

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

公共卫生伦理

2019 年第 1 期

(总第 561 期)

卷首语 新年开春，上海市卫生健康委员会科教处张勘处长为广大读者送来了新年贺词。本期重点关注公共卫生伦理专题，分析了我国公共卫生监测中的伦理问题；分别从伦理委员会和研究者的视角，归纳了公共卫生研究项目伦理初始审查的现状；探讨了公共卫生伦理认知偏差的路径建构与治理方向；阐述了公共卫生伦理学的主要问题与核心价值。



上海市卫生健康发展研究中心
上海市医学科学技术情报研究所

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2019 年第 1 期 (总第 561 期)

2019 年 1 月 25 日

主 管

上海市卫生健康委员会

主 办

上海市卫生和健康发展
研究中心 (上海市医学
科学技术情报研究所)

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编: 200031

电话: 021-33262063

021-33262061

传真: 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址:

www.shdrc.org

刊 名 题 字: 王道民

主 编: 邬惊雷

衣承东

常务副主编: 张 勘

副 主 编: 王剑萍

黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

编 辑: 王 莹

校 对: 周清茨

周 娜

目 次

新年寄语..... (1)

专题研究

公共卫生监测中的伦理学问题

..... 程华, 祖平, 周磊明, 等 (2)

公共卫生研究项目伦理初始审查现状分析

..... 祖平, 吴悦, 刘览, 等 (6)

公共卫生伦理认知偏差的路径建构与治理方向探讨

..... 吴悦, 祖平, 肖萍, 等 (13)

公共卫生伦理学的主要问题与核心价值

..... 张雷, 郝纯毅, 廖红舞, 等 (21)

科教动态

上海获 2018 年国家科技奖励情况简析 (25)

新年寄语

一元复始，万象更新，转眼之间我们迎来了 2019 年。值此岁末年初、辞旧迎新之际，我谨代表上海市卫生健康委员会科教处向奋战在医学科教管理岗位的全体同仁致以最诚挚的节日问候和新年祝福！

过去的一年，是积极进取的一年。2018 年，科教处在市卫生健康委党政领导的带领和帮助下，在全行业科教管理队伍的支持和配合下，积极推进医学科技创新体系建设。打造再生医学与干细胞研究、分子医学与主要肿瘤精准干预应用研究协同创新集群，试点项目负责人轮值制，不断探索医学研究新模式；开展智慧医疗专项研究计划，不断深化产学研融合，提升健康产业能级。完成医学科技创新发展“十三五”规划中期评估，确保各项指标和任务的完成。加强医学人才队伍建设，完成医疗卫生高层次人才、青年人才评价机制研究调研报告；遴选了上海市卫生系统 41 位百人计划和 62 位优青计划培养对象。经卫生平台推荐，有 16 位医学人才入选上海领军人才计划，11 位青年人才入选上海市青年拔尖人才开发计划。完成第四轮公共卫生三年行动计划重点学科和高端海外研修团队终期验收评估，打造了公共卫生学科人才高地，提升公共卫生国际影响力和竞争力。不断加强医学科技支撑管理工作，围绕进口博览会，组织开展实验室生物安全培训、应急演练和督查整治等工作，牢牢守住安全稳定的底线；加强知识产权管理和培训，加大医疗机构专利管理与科研人员开展专利成果转移转化工作，形成专利研发、转化、保护和管理的联动；加强医学伦理和科研诚信建设，开展机构伦理委员会能力建设培训和医学伦理督导，探索区域伦理委员会建设。积极稳妥地开展医学教育工作，完善医学教育体系；继续做好住院医师和专科医师规范化培训；启动开展疾控机构公共卫生医师规范化培训试点工作；扎实有效开展继续医学教育工作。正是多年学科人才建设和科技创新的积淀，2018 年国家科学技术奖上海市共有 10 项牵头完成的医学成果获奖，约占所有医学类奖项总数的 38.5%；2018 年中华医学科技奖上海市有 17 项成果获奖，约占获奖总数的 18.6%。

2019 年，我们将迎来祖国 70 周年华诞。我们将在科创中心背景下进一步大力推进队伍建设和医学科技创新，探索开展研究型医院建设。同时进一步完善住院医师和专科医师规范化培训工作，开展疾控机构公共卫生医师规范化培训试点工作。

2019 年，我们将满怀憧憬，积聚力量，扎实工作，锐意进取，以更加开阔的视野和更加执着的努力，向着更高更远的目标迈进，开创更加美好的明天！衷心祝愿大家在新的一年里身体健康，工作顺利，阖家幸福！



上海市卫生健康委员会科技教育处 张勤

二〇一九年一月

《专题研究》

公共卫生监测中的伦理学问题

程华 祖平 周磊明 周鑫 潘启超

上海市疾病预防控制中心, 200336

【摘要】 根据公共卫生实践的功能、作用及特征, 进一步阐明公共卫生实践中需要贯彻实施的伦理学原则; 对公共卫生伦理学和医学伦理学进行比较, 突出公共卫生伦理学不仅需要遵循“个体”伦理的原则, 还应考量其“人群”特征所产生的“人群”伦理原则。文章重点介绍美国公共卫生实践遵循的 12 条伦理原则和世界卫生组织发布的公共卫生监测的 17 条伦理准则, 最后阐述随着我国新的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》颁布, 伦理学问题不仅仅局限在科学研究领域, 也同样普遍存在于公共卫生监测等实践领域, 作者呼吁非常有必要建立适合我国国情的公共卫生监测伦理法则以便与国际接轨。

【关键词】 公共卫生; 监测; 伦理学; 准则

1 基本概念

公共卫生监测是指在公共卫生实践中为了预防和控制疾病、伤害和其他健康问题, 持续、成体系地收集健康相关信息, 对其进行分析和解释, 并发放给相关的机构、组织和人员, 以便科学地采取有效的防治措施的过程。在疾病预防控制实践中, 只有对目标健康问题实施监测, 才能知晓目标问题的严重程度, 才能判断是否需要采取相应的公共卫生措施予以干预, 干预有效性也需要通过监测系统才能得以反馈, 以便考虑是否需要调整相应的措施。公共卫生监测系统是一个基线评估、建立、运行、再评估的螺旋式前进过程, 通过监测系统评估外部公共卫生措施的有效性。因此公共卫生监测是公共卫生实践的重要组成部分和基石, 是一切公共卫生实践的循证基础。开展公共卫生监测是疾病预防控制部门最核心的任务之一。

伦理是指人们处理各种社会关系时应该遵循的具体行为准则, 包括行为准则的推导和制定。道德是伦理的精神基础, 伦理学则是道德现象作为研究客体, 研究道德和伦理相关问题 (包括理论和实践) 的学科, 因此伦理学是对伦理和道德的系统研究, 是理论化和系统化的伦理。

2 公共卫生的内容及其伦理学问题

公共卫生监测是公共卫生实践的重要组成部分, 1920 年 Winslow 将公共卫生阐述为“公

公共卫生是一门科学也是一门艺术,它通过组织有序的社会各方有效努力已到达预防疾病,延长寿命和促进躯体健康,利用社会机器等有效手段确保社会中的个体维持健康的状态”。美国医学研究所(Institute of Medicine, IOM)将公共卫生的定义为“社会作为一个整体,集中所有力量确保人群的健康”。从两者的定义中可以看到公共卫生高度社会性的特征,不仅表现在公共卫生需要高度的社会参与性,即社会各个阶层和组织都是公共卫生的承担者,同时公共卫生关注的客体是人群(population),不是个体(individual)。1994 年^[1]美国公共卫生常务委员会将公共卫生的功能总结为十个问题:(1)包括监控健康状态识别社区健康问题;(2)诊断和调查社区健康问题和健康危险;(3)对人群的告知和教育健康相关问题;(4)动员社区成员识别和解决健康问题;(5)开发政策和计划支持社区和个人的健康努力;(6)加强立法和制定规章制度保护健康和安全;(7)让个人必需的卫生服务可以,确保卫生服务的合理分配;(8)确保公众卫生服务满意度和卫生人力资源;(9)评估以人群为目标的公共卫生服务的可及性、有效性和服务质量;(10)开展有关健康问题的研究和创新。2002 年^[2]美国公共卫生领导者协会针对美国的公共卫生实践服务,总结出被美国公共卫生机构和人员广泛接受的公共卫生实践 12 条伦理准则,包括(1)公共卫生的主要和基础任务是阐述疾病发生的原因和防治出现不良健康结果的措施;(2)公共卫生必须通过尊重个人人权达到社区健康的目标;(3)公共卫生的政策、项目和优先权在开发和评估过程中确保社区成员能够参与的机会;(4)为确保必需卫生资源和条件的可及,公共卫生应该提倡为那些没有投票选举机会的社区成员获得权利并提供服务;(5)为保护和促进,公共卫生应该收集促进政策和项目有效执行的必要信息;(6)在实施卫生政策和项目时,公共卫生机构应该为社区提供有助于社区做出决定的必要信息,同时也要获得社区的知情同意;(7)公共卫生机构在资源允许范围内应能够快速反应;(8)公共卫生项目和政策制定应该考虑到各种各样的方法,这些方法不仅能估计,也能尊重社区不同的价值观、信仰和文化等方面问题;(9)公共卫生项目和政策应该在能够改善自然和社会环境的方式去执行;(10)公共卫生机构应该保护信息隐私,隐私信息的公开化能够对个人或社区带来伤害,特殊例外情况必须在对个体或社区是否造成伤害可能性的基础上进行充分解释;(11)公共卫生机构确保员工的满意度;(12)为获得公众的信任度和保持机构的高效性,公共卫生机构和员工必须紧密合作和相互附属。以上 12 条原则在美国的公共卫生高等教育和继续教育作为伦理学必修内容之一。

3 公共卫生伦理学和医学伦理学的关系

西方国家有专家^[3]提出医学伦理学的定义为对医学实践相关可接受的行为规范的研究。孙慕义等^[4]将医学伦理学定义为是运用伦理学的理论、方法研究医学领域中人与人、人与社会、人与自然关系的道德问题的一门学问,主要用于解决医疗卫生实践和医学发展过程中的医学道德及其想象的学科,是医学的组成部分,是伦理学的一个重要分支。根据美国疾病预防控制中心的定义,公共卫生伦理学是在伦理学原则、社会价值观以及科学和其他信息基础上对公共卫

生实践进行说明、优化和解释的系统过程。从定义上来说,医学伦理学和公共卫生伦理学有很大的交叉,虽然两者的研究主体都是“人”,但是公共卫生的对象不仅仅是个人,还是具有一定数量的“人群”。公共卫生实践中所遵循的伦理学原则除了遵循“个人”原则以外,必须考虑“人群”原则,如人群/社区尊重原则、人群/社区公平性原则、人群/社区最优化原则、人群/社区不伤害原则、人群/社区知情同意等。由于公共卫生实践本身具有追求集体利益、关注预防、政府和社会行为、以有效性为导向四个特征,决定了公共卫生实践在其他方面的伦理学特性。

4 公共卫生监测中的伦理学问题

公共卫生监测在美国公共卫生功能中被列在首项。公共卫生监测的核心是收集健康相关信息,但是由于其持续性、系统性、反馈性和行动性使公共卫生监测与公共卫生传统性调查显著不同。疾病预防控制机构往往是公共卫生监测的技术支持机构,负责监测系统的设计、运行、质控、数据处理和报告等职能,但在公共卫生监测系统中可能有其他医疗机构或非医疗机构参与监测数据的收集。例如传染病的被动监测由各级医院承担传染病的发现和报告,而学校儿童缺勤监测系统则由学校负责报告。

公共卫生监测的对象因监测目的不同而不同,各种疾病的监测对象是人群,而危险因素的监测可能是人群,也可能是自然或社会环境的某类物质、现象。各种疾病发病率的监测主体就是人群,对空气污染的监测就是空气的组成成分的监测,对水质的监测就是对水的物理性状或化学成分的监测。因此涉及监测人群的公共卫生监测必然要符合公共卫生实践基本伦理原则,同时还要符合监测系统本身的设置原则。

国际上关于公共卫生监测相关伦理学问题的文献比较有限,部分文献集中于监测过程中数据的收集、储存、使用以及分享。随着公共卫生实践的发展,公共卫生监测的范畴以及监测的数据收集类型和数量也越来越广泛。迄今为止国际和国内出现多起监测数据的不当使用,监测中敏感个人信息的泄露、监测对象拒绝参加监测等事件发生。世界卫生组织于2017年发布《公共卫生监测中的伦理问题指南》^[5],帮助政府和机构正确制定公共卫生监测体系。在指南中推荐了在公共卫生监测中应遵循的17项法则,分别是(1)在公共卫生优先性基础上,国家有义务开发合适的、可行的以及持续的公共卫生监测系统,该系统在数据收集、分析、使用和发布方面必须有清晰的目的和计划。(2)国家有义务开发合适的、有效的机制来确保监测符合伦理学要求。(3)监测数据的收集必须只用于合法的公共卫生目的。(4)国家有义务确保被收集数据的质量,包括时效性、可靠性和有效性。(5)公共卫生监测的规划必须接受透明的政府指导。(6)国际组织有义务支持缺乏资源的政府实施监测。(7)在监测的规划、实施和数据利用时要发挥国际组织的作用。(8)在监测实施之前,有关伤害的风险必须被认识、评估和最小化,对伤害的监控必须是持续的,一旦被发现就应采取有效措施予以降低。(9)如果个体或者人群易感于疾病、伤害或不公正,则需要特别的仔细审核,避免强加于不必要的额外负担。(10)拥有监

测数据的政府或者其他组织必须确保数据的安全性。(11) 在某些特殊情况下, 姓名和身份标识的数据收集是正当的。(12) 当监测中需要可靠有效并且完整的数据资料时, 同时相关的数据保护措施到位的条件下, 独立的个体有义务承担公共卫生监测职责, 可以免除知情同意书的签署。(13) 监测结果必须有效地传递给相关目标 (人或机构)。(14) 在合适的保证和说明前提下, 承担公共卫生监测的机构有义务与其他国内外公共卫生机构分享监测数据。(15) 在公共卫生应急情况下, 所有的监测相关机构必须快速分享数据。(16) 在合适的保证和说明前提下, 公共卫生机构可以将监测数据用于研究目的。(17) 不能将标识个人身份的监测数据与公共卫生无关机构共享。

5 结语

总之, 公共卫生实践中最基础、最重要的内容是开展公共卫生监测, 监测是公共卫生实践的起点并呈螺旋式推进, 在公共卫生监测体系的建设过程中, 卫生行政机构和业务部门必须将其伦理学问题作为公共卫生监测评估的内容之一, 并且应该在公共卫生监测执行之前予以审核。国家卫生和计划生育委员会于 2016 年 10 月发布了《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》(以下简称“办法”), 进一步规范了我国涉及人的生物医学研究伦理审查流程, 但该“办法”的适用范围明确指出是“医学研究”, 并不适用于广泛的公共卫生实践活动。尽管很多公共卫生实践活动和公共卫生科学研究的界限不是特别的明显, 但公共卫生监测在特定的情况下很有可能是一项观察性的科学研究, 因此在公共卫生监测设计中如果事先按照相关伦理学审查的要求进行评估, 一方面避免监测活动中有悖于伦理学的事件发生, 同时也能避免将监测数据利用于科学研究所带来的伦理学风险。目前我国在公共卫生领域还缺乏相应的公共卫生实践伦理学准则和公共卫生监测伦理学准则, 大多数公共卫生机构所属的伦理审查委员会根据“办法”重点局限于对公共卫生领域中涉及的“医学研究”进行伦理学审查, 这可能会对我国公共卫生监测的国际接轨产生不利的影响。

参考文献

- [1] Reis A. Public Health Ethics : Cases Spanning the Globe[M]. Berlin : Springer International Publishing, 2016.
- [2] Public Health Leadership Society. Principles of the ethical practice of public health[M]. America : The Society, 2002.
- [3] Snyder JE, Gauthier CC, Tong R. Evidence-based medical ethics : cases for practice-based learning[J]. Mayo Clinic Proceedings, 2009, 84(8) : 758-758.
- [4] 孙慕义. 医学伦理学 [M]. 北京 : 高等教育出版社, 2008.
- [5] WHO. WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance [M]. Geneva : World Health Organization, 2017.

公共卫生研究项目伦理初始审查现状分析

祖平 吴悦 刘览 胡逸欢 庄宇 肖萍

上海市疾病预防控制中心, 200336

【摘要】目的：为了解公共卫生研究的受试者权益是否得到有效保护，对机构开展的公共卫生研究项目伦理初始审查材料进行分析。**方法：**采用现场调查法，对 2011—2016 年期间机构开展的伦理审查项目存档资料进行评估，对问题的原因进行深入分析。**结果：**受理的伦理审查项目以申报局级、流行病学学科类项目为主，超过一半以上项目受试者包括弱势群体。初始审查一次性通过率为 32.5%，修改意见中知情同意书修改的比重高于研究方案。知情同意书的主要问题集中于研究内容告知、语言表达、风险考虑方面，主要原因包括“表达不充分”、“语言专业化”和“要素不完整”。**结论：**受试者的保护仍需要研究者和伦理委员会能力的共同提高，加快公共卫生伦理理论发展和完善审查规范建设，强化信息安全管理，加强对年轻科研人员的伦理培训以及机构伦理委员会的能力建设。

【关键词】 公共卫生研究；知情同意；隐私保护；初始审查

前言

21 世纪以来，公共卫生伦理的研究已经成为生命伦理学的一个重要议题。自 2003 年 SARS 爆发，我国公共卫生突发事件的伦理问题开始引起密切关注，既有个人自由权利与公共善之间的冲突，又有个人的知情同意权是否应得到尊重的问题。公共卫生是一门通过有组织的社区活动来预防疾病、延长生命及促进心理和躯体健康，并能发挥个人更大潜能的科学和艺术^[1,2]，因而公共卫生伦理需要从人群的视角进行判断、分析^[3]。

公共卫生伦理是“人类在人群中促进健康、预防疾病和伤害的行为规范”^[4]。与医学伦理学和生命伦理学的发展相比较，公共卫生领域的伦理理论发展和规范建设仍比较滞后。为保护受试者的权益和健康，公共卫生研究开展之前同样需要进行伦理审查，但审查时需依据的伦理学原则仍然是在探讨和研究的问题^[5]。伦理委员会和研究者在实践和研究中普遍遵循着从医学伦理学中“拿来”的原则^[6]，如纽伦堡法典和赫尔辛基宣言中的自主、不伤害、利他和公正等基本伦理原则。

上海市在伦理规范建设方面走在全国前列，出台了首个伦理审查地方标准，对公共卫生机构的伦理审查发挥了指导性作用，但上述原则和规范对公共卫生研究的针对性和适用性还不够

强,实践中机构伦理委员会和研究者面临具体问题时往往缺乏参考依据,如知情同意、隐私保密、社区伙伴关系等均有别于临床研究。本文对公共卫生机构的公共卫生研究项目伦理初始审查意见进行分析,分别从伦理委员会和研究者的视角总结归纳,为我国公共卫生领域的伦理审查规范建设提供科学依据。

1 资料与方法

本文采用现场调查法,对 2011—2016 年期间机构开展的伦理审查项目存档资料进行评估,通过文献归纳和现场调查评估总结,对问题的原因进行深入分析。

2 结果

2.1 项目基本情况

2011—2016 年机构伦理委员会共对 163 项研究项目开展初始审查,整体来看数量持续上升,2013 年最多,达 41 项,占 25.2%;项目级别分为国家级、省部级、局级、国际合作和其它等,以局级为主,占 58.3%,其次是国家级,占 23.9%;项目以牵头实施、企业委托、政府委托、合作研究等方式完成,其中牵头实施项目居多,达 76.7%;项目主要在申报和立项两个阶段提出伦理审查申请,有 76.1% 的研究项目在申报阶段提出申请;20.2% 的申请项目利用机构常规监测(检测)工作收集的数据(样本)开展研究;涉及弱势人群的研究项目占 55.8%;初始审查一次性通过率仅为 32.5%,修改后同意的项目占 63.8% (表 1)。

表1 2011—2016年伦理初始审查项目基本情况

	2011 年		2012 年		2013 年		2014 年		2015 年		2016 年		合计		
	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	项目 数	比例 (%)	
项目级别	国家级	2	14.3	8	40.0	10	24.4	7	24.1	7	26.9	5	15.2	39	23.9
	省部级	0	0.0	2	10.0	0	0.0	0	0.0	1	3.8	5	15.2	8	4.9
	局级	9	64.3	8	40.0	30	73.2	16	55.2	16	61.5	16	48.5	95	58.3
	国际合作	1	7.1	0	0.0	1	2.4	3	10.3	1	3.8	2	6.1	8	4.9
	其它	2	14.3	2	10.0	0	0.0	3	10.3	1	3.8	5	15.2	13	8.0
项目类型	牵头实施	11	78.6	18	90.0	36	87.8	21	72.4	22	84.6	17	51.5	125	76.7
	企业委托	1	7.1	1	5.0	0	0.0	2	6.9	1	3.8	2	6.1	7	4.3
	政府委托	1	7.1	0	0.0	2	4.9	4	13.8	2	7.7	10	30.3	19	11.7
	合作	1	7.1	0	0.0	3	7.3	2	6.9	1	3.8	1	3.0	8	4.9
	其它	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	9.1	4	2.5
项目阶段	申报	12	85.7	18	90.0	36	87.8	18	62.1	22	84.6	18	54.5	124	76.1
	立项	2	14.3	2	10.0	5	12.2	11	37.9	4	15.4	15	45.5	39	23.9
是否使用监测数据或 库存样本	是	1	7.1	4	20.0	5	12.2	8	27.6	5	19.2	10	30.3	33	20.2
	否	13	92.9	16	80.0	36	87.8	21	72.4	21	80.8	23	69.7	130	79.8
是否涉及弱势群体	是	9	64.3	7	35.0	28	68.3	16	55.2	14	53.8	17	51.5	91	55.8
	否	5	35.7	13	65.0	13	31.7	13	44.8	12	46.2	16	48.5	72	44.2
评审结论	同意	1	7.1	7	35.0	18	43.9	7	24.1	13	50.0	7	21.2	53	32.5
	修改后同意	13	92.9	13	65.0	22	53.7	19	65.5	12	46.2	25	75.8	104	63.8
	修改后再审	0	0.0	0	0.0	1	2.4	3	10.3	1	3.8	1	3.0	6	3.7
	不同意	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	合计	14	10.8	20	15.4	41	31.5	29	22.3	26	20.0	33	20.2	163	100.0

评审项目按学科分类, 以流行病学居多, 占 52.8%, 其次是卫生检验学。公共卫生研究与常规疾病预防控制工作密不可分, 研究与实践相结合, 仅靠传统的学科分类, 难以全面反映各家机构的研究特色, 对流行病学学科的审查项目进一步按涉及的业务领域进行分类, 其中传染病防控项目占 45.3%, 慢性病防控和计划免疫项目也均超过 20% (表 2)。

表2 2011—2016年伦理初始审查项目流行病学项目分类

流行病学的专业分类	项目数	比例 (%)
传染病防控	39	45.3
慢性病防制	28	32.6
计划免疫	18	20.9
伤害预防	1	1.2
合计	86	100.0

2.2 初始审查中的常见问题

初始审查材料包括研究方案和知情同意书。在 163 个申请伦理审查的项目中, 有 27 个项目的研究方案被伦理委员会委员提出修改意见, 占审查总数的 16.6%。其中最常见的问题出现在试验设计这一审查要素, 其次是受试者纳入与排除标准。

伦理审查时, 利用机构常规监测 (检测) 工作收集的数据 (样本) 开展研究的项目往往会提出免除知情同意的申请, 对此类 26 个项目仅审查研究方案, 因此审查材料包括知情同意书的项目为 137 个, 其中 105 个 (占 76.6%) 项目的知情同意书存在问题, 主要集中于研究内容告知、语言表达、风险考虑等几个审查要素方面 (表 3)。

表3 研究方案和知情同意书中的常见问题

审查材料	审查类别	审查要素	存在问题 项目数	占比 (%)
研究方案	研究设计	与研究目的有关的研究设计和对照组设置合理	16	9.8
		试验组和对照组设置合理	2	1.2
		受试者纳入与排除标准合理	9	5.5
知情同意书	研究目的	与研究方案一致	10	6.1
	研究内容	与研究方案一致	40	24.5
	保密性	保护受试者隐私	15	9.2
	权利	尊重自主选择 and 自主行动	2	1.2
	风险	预测与研究相关的风险和不适, 并采取措施	19	11.7
	补偿		8	4.9
	获益	告知研究给受试者带来的受益	21	12.9
	设计	签名栏设计合理、完整	16	9.8
		联系信息	10	6.1
		涵盖所有应告知对象	5	3.1
	语言表达	表达真实、准确, 易于受试者理解	36	22.1

2.3 知情同意书中主要伦理问题分析

初始审查结果统计分析发现,知情同意书存在的问题是影响审查结论的主要因素,笔者通过对伦理委员会委员提出的修改意见进行归类总结,深入分析知情同意伦理审查中存在的主要问题。

2.3.1 告知不充分

知情同意书对研究内容(包括干预措施、体格测量、生化检查内容的总量、频次、相关措施或检查的实施人员和机构等)的基本流程未作清楚全面地阐述或描述,与研究方案不一致。例如,知情同意书仅描述对受试者开展体格测量,未告知具体测量内容;研究空气污染对人群健康影响,仅告知受试者开展肺功能检查,未明确检查场所以及随访的持续时间;对妊娠期糖代谢异常的风险性研究,需采集受试者的空腹静脉血,但在知情同意书中没有明确地告知。这些均违背了充分告知的伦理原则,最终造成受试者利益受到损害,权益得不到充分保障,同时也不利于受试者对研究的充分配合,从而影响研究的可行性和科学性。

2.3.2 语言专业化

知情同意书文字照搬研究方案,如研究目的、研究内容、受益方面等内容的描述过于专业;涉及国际合作的项目,研究者直译英文版知情同意书,语言生硬,使得受试者不能充分理解相关信息;针对特殊受试者开展的调查,未能从受试者角度考虑其情绪感受,例如,一项以大肠癌患者为调查对象的研究,知情同意书中使用“恶性肿瘤”等字眼,容易引起受试者不舒适的情绪;部分知情同意书存在诱导性语言,夸大研究给受试者带来的受益,如提供“治疗措施”、“为临床诊断提供依据”等。此外,针对研究的不同分组人群,未能提供个性化的知情同意书版本,如电话采访的受试者、采血和未采血的受试者、接受干预和未接受干预的受试者等。

2.3.3 要素不完整

知情同意书描述的要素不完整。部分知情同意书未体现对受试者隐私采取的保密措施,或者措施描述不具体,对需要保密的信息范围界定含糊、不够全面。

研究的干预措施中研究者可能会将研究者以外的第三方机构的产品提供给受试者使用,例如,对糖尿病患者进行运动干预的研究,受试者需佩戴仪器运动记录器,实时监测运动状况。研究者与第三方机构间未加强信息安全约定,给受试者隐私泄露带来隐患。

知情同意书中缺少对研究可能带来的风险或不适的描述,常见于抽血、采集咽拭子等试验设计的研究。有的仅简单描述不良反应概率极低,如收集部分肠道脱落细胞,使受试者不能充分了解试验风险,违背了科学研究的基本伦理道德^[7]。部分研究忽视对心理或精神伤害风险的考虑,例如,对青春期学生开展性发育与代谢综合征诱发因素相关性研究,对超重、肥胖中小学生采取的干预措施,对传染病患者及其家属开展调查等,类似这样的研究在现场实施过程中易对受试者带来“标签化”的外在负面效果。

以未成年人为研究对象的项目知情同意书常常出现相关签字人设置遗漏的问题。根据《未成年人保护法》和《涉及人的生物医学研究伦理审查规范》规定要求,以未成年人为研究对象,除需要监护人签字以外,“如果受试者是已经具备做出决定能力的未成年人(如10岁以上的未成年人),应同时获得其认同^[8]。”

3 讨论

3.1 研究者对项目伦理及审查的责任意识淡薄

机构申请伦理审查的项目以局级为主, 超过总数一半以上, 其次是国家级, 而其他级别的项目伦理审查并不多见。究其原因, 一方面与项目资助机构要求密切相关, 如国家自然科学基金委于 2007 年明确指出流行病学研究要遵循伦理规范^[9], 上海市卫生健康委员会 (原上海市卫生和计划生育委员会) 要求科研项目申报阶段必须提供伦理审查批件。硬性伦理审查要求, 促成了课题申请者及机构对伦理审查的重视; 另一方面, 在没有硬性伦理审查要求的前提下, 大多研究者并不会自主申请项目的伦理审查, 足可见研究者对项目伦理及审查的责任意识淡薄。

公共卫生研究项目的对象是全人群, 伦理审查有关于社会道德层面, 各级别研究课题都应强化项目的伦理审查要求。研究机构也需采取措施加强研究者伦理及审查的责任意识。与其它级别科研项目相比, 局级科研项目往往更倾向于资助年轻科研人员, 成为科研人员的“第一桶金”, 科研人员通常是第一次经历伦理审查申请。建议重点开展对青年科研人员的伦理培训, 可将培训作为入职人员的必修课, 从源头上强化他们的伦理意识, 从而提高申报材料的质量和审查效率。

3.2 知情同意书质量是影响初始审查结果的主要因素

初始审查项目的评审结论分析结果提示, 初始审查一次性通过率较低的项目研究方案存在问题的项目数远低于知情同意书, 可能与申请伦理评审的项目以申报居多, 而机构对申报项目的学术评审往往先于伦理评审, 因此已经通过学术委员会专家评审的研究方案其研究的科学性和创新性存在问题较少。

对知情同意书常见问题出现的原因进行深入剖析提示, 除了研究者对伦理知识掌握不够全面以及对审查重视度不够 (如充分告知、避免用专业化术语描述等), 公共卫生研究领域伦理原则和审查规范缺乏也是重要的影响因素。公共卫生研究项目涉及学科广泛, 研究关注的健康影响因素既包括生物因素还包括社会、经济、心理因素等, 形式上以大规模的行为调查为主, 实验研究采取的措施以非侵入性为主, 带来生理性伤害的可能较低, 这些对研究者的伦理判断能力和对伦理委员会的伦理审查能力都具有非常大的考验。有别于医学伦理学主要反映微观层面上特殊患者或少数特殊的医学问题^[10], 需要从更加宏观的角度对整个人群健康伦理和公平性予以关注, 平衡研究受益与风险, 尤其是研究可能带来的生理风险以外的风险考量, 如精神或心理影响、行为自由等。近 5 年审查项目中超过 50% 的项目为流行病学研究为主, 伦理委员会审查要素时缺乏对知情同意获得方式以及研究者与社区之间伙伴关系的关注, 这些都是影响知情同意原则的重要因素^[11]。从知情同意书存在的伦理问题显著高于研究方案的结果提示, 应加快完善公共卫生研究领域的知情同意原则的相关审查规范。

3.3 忽视受试者隐私保护的现象仍然存在

申请伦理审查的项目中仍有 10.9% 的项目研究者未意识到应保护受试者隐私或采取的保护措施不够完善。以人群作为研究对象的公共卫生项目, 研究产生的信息量巨大。本次调查结果

显示,超过一半以上的项目以弱势群体为研究对象,从专业分类以传染病防控居多,除了涉及个人可识别的一般性信息,还包括传染病患病的敏感信息,甚至可能涉及吸毒、性取向等更加隐秘的个人信息,因此受试者常规信息以外的患病等信息更加敏感,一旦泄露将对已受疾病伤害或处于弱势地位的受试者及其家属带来心理和精神伤害,如就业歧视、家庭破裂等方面^[12]。近年来,国内频繁暴露的信息泄露事件已经敲响了警钟。因此,保护受试者的个人隐私就是一项重要的伦理要求^[13]。公共卫生部门负有法律和伦理的责任来维护参与个体的利益,机构应加强对信息安全管理^[14]。

随着健康中国上升为国家战略,医疗卫生服务越来越强调对生命全周期的健康管理,从单纯的疾病诊治转向综合性的健康干预和健康管理,凸显公共卫生工作和研究的重要地位,因此最大限度地保护研究受试者的安全和权益成为机构伦理委员会和研究者共同面临的挑战^[15]。在借鉴国际公共卫生伦理准则的基础上,结合我国公共卫生的特色,不断发展公共卫生领域的伦理理论和准则,完善审查规范建设,更好地指导公共卫生研究开展。同时普及伦理知识宣传教育,强化信息安全管理,加强对科研人员的伦理培训以及机构伦理委员会的能力建设,尤其是机构新进人员和首次申报科研项目人员,提高伦理意识,将公共卫生研究的结果惠及民众,提高全民健康素养,最终实现健康中国的战略目标。

参考文献

- [1] 傅华.新公共卫生与21世纪人群健康策略[J].上海预防医学杂志,2001,13(1):6-8.
- [2] C.-E. A. Winslow. The Untilled Fields of Public Health[J]. Science. 1920. 51(1306):23-33.
- [3] 江芹,胡善联.公共卫生领域中的伦理学[J].中国医学伦理学,2003,16(87):11-12.
- [4] 邱仁宗.公共卫生伦理学刍议[J].中国医学伦理学,2006,19(1):4-9.
- [5] 丛亚丽.公共卫生伦理框架初探[J].中国医学人文评论,2008:54-59.
- [6] 王丽,张新庆,邱仁宗.我国流行病学研究中若干伦理问题探讨[J].中国医学伦理学,2011,24(3):344-345.
- [7] 全婷,曾代文,杨友松等.临床试验伦理委员会初始审查中的主要问题[J].中国医学伦理学,2015,28(1):47-49.
- [8] 上海市质量技术监督局.DB31/T899-2015.涉及人的生物医学研究伦理审查规范[S].上海,2015-03-27.
- [9] 崔凤梅,丁艳华,张作文.2007年国家自然科学基金流行病学领域评审资助情况[J].中华流行病学杂志,2007,28(12):1234-1237.
- [12] 张琳,李国红,郑志杰.公共卫生伦理学简论[J].生命科学,2012,24(11):1346-1347.
- [13] 张晓方.流行病学研究中常见的伦理学问题[J].中国医学伦理学,2006,19(5):108-109.
- [14] 翟晓梅.公共卫生的特征及其伦理学问题[J].医学与哲学(人文社会医学版),2007,28(11):21-23.
- [15] 宋怀琼,祖平.如何走出公共卫生的伦理困境.健康报,2017-11-03.

公共卫生伦理认知偏差的路径建构与治理方向探讨

吴悦 祖平 肖萍 胡逸欢 庄宇 刘览 宋耀君

上海市疾病预防控制中心, 200336

【摘要】 在生命科学领域, 公共卫生是覆盖全人群健康的社会活动, 既要着眼于科学研究, 又要立足于社会实践, 而公共卫生伦理是用来规范公共卫生从业人员的科研和实践活动。在宏观环境和组织环境的影响下, 从业人员对公共卫生伦理的认知影响着其公共卫生科研与实践中的决策与行为, 因此文章以“环境与个人特征—认知偏差的形成—对决策与行为的影响”为逻辑框架, 详细建构并阐释出公共卫生伦理认知偏差的路径。最后, 基于相关变量的可干预程度和基于信息学视角的认知偏差形成过程提出公共卫生伦理认知偏差的治理方向。

【关键词】 公共卫生伦理; 认知偏差; 有限理性

世界卫生组织长期沿用美国 Winslow 教授对公共卫生的定义^[1], 认为“公共卫生是通过有组织的社会努力来预防疾病、延长寿命、促进健康和提高效益的科学与实践。”基于此, 公共卫生既着眼于“科学”, 是一个建立在可检验的解释和对客观事物的形式、组织等进行预测的有序的知识系统^[2]; 又着重于“实践”, 是人类能动地维护和促进自身健康的社会性活动。因此, 公共卫生从业人员既有着着眼于“科学”的研究者, 又有着着眼于“实践”的业务工作者。随着社会对生命科学伦理的愈加重视, 医学伦理得到了国内外生命科学研究者的共同关注, 并延伸至人体临床试验伦理、动物试验伦理等不同的维度。然而目前在公共卫生领域的相关研究仅集中于伦理概念框架与边界研究, 鲜有探讨公共卫生从业人员对研究与实践中所涉及伦理问题的认知程度及其相关因素。此外, 认知偏差是体现主体对客体的认知偏离一定轨道的概念集合体, 相关研究广泛分布在社会学、心理学、精神病学、管理学与情报学等各个学科中, 却鲜有在公共卫生领域中有涉及。综上, 本文在文献阅读的基础上, 结合工作经验, 从因果逻辑模型出发, 从认知偏差的相关变量、形成过程与影响 3 个角度, 将公共卫生从业人员对伦理的认知偏差进行路径建构, 并基于相关变量的可干预程度和认知偏差形成的过程, 初步探讨公共卫生伦理认知偏差的治理方向。

1 概念界定

1.1 公共卫生伦理

目前, 社会上对公共卫生伦理并没有广泛认可的统一的概念界定, 而公共卫生伦理学的学

科内涵界定已发展得较为成熟。对于公共卫生伦理学, Anthony SK^[3] 从基于道德视角审视公共卫生领域的问题、生物医学伦理学的分支、在公共卫生领域对伦理学的拓展 3 个角度, 对公共卫生伦理学提出了概念界定, 很好地概括了国际上对公共卫生伦理学的学科定位。在国内, 丛亚丽是较早研究公共卫生伦理问题的学者之一, 她提出公共卫生伦理核心价值内扣公共卫生价值与伦理价值本身, 包括促进健康公平、平衡公共善与个人自由的张力、团结协作等 5 个方面^[4], 同时提出要从公共卫生不同于医学的视角来认识公共卫生伦理学, 即: 聚焦在预防而非治疗; 关心整个人群而非个人等^[5], 为其他学者探讨公共卫生的伦理问题提供了重要的理论支撑。胡晓燕等人^[6] 也提出, 公共卫生伦理学是用来探讨与促进群体健康、预防疾病和伤害行动相关的规范, 并着重强调了群体层面的伦理学问题。上述这些都是从学科研究内容的角度对公共卫生伦理学做出了界定, 但鲜有学者从公共卫生从业人员的主体视角做出公共卫生伦理的定义。1996 年, 美国 Coughlin S 提出“公共卫生执业人员担负着在尊重个人自主权的同时保护公众健康的双重职责”。综上, 本文框定出公共卫生伦理的 3 个特点: 公共卫生伦理涉及到公共卫生从业人员; 公共卫生领域涉及到的伦理问题立足于全人群的健康促进与维护层面; 公共卫生伦理尊重个人自主权与隐私权。

1.2 认知偏差

在 H·Simon 的“有限理性”假设下, 由于认知能力有限、事物情境的不确定以及信息接收处理的不完全^[7,8], 个体对事物的认知和判断会产生与事实、标准或规则间的不一致, 或存在偏离的倾向与趋势, 即个体对事物客体产生了认知偏差^[9,10]。在信息学与情报学中, 信息偏差是指在对外部信息进行识别、编辑、评价等认知活动中系统产生的、有偏于标准理论所定义或预测的心理现象, 是个体的认知局限和认知风格、感觉机制和加工策略、个体动机和情绪情感等因素共同作用的结果^[11]。基于系统论, 认知系统是由认知主体(个体或群体)、认知客体(事物或现象)和认知情境共同组成的^[9]。综上所述, 认知偏差是指在主体与客体共存的认知情境中, 主体在获取与识别、整理与评估客体信息的基础上, 当认知和判断客体时, 与客体实际本身之间存在的某种差别^[12], 或偏离事物发展的客观规律^[7], 或产生非理性的、不合逻辑的某些推论^[13]。

1.3 公共卫生伦理认知偏差

基于上述对公共卫生伦理、认知偏差的概念总结, 本文定义公共卫生伦理的认知偏差为: 在公共卫生领域, 公共卫生从业人员对研究与实践所涉及的伦理问题产生不符合研究与实践初衷的偏离的认知与判断。

2 逻辑框架

因果逻辑是指符合因果关系的逻辑, 用因果逻辑来解释一个事物, 探究某一事物的来源、发展和最终走向。刘中慧^[12] 在分析不同认知偏差与创业新手资源整合行为关系中, 认为决策是连接认知与行为的中介, 并搭建验证了这条作用路径。因此, 以因果逻辑作为本文的逻辑基础, 初步构建公共卫生从业人员对伦理的认知偏差路径。

以因果逻辑为基础, 公共卫生伦理认知偏差, 哲学上可视为一种个体对公共卫生领域中的客观事物或现象所涉及的伦理问题的主观映像, 可以由多样的环境和个人特征等共同促成, 是一种认知与判断事物或现象的结果, 但是, 这种认知偏差又可能影响着个体的决策与行为。因此, “环境与个人特征—认知偏差的形成—对决策与行为的影响” 是本文的逻辑框架 (图 1)。

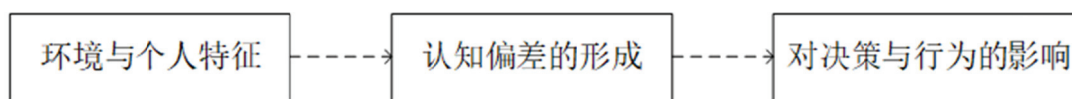


图1 公共卫生伦理认知偏差的逻辑框架

3 路径建构

3.1 相关变量：环境与个人特征

3.1.1 环境

环境影响人对事物或现象的认知与行为, 这是社会学、组织行为学、环境与社会医学^[14]和管理学^[15]等领域的研究共识。基于心理学中的“场依赖性”, 个体对事物或现象的认知也难以摆脱环境因素的影响^[16,17]。倘若以个体为中心圆, 那环境就会形成一个个围绕个体、由内向外的圆环 (图 2)。这类圆环基本可以由内部组织环境、外部宏观环境组成。首先, 公共卫生从业人员作为个体, 处于公共卫生机构之中, 其自身对事物或现象的认知与判断会受到组织文化、组织制度与组织结构的影响; 其次, 公共卫生机构及其从业人员所处的最大环境是外部宏观环境, 政治、经济、社会与文化、技术、人口、地缘、国别与宗教等都会潜移默化地影响着组织机构与从业人员的认知定位与价值判断。

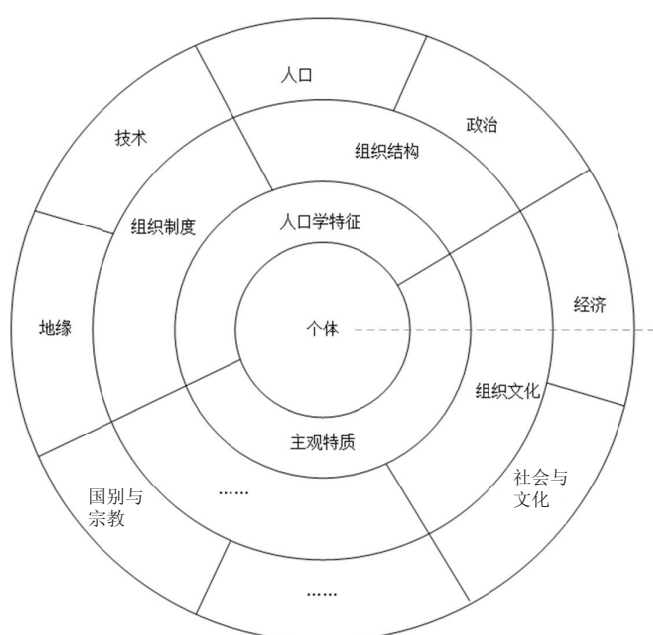


图2 公共卫生伦理认知偏差的相关变量

3.1.2 个人特征

很多研究揭示, 个体的人口学特征、主观特质都会影响人的认知与行为。个体的人口学特征包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、工作年限与职业等; 个体主观特质既有记忆力、观察力、思维能力、注意力、想象力与创造力等智力特质, 也有情感、意志、兴趣、需要、动机、目标、信念、价值观念、角色和知识结构等非智力特质^[18]。以工作年限为例, 对于工作年限不同的公共卫生从业人员, 处理工作任务的熟练程度不同, 遇到公共卫生伦理的频率、对其的思考与认知程度也会不同。因此, 公共卫生从业人员的年龄、性别、文化程度、婚姻状况、工作年限与职业等都会影响其对公共卫生问题、健康问题的认知与判断, 这些同样可能适用于研究与实践相关的伦理问题。此外, 有的从业人员是管理者, 有的是一般从业人员; 有的接受过伦理知识教育或培训, 有的没有接受过……这些个体主观特质也可能会影响公共卫生从业人员对相关伦理问题的认知与判断。综上, 个体人口学特征与主观特质也是促成公共卫生伦理认知偏差的重要相关变量 (图 2)。

3.2 认知偏差的形成过程

对于认知偏差的形成过程, 较为成熟的研究体现在信息学与情报学领域中, 信息收集与处理的每个阶段都可能产生不同类型的认知偏差, 这些阶段有信息采集、信息选择与整合、信息评估与反馈^[18]。而信息又无处不在, 公共卫生也有多种信息。因此, 可以借鉴信息学与情报学对认知偏差形成过程的研究。

首先, 从信息学视角, 公共卫生伦理有关的信息有两类: 一类是公共卫生研究或实践项目的具体信息, 包括研究或实践的覆盖人群与主要内容等; 一类是公共卫生价值与伦理价值信息。这两类信息是公共卫生从业人员自身直接习得的信息。此外, 环境里组织内外他人对公共卫生伦理的认知与态度也可作为公共卫生从业人员间接得到的信息。其次, 基于信息处理阶段, 从业人员对公共卫生伦理的认知与判断可能会形成偏差。由于环境与个人特征的存在, 在信息收集、选择和整合时, 从业人员对于公共卫生项目信息、公共卫生价值与伦理价值信息皆有自身的认知与判断, 结合他人的认知与态度, 最终形成个体认知, 并反馈到个体的决策与行为中。

由于各学科领域对认知偏差的概念界定大相径庭, 认知偏差在类型细分上也各不相同。综观大量文献, 过度自信、锚定效应、从众效应、框定依赖、代表性偏差、易得性偏差是常见的认知偏差类型, 同样存在于公共卫生伦理中 (表 1)。

表1 公共卫生伦理认知偏差常见类型

类型	定义	信息处理阶段
过度自信	公共卫生从业人员非常相信自己的决定，对公共卫生伦理的判断与认知高于或低于其实际情况 ^[19]	信息收集、选择与整合阶段
锚定效应	大多数人倾向于根据已有的伦理价值判断来评估公共卫生伦理相关信息 ^[8]	信息评估与反馈阶段
从众效应	在自己和其他人对公共卫生伦理相关信息的认知与判断上，自己模仿或追随其他人的认知与判断 ^[20]	信息选择与整合、评估与反馈阶段
框定依赖	由于公共卫生实践或研究所处的情境或项目具体表现形式不同，对公共卫生伦理表现出不同的判断或偏好 ^[21]	信息收集、选择与整合阶段
代表性偏差	从业人员在不确定情境下，会根据另一个实践或研究与客体之间的相似性，做出认知与判断 ^[22]	信息选择与整合、信息评估与反馈阶段
易得性偏差	从业人员一般根据事件在大脑中容易获取的程度，对事件进行认知判断，一般认为容易令人联想到的事件再次发生的可能性更高 ^[23]	信息选择与整合阶段

3.3 对决策与行为的影响

3.3.1 决策偏差：主体相关责任意识薄弱

在公共卫生从业人员的责任板块里，需要有公共卫生伦理的核心价值，因为公共卫生伦理的核心价值内扣着公共卫生价值与伦理价值，公共卫生价值立足于全人群的健康维护与促进、疾病的预防与控制等，伦理价值立足于个体隐私权与知情权的保障与维护等。公共卫生伦理存在认知偏差，理应熟悉并巩固公共卫生伦理价值的主体——公共卫生从业人员对自己的伦理责任意识不清，忽视公共卫生伦理作用，为日后公共卫生的研究与实践埋下了伦理相关隐患。一项正在开展的研究显示，各类公共卫生研究项目对立题前的伦理审查要求并不普遍，而项目申报者非项目申报要求，如非必需情况下也鲜有主动提请伦理审查，这揭示出研究者对公共卫生伦理的主体责任意识并不清晰，造成其决策偏差的形成。

3.3.2 行为偏差：主体相关行为不当

在因果逻辑框架中，公共卫生伦理的认知偏差对主体的决策与行为有影响。当从业人员主体责任意识淡薄时，忽视公共卫生伦理的相关行为即会发生。从业人员可能会不参与、不认可公共卫生伦理审查，在形式审查阶段，对伦理审查的要素填写不清晰，认为审查过程仅是程序化步骤的完成；在项目实施阶段，项目方案的调整不及时告知伦理委员会；在项目结题阶段，也不及时提请伦理结题审查。从业人员可能会不注重保护项目所覆盖人群的隐私权与知情权，知情同意书设计上言辞过于专业化而不便于理解，讲解上含糊其辞而签署上草草了事，这些都影响了覆盖人群权益的有效保障。此外，在大数据应用前景广阔的今天，涉及到区域内全人群的健康大数据，如何促成有效实现数据的成果转化（公共善）与合理保障人群的隐私权益（个人权利）的平衡，也是亟待探索的话题。

3.3.3 深远影响：道德僭越与法律忽视

道德与法律紧密联系而又大相径庭，涉及到人类社会的各方面问题。公共卫生伦理既涉及全人群与个体的道德层面，又涉及公共利益与个人权益的理法层面^[24]。公共卫生从业人群对所

涉伦理问题出现了认知偏差,从业人员的主体责任意识淡薄而出现了决策偏差,从业人员的主体相关行为不当而出现了行为偏差,都会波及到全人群与个体的道德实现、公共利益与个体权益的理法层面。以长生生物公司疫苗造假事件为例,从业人员忽视了保障人群健康的道德约束与法律责任,从而出现了疫苗造假事件,影响了社会良性秩序。因此,公共卫生伦理的认知偏差会带来道德僭越与法律忽视的深远影响。

3.4 路径总结

综上,公共卫生伦理认知偏差的路径详见图 3。

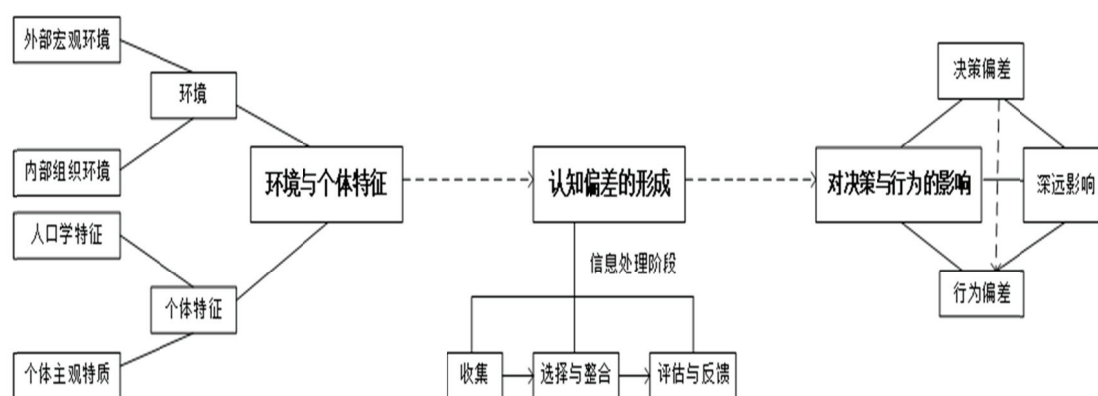


图3 公共卫生伦理认知偏差的“因果逻辑”路径图

4 治理方向

4.1 基于相关变量可干预程度的治理方向

借鉴 Anderson 的卫生服务利用模型构建方法^[25],环境与个体特征的相关变量易变性与可干预程度各不相同。外部宏观环境包括政治、经济、社会与文化、技术、国别与宗教等,较之于组织制度、组织结构与组织文化更难以改变,因此可干预程度也较低。人口学特征包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况、工作年限与职业等,其易变性较低于个体主观特质,即智力与非智力特质的可干预程度更高(表 2)。

由于外部宏观环境与个体人口学特征的可干预程度较低,治理方向上应以稳定的支持性状态为基础,使外部宏观环境成为促进公共卫生伦理有效认知的支持性环境;而内部组织环境与个体主观特质的可干预程度较高,应通过伦理价值的组织相关制度重建、继续教育与有效宣传等手段,实现从业人员对公共卫生与伦理知识的价值重构,扭转公共卫生伦理的认知偏差局面。

表2 环境与个体特征的可干预程度

环境与个体特征	易变性	可干预程度
环境		
外部宏观环境	低	低
内部组织环境	高	高
个体特征		
人口学特征	低	低
个体主观特质	高	高

4.2 基于认知偏差形成过程的治理方向

以信息学视角分析公共卫生伦理，不论是公共卫生研究或实践项目的具体信息，还是公共卫生价值与伦理价值信息，都需要经过信息收集、选择与整合、评估与反馈，才能够被公共卫生从业人员有效吸收，并转化为自己的认知。因此，为有效治理公共卫生伦理的认知偏差，积极信息的有效引导、消极信息的合理规避或可成为另一个方向。以信息的收集与获取为治理切入点，建议前移公共卫生伦理学的教育与培训“关口”，加强对公共卫生伦理学的学科教育强度，将公共卫生伦理学纳入到学校教育、职业教育与培训的全方位全过程中，合理填补在校医学生的公共卫生伦理知识空白，适当转变在职人员的公共卫生伦理认知与价值判定，最终实现公共卫生伦理在工作与教育的良性互动中得以不断内化^[26]；建议将公共卫生伦理价值纳入到在职人员的工作指南、可操作性的程序文件中，在公共卫生细分的“五大卫生”等子学科的科研与实践项目中，适当提高对公共卫生伦理审查的要求与标准，以使其重视公共卫生伦理，有效规避其职业生涯中潜在的道德与法律风险。

参考文献

[1] 李立明, 姜庆五. 中国公共卫生: 理论与实践 [M]. 北京: 人民卫生出版, 2015: 1, 769.

[2] Farmelo G. The Oxford Companion to the History of Modern Science[J]. Oxford Companions, 2003.

[3] Anthony SK. Public health ethics : teaching surveyand critical review. Social Science & Medicine, 2003, 56 : 1439-1445.

[4] 丛亚丽. 公共卫生伦理核心价值探讨 [J]. 医学与哲学 (A), 2015, 36 (10): 1-5.

[5] 丛亚丽. 公共卫生伦理框架初探 [J]. 中国医学人文评论, 2008, 2 : 54-59.

[6] 鲁琳, 胡晓燕. 公共卫生伦理学的研究内容及伦理思考 [J]. 中国医学伦理学, 2016, 29 (2): 229-232.

[7] 赵婉鹏, 叶春明. 认知偏差与决策行为比较——以供应链博弈模型为例 [J]. 技术经济与管理研究, 2018, (1): 14-19.

[8] 李明昊. 基于有限理性的返乡农民工稳定就业行为研究 [D]. 贵州大学, 2017.

[9] 严贝妮, 曹娟. 中外认知偏差研究述评 [J]. 郑州师范教育, 2015, 4 (3): 30-36.

[10] 马晓瑾. 健康风险认知偏差对新农合参保行为的影响研究 [D]. 湖南大学, 2015.

[11] 陈艳, 孔, 王璐. 决策信息心理加工、认知偏差与国有企业 CEO 职务舞弊行为 [J]. 东南大学学报 (哲学社会科学版), 2016, 18(2): 113-122, 148.

[12] 刘中慧. 认知偏差对创业新手资源整合行为的影响研究 [D]. 浙江理工大,, 2018.

[13] 周鹏生. 认知偏差的产生及其与认知闭合需要的关系 [J]. 心理研究, 2017, 10 (5): 11-18.

[14] 王伟, 刘红. 光对人生理心理的影响和幽闭环境中的光策略 [J]. 载人航天, 2018, (3): 418-426.

- [15] 包佳妮, 周小虎, 陈莹, 等. 制度环境对创业认知的影响机理 [J]. 科技管理研究, 2017, (7): 212-218.
- [16] 周菲. 决策认知偏差的认知心理学分析 [J]. 北京行政学院学报, 2008, (5): 75-79.
- [17] 谢开勇, 邹梅, 裴飞云. 认知偏差及对战略决策的影响 [J]. 科技管理研究, 2008, 28(12): 332-334.
- [18] 严贝妮. 情报分析中的个体认知偏差及其干预策略研究 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2016: 78-84, 172-173.
- [19] Klayman J, Soll J B, Gonzalez-Vallejo C, et al. Overconfidence: It depends on how, what, and whom you ask [J]. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1999, 79(3): 216-247.
- [20] Banerjee A V. A simple model of herd behavior [J]. *The Quarterly Journal of Economics*, 1992: 797-817.
- [21] 王二朋, 卢凌霄. 消费者食品安全风险的认知偏差研究 [J]. 中国食物与营养, 2015, 21(12): 40-44.
- [22] Kalmeman D, Slovic P, Tversky A. *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases* [M]. Cambridge University Press, 1982.
- [23] Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: an Analysis of Decision under Risk [J]. *Econometrica*, 1979, 47(2): 263-291.
- [24] 苏玉菊, 王晨光. 论公共卫生规制的伦理与法律原则——寻求公共利益与个人权益的平衡 [J]. 行政法论丛, 2013, 16: 289-308.
- [25] Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States [J]. *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal Quarterly: Health and Society*, 1973, 51(1): 95-124.
- [26] 陈开亮. 公共卫生专业伦理教育现状与完善研究 [J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(2): 221-223.

公共卫生伦理学的主要问题与核心价值

张雷 郝纯毅 廖红舞 陆婷 周顺连 李洁

北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所医学伦理委员会, 恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室, 100142

【摘要】 阐述了随着公共卫生伦理学的发展和日益受到重视, 存在于传染病防治、慢性病防治、流行病学研究、公共卫生资源分配等公共卫生领域的主要伦理学问题。同时探讨公共卫生伦理学公共利益至上与促进健康公平、公共卫生资源分配的公平公正和受益最大化、健康最大化和伤害最小化、平衡个人权利与公共健康权益的矛盾、信息公开透明等核心价值, 为更好地推动公共卫生事业的发展, 促进全人群健康提供科学参考和依据。

【关键词】 公共卫生; 伦理学; 核心价值

公共卫生伦理学主要关注包括公共卫生机构、医疗机构以及政府等在内的群体层次的伦理学问题, 主要探讨预防疾病和伤害、促进群体健康相关的规范, 是研究公共卫生行为规范的一门伦理学科^[1]。公共卫生伦理学与传统医学伦理学的伦理框架和主要研究内容均不同。医学伦理学遵循自主原则、不伤害原则、行善原则、公正原则, 主要关注个体生命健康、重视个体权益保护^[2]。公共卫生伦理学侧重的是社会的整体价值和群体健康, 从宏观方面探讨公共卫生领域的公平、社会公正和人权等问题, 主要研究传染病防治中的公共卫生干预、公共卫生资源分配不均衡等伦理问题。

1 近年来公共卫生伦理学的发展

近年来, 伦理学家逐渐认识到传统医学伦理学已经不适用于解决公共卫生领域的伦理学问题, 开始探讨公共卫生伦理学的热点问题。2002 年, 美国公共卫生领导协会发布了十二条内容涉及个人权利、社区健康、疾病预防、尊重个人和社区文化、环境保护及公众信任等公共卫生伦理实践的指导原则^[3]。加拿大多伦多生命伦理学中心针对重症急性呼吸综合征 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) 等相关传染病流行中的伦理学问题的处理提出了包括个人自由原则、保护公众不受侵害原则、比例关系原则、互惠原则、透明原则、隐私原则、保护社区名誉不受损害原则、提供医护责任原则、平等原则等在内的十条伦理原则^[4]。2003 年 SARS 之后公共卫生伦理学研究在国内日益受到关注, 《试论公共卫生伦理学的基本原则》一文中提出公共卫生伦理学遵循效用原则、公正原则、尊重原则、互助原则和相称性原则, 在人群中促进健康、预防疾病和伤害的行为规范^[5]。

2 公共卫生伦理学的主要问题

2.1 传染病防治中的伦理学问题

SARS、甲型 H1N1 流感疫情等急性传染病的预防控制主要从控制传染源、切断传播途径、保护易感人群三个环节进行。从公共卫生角度来说,隔离检疫措施是防止传染病的扩散和流行、控制传染源、切断传播途径的有效措施,同时还需要及时向公众公布疑似或确诊病例的个人信息。以上隔离检疫措施的实施就导致了维护公众利益和限制个人自由并涉嫌侵犯个人隐私权相矛盾的伦理学问题。除此之外,传染病防治中还涉及强制注射疫苗和强制治疗与知情同意的矛盾,政府对公众的管理能力和义务与信息透明性的社会不安定之间的矛盾等伦理学问题。

2.2 慢性非传染性疾病防治中的伦理学问题

近些年,随着人们生活行为方式的改变,心脑血管疾病、呼吸系统疾病、肿瘤、糖尿病等慢性非传染性疾病的发病率和死亡率呈现出逐年升高的趋势,成为威胁广大人民群众生命和健康的主要原因之一。慢性非传染性疾病的影响因素主要包括遗传因素和环境因素,其预防控制中的伦理学问题主要包括个体健康、行为对他人和社会的责任、政府的责任与社会公正等。

2.3 流行病学研究中的伦理学问题

流行病学的研究方法在整个公共卫生研究领域中起着非常重要的作用,是整个公共卫生研究领域最主要的研究方法之一。流行病学研究中涉及的主要伦理学问题包括:①为了避免“霍桑效应”,有效控制偏倚,以获得最真实可靠的原始资料,很多研究采用了盲法,存在一定的伦理学争议,有些情况下甚至不再适合采用盲法。比如肿瘤化疗中有可能会遇到调节化疗药物的剂量问题;保守疗法与手术治疗的比较等研究;②安慰剂使用的相关伦理学问题。主要存在于抗肿瘤药物临床试验中,尤其是对进展期肿瘤患者使用安慰剂是否合适截至目前依然存在争议;③研究中受试者个人隐私的保护问题;④流行病学研究队列存在暴露的分配问题,要注意避免为了研究而研究,为了达到该项研究的研究目的,人为地把研究人群暴露于危险因素之中。

2.4 公共卫生资源分配中的伦理学问题

公共卫生资源分配应该遵循公平和公正的原则。目前不公平和不公正现象广泛存在于我国公共卫生资源的分配中:①地区之间分配不公平、城市和乡镇之间分配不公平;②医疗保障制度在不同身份和不同户籍居民之间存在明显差异。究其原因,存在这些公共卫生资源分配不公平现象的主要原因之一是应该由市场决定还是由政府主导公共卫生资源的提供与分配这一核心问题一直没有得到合理有效的解决^[6]。

2.5 涉及人的生物医学研究中的伦理审查问题

所有必须经过伦理委员会审查的,涉及人的生物医学研究的最终目的都是为了预防和控制疾病,促进全人群的健康,均与公共卫生伦理密切相关。类似研究的主要伦理学问题主要包括受试者的知情和同意、受试者的利益和风险的公平分配、国际合作课题的伦理审查如何进行等^[7]。

3 公共卫生伦理学的核心价值

从公共卫生的本质、当前面临的主要问题以及伦理资源出发,要解决公共卫生领域中所面

临的主要伦理学问题必须摸索出一套适合公共卫生伦理学的核心价值体系。

3.1 公共利益至上与促进健康公平

公共利益是公众的共同利益,任何损害公共利益的行为最后都会损害个体利益。各种流感爆发和 SA R S 流行时,少数不法商贩囤积居奇、哄抬急需药品和物品价格,甚至销售假冒伪劣产品,严重损害公众健康,导致 SARS 和流感疫情在一定范围内无法有效防控,其最终结果就是任何人的健康都会受到疫情威胁。因此,无论政府或是民众,首先要坚持公共利益至上的原则。公共卫生的性质和特点决定了“公平公正”是其主要的核心价值之一,有效缓解健康不公平、不公正现象是当前亟须解决的一项道德义务。

3.2 公共卫生资源分配的公平公正和受益最大化

公共卫生资源的分配既要强调受益最大化,同时要保证公共卫生资源分配是公平公正的。公共卫生资源分配的受益最大化遵从效用最大化原则,指利用相对有限的医疗资源促进和保护最大多数人的健康和生命,将群体的发病率、患病率和死亡率等降至最低程度。既要保证挽救最大多数人健康和生命的医学效用,又要同时保证社会正常功能的社会效用。公共卫生资源的公平配置要求给予符合优先分配标准的人同样的对待,重视社会上的弱势群体,避免社会对他们的歧视和忽视,协调公众与私人利益、集体与个人的平衡,实现合理分配,并注重伦理问题评价。

3.3 健康最大化和伤害最小化

公共卫生实践中普遍存在伦理冲突,完全的“不伤害”或“非伤害”是无法避免的,此时就要尽可能地达到健康最大化的效果。健康最大化通常是通过伤害最小化来实现。在公共卫生领域中需要遵循健康效用原则,健康效用是某一行动给全体社会成员或者目标人群带来预防疾病和伤害、促进健康的好处,以及可能带给相关人员的负担、风险或其他负面影响的权益。健康效用包括正面影响的健康效用和负面影响上的健康效用,正面影响的健康效用即健康最大化,负面影响的健康效用即伤害最小化。

3.4 平衡个人权利与公共健康权益的矛盾

公共卫生伦理学冲突的本质是个人权利与公共健康权益之间的矛盾,平衡好两者之间的矛盾是公共卫生伦理学的主要核心价值。考虑公共健康权益的同时需要兼顾相关联的个人权利;为了维护公共健康权益而执行隔离检疫等强制性措施时,必须适度考虑并尊重因此受到影响的相关个人的各种权利。

3.5 信息公开透明

在公共卫生研究和实践中,公开信息是保障公众知情权的前提和手段。为了保证信息公开的及时性和有效性,就必须建立国家公共卫生监测系统并完善相关信息网络系统。系统准确地监测伤残和重大疾病的发生和发展趋势建立在完善的公共卫生监测系统之上,是任何国家有效预防和控制疾病、保护和促进人群健康的科学基石。在完善的国家公共卫生监测系统基础之上,群策群力、团队协作,杜绝刻意隐瞒疫情,通过主流媒体及时准确地面向公众公布相关事件,消除社会公众的恐慌心理才能有效控制重大疾病、突发疫情等公共卫生事件。

公共卫生研究和实践中涉及大量的个人隐私和个人信息,所以相关人群的隐私保护既至关重要又显得相对困难。公共卫生伦理学倡导的模式是,即时信息公开和公众知情是公共卫生实践中相对普遍的价值,但仍然必须适度考虑相关民众的知情和同意,即使有时无法获得或者无须征求当事相关人群的同意,但只要存在可能,还是应该获取当事人的知情和同意。

4 小结

随着越来越多样化的流感疫情的频繁爆发,健康中国理念日益深入人心,在具体公共卫生各领域相关工作中,我们需要了解其存在的主要问题,并与传统伦理学知识框架相结合探讨和领会公共卫生伦理学的核心价值所在,才能更好地推动公共卫生事业的发展,促进全人群的健康。

参考文献

- [1] 张琳,李国红,郑志杰. 公共卫生伦理学简论[J]. 生命科学, 2012, 24(11): 1345-1350.
- [2] 邱仁宗. 理解生命伦理学[J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(3): 297-302.
- [3] Principles of the ethical practice of public health[R]. Public Health Leadership Society, 2002.
- [4] Singer PA, Benatar SR. Bernstein M, et al. 伦理学与 SARS: 多伦多的教训[J]. 肖月,译. 英国医学杂志(中文版), 2004, 7(4): 243-246.
- [5] 王春水,翟晓梅,邱仁宗. 试论公共卫生伦理学的基本原则[J]. 自然辩证法研究, 2008, 24(11): 74-79.
- [6] 巍怡,贺加. 新医改背景下卫生资源配置制度伦理研究——以效率与公平的平衡为视角[J]. 中国医学伦理学, 2012, 25(2): 211-213.
- [7] 鲁琳,胡晓燕. 公共卫生伦理学的研究内容及伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(2): 229-232.

上海获 2018 年国家科技奖励情况简析

2018 年度国家科学技术奖励大会于 2019 年 1 月 8 日在北京召开。共有 285 个获奖项目(人选), 其中包括国家自然科学奖 38 项, 国家技术发明奖 67 项, 国家科学技术进步奖 173 项。共有 26 项医学科研成果获奖, 主要集中在科学技术进步奖, 其中获科学技术进步一等奖 2 项, 二等奖 21 项, 另有自然科学二等奖 3 项。在 2018 年度国家科学技术奖励中, 上海市共有 10 项牵头完成的成果获奖, 约占所有医学类奖项总数的 38.5%。其中, 获科技进步一等奖 1 项, 科技进步二等奖 9 项。涉及到的获奖单位有海军军医大学(科技进步一等奖获奖单位, 原中国人民解放军第二军医大学)、上海交通大学医学院附属仁济医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院等 8 家单位。上海交通大学医学院有 5 个获奖项目, 占上海获奖总数的 50%。

为激励医学科技创新发展, 促进医学科技成果转化, 推动医疗卫生事业不断进步, 上海市卫生健康始终把学科人才建设作为卫生事业改革与发展的核心工作之一, 不断加大投入, 注重人才梯队建设, 形成了“学科、人才、项目、成果——四位一体, 联动发展”的良好局面, 为实现上海卫生发展的总体目标, 确保上海的医学领先地位, 加速上海建设成为科创中心做出应有的贡献。

附: 2018 年国家科学技术奖获奖名单(上海)

(上海市卫生健康委员会科教处供稿)

2018年国家科学技术奖获奖名单（通用项目—上海医学类）

序号	奖励编号	奖项	奖励等级	获奖项目名称	主要完成单位	主要完成人
1	J-233-2-02	科技进步	二等	胃癌预警、预防和发生中的新发现及其临床应用	上海交通大学医学院附属仁济医院	房静远
2	J-233-2-03	科技进步	二等	淋巴瘤发病机制新发现与关键诊疗技术建立和应用	上海交通大学医学院附属瑞金医院	赵维莅
3	J-23402-2-01	科技进步	二等	基于整体观的中药方剂现代研究关键技术建立及其应用	中国人民解放军第二军医大学	张卫东
4	J-235-2-04	科技进步	二等	心脏瓣膜外科创新技术及产品的建立和应用	中国人民解放军第二军医大学第一附属医院	徐志云
5	J-253-2-01	科技进步	二等	肾癌外科治疗体系创新及关键技术的应用推广	中国人民解放军第二军医大学	王林辉
6	J-253-2-04	科技进步	二等	儿童肝移植关键技术的建立及其临床应用	上海交通大学医学院附属仁济医院	夏强
7	J-253-2-05	科技进步	二等	基于听觉保存与重建关键技术的听神经瘤治疗策略及应用	上海交通大学医学院附属新华医院	吴皓
8	J-253-2-07	科技进步	二等	眼睑和眼眶恶性肿瘤关键诊疗技术体系的建立和应用	上海交通大学医学院附属第九人民医院	范先群
9	J-204-2-01	科技进步（科普）	二等	《图说灾难逃生自救丛书》	同济大学附属东方医院	刘中民

注：奖项申报时中国人民解放军第二军医大学尚未更名为海军军医大学。

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量：1000本

发送对象：市卫生健康委、区卫生计生委、卫生健康委直属单位、医疗机构、高校医学院及相关研究所、相关科研院所、其他相关联系单位