی بر اساس یافته‌های این مطالعه در طی پنج مرحله انجام شد. ۱) استخراج یافته‌های اصلی از گزارش نهایی پژوهش صورت گرفت که بیشترین اقدامات شهرستان پرکارکرد را در حیطه فعالیت‌های فرهنگی- مذهبی و کمترین مربوط به اقدامات نوآور بود. همچنین شهرستان‌های برخوردار تمایل بیشتری به فعالیت‌های فرهنگی و شهرستان‌های غیربرخوردار به اقدامات خدمت‌محور و نوآور داشتند. ۲) چالش‌های اصلی قابل طرح در سطح سیاستگذاری، شناسایی شدند. توزیع نامتوازن کیفی اقدامات با وجود کمیت قابل قبول، تمرکز غالب بر فعالیت‌های فرهنگی- مذهبی به جای آموزش مفاهیم پایه‌ای اخلاقی، سهم کم اقدامات نوآور و ویژه، تفاوت معنادار در اولویت‌های فعالیتی بر اساس سطح برخورداری شهرستان‌ها و فقدان شاخص‌های استاندارد برای ارزیابی کیفیت و اثربخشی اقدامات از جمله این مسائل بودند. ۳) بر اساس نظر متخصصان، گزینه‌های راهبردی مبتنی بر یافته‌های مطالعه و تحلیل سیاستی تدوین شدند. ۴) برای هر یک از گزینه‌های سیاستی، ملاحظات اجرایی، موانع بالقوه، مزایا و معایب با توجه به نظر متخصصان و یافته‌های مطالعه تحلیل شد. همچنین بهره بردار مختلف شامل معاونت بهداشت دانشگاه، مدیران شبکه‌های بهداشت، اعضای کمیته‌های اخلاق، دبیران کمیته‌ها، کارشناسان فناوری اطلاعات، مدرسان اخلاق حرفه‌ای، شورای اخلاق دانشگاه و گروه‌های هدف محلی مانند عشایر و روستاییان شناسایی و موضع احتمالی، چالش‌ها و راهکارهای تسهیل‌کننده تعامل با آنان تبیین گردید. ۵) گزینه‌ها بر اساس معیارهایی مانند قابلیت اجرا در بازه زمانی کوتاه‌مدت، هزینه نسبی، میزان آمادگی نیروی انسانی و میزان اثربخشی مورد انتظار اولویت‌بندی و معرفی شد.

یافته‌ها

چهار گزینه سیاستی شامل تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق، راه‌اندازی سامانه‌ی ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات، ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها، بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی- فرهنگی شهرستان‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه و تحلیل شدند.

جدول ۱. تحلیل گزینه‌های سیاستی کیفی‌سازی مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق بر اساس معیارهای اجرایی

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا	معایب
تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق	تشکیل کارگروه تخصصی، مشارکت ذی‌نفعان، مطالعه تطبیقی تجارب سایر دانشگاه‌ها	تنوع فرهنگی و جغرافیایی شهرستان‌ها، دشواری تدوین شاخص‌های یکسان	شفاف شدن مسیر فعالیت‌ها، تعریف شاخص‌های ارزیابی، امکان پایش عملکرد	نیاز به بازنگری در ساختار.....، احتمال مقاومت در برابر تغییر
راه‌اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات	تأمین اعتبار برای طراحی سامانه، آموزش کاربران، تدوین شیوه‌نامه کاربری	نبود زیرساخت فنی یکپارچه، کمبود نیروی متخصص فناوری اطلاعات در شهرستان‌ها	ایجاد وحدت رویه، شفافیت در امکان مقایسه عملکرد شهرستان‌ها	هزینه‌های اجرایی، نیاز به هماهنگی با واحدهای دیگر
ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها	طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی مستمر با محتوای کاربردی، صدور گواهی معتبر	نبود برنامه آموزشی مدون، کمبود مدرس متخصص در سطح استان، تداخل با وظایف روزمره	ارتقای توان تحلیلی اعضا، آشنایی با روش‌های تحلیل موارد اخلاقی، افزایش کیفیت مصوبات	نیاز به صرف وقت و هزینه، احتمال تداخل با وظایف روزمره
بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی - فرهنگی شهرستان‌ها	شناسایی نیازهای خاص هر شهرستان، تشکیل کارگروه‌های بومی، تخصیص منابع هدفمند	کمبود نیروی متخصص برای بومی‌سازی، نبود الگوی مناسب	پاسخگویی به نیازهای واقعی هر منطقه، افزایش اثربخشی، عدالت در خدمات	نیاز به منابع مالی و انسانی، دشواری اجرا در تمام شهرستان‌ها

جدول ۲. تحلیل ذی‌نفعان و راهبردهای اجرایی برای کیفی‌سازی مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق

گزینه‌های سیاستی	ذی‌نفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذی‌نفعان	زمان پیشنهادی	اقدامات تسهیل‌کننده
تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق	معاونت بهداشت دانشگاه، مدیران شبکه‌های بهداشت، اعضای کمیته‌های اخلاق	موافق مشروط (در صورت لحاظ شدن نظرات شهرستان‌ها)	تفاوت دیدگاه‌ها درباره اولویت‌ها، کمبود وقت برای مشارکت	بلندمدت (۱۲ تا ۱۸ ماه)	مشارکت دادن نمایندگان شهرستان‌ها در تدوین سند، برگزاری جلسات هماهنگی منظم
راه‌اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات	دبیران کمیته‌های اخلاق، کارشناسان فناوری اطلاعات، معاونت بهداشت	موافق (در صورت سادگی و امنیت سامانه)	ناآشنایی با فناوری، کمبود وقت برای ثبت اطلاعات، نگرانی از امنیت داده‌ها	میانمدت (۶ تا ۱۲ ماه)	طراحی رابط کاربری ساده، ارائه آموزش‌های حضوری و مجازی، پشتیبانی فنی مستمر
ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها	اعضای کمیته‌های اخلاق، کارشناسان ستادی، مدرسان اخلاق حرفه‌ای	موافق (در صورت تسهیل در فرآیند و ارائه گواهی)	تداخل با وظایف روزمره، پراکندگی جغرافیایی اعضا، نبود انگیزه کافی	کوتاه‌مدت تا میانمدت (۳ تا ۹ ماه)	برگزاری دوره‌ها به صورت کارگاهی و تعاملی، ارائه محتوای کاربردی، برگزاری در شهرستان‌ها
بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی - فرهنگی شهرستان‌ها	شبکه‌های بهداشت شهرستانی، گروه‌های هدف محلی (عشایر، روستاییان و...)	موافق (به دلیل توجه به نیازهای خاص هر منطقه)	نبود الگوی مناسب برای بومی‌سازی، کمبود منابع در شهرستان‌های غیربرخوردار	بلندمدت (۱۲ تا ۲۴ ماه)	شناسایی سفیران اخلاق در هر شهرستان، تبادل تجربیات موفق بین شهرستان‌ها، تقدیر از اقدامات بومی‌سازی شده

بحث

تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای، به عنوان نخستین گزینه سیاستی، برای مشخص کردن مسیر و عملکرد کمیته‌ها ضروری است؛ منتهی بایستی در نظر داشت تنوع فرهنگی و جغرافیایی شهرستان‌های استان اصفهان، تدوین شاخص‌های یکسان و قابل اجرا برای همه شهرستان‌ها را دشوار می‌کند. همچنین دستیابی به اجماع ذی‌نفعان مختلف درباره اولویت‌ها و شاخص‌های ارزیابی، نیازمند صرف زمان و برگزاری جلسات متعدد است. از سوی دیگر، کمبود نیروی متخصص در سطح استان که توانایی تدوین شاخص‌های اثربخشی را داشته باشد، می‌تواند به طولانی

شدن فرایند یا کاهش کیفیت شاخص‌های نهایی منجر شود. تجربه نشان داده است که اسناد تدوین‌شده بدون مشارکت فعال شهرستان‌ها، معمولاً با استقبال کمی مواجه شده و در حد بخشنامه اداری خواهند بود.

راه‌اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات، با توجه به تجربه موفق برخی شهرستان‌ها مانند اصفهان دو در راه‌اندازی میز خدمت مجازی گزینه مفیدی است؛ با این حال، نبود زیرساخت فنی واحد در همه شهرستان‌ها، چالش مهمی در این مسیر است. برخی شبکه‌های بهداشت به دلیل محدودیت‌های اعتباری، از تجهیزات سخت‌افزاری مناسب و پهنای باند کافی

برخوردار نیستند. علاوه بر این، سطح سواد دیجیتال و آشنایی دبیران کمیته‌ها با سامانه‌های الکترونیک در شهرستان‌های مختلف کفایت‌کننده نیست. نگرانی از امنیت داده‌ها و محرمانه بودن اطلاعات، از دیگر موانع در استفاده از سامانه‌های الکترونیک است.

ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها، در صورت عدم تداخل زمانی با مسئولیت‌ها و تکالیف روزمره اعضا می‌تواند راهکار مفیدی باشد. با این حال برای توانمندسازی و به‌روزرسانی‌ها، به حضور افراد متخصص و با تجربه نیاز است. ضمن اینکه پراکندگی جغرافیایی اعضا در ۲۵ شهرستان استان، برگزاری اجرای برنامه‌های متمرکز را پرهزینه و نیازمند هماهنگی بیشتر می‌کند.

بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی-

فرهنگی شهرستان‌ها، نیازمند نیروی متخصص برای انجام است. در هر شهرستان بایستی مسائل و چالش‌های اخلاقی به طور دقیق شناسایی و برنامه‌های متناسب با آن تدوین شود. چنین اقدامی نیازمند زمان، تخصص و منابع کافی است. شهرستان‌های غیربرخوردار که بیشترین نیاز را به چنین برنامه‌های بومی‌شده دارند، معمولاً کمترین منابع را برای انجام آن در اختیار دارند. همچنین نبود الگوهای شناخته‌شده و آزمون‌شده برای بومی‌سازی برنامه‌های اخلاقی در سطح شبکه‌های بهداشت، نیز چالش مهمی است.

اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی با توجه به تحلیل موانع اجرایی و ملاحظات عملی مطرح شده و نظر خبرگان حوزه به این صورت انجام شد: با توجه به شاخص‌های مطرح شده، ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها در اولویت اول معرفی شد. افزایش توان تحلیلی و دانش تخصصی اعضا، پیش‌نیاز ارتقاء کیفیت مصوبات و فعالیت‌های کمیته‌ها است. شروع این برنامه با برگزاری دوره‌های کارگاهی، نشست‌ها و کنفرانس‌ها در مرکز استان و به صورت متمرکز، می‌تواند زمینه‌ساز آشنایی اعضا با رویکردهای جدید و نوآور در تحلیل مسائل اخلاقی باشد.

تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق در اولویت دوم در نظر گرفته می‌شود. این اقدام بایستی با مشارکت فعال شبکه‌های شهرستانی و پس از ایجاد زبان مشترک از طریق آموزش‌های اولیه صورت پذیرد و تعریف شاخص‌های ارزیابی را ممکن سازد.

مشارکت دادن نمایندگان شهرستان‌ها در تدوین این شاخص‌ها لازم و ضروری است. راه اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات در اولویت سوم قرار می‌گیرد. ورود به این مرحله، پس از دو اقدام گفته شده قبلی می‌تواند به ثبت داده‌های کیفی منجر شود. پس از توانمندسازی نیروی انسانی و تدوین شاخص‌ها، می‌توان سامانه‌ای متناسب با نیازهای واقعی طراحی و اجرا کرد. بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی - فرهنگی شهرستان‌ها در اولویت آخر پیشنهاد می‌شود. این مهم پس از ایجاد زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری و با مشارکت فعال شهرستان‌های فعال، اقدامی بهینه است. شروع این فرآیند با شهرستان‌هایی که دارای ویژگی‌های خاص جمعیتی مانند عشایر یا اقلیت‌های مذهبی هستند، می‌تواند به صورت آزمایشی عمل کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به راهبردهای سیاستی پیشنهادی برای کیفی‌سازی مصوبات و اقدامات کمیته‌های اخلاق در شبکه‌های بهداشت و درمان، فرایند اجرایی به این صورت تبیین می‌شود که وهله اول ارتقاء آگاهی و دانش مسئولین و اعضا کمیته‌ها در راس برنامه‌ها قرار گیرد. سپس تدوین شاخص‌های اثربخشی کمیته‌های اخلاق که به برقراری زبان مشترک بینجامد. پس از آن راه اندازی سامانه ثبت و ارزیابی الکترونیک مصوبات برای سهولت اجرا و دسترسی به مستندات، در مراحل بعدی بومی‌سازی برنامه‌های عملی متناسب با بافت جغرافیایی - فرهنگی شهرستان‌ها مد نظر قرار گیرد. تامین منابع مالی و نیروی انسانی کافی و طراحی سیستم پایش و ارزشیابی همراه با اجرا و کسب تجربه‌ای است که به صورت پیوسته می‌تواند سیستم بازخورد اصلاح را فعال و کارآمد نگه دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره ۱۴۰۳۲۰۵ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت و همکاری معاونت تحقیقات و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات کارکنان شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های استان اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Han S, Li K, Gao S, Zhang Y, Yang X, Li C, Wang Y, Li L, Zhao Y, Wang Z. Research misconduct knowledge and associated factors among nurses in China: A national cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*. 2023, 1, 69:15165
2. Candal-Pedreira C, Ross JS, Marušić A, Ruano-Ravina A. Research misconduct as a challenge for academic institutions and scientific journals. *J Epidemiol Community Health*. 2024;1;78(1):61-4.

3. Hajari A, Torkian S, Galehdari H, Tanhaei H, Shahriari M, Zamani F. Design and Compilation of Guidelines for the Formation, Leveling, and Duties of Professional Ethics Committees in the Field of Health. Approved plan of Isfahan University of Medical Sciences with scientific code 1403205, 2025.
4. Samouei R, Mohammadi-sefidhashti F, Meshkineh N, Amini-Ranani A. Psychosocial determinants related to the ethical performance of researchers. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024; 17:Article number: 4
5. Ghasemi M, Asghari F, Zare S. Evaluating the performance of clinical ethics committees in Tehran University of Medical Sciences hospitals. *J Med Ethics Hist Med*. 2020;13:1
6. Haali M, Shahriari M, Abdishahshahan MI. Evaluation of compliance rate of midwives with the codes of professional ethics in maternity and gynecology wards of hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences in 2016. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018 May 22;21(3):54-63. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11063>
7. Samouei R, Meshkineh N, Mojiri S. Instances of unethical performance of academic faculty members in conducting and publishing research works. *J Edu Health Promot*, 2024;13:286
8. Bahmani F, Parsapour A, Shamsi-Gooshki E. Hospital Ethics Committees and Clinical Ethics Support Services in Iran. *Yearbook Ethics in Clinics (Yec) Jahr Buch Ethic In der Klinik (Jek) Volume/Band 17* 2024. 2025:275.

Quantifying the Approvals and Practices of Ethics Committees in Health Networks: Policy Strategies

Sahebjan Torkian¹, Mohsen Shahriari², Hojatollah Tanhaei³, Hamid Galehdari⁴, Abolfazl Hajari⁵

Policy Brief

Executive Summary

professional ethics committees are supervisory - consultative entities that bear responsibility for promotion , monitoring and evaluation of observance of ethical principles in health system and play an important role in realization of ethical values and improving the quality of health care services .This policy brief is based on the findings of a cross - sectional study with the aim of presenting strategies for quantifying the approvals and actions of these committees on the level of health networks in Isfahan and improving their effectiveness .Based on the results of the study, four policy options including formulation of the effectiveness indicators of ethics committees, of registration system and electronic evaluation of legislations, upgrading the knowledge and knowledge of officials and members of committees , localization of practical programs tailored to the cultural - cultural context of cities" were studied .Analysis of administrative barriers showed that each of these options with specific challenges such as cultural and geographical diversity of cities, lack of technical infrastructure, shortage of specialist instructors , resistance to change current trends , and shortage of resources in cities .according to the proposed considerations, prioritization of alternatives is suggested in the first step in order to improve the knowledge and knowledge of the authorities and their committees, then codification of the effectiveness indicators of ethics committees, after that implementation of registration system and electronic evaluation of legislations, in the later stages, localization of practical programs tailored to the cultural - cultural context of cities should be reviewed and action .Supply of sufficient financial resources and human resources and the design of continuous monitoring and evaluation system is also necessary for program efficiency.

Keywords: professional ethics, ethics committee, health network, Isfahan province, policy brief

Citation: Torkian S, Shahriari M, Tanhaei H, Galehdari H, Hajari A. **Quantifying the Approvals and Practices of Ethics Committees in Health Networks: Policy Strategies.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(861): 695- 700.

1- Nutrition and Food Security Research Center, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Department of Infectious Disease Prevention and Control, Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Vice President of University Health, Head of Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Student Research Committee, Department of Infectious Disease Prevention and Control, Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Abolfazl Hajari, Student Research Committee, Department of Infectious Disease Prevention and Control, Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: Hajari_abolfazl@yahoo.com