

تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت

انور اسماعیلی

محمود عباسی^۱

چکیده

هدف این مطالعه بررسی نظامند نتایج مقالات به دست آمده از مطالعات تجربی و میدانی انجام شده در خصوص اخلاق سازمانی و موضوعات مدیریت و رهبری در نظام سلامت می‌باشد. مطالعه با جستجوی ۹۰۹ مقاله از دو پایگاه اطلاعاتی MEDLINE و CINAHL به دست آمد. در مرحله دوم بعد از به‌کارگیری معیارهای ورود و خروج مقالات، در نهایت ۵۶ مقاله کامل از بین مطالعات کیفی و کمی برای بررسی در این مطالعه انتخاب شدند. تحقیقات پژوهشی گسترده‌ای در بین مطالعات به دست آمده مشاهده نشد. با بررسی مقالات و جمع‌بندی نهایی، اطلاعات زیادی از مقالات استخراج شد. بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه بیمارستانی و از سال ۱۹۹۰ به بعد انجام شده بود. تحقیق در زمینه اخلاق سازمانی از سال ۲۰۰۰ به بعد افزایش یافته است. در بیشتر مطالعات، موضوع‌های از نوع تعارضات، چالش‌ها و نگرانی‌های اخلاقی کارکنان و مدیران و تنظیم اولویت‌ها، تعیین ارزش‌ها و باورهای کاری سازمان‌های سلامت مورد بررسی قرار گرفته بود؛ و جوامع مورد پژوهش آنان نیز شامل کارکنان، مدیران سطوح بالا، میانی و پایین سازمان‌های نظام سلامت بودند. بیشتر مطالعات از نوع همبستگی، مقطعی یا توصیفی، و ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه یا مصاحبه بود. نتایج حاصل از این مطالعه، توسعه ناکافی اخلاق سازمانی همگام با تغییرات سازمانی و رشد دانش عمومی و لزوم ایجاد و توسعه مفاهیم روشن‌تر و نظریات و تئوری‌های دقیق‌تر و گسترش بیشتر زمینه و دامنه مطالعات در حوزه‌های مورد بررسی اخلاق سازمانی می‌باشد.

واژگان کلیدی

سازمان‌های سلامت، بررسی متون، اخلاق سازمانی

۱. دکترای حقوق پزشکی، رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و نایب رییس انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی (نویسنده مسؤول)

تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت

در سال‌های اخیر سازمان‌های سلامت به‌طور وسیعی با تغییرات زیادی همچون بازنگری در ساختارها، پیشرفت تکنولوژی، تغییرات در روش‌ها و مداخلات مراقبتی، محدودیت بودجه و اصلاحات مورد نیاز جهت بهبود بهره‌وری مواجه بوده‌اند (اولریچ، ۲۰۰۸م). به موزات تغییرات مذکور دانش و اطلاعات عمومی در زمینه حقوق بیماران، تقویت سیستم‌های نظارتی، قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری سلامت افزایش چشمگیری یافته است (کومسیون، ۲۰۰۸م. و پرفورمینگ، ۲۰۰۴م). که لزوم توسعه اخلاق سازمانی در کنار و همراه با این تغییرات ضروری است.

اخلاق سازمانی بخش مهمی در مدیریت سلامت (سرن ۲۰۰۷م) و ارائه خدمات سلامت (هگینز، ۲۰۰۰م) می‌باشد که به موضوعات اخلاقی مدیران و سرپرستانی اشاره دارد که با موضوعات اخلاقی بالینی در تضاد می‌باشند. اخلاق سازمانی با مسایل اخلاقی مدیران و هیئت مدیره‌ها و اعمال انجام شده روی بیماران، کارکنان و جامعه در ارتباط است (گیسون، ۲۰۰۷م). براساس نظر اسپنسر و همکاران (۲۰۰۰م) اخلاق سازمانی به معنای: "به‌کارگیری و ارزیابی ارزش‌ها و موقعیت‌های اخلاقی تعریف شده در داخل و خارج سازمان می‌باشد." بنابراین فرهنگ سازمانی به سؤالاتی مثل چه چیزی با ارزش است؟ چگونه افراد بایستی با همدیگر کار کنند؟ و امور تجاری داخل سازمانی چگونه بایستی رهبری شوند؟ به خوبی پاسخ خواهد داد (اسکوت، ۲۰۰۶م). اخلاق سازمانی در کل با تعهد اخلاقی سازمان، در خصوص نحوه رهبری فعالیت‌های مناسب، شایسته و صادقانه مراقبتی بر روی بیماران در ارتباط است (JCAHO، ۲۰۰۲م). اخلاق سازمانی با مواضع سازمانی و رفتار افراد (بیماران، فراهم‌کنندگان و کارکنان)، گروه‌ها، سازمان‌های دیگر و جوامعی که به‌وسیله سازمان خدمت‌رسانی می‌شوند، سروکار دارد (ولودی، ۲۰۰۷م).

از سال ۱۹۸۰م. به بعد تغییرات در مدیریت ارائه خدمات سلامت شروع شد. برای مثال، تصویب جایجایی ارائه خدمات خاصی منجر به انتقال قدرت و کنترل در سیستم‌های سلامت از افراد حرفه‌ای به مدیران گردید (هگینز، ۲۰۰۰م.). در همین راستا نیاز به ایجاد و توسعه بیشتر اخلاق سازمانی رشد یافت. و در حال حاضر نیز به جای تأکید صرف بر کدهای اخلاقی فردی، بر اخلاق کل سازمان تأکید می‌شود (اسپنسر، ۲۰۰۰م.).

به‌هرحال اگرچه کدهای اخلاقی حرفه‌ای زیادی در نظام سلامت به روز و بازبینی شده‌اند (WMA، ۲۰۱۰م.)، اما بعد از افزایش آگاهی‌های عمومی در خصوص مسایل اخلاقی، کارکنان حرفه‌ای با عدم تجانس بین نیازهای فردی بیماران و نیازهای سازمانی مواجه هستند (هارت، ۲۰۰۵م.). کارکنان حرفه‌ای سلامت با وجود تغییرات سریع و محیط ناپایدار، چالش‌های جدی و زیادی را در ارائه مراقبت با کیفیت دارند. مدارکی وجود دارد که این موضوع در سطح بین‌المللی نیز رخ داده است به‌طوری که پرستاران در کشورهای با ویژگی‌های مختلف نظام سلامت خطاهای مشابهی را در محیط کار گزارش کرده‌اند (اکین، ۲۰۰۱م.).

شواهد زیادی از اثر خطاهای حرفه‌ای، انگیزه کاری کارکنان و نارضایتی شغلی کارکنان نظام سلامت بر پیامدهای بیماران وجود دارد (اکین و دیگران، ۲۰۰۱م.)، که با محیط اخلاقی سازمان یا جو سازمانی در ارتباط هستند. تصور بر این است که جو سازمانی، متغیری سازمانی می‌باشد که در جهت بهبود محیط کاری سازمان‌های سلامت قابل ایجاد و توسعه می‌باشد (اولسن، ۱۹۹۸م.). برای مثال شیری در سال (۲۰۰۵م.) اعلام کرد که جو اخلاقی قابل قبول و مناسب، روحیه کاری کارکنان را افزایش داده، تعهدات سازمانی را ارتقاء می‌دهد و نیروی کار متعهدی را پرورش و نگهداری می‌نماید.

این مطالعه متون اخلاق سازمانی یافته شده در دو پایگاه اطلاعاتی اصلی را که به طور کامل یافته‌های عمومی مطالعات تجربی را بررسی کرده‌اند، در مطالعه وارد نموده؛ و شواهدی را گزارش کرده که ارتباط بین اخلاق سازمانی و مدیریت سازمان‌های سلامت را به صورت تجربی نشان داده‌اند؛ در نهایت ایده‌های را برای پژوهش‌های بیشتری در آینده ارائه داده است.

هدف: گزارش نظامند نتایج حاصل از بررسی متون مطالعات تجربی که در زمینه تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام‌های سلامت انجام شده است.

سؤالات پژوهش شامل:

۱. تمرکز مطالعات اخلاق سازمانی در سازمان‌های سلامت بر چه چیزی است؟
۲. در مطالعات اخلاق سازمانی از چه روش پژوهشی استفاده شده است؟
۳. یافته‌های اصلی مطالعات تجربی مرور شده چه چیزهایی هستند؟

مواد و روش‌ها:

جستجوی متون: به وسیله راهبرد جستجوی نظام‌مند از دو پایگاه اطلاعاتی MEDLINE (۲۰۱۰-۱۹۶۶م.) و CINAHL (۲۰۱۰-۱۹۸۲م.) استفاده شد.

کلمات کلیدی مورد استفاده شامل:

Ethics* AND organization* OR organization* OR hospital OR environment
OR climate* AND health care OR healthcare OR nursing AND manage*
OR leadership OR administer*

این تحقیق محدود به زبان انگلیسی و حاصل ۹۰۹ مقاله، که ۷۷۵ مورد از آنها

از MEDLINE و ۱۳۴ مورد آنها از CINAHL بودند.

معیارهای ورود و خروج مقالات به مطالعه:

۱. نتایج حاصل از مطالعات تجربی بودند.
۲. مقالات در مجلات معتبر چاپ شده بودند.

۳. بر روی سازمان‌های سلامت مطالعه کرده بودند.
۴. رهبری یا مدیریت سازمان‌های سلامت را بررسی کرده بودند.
۵. موضوعات اخلاق سازمانی را بررسی کرده بودند.

بررسی مطالعات

فرآیند بررسی به‌طور نظامند در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول ۹۰۹ چکیده بر اساس معیارهای ورود و خروج مذکور بررسی شدند. در مرحله اول هریک از نگارندگان به‌صورت مستقل روی عناوین و چکیده مطالعات کار کردند. بعد از بحث و بررسی روی مطالعات ۹۰ چکیده وارد مرحله دوم مطالعه شدند؛ که بعد از سه بار مطالعه متن کامل این مقالات و بررسی آنها از نظر معیارهای ورود و خروج ۵۶ مقاله برای تجزیه و تحلیل بیشتر انتخاب شدند.

تحلیل مطالعات

از هر کدام از مطالعات انتخاب شده، اطلاعات: نویسنده، کشور و سال انتشار مقاله، هدف مطالعه، مفاهیم اصلی مورد مطالعه، آیا مفاهیم تحت بررسی تعریف شده‌اند (بله یا خیر)، روش انجام مطالعه (طراحی، روش تحلیل و جمع‌آوری داده)، محیط مورد مطالعه، روش نمونه‌گیری، میزان پاسخگویی، داشتن مجوز اخلاقی و پایایی و روایی ابزار مطالعه استخراج شد.

در هر دو مرحله از تحلیل، مقالات مورد نقد و تحلیل قرار گرفت و در پایان بر نتایج و نحوه حل مشکلات توافق شد.

نتایج

اولین مطالعات انجام شده در زمینه اخلاق سازمانی در سال ۱۹۸۷م. انتشار یافته‌اند (شکل ۱). در این شکل به وضوح دیده می‌شود که تحقیق در زمینه اخلاق سازمانی

از سال ۲۰۰۰م. به بعد افزایش یافته است. قدیمی‌ترین موضوع مورد مطالعه، تصمیم‌گیری اخلاقی بود (جدول ۱). محققان روی چالش‌ها، نگرانی‌ها، تعارضات و موضوعات دیگر اخلاقی کارکنان، تنظیم اولویت‌ها، تعیین ارزش‌ها و باورهای کاری سازمان‌های سلامت مطالعه کرده بودند.

محیط پژوهش و نمونه‌ها

نمونه‌های مطالعه به‌طور معمول از بین: کارکنان سازمان (پرستاران و پزشکان ۳۲ مورد)، سرپرستان سازمانی (۱۵ مورد)، مدیران سطوح بالا و میانی سازمانی (۱۰ مورد)، اعضای کمیته‌های اخلاقی بیمارستان (۳ مورد) انتخاب شده بودند؛ همچنین یک مطالعه روی دانش‌آموزان و یک مطالعه روی مریبان کار کرده بود. تعداد نمونه افراد مورد پژوهش در مطالعات کیفی بین ۷ الی ۳۶ و در مطالعات کمی بالاتر از ۸۶۲ مورد بودند. در محدود مطالعاتی تعداد نمونه بزرگ و زیاد بودند؛ میزان پاسخگویی کاملاً پایین و برای مثال در حد ۱۶٪ الی ۴۳٪ بود (هنسون و دیگران، ۲۰۰۵م.). در مطالعاتی هم که میزان پاسخگویی را بالا گزارش کرده بودند این میزان بین ۷۱٪ الی ۹۲٪ بود (رایس و دیگران، ۲۰۰۸م.). داده‌های مطالعات یا به‌صورت متنی (۳ مورد) (پایر و دیگران، ۲۰۱۰م.)، یا اسناد سازمانی (بوسا و دیگران، ۲۰۱۰م.) یا کدهای اخلاقی بودند (CAHO، ۲۰۰۲م.).

بیشتر مطالعات در بستر بیمارستانی انجام شده بود (۳۴ مورد). مطالعات دیگر در مراکزی مثل، بستر جامعه (۶ مورد)، سازمان‌های مراقبت اولیه (۵ مورد)، مناطق جغرافیای سلامت (۲ مورد)، مؤسسات بهداشت روان (۲ مورد)، بخش خصوصی (۳ مورد)، انجمن‌ها (۴ مورد)، مجموعه‌های آموزشی (۲ مورد)، توانبخشی، نظامی و خانه پرستاری بودند. اکثر مطالعات در کشورهای آمریکا (۲۹ مورد) و کانادا (۱۲ مورد) بودند. بقیه مطالعات در کشورهای اروپایی (۷ مورد) و

کشورهای دیگری مثل استرالیا (۲ مورد) انجام شده بود. دو مطالعه به صورت مشابه در دو کشور متفاوت انجام شده بود (هنسون و دیگران، ۲۰۰۵م). در بخش سلامت ایران مطالعاتی با این عنوان و خصوصیات در مجلات بین‌المللی یافت نشد، اما در داخل ایران مطالعات زیادی بخصوص در زمینه ارتباط فرهنگ اخلاق با بهره‌وری کارکنان در قالب پایان‌نامه‌های تحصیلات تکمیلی انجام شده اما نتایج اکثر آنان در مجلات داخلی نیز منتشر نشده است؛ و تنها یک مطالعه (هدایتی، ۱۳۸۸هـ) با معیارهای این مطالعه قابل بررسی بود.

روش‌های مطالعه

بیشتر مطالعات از نوع مقطعی، توصیفی یا همبستگی بودند. تنها یک مطالعه شبه تجربی (مک دانیل، ۱۹۹۸م) بود. در کل دو رویکرد مختلف در خصوص جمع‌آوری داده‌ها به کار رفته بود: استفاده از پرسشنامه‌ها در تحقیقات کمی (۲۸ مورد) و مصاحبه در مطالعات کیفی (جدول ۲). در چهار مطالعه، فوکوس گروپ (focus Group) (با اعضای بیش از ۱۰ نفر، و در گروه‌های ۴-۲ نفره) به‌عنوان ابزاری برای جمع‌آوری داده مورد استفاده قرار گرفته بود. داده‌ها همچنین به‌وسیله شکل و تصاویر، تکنیک دلفی و مشاهده نیز جمع‌آوری شده بود (ستورچ، ۲۰۰۹م). در تعدادی از مطالعات (بوسا و دیگران، ۲۰۱۰م) فقط از مصاحبه به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده استفاده شده بود. دو مطالعه از پرسشنامه و مصاحبه به صورت مشترک برای جمع‌آوری داده استفاده کرده بودند (کاپنتر و دیگران، ۲۰۰۹م). یک مطالعه از روش تحقیق در حین عمل استفاده کرده بود (ستورچ، ۲۰۰۹م). در تعدادی مطالعه برای جمع‌آوری داده از اسناد بهره گرفته بودند (بوسا و دیگران، ۲۰۱۰م). در بیشتر مطالعات تحلیل آماری انجام شده بود (۲۶ مورد). تحلیل

محتوایی (۸ مورد)، تحلیل موضوعی (۶ مورد)، تئوری گراند (۵ مورد) و تحلیل استقرایی (۱ مورد) نیز مورد استفاده قرار گرفته بودند. بیشتر مطالعات کمی از پرسشنامه استفاده کرده بودند که به وسیله پژوهشگر مربوطه ساخته شده بودند و یا تعدیل و اصلاح شده نوع قبلی بودند (جدول ۳). تعدادی از مطالعات ابزارهایی را برای اندازه گیری موضوعات اخلاقی محیط کار (کال و مارک و دیگران، ۲۰۰۸م)، تعارضات اخلاقی (بوکلو و دیگران، ۲۰۰۱م)، جو اخلاقی (راترد و دیگران، ۲۰۰۸م) و تصمیم گیری اخلاقی (هالی و دیگران، ۱۹۸۹م) به کار گرفته بودند.

نقد مطالعات: روایی و پایایی مطالعات بررسی شده

روایی و پایایی مطالعات در سطوح متفاوتی توصیف شده بودند (جدول ۴). به طور معمول نوع خاصی از محاسبه روایی و پایایی وجود نداشت که قابل استناد باشد اما ۲۲ مطالعه محدودیتها را توصیف کرده بودند. به محدودیت‌های تعدادی از مطالعات به صورت کلی اشاره شده بود مثل سختی مطالعه؛ در تعدادی از مطالعات دیگر محدودیتها از نوع خاص آن نوع مطالعات بودند مثل محدودیت به جهت اندازه نمونه؛ در تعدادی از مطالعات (۶ مورد) مقایسه نتایج با مطالعات مشابه قبلی، اساس پایایی آنها بود.

بررسی‌های پیمایشی (یا پیش آزمایش) در ۷ مطالعه به عمل آمده بود. در تعدادی مطالعات روایی بحث شده بود؛ و جهت پایایی از ضریب الفای کرونباخ استفاده کرده بودند (۱۰ مورد).

مجوز اخلاقی برای جمع آوری داده در ۲۳ مطالعه در سطح ملی یا محلی صادر شده بود. این مجوزها شامل اجازه از کمیته‌های اخلاق، کمیته‌های تحقیق و رئیس

هیئت مدیره سازمان‌های سلامت بود. در ۳۰ مطالعه باقی مانده (که از مطالعه خارج شدند) به هیچ مجوز اخلاقی اشاره نشده بود.

یافته‌های اصلی مطالعات بررسی شده

استخراج یافته‌های اصلی مطالعات به جهت ناهمگنی مقالات، مشکل بود. به‌هرحال تعدادی از موضوعات شاخص شناسایی شدند. در نظام سلامت اخلاق سازمانی با مواردی همچون تخصیص منابع، تأمین منابع (روکر و دیگران، ۲۰۰۳م)، ارزش‌ها و برنامه‌های راهبردی (هندل و دیگران، ۲۰۰۶م)، تأمین عدالت در مراقبت (میمارین و دیگران، ۲۰۰۷م)، هدایت خدمات سلامت (شرار، ۲۰۰۳م)، توافق بر فرآیند ارائه مراقبت (هگینز و دیگران، ۲۰۰۳م)، تأمین استانداردهای اخلاقی (میمارین و دیگران، ۲۰۰۷م)، افشای مخاطرات و مشکلات سوء مدیریت (شانون، ۲۰۰۹م)، و در نهایت، اخلاق در محیط کار و جو اخلاقی (گارنی و دیگران، ۲۰۰۶م)، در ارتباط بودند.

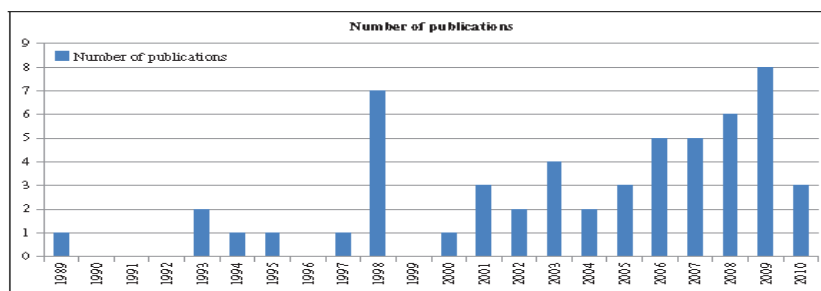


Figure 1.

جدول ۱. موضوعات و افراد مورد مطالعه

موضوع مطالعه
نویسندگان
پاسخ‌دهندگان یا افراد مورد مطالعه

فعالیت‌ها و مفاهیم سلامت، عملکردهای کمیته اخلاق	ارائه کنندگان مراقبت: n=پرستاران d=پزشکان	مدیران	سرپرستان، مدیران اجرایی، کارکنان اداری	تصمیم‌سازان و خریداران	کمیته اخلاق، متخصصین اخلاق	مشاوران	سایر
McGee and Spanogle 200123 McGee et al. 200124 McDaniel 199825 Kerridge et al. 199826	X				X		
Memarian et al. 200727	X (n)	X				X	مربیان پرستاری
Shannon et al. 200928	X (n)						
Sietsema and Spradley 198729 Holly 198930 Rottman et al. 201031	X X (n,d)	X	X				
Karlberg and Brinkmo 200932			X				
Gallego et al. 200933				X			
Reeleder et al. 200634 Hudak et al. 199335 X (n,d)	X (n,d)		X				

تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت

Rocker et al. 200336								
Buckloh and Roberts 200137							X	نگرش‌ها و باورهای اخلاقی
Ethical budget Bosa 201038	اسناد						X (d)	بودجه‌بندی اخلاقی
Wall and Austin 200839							X (n,d)	چالش‌های اخلاقی در تئوری و عمل
	سایر	مشاوران	کمیته اخلاق، متخصصین اخلاق	تصمیم‌گیران، خریداران	مدیران سطوح میانی و پایین سازمان‌ها	مدیران	ارائه‌کنندگان مراقبت: n=پریستارا ن d=پزشکان	
Cooper et al. 200440 Sharar et al. 200341 Cooper et al. 200242 Omery et al. 199543 Nelson et al. 200944					X X X	X X	X X	چالش‌های اخلاقی در تئوری و عمل
Rathert and Fleming 200845 Pauly et al. 200946 Filipova 200947 Storch et al. 200948 review, articles Shirey, 200522							X (n) X (n)	جو سازمانی
McDaniel 199849 199850							X	محیط سازمانی
Henson et al. 200551							X	محیط، قانون
Higgins 200010	کدهای منتشره						X	کدهای اخلاقی، دستورات عمل‌ها

Orr and Moon 199352	اسناد						X (n,d)	مشاوره اخلاقی
O'Donnel 1 200753, 200754 Tang et al. 200755 Perkins et al. 199856 X (n) Torjuul and Sorlie 2006 Wagner and Hendel 199858 X Gallagher et al. 200259						X X	X (d) X	نگرانی های اخلاقی
Ulrich and Soaken 200560 Ulrich et al. 20031 Roth and Harrison 199461						X	X	تعارض اخلاقی
Arnold et al. 200662 Feldman et al. 199863					X		X (d)	پاسخگویی اخلاقی
	سایر	مشاوران	کمیته اخلاق، متخصصین اخلاق	تصمیم سازان، خریداران	مدیران سطوح میانی و پایین سازمان	مدیران	ارائه کنندگان مراقبت: n=پرستارا ن d=پزشکان	
Dellve and Wikstroö m, 200964					X	X		تعارضات قانونی، استرس محیط کاری
Bell and Brislin 200865 Rice et al. 200866 Ka'lvema rk	مقالات						X (n) X X (n)	نگرانی اخلاقی

تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت

Sporrong et al. 200767 Pauly et al. 200946								
Silva et al. 200868			X					اخلاق سازمانی
Hendel et al. 200669	دانش آموزان							ارزش های سازمانی
St-Pierre and Holmes 201070	مقالات					X		عدالت سازمانی
Foglia et al. 200871 X Meslin et al. 199772						X X	X (d)	اولویت بندی منابع، تخصیص منابع
Carpenter et al. 200473							X	اخلاق کاری در نظام سلامت
Carney 200674 Wagner and Hendel 199858 Hendel and Gefan-Liban 200375	دانش آموزان				X		X	ارزش ها و باورها

جدول ۲. جمع آوری داده و روش تحلیل

نویسندگان

جمع آوری داده و روش تحلیل

Perkins et al. 199856; Buckloch and Roberts 200137	شکل ها و نمودارها، تحلیل موضوعی و تحلیل آماری
Roth and Harrison 199461; Gallagher et al. 200259; Karlberg and Brinkmo 200932	مصاحبه های فوکوس گروپ، تحلیل محتوایی
Bosa 201038	مطالعه موردی، تحلیل اسنادی، گراندد تئوری
Hudak et al. 199335	دلفی، تحلیل محتوایی
Olson 199551	تحلیل مفهومی

Storch 201048	پژوهش مبتنی بر عمل و تحقیق میدانی؛ قوم‌نگاری (اتنوگرافی) و آمار توصیفی
Shirey 200522; Bell and Breslin 200865; Schluter et al. 20085; St-Pierre 2010 and Holmes	مروری
Higgins 200010	مطالعه اسنادی، تحلیل آماری و تحلیل محتوایی
Sietsema and Spradley 198729; Holly 198930; Omery et al. 199543; Meslin et al. 199772; McDaniel 199849, 199850; Feldman et al. 199863; Wagner and Hendel 199858; Kerridge et al. 199826; Buckloch and Roberts 200137; McGee et al. 200124; McGee and Spanogle 200123; Cooper et al. 200242; Ulrich et al. 20031; Hendel and Gefen-Liban 200375; Carpenter et al. 200473; Cooper et al. 200440; Henson et 200551; Hendel et al. 200669; Foglia et al. 200771; Kaˆlvemark Sporrong et al. 200767; Rathert and Fleming 200845; Rice et al. 200866; Filipova 200947; Nelson et al. 200944; Pauly et al. 200946 Orr and Moon 199352 Carney 200674	پرسشنامه تحلیل آماری تحلیل آماری و اسنادی تحلیل محتوایی
Arnold et al. 200662	پرسشنامه و مصاحبه؛ گراندد تئوری
McDaniel 199825	مشاهده
Rocker et al. 200336; Gallego et al. 200933; Dellve and Wikstroˆm 200964 Thematic analysis Rocker et al. 200336; Reeleder et al. 200634; OˆDonnell 200753; OˆDonnell 200754; Wall and Austin 200839	مصاحبه T گراندد تئوری تحلیل موضوعی تحلیل استقرائی قرائت ساده

Inductive analysis Tang et al. 200755 Naive reading Torjuul and Sorlie 200657 Content analysis Sharar et al. 200341 ; Shannon et al. 200928 ; Rottman et al. 201031	تحلیل محتوایی
Silva et al. 200868	تحلیل اسنادی و تحلیل موضوعی

جدول ۳. ابزارهای مورد استفاده در مطالعات اخلاق سازمانی

ابزار	نویسنده و سال	تعداد سوال	محتوی و زیر مجموعه
بررسی منابع و موضوعات اخلاقی	Omery et al. 1995(43)	پاسخ دو بخشی، بله/خیر	فهرستی از مشکلات اخلاقی که در طول سال گذشته در عمل با آن مواجه شده‌اند
درک پرستاران از حمایت سازمانی	Holly 1989(30)	پنج سوال پنج گزینه‌ای	حمایت‌های اجتماعی دریافت شده از مدیران بیمارستان، مدیران پرستاری، سوپروایزهای پرستاری، سرپرستاران، پزشکان و دیگر همکاران
مشارکت در تصمیم‌گیری	Holly 1989(30) 8 items, 5- point scale	هشت سوال پنج گزینه‌ای	اخلاق کاری و شغلی که بر تصمیم‌گیری اثر گذاشته و عواملی که روی مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی مؤثر می‌باشند.
جو سازمانی بنیولنت (اصلاح شده برای مطالعه)	Rathert and Fleming 2008(45)	نه سوال چهار گزینه‌ای	جو عمومی محیط کار، اینکه تصمیم‌گیری براساس ملاحظات سودمندی فردی و سازمانی یا براساس منافع عمومی جامعه است
اندازه‌گیری نگرانی اخلاقی	Rice et al. 2008(66)	۳۸ سوال هفت گزینه‌ای لیکرت (۰-۶)	۱- شدت نگرانی اخلاقی کارکنان ۲- فراوانی رویداد های اخلاقی خاص وضعیت‌ها و موقعیت‌ها: روش کار پزشک، طرز کار پرستاری، عوامل سازمانی، مراقبت و درمان بیهوده، قتل ترحم‌آمیز
شایستگی	Ka'lvemark et al. Sporrang 200767	مقیاس‌های جدید: نمره‌دهی (۰-۱۰۰)	رفاه، جو سازمانی، زمان کاری، فرسودگی کاری، بازخورد عملکرد، مدیریت مشارکتی، توسعه مهارت، روشنی اهداف، کارآیی و رهبری مقیاس‌های جدید: سطح نگرانی اخلاقی در موقع کار
پرسشنامه محیط کار	McDaniel 199849,199850 Ulrich and 200560 Soeken	۲۰ سوال پنج گزینه‌ای لیکرت	نظرات افراد در خصوص اخلاق کاری

فرهنگ سازمانی: فرهنگ سازنده، دفاع تهاجمی و دفاع منفعل	۱۲۰ سوال پنج گزینه‌ای لیکرت	McDaniel 199850	پرسشنامه فرهنگ سازمانی
هشت گروه از وضعیت‌های اخلاقی: ۱- مخالف باورهای مراقبت‌کننده ۲- رویه‌های مخالف با خواست‌های بیماران ۳- رازداری ۴- گزارش مراقبت ناکافی ۵- مراقبت بی کیفیت ۶- ندادن یا به تاخیر انداختن ارائه درمان ۷- تعارض خانواده و بیمار ۸- رفتار تهاجمی کارکنان پرستاری نسبت به بیماران	مقیاس دو قسمتی بله/خیر	Wagner and Hendel 199858	پرسشنامه موضوعات اخلاقی در پرستاری (تعدیل شده)
نگرش‌های درباره مشکلات پیچیده اخلاقی: ۱- رازداری، محدودیت خدمات/رهاسازی ۲- کیفیت درمان، ملاحظات اخلاقی و ملاحظات مالی	سه نگرش اخلاقی ۲۴ سوال هفت گزینه‌ای مراقبت مدیریت شده	Buckloh and Roberts 200137	مسائل اخلاقی در مراقبت مدیریت شده بهداشت روان (اصلاح شده)
شش حوزه: ۱- محیط اخلاقی سازمان‌های بهداشت و درمان ۲- تصمیم‌گیری مشارکتی ۳- مراقبت از افراد در مراحل آخر زندگی ۴- محرمانه بودن و رازدار ۵- حرفه‌ای بودن ۶- تخصیص منابع	۱۰۵ سوال چهار و پنج گزینه‌ای	Sietsema and Spradley 198729	بررسی مدیریت اخلاقی در مراقبت از بیماران
موضوعات تعارض اخلاقی در ارتباط با مراقبت مدیریت شده	۱۴ سوال پنج گزینه‌ای لیکرت	Ulrich et al. 20031; Ulrich and Soeken 200560	تعارض اخلاقی در هنگام کار (اصلاح شده)
درجه یا شدت نگرانی در ارتباط با: استقلال بالینی، رفتار اخلاقی، اخلاق تجاری، التزام قانونی، نقش حرفه‌ای	هشت سوال پنج گزینه‌ای	Ulrich et al. 20031; Ulrich and Soeken . 200560	شاخص‌های نگرانی اخلاقی
ایدئولوژی تقسیم شده به دو زیر شاخه آرمان‌گرا و نسبی‌گرا	۲۰ سوال پنج گزینه‌ای	Ulrich and Soeken 200560	پرسشنامه وضعیت اخلاقی
نگرش کارکنان حرفه‌ای در خصوص مداخلات دولت در تصمیمات بهداشت و درمان	۲۰ سوال پنج گزینه‌ای	Ulrich and Soeken 200560	نگرش‌ها در خصوص مقررات دولت
مراقبت، قوانین، ابزار، استقلال، کارآیی	۳۶ سوال شش گزینه‌ای لیکرت	Questionnaire Filipova 200947	پرسشنامه جو اخلاقی
پاسخگویی فردی	۳۸ سوال هفت گزینه‌ای به شکل لیکرت (۰-۶)	Pauly et al. 200946	نگرانی اخلاقی (بازبینی شده)
اثر محیط کار و سازمان بر روی پرستاران و کارگران برای رفتار اخلاقی و بازتاب آن جهت حل موضوعات اخلاقی: ارتباط با همکاران، بیماران، پزشکان، مدیران و سازمان آنها	۲۶ سوال پنج گزینه‌ای لیکرت	Pauly et al. 200946	جو اخلاقی بیمارستان

سازمان‌های سلامت نشان داده‌اند که اخلاق از عوامل کلیدی مؤثر بر موفقیت کلی سازمان می‌باشد (میمارین، ۲۰۰۷م)، برای نمونه ناهمگونی بین اخلاق سازمانی و اخلاق بالینی (شرار و دیگران، ۲۰۰۳م)، دو مفهوم متفاوتی هستند که بعضی مواقع در سازمان‌های سلامت در مقابل هم قرار می‌گیرند.

علاوه بر این سیلوا و همکارانش در سال (۲۰۰۸م) گزارش کرده‌اند متخصصین اخلاق در بیمارستان‌ها در تعدادی موارد ارتباط تیره‌ای را بین موضوعات اخلاق سازمانی و اخلاق بالینی تجربه کرده‌اند.

جو اخلاقی، که محیط اخلاقی نیز نامیده شده یکی از بخش‌های مورد مطالعه بود (راترد و دیگران، ۲۰۰۸م). این عنوان در متون تجربی در سال ۱۹۹۰م ظاهر شده است. فیلی پوا در سال (۲۰۰۹م) پنج نوع جو اخلاقی را گزارش کرده‌اند که شامل: ابزاری، مراقبتی، استقلال، قوانین و کدها می‌باشد.

نواحی دیگر سطح سازمانی که در آنها مشکلات اخلاقی رخ می‌دهد شامل: تخصیص منابع و نارسایی ارائه خدمات با کیفیت (فویگلا و دیگران، ۲۰۰۸م)، منابع ناکافی یا غیرقابل دسترس (گالاگر، ۲۰۰۲م)، تغییر در انتخاب نوع درمان به جهت محدودیت منابع مالی (تنگ، ۲۰۰۷م)، و ناهمگونی در پاسخگویی پرستاران (تنگ، ۲۰۰۲م)، می‌باشند. روتمن و همکارانش در سال (۲۰۱۰م) گزارش کرده‌اند که عدم وجود آمادگی سازمان برای نشان دادن رفتار اخلاقی در هنگام تریاژ یا دسته‌بندی بیماران، در دسترسی به موقع آنان به درمان اثر داشته است.

مدیران ارشد سازمان‌های سلامت بیان کردند که بیشترین نگرانی آنها در مورد نواقص علمی موضوعات سیاسی، قانونی و اخلاقی می‌باشد (هنسون، ۲۰۰۵م)، استورچ و همکارانش (۲۰۰۹م) نگرانی‌های را درخصوص نحوه مدیریت موضوعات اخلاقی همچون ارتباط بین کارگران و سرپرست آنان (وال، ۲۰۰۸م) و نحوه نگهداری استانداردهای حرفه‌ای اعمال اخلاقی بیان کرده‌اند (گالاگر، ۲۰۰۲م).

بنابراین جای تعجب نیست که هندل و همکارانش (هندل، ۲۰۰۶م.) عدم آمادگی دانشجویان را از نظر ابعاد اخلاقی برای ایفای نقش‌های رهبری و مدیریتی گزارش کرده‌اند. دیلوی و ویکسترو (۲۰۰۹م.) گزارش کرده‌اند رویه‌های سازمانی در تعارض با ارزش‌های رهبران سازمان‌ها باعث ایجاد تنش اخلاقی در آنان می‌گردد (نلسون، ۲۰۰۹م.).

محیط اخلاقی با گردش کاری پرستاران استخدام شده، میزان و شدت نگرانی اخلاقی فردی، رضایت شغلی (بل، ۲۰۰۸م.) و کار تیمی در ارتباط بود (روکر و دیگران، ۲۰۰۷م.). تعداد محدودی از مطالعات تجربی ارتباط بین محیط اخلاقی و بهره‌وری کارکنان را بررسی کرده‌اند. علاوه بر این تعهد بالای اخلاقی در سازمان‌ها با عوامل شخصی و نوع تجربه کاری در ارتباط بوده (میمارین و دیگران، ۲۰۰۷م.) و منجر به افزایش در تعهد به کار می‌گردد (جوهانسون، ۲۰۰۵م.). برخلاف آن، بار کاری سنگین، کمبود وقت و مشکلات کارکنان باعث مشکلات اخلاقی و کاهش کیفیت مراقبت می‌گردد (تورجل و دیگران، ۲۰۰۶م.). این ارتباط بین جو اخلاقی و نگرانی کارکنان با مطالعه اولریچ و سویکن (۲۰۰۵م.) به صورت جدی‌تری مطرح شد آنان در مطالعات خود دریافتند که ۴۵٪ انحرافات در تعارضات اخلاقی به‌وسیله متغیرهای اخلاق سازمانی قابل توضیح می‌باشند.

افراد حرفه‌ای که معضلات اخلاقی را در عملکرد بالینی خود تجربه کرده‌اند؛ گزارش کرده‌اند که به جهت موضوعات اخلاقی مدیریت نشده و ظاهراً غیرقابل حل در محیط کار، احساس ضعف و نگرانی به آنها روی داده است (وال و دیگران، ۲۰۰۸م.). این یافته‌ها در مطالعه انجام شده به‌وسیله هالی (۱۹۸۹م.) نیز مورد حمایت قرار گرفته است و اعلام کرده هنگامی که پرستاران بخش‌های ویژه سطح کمتری از حمایت‌های سازمانی از مدیران بیمارستان، مدیران پرستاری و پزشکان دریافت نموده‌اند دچار نگرانی اخلاقی شده‌اند.

راهبردهای شناخته شده، برای ارتقای جو اخلاقی حسنه، محدود هستند (بل، ۲۰۰۸م). هرچند که مطالعات زیادی برای شناسایی این راهبردها تا به امروز انجام نشده است. در متون مرور شده فضای قابل ملاحظه‌ای برای مدیران سازمان‌های سلامت یافت شد که می‌توانند به وسیله آن محیط اخلاقی مثبتی را ایجاد نمایند (فیلیپو و دیگران، ۲۰۰۹م). در مطالعات اعلام شده بود که مشاوره درباره موضوعات اخلاقی باعث ارتقای کار بالینی می‌گردد (کارپنتر و دیگران، ۲۰۰۴م) و راهبرد مفیدی برای بالا نگه داشتن استانداردها در اخلاق سازمانی می‌باشد. شیری (۲۰۰۷م) اجزاء و راهبردهای مورد استفاده جهت ایجاد جو مثبت اخلاق سازمانی را بررسی نموده است؛ او نتیجه گرفته است که ایجاد جو اخلاقی روحیه کارکنان را بهبود داده؛ تعهد سازمانی را ارتقاء بخشیده و باعث تسهیل در پرورش کارکنان و نگهداری آنان در محیط کار می‌شود. در نهایت ایجاد جو سازمانی به کیفیت پیامدهای مراقبتی بیماران و موفقیت کلی سازمان کمک می‌کند.

بحث در خصوص روایی مطالعه

این مطالعه، با ترکیبی از اصطلاحات کلیدی و با بهره‌گیری از دو پایگاه داده‌های الکترونیکی، (سوبرانا، ۲۰۰۵م) برای استخراج عناوین، موضوعات، زمینه‌ها، روش‌های مطالعه از مطالعات تجربی در دسترس در اخلاق سازمانی انجام شده است. دستورالعمل جستجوی نظام‌مندی برای وارد نمودن همه مطالعات تجربی مربوطه طراحی شد که تعداد زیادی از آنها به دلیل تجربی نبودن از مطالعه خارج شدند. جستجوی اولیه براساس عنوان و چکیده انجام گرفت و چابوب زمانی برای آن تعیین نگردید. این راهبرد نتوانست تعدادی از مطالعات را که از نظر کلمات کلیدی به کار گرفته شده، و نوع پایگاه داده‌ها، متفاوت بودند، بازیافت کند. بنابراین از کلمات کلیدی دیگری نیز استفاده شد.

به دلیل اینکه هدف مطالعه فراهم نمودن مدارکی در خصوص اخلاق سازمانی، نه اخلاق بالینی و حرفه‌ای بود؛ مطالعاتی را که بر روی موضوعات اخلاقی بالینی و جنبه‌های سازمانی همچون فرهنگ و مدیریت عمومی تمرکز کرده بودند از مطالعه خارج شدند.

روایی فرآیند تحلیل و بازیابی، با فعالیت‌های مجزای محققین روی مقالات تأمین گردید. ارزیابی مقالات باقی‌مانده و جمع‌آوری داده به وسیله اعضای گروه انجام شد. داده‌های به دست آمده از تحلیل متون، روی فرم‌های طراحی شده برای این منظور نوشته شدند تا از پوشش اهداف مطالعه به وسیله تحلیل اطمینان حاصل گردد. در خصوص ابزارهای به توصیف آمده در مطالعات اکتفا شد؛ زیرا هدف این مطالعه ارزیابی ابزارهای مورد استفاده در آنها نبود بلکه تمرکز تحلیل بر تعیین اندازه و وسعت میدان تحقیق مطالعات اخلاق سازمانی بود.

بحث در خصوص نتایج

اگرچه این مطالعه، متون زیادی را در زمینه اخلاق سازمانی استخراج کردند؛ اما در چارچوب مقالات بدست آمده با توجه به کلیدواژه‌های مورد نظر، تحقیقات گسترده‌ای در زمینه اخلاق سازمانی بدست نیامد؛ همچنین چارچوب نظری یکپارچه‌ای برای اخلاق سازمانی در هیچ کدام از مقالات بررسی شده یافت نشد. عدم وجود چارچوب نظری، به وسیله عناوین و تعاریف ضعیف زیادی، همچون جو سازمانی، فرهنگ سازمانی، تعارض سازمانی و نگرانی اخلاقی کارکنان نشان داده شده است. این موضوع آشکار می‌کند که ما نیازمند تحلیل و ایجاد مفاهیمی هستیم که به توسعه مدارک تجربی حامی اخلاق سازمانی کمک کند.

با بررسی بیشتر متون و رویکردهای چندجانبه به تحقیق، عدم وجود چارچوب نظری کاملاً نمایان گردید. تعدادی از مطالعات از ابزارهای که مخصوص آن

مطالعه بود استفاده کرده بودند، اما چارچوب نظری حول استفاده از این ابزارها توصیف نشده و در خصوص توصیف کامل ابزار شامل نحوه روایی ابزار برای آن مطالعه مخصوص نیز بحثی نشده بود. به هر حال ما برای مرجع اولیه ابزارها جستجوی انجام ندادیم. جستجوی متون، مقالات هنجاری و نقلی، نظری و مفهومی مرتبط با اخلاق سازمانی را ظاهر نکرد و این نشان می‌دهد که در جهت افزایش آگاهی و فهم بیشتر اخلاق سازمانی نیازمند بررسی متون بیشتری هستیم. تعدادی از موضوعات چارچوب نظری داشتند، اما هنوز به صورت تجربی بررسی نشده بودند. اگرچه همبستگی در مطالعات، جهت توضیح قدرت اثر عوامل متعدد بر اخلاق سازمانی در اکثر متون بررسی شده موجود نبود، اما بررسی‌های انجام شده ارتباطاتی را برای مثال بین محیط یا جو اخلاقی با گردش کاری پرستاران و نگرانی اخلاقی آنان نشان دادند. تعدادی از مطالعات اثرات کمبود کارکنان سلامت و عملکرد کاری آنان را بر بیماران گزارش کرده‌اند (هارد و دیگران، ۲۰۰۵م). به هر حال مدارک موجود در خصوص ارتباط بین عوامل خیلی کم بوده و براساس بررسی‌ها و مطالعات همبستگی و توصیفی یافت شده تنها می‌توان به عنوان مدارک مقدماتی، موردنظر باشند. در اینجا ما نیازمند بررسی دقیق‌تر موضوعات ساختاری و فرآیندهای مراقبتی در هر سطح سازمانی در ارتباط با اخلاق سازمانی هستیم. مطالعات زیادی برآورد کرده‌اند که ما نیازمند افزایش شایستگی اخلاقی در هر دو بعد سازمانی و حرفه‌ای هستیم (میمارین، ۲۰۰۷م)؛ همچنانکه در بررسی متون نیز از اثر آن روی عملکرد اخلاقی و تعارض اخلاقی آگاهی یافتیم (بوکلو و دیگران، ۲۰۰۱م).

بیشتر مطالعات بررسی شده در بستر بیمارستان‌های عمومی انجام شده بود. این ممکن است به این دلیل باشد که سازمان‌های بزرگتر در تشکیل، نگهداری و پشتیبانی از کمیته‌های اخلاقی تواناتر هستند.

درخصوص ایجاد راهبردهای مراقبت از مردم مسن نیز بحث‌های سیاسی وسیعی وجود دارد و مؤسسات موردنظر جهت ارجاع مراقبت بایستی تا حد ممکن به منزل نزدیک باشند (جوهانسون، ۲۰۰۵م) و این یعنی مراقبت در مؤسسات کوچکتر، مراکز خدمات سلامت اولیه و مجموعه‌های مراقبت در منزل، که مدارک موجود درباره اخلاق سازمانی در این زمینه‌ها هنوز کافی نیست. بنابراین تحقیقات اخلاق سازمانی بر روی جنبه‌های مختلف بیماران و کارکنان در سازمان‌های خارج از بخش مراقبت‌های اورژانسی بایستی عناوینی برای تحقیقات بیشتر باشند.

مدارکی وجود دارد که موضوعات اخلاقی در سازمان‌ها با سطح کیفیت مراقبت، سلامت بیماران و ابقا و نگهداری کارکنان در ارتباط می‌باشند و برگزاری نشست‌های آزاد در خصوص موضوعات اخلاق سازمانی، در جهت ارتقای جنبه‌های اخلاقی در همه سازمان‌های سلامت ضروری می‌باشد. نقش رهبران سازمان‌های سلامت (مدیران و سرپرستان) در ایجاد سازمان‌های سلامتی که ویژگی‌های اخلاقی لازم را داشته باشند، بسیار مهم می‌باشد.

سازمان‌های سلامت با نگرانی‌های زیادی مثل کمبود کارکنان حرفه‌ای و بالا بودن هزینه‌ها سلامت روبه‌رو هستند. تعداد کم تحقیقات در زمینه اخلاق سازمانی با وجود این همه مشکلات در ارائه و مدیریت سازمان‌های سلامت تعجب‌برانگیز می‌باشد. شاید بررسی‌های چندجانبه منسجم‌تر در تحقیقات اخلاق سازمانی، راهنمای مفیدی برای مطالعات بیشتر باشد.

نتایج و پیشنهاداتی برای مطالعات بیشتر

این مطالعه آشکار کرد که در زمینه اخلاق سازمانی برنامه‌های تحقیقاتی منسجم و بزرگی انجام نشده است. با وجود این که در مطالعات تجربی از عناوین گوناگونی استفاده کرده بودند، اما نیازمند توسعه مفاهیم روشن‌تر در چارچوب نظری تحقیقات اخلاق سازمانی هستیم. تحقیقات یافت شده در این مطالعه به‌طور عمده

در مراکز درمانی حاد انجام شده بودند؛ در حالی که نیازمند توسعه میدان عمل و زمینه مطالعه (برای مثال خانه پرستاری، مراکز اولیه سلامت و درمانگاه‌های سرپایی) همگام با توسعه راهبردهای مراقبتی هستیم.

ابزارهای زیادی برای استفاده در اندازه‌گیری جو اخلاقی تعیین شده‌اند. بیشتر آنهایی که در تحقیقات اخلاق سازمانی استفاده شده‌اند، مخصوص فرهنگ خاص بوده و تعدادی برای به کارگیری در یک مطالعه ایجاد شده‌اند. پایایی و روایی این ابزارهای برای استفاده در کشورهای مختلف دانش و فهم کلی اخلاق سازمانی را در تمامی زمینه‌های سلامت ارتقا می‌دهد.

در نهایت این مطالعات تعدادی از عوامل اخلاق سازمانی مؤثر بر سلامتی افراد را گزارش کرده‌اند؛ اما این ارتباطات بسیار ظریف بوده و نحوه عمل آنها در داخل سازمان‌ها ناشناخته می‌باشند. مطالعات بیشتری جهت کشف و پی بردن به این ارتباطات مورد نیاز است. همچنانکه اخلاق نیروی جلوبرنده‌ای در جهت تقویت و بهبود کیفیت در نظام سلامت و پیامدهای آن برای بیماران و کارکنان بوده است؛ سازمان‌های سلامت از ایجاد و توسعه شواهد درباره اخلاق سازمانی سود خواهند برد (اسکلوتر و دیگران، ۲۰۰۸م).

این مقاله که برگرفته از مقاله "Organizational Ethics: A Literature Review" اثر Riitta Suhonen, Minna Stolt, Heli Virtanen, Helena Leino-Kilpi از دانشگاه تورکو - فنلاند می‌باشد در جمع دانشجویان دوره دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه و با توجه به اهمیت آن به عنوان یک مقاله ترجمه و مروری در دستور کار چاپ قرار گرفت.

فهرست منابع

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)* 20: 43-53.
- Arnold L, Drenkard K, Ela S, et al. (2006). Strategic positioning for nursing excellence in health systems: insights from chief nursing executives. *Nurs Adm Q* 30(1): 11-20.*
- Bell J and Breslin JM. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 10(4): 94-7.*
- Bosa IM. (2010). Ethical budgets: a critical success factor in implementing new public management accountability in health care. *Health Serv Manag Res* 23(2): 76-83.*
- Buckloh LM and Roberts MC. (2001). Managed mental health care: attitudes and ethical beliefs of child and pediatric psychologists. *J Pediatr Psychol* 26(4): 193-202.*
- Canadian Nursing Association (2002). Code of Ethics. Ottawa: Canadian Nursing Association
([http:// www.cna/nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/](http://www.cna/nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/))
- Carney M. (2006). Positive and negative outcomes from values and beliefs held by healthcare clinician and non-clinician managers. *J Adv Nurse* 54(1): 111-19.*
- Carpenter C, Ericksen J, Purves B and Hill DS. (2004). Evaluation of the perceived impact of an interdisciplinary healthcare ethics course on clinical practice. *Learn Health Soc Care* 3(4): 223-36.*
- Commission of the European Communities. (2010). Commission staff working document, Document accompanying the White Paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/
- Cooper RW, Frank GL, Hansen M, Mand Gouty CA. (2004). Key ethical issues encountered in healthcare organizations: the perceptions of staff nurses and nurse leaders. *J Nurs Adm* 34(3): 149-56.*
- Cooper RW, Frank GL, Gouty CA and Hansen MC. (2002). Key ethical issues encountered in healthcare organizations: perceptions of nurse executives. *J Nurs Adm* 32(6): 331-7.*
- Dellve L and Wikström E. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations: leaders' perceived legitimacy conflicts. *J Nurs Manag* 17(8): 931-41.*
- Feldman DS, Novack DH and Gracely E. (1998). Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine: a physician survey. *Arch Inter Med* 158(15): 1626-32.*
- Filipova AA. (2009). Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. *Nurs Ethics* 16(5): 574-88.*
- Foglia MB, Pearlman RA, Bottrell MM, Altemose JA and Fox E. (2008). Priority setting and the ethics of resource allocation within VA healthcare facilities: results of a survey. *Organ Ethics* 4(2): 83-96.*
- Gallagher E, Alcock D, Diem E, Angus D and Medves J. (2002). Ethical dilemmas in home care case management. *J Healthc Manag* 47(2): 85-96.*

- Gallego G, Taylor SJ and Brien JA. (2009). Funding and access to high cost medicines in public hospitals in Australia: decision-makers' perspectives. *Health Policy* 92(1): 27-34*.
- Gibson JL. (2007). Organizational ethics and the management of health care organizations. *Healthc Manag Forum* 20(1): 32-4, 38-41.
- Hart SE. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh* 37(2): 173-7.
- Henson SW, Burke D, Crow SM and Hartman SJ. (2005). Legal and regulatory education and training needs in the healthcare industry. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 7(4): 114-18.*
- Hendel T, Eshel N, Traister L and Galon V. (2006). Readiness for future managerial leadership roles: nursing students' perceived importance of organizational values. *J Prof Nurse* 22(6): 339-46.*
- Hendel T and Gefen-Liban D. (2003). Getting ready for the future: assessing and promoting graduate students' organizational values. *Nurse Educ Today* 23(7): 482-91.*
- Hedayati S, Nassiri Poor A, Maher A, Hatem N. (2009). The relationship between culture of organizational ethics and employees productivity of health. *Journal of Medical Ethics and History* 2 (3) :51-59
- Higgins W. (2000). Ethical guidance in the era of managed care: an analysis of the American College of Healthcare Executives' Code of Ethics. *J Healthc Manag* 45(1): 32-42.*
- Holly C. (1989). Critical care nurses' participation in ethical decision making. *J N Y State Nurses Assoc* 20(4): 9-12.*
- Hudak RP, Brooke PP Jr, Finstuen K and Riley P. (1993). Health care administration in the year 2000: practitioners' views of future issues and job requirements. *Hosp Health Serv Adm* 38(2): 181-95.*
- ICN. (2010). The ICN code of ethics for nurses. ICN – International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. <http://www.icn.ch/icncode>.
- JCAHO. (2002). Joint Commission of the Accreditation of Healthcare Organisations. Comprehensive accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO.
- Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG and Kirkwood TBL. (2005). The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ka'lvemark Sporrang S, Arnetz B, Hansson MG, Westerholm P and Ho'glund AT. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nurs Ethics* 14(6): 825-37.*
- Karlberg HI and Brinkmo BM. (2009). The unethical focus on access: a study of medical ethics and the waiting-time guarantee. *Scand J Public Health* 37(2): 117-21.*
- Kerridge IH, Pearson S and Rolfe IE. (1998). Determining the function of a hospital clinical ethics committee: making ethics work. *J Qual Clin Pract* 18(2): 117-24.*
- McDaniel C. (1998). Hospital ethics committees and nurses' participation. *J Nurs Admin* 28(9): 47-51.*
- McDaniel C. (1998). Ethical environment: reports of practicing nurses. *Nurse Cline North Am* 1998; 33(2): 363-72.*

- McDaniel C. (1998). Enhancing nurses' ethical practice: development of a clinical ethics program. *Nurse Cline North Am* 33(2): 299-311.*
- McDaniel C. (2004). *Organizational ethics. Research and ethical environments*. Cornwall: Ashgate, MGP Books Ltd, Bodmin.
- McGee G and Spanogle JP. (2001). Healthcare ethics committees and managed care. *Am J Manag Care* 7(8): 821-7.*
- McGee G, Caplan AL, Spanogle JP and Asch DA. (2001). A national study of ethics committees. *Am J Bioeth* 1(4): 60-4.*
- Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F and Hajizadeh E. (2007). Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. *Nurs Ethics* 14(2): 203-14.*
- Meslin EM, Lemieux-Charles L and Wortley JT. (1997). An ethics framework for assisting clinician-managers in resource allocation decision making. *Hosp Health Serv Adm* 42(1): 33-48.*
- Nelson W, Rosenberg MC, Weiss J and Goodrich M. (2009). New Hampshire critical access hospitals: CEOs' report on ethical challenges. *J Healthc Manag* 54(4): 273-83.*
- O'Donnell LT. (2007). Ethical dilemmas among nurses as they transition to hospital case management: implications for organizational ethics, part I. *Prof Case Manag* 12(3):160-9.*
- O'Donnell LT. (2007). Ethical dilemmas among nurses as they transition to hospital case management: implications for organizational ethics, part II. *Prof Case Manage* 12(4): 219-31.*
- Olson LL. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch* 30(4): 345-9.
- Omery A, Henneman E, Billet B, Luna-Raines M and Brown-Saltzman K. (1995). Ethical issues in hospital-based nursing practice. *J Cardiovasc Nurse* 9(3): 43-53.*
- Orr RD and Moon E. (1993). Effectiveness of an ethics consultation service. *J Fam Pract* 36(1): 49-53.*
- Pauly B, Varcoe C, Storch J and Newton L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 16(5): 561-73.*
- Perkins DV, Hudson BL, Gray DM and Stewart M. (1998). Decisions and justifications by community mental health providers about hypothetical ethical dilemmas. *Psychiatr Serv* 49(10): 1317-22.*
- Rathert C and Fleming DA. (2008). Hospital ethical climate and teamwork in acute care: the moderating role of leaders. *Health Care Manage Rev* 33(4): 323-31.*
- Reeleder D, Goel V, Singer PA and Martin DK. (2006). Leadership and priority setting: the perspective of hospital CEOs. *Health Policy* 79(1): 24-34.*
- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL and Pendergast DK. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manage* 16(3): 360-73.*
- Rocker GM, Cook DJ, Martin DK and Singer PA. (2003). Seasonal bed closures in an intensive care unit: a qualitative study. *J Crit Care* 18(1): 25-30.*

- Roth PA and Harrison JK. (1994). Ethical conflict in long-term care: is legislation the answer? *J Prof Nurs* 10(5): 271-7.*
- Rottman SJ, Shoaf KI, Schlesinger J, et al. (2010). Pandemic influenza triage in the clinical setting. *Prehosp Disaster Med* 25(2): 99-104.*
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K and Henderson A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 15(3): 304-21. 6.
- Scott-Findlay S and Estabrooks CA. (2006). Mapping the organisational culture research in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 56(5): 498-513.
- Scott-Findlay S and Estabrooks CA. (2006). Mapping the organisational culture research in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 56(5): 498-513.
- Seren S and Baykal U. (2007). Relationships between change and organisational culture in hospitals. *J Nurs Scholarsh* 39(2): 191-7.
- Sietsema MR and Spradley BW. (1987). Ethics and administrative decision making. *J Nurs Admin* 17(4): 28-32.*
- Silva DS, Gibson JL, Sibbald R, Connolly E and Singer PA. (2008). Clinical ethicists' perspectives on organisational ethics in healthcare organisations. *J Med Ethics* 34(5): 320-3.*
- Sharar DA, Huff S and Ackerson B. (2003). Organizational ethics in managed behavioural health care: perspectives from executives and leaders. *Ethical Hum Sci Serv* 5(2): 109-25.*
- Shannon SE, Foglia MB, Hardy M and Gallagher TH. (2009). Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 35: 5-12.*
- Shirey MR. (2005). Ethical climate in nursing practice: the leader's role. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 7(2): 59-67.*
- Spencer EM, Mills AE, Rorty MV and Werhane PH. (2000). *Organization ethics in health care*. New York: Oxford University Press.
- Storch J, Rodney P, Varcoe C, et al. (2009). Leadership for ethical policy and practice (LEPP): participatory action project. *Nurs Leadersh* 22(3): 68-80.*
- St-Pierre I and Holmes D. (2010). The relationship between organizational justice and workplace aggression. *J Adv Nurs* 66(5): 1169-82.*
- Subirana M, Sola I, Garcia JM, Gich I and Urrutia G. (2005). A nursing qualitative systematic review required MEDLINE and CINAHL for study identification. *J Clin Epidemiol* 58(1): 20-5.
- Tang PF, Johansson C, Wadensten B, Wenneberg S and Ahlstrom G. (2007). Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *Nurs Ethics* 14(6): 810-24.*
- Torjuul K and Sorlie V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *J Adv Nurse* 56(4): 404-13.*
- Ulrich CM, Soeken KL and Miller N. (2003). Ethical conflict associated with managed care: views of nurse practitioners. *Nurs Res* 52(3): 168-75.*

- Ulrich CM and Soeken KL. (2005). A path analytic model of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. *Nurs Ethics* 12(3): 305–16.*
- Wagner N and Hendel T. (1998). Nursing ethics from a bi-cultural perspective: a comparative survey. *J Multicult Nurs Health* 4: 16–21.*
- Wall S and Austin W. (2008). The influence of teams, supervisors and organizations on healthcare practitioners' abilities to practice ethically. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 21(4): 85–99.*
- Wang MC, Hyun JK, Harrison M, Shortell SM and Fraser I. (2006). Redesigning health systems for quality: lessons from emerging practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 32(11): 599–611.
- WHO. (2010). World Health Report 2006: Working together for health. <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.
- WHO. (2010). People-centred health care. <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/55CBA47E-9B93-4EFB-A64E-21667D95D30E/0/PEOPLECENTREDHEALTHCARE> Policy Framework.
- WHO. (2010). Patients' rights. <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>
- Wlody GS. (2007). Nursing management and organisational ethics in the intensive care unit. *Crit Care Med* 35(suppl 2): S29–35.
- WMA. (2010). World Medical Association International Code of Medical Ethics. Amended by the WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>.

یادداشت شناسه مترجمان

انور اسماعیلی: دانشجوی PhD رشته سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو پیوسته انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی

نشانی الکترونیکی: anvar.esmaeili@yahoo.com

محمود عباسی: دکترای حقوق پزشکی، رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران و نایب رئیس انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: Dr.abbasi@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۴/۳۰