

بررسی ابعاد و الزامات اصول اخلاق حرفه‌ای در بخش سلامت: یک مطالعه تطبیقی

دکتر مهرانگیز حق گو^۱، دکتر کرم الله دانش فرد^۲، دکتر سید جمال الدین طیبی^۳

چکیده

زمینه و هدف: شرایط، مزایا و محدودیت‌های اخلاق حرفه‌ای مورد بحث قرار نگرفته است، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین چارچوب و ابعاد و الزامات اصول اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب به بررسی و مرور تجربیات کشورهای منتخب پرداخت. روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر، به صورت تطبیقی در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه از جمله فعالیت مشخص و هدفمند در مورد اخلاق حرفه‌ای، ۵ کشور انگلیس، مالزی، ژاپن، ترکیه و آمریکا شرایط ورود به مطالعه را اخذ نمودند. برای تجزیه‌ی داده‌ها در این مرحله از جداول مقایسه‌ی ای استفاده شد که شامل مقایسه‌ی ابعادی است که از مطالعه‌ی توسعه اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب به دست آمد.

یافته‌ها: انجمن‌های پزشکی و پرستاری و واحدهای ستادی در وزارتخانه‌های سلامت امکان بهره‌برداری مناسب از اصول اخلاق حرفه‌ای را فراهم می‌کند. استفاده از کمیته‌های موقت و یا ثابت و منظم در واحدهای صف نیز از دیگر ویژگی‌های توجه به مفهوم اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب می‌باشد. در کشور مالزی و ژاپن، در واحدهای درسی دوره‌های مختلف و رشته‌های مختلف، اخلاق حرفه‌ای تدریس می‌گردد.

نتیجه‌گیری: به کارگیری مفهوم اخلاق حرفه‌ای نیاز به شفاف‌سازی اطلاعاتی بیشتری داشته و فاکتورهایی نظیر آموزش، ایجاد ساختارهای سازمانی و تشکیلات و نهادینه‌سازی آن باید مورد بحث‌های بیشتر قرار گرفته و بر اساس شرایط کشورها بومی سازی گردد.

واژه‌های کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، آموزش، ساختار، بخش سلامت

دریافت مقاله: مرداد ۱۳۹۶
پذیرش مقاله: آذر ۱۳۹۶

*نویسنده مسئول:
دکتر کرم الله دانش فرد؛
دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات تهران
Email :
daneshfard@srbiau.ac.ir

^۱ دکترای مدیریت منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۲ استاد گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

^۳ استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

مقدمه

سازمان‌ها برای پویایی و بقای خود نیازمند تدوین و به‌کارگیری استانداردهای اخلاق حرفه‌ای هستند تا براساس آن مدیران و کارکنان بتوانند، برای بهره‌مندی هر چه بیشتر ذینفعان، ارزش‌های مشترک حرفه‌ای را پدید آورند (۱ و ۲). تدوین اصول اخلاقی حرفه‌ای برای مشاغل حساس رو به افزایش است (۳). یکی از راهکارهای جوامع حرفه‌ای برای دستیابی به آرمان‌های حرفه‌ای، تنظیم نظام اخلاق حرفه‌ای است.

رعایت اخلاق حرفه‌ای جزو ماهیت ذاتی حوزه‌ی بهداشت و درمان است و رسالت حرفه‌های مختلف در علوم پزشکی ارایه خدمات مورد نیاز بهداشتی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی در بالاترین سطح استاندارد جهت تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است (۴). هر چند اخلاق در همه‌ی مشاغل ضروری است اما در حرفه‌های مرتبط با بخش بهداشت و درمانی این عامل، ضرورت بیشتری دارد چرا که رفتار معنوی و توأم با مسئولیت کارکنان با بیماران، نقش موثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد، لذا حرفه‌های مشغول در بخش بهداشت و درمان بر پایه اخلاق استوار است (۵). بنابراین رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکردهای گروه‌های مختلف پزشکی از سایر موارد مراقبت حساس‌تر می‌باشد (۶).

ماهیت ذاتی فعالیت در بهداشت و درمان احترام به حقوق انسان از جمله حق زندگی و انتخاب، احترام به شان و رفتار با احترام است. رعایت ضوابط اخلاقی در کار حرفه‌های مختلف در بهداشت و درمان منجر به بهبود خدمات می‌گردد و بهبود کیفیت کار نیروی انسانی تاثیر بسزایی در بهبود بیماران دارد (۷). هر چند که مفهوم حرفه‌گرایی ارجحیت بخشیدن به نیازهای بیماران بر نیازهای فردی است، اما انجمن برد طب داخلی آمریکا عناصر اخلاق حرفه‌ای را صفاتی مانند: نوع‌دوستی، مسئولیت‌پذیری، تعالی، شرافت و صداقت و احترام به دیگران برشمرده است (۸).

پژوهش‌های متعددی در مورد اخلاق حرفه‌ای در گروه‌های مختلف انجام گرفته است. فروغی و همکاران (۱۳۹۵) به تبیین نقش ارزش‌ها در اخلاق حرفه‌ای پرستاری پرداختند و درون مایه‌های عقیده به کرامت ذاتی بیمار، عاطفه و علاقه به انسان‌ها، احساس نگرش و رفتار با بیمار مانند اعضای خانواده خود، باورهای اخلاقی معنوی موثر بر مراقبت و وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار، شناخت حفظ و حمایت از حقوق بیمار، تنگناهای اخلاقی موجود در حرفه، پرهیز از

روابط غیرحرفه‌ای و سوء استفاده از بیمار را معرفی نموده‌اند (۹). در پژوهش دیگری بیشترین میزان اهمیت به ارتقای توانمندی حرفه‌ای و رازداری اختصاص یافت (۱۰). West & Shanafelt (۲۰۰۷) عوامل محیطی موثر بر حرفه‌ای‌گرایی پزشکان را به ترتیب فرهنگ سازمانی، برنامه‌های رسمی و غیر رسمی موجود در سازمان و ویژگی‌های عملکردی تعیین نمودند (۱۱). Monrouxe و همکاران (۲۰۱۵) نیز به بررسی شیوع رفتارهای غیر اخلاقی در میان دانشجویان رشته‌های مختلف بخش سلامت در محیط کار و یادگیری پرداختند که بر اساس یافته‌های این پژوهش در خصوص اخلاق حرفه‌ای، مسایل مربوط به مصرف مواد مخدر در میان دانشجویان و رعایت الزامات مربوط به ایمنی بیمار، بیشترین فراوانی مشکلات در میان دانشجویان را به خود اختصاص دادند (۱۲).

نبود الگوی اخلاق حرفه‌ای که بر اساس معیارهای سازمان‌های دولتی ایران بنا شده باشد، پژوهشگران را بر آن داشت تا در این زمینه گام بردارند. دستیابی به الگوی مفهومی با توجه به تجربیات سایر کشورها منجر به توسعه‌ی اخلاق حرفه‌ای برای بهسازی منابع انسانی سازمان‌های دولتی ایران خواهد شد و نفوذ اخلاق حرفه‌ای در منابع انسانی سازمان‌ها و به ویژه سازمان‌های بهداشتی درمانی را افزایش خواهد داد. از طرفی با توجه به نبود الگوی مشخص در مورد اصول اخلاق حرفه‌ای در بخش سلامت کشور ایران، پژوهش حاضر با بررسی تجربیات کشورهای منتخب، با هدف شناسایی ابعاد و پیش زمینه‌های رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در بخش سلامت در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

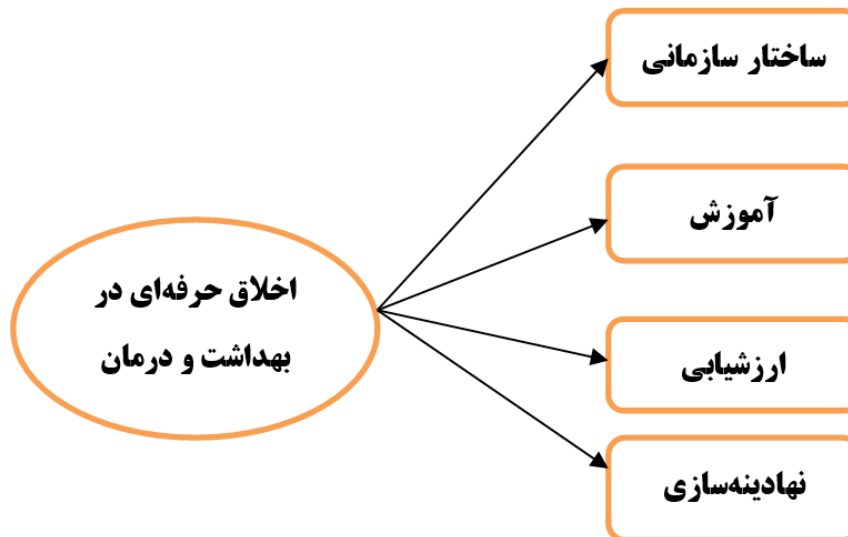
روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر، به صورت مطالعه‌ی تطبیقی در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. در پژوهش‌های تطبیقی، پارادایم‌های مورد مطالعه شناسایی و وضعیت، تجربیات و ویژگی‌های موضوع در واحدهای مورد مطالعه، بررسی و استخراج می‌گردد (۱۳). از آن جایی که الگوی مفهومی در زمینه‌ی اخلاق حرفه‌ای در بخش سلامت ایران وجود ندارد، نیاز به بررسی تجربیات عینی کشورهای صاحب نظر دارد و روش تطبیقی با توجه به بررسی عمیق پارادایم‌های مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور در پژوهش حاضر نیز شناسایی ابعاد و پیش زمینه‌های رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در بخش سلامت در کشورهای منتخب انجام گرفت. محیط انجام مطالعه، وب سایت‌های

بهداشت WHO و همچنین مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی معتبر PubMed, Springer, Index, Emerald, Google scholar, Proquest, Science Direct, Web of sciences, Copernicus و Scopus گردآوری گردید.

پژوهش حاضر از نظر مطالعات تطبیقی یک مطالعه ی گذشته‌نگر و کتابخانه‌ای بود. در این مرحله از پژوهش به بررسی و مطالعه در کشورهای منتخب در طول ۱۰ سال گذشته ۱۳۸۵-۱۳۹۵ و فاصله زمانی معادل میلادی پرداخت و با بررسی مدارک موجود به تشریح و چگونگی استفاده از اخلاق حرفه‌ای به منظور بهسازی منابع انسانی سازمان‌های بهداشتی درمانی پرداخته شد. در این مرحله که مطالعه ی تطبیقی را شامل می‌شود با توجه به الگوهای موجود در اخلاق حرفه‌ای منابع انسانی سازمان‌های بهداشتی در کشورهای منتخب موارد زیر بررسی گردید و بررسی مبانی نظری و تئوری موجود در خصوص اخلاق حرفه‌ای به منظور بهسازی منابع انسانی انجام گرفت.

مدل پژوهش بر اساس ابعاد مشترک مورد بررسی در کشورهای منتخب به صورت زیر استخراج و پارادایم‌های پژوهش تعیین شدند.



شکل ۱: مدل مفهومی اخلاق حرفه‌ای در بخش بهداشت و درمان

اخلاق حرفه‌ای در بین کشورهای منتخب با هم مقایسه شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در چهار بخش ساختار، نهادینه‌سازی، آموزش و ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب ارائه می‌گردد.

الف: ساختار

مجازی نظام‌های سلامت کشورهای جهان و پایگاه‌های اطلاعاتی علمی بود. جامعه ی پژوهش در این پژوهش سایت‌ها و مراکز توسعه ی اخلاق حرفه‌ای در کشورهای مورد مطالعه بوده که به منظور انتخاب کشورها شاخص ورود تعریف شد و ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: نظام سلامتی در بخش بستری با ارجحیت بخش دولتی است، نظام مالی شفاف و مشخص داشته باشد، پیشرو در اصلاحات نظام سلامت می‌باشند، دارای نظام‌های حقوقی مشخص و پیشرفته باشند، تجربه ی اقدام ساختاری در اخلاق حرفه‌ای در نظام سلامت را داشته و حداقل یک مقاله چاپ شده در زمینه مستندات مذکور از آن کشور منتشر شده باشد. بر این اساس ۵ کشور انگلیس، آمریکا، ژاپن، ترکیه و مالزی شرایط ورود به مطالعه را داشتند.

برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای منتخب از فرم استخراج داده‌ها Data extraction form استفاده شد. به این صورت که ابتدا بر پایه مرور متون متغیرهای حداقلی اخلاق حرفه‌ای شناسایی و فرم استخراج داده‌ها طراحی شد.

اطلاعات در این مرحله با مراجعه به کتب، نشریات، سایت‌های معتبر از جمله سایت بانک جهانی، سازمان جهانی

جهت تحلیل و مقایسه داده‌ها در این مرحله از جداول مقایسه ای استفاده شد که شامل مقایسه ابعادی است که از مطالعه ی اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب به دست آمد. بدین منظور، داده‌ها به جدول مقایسه‌ای وارد گردیده و مبنای تحلیل و مقایسه ی کشورها با یکدیگر قرار گرفت. برای تحلیل اشتراکات و افتراقات این ابعاد شامل ساختار، نهادینه‌سازی، آموزش و ارزشیابی

جدول ۱: سافت‌ار اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب

| حیطه | گویه | ترکیه | ژاپن | مالزی | انگلستان | آمریکا |
|--------|--|--|---|--|---|--|
| ساختار | وجود تشکیلات سازمانی جهت اخلاق حرفه‌ای در واحدهای ستادی | تشکیلات سازمانی مربوط به اخلاق حرفه‌ای در وزارت بهداشت، کار و رفاه دارد(۱۴). | تشکیلات سازمانی مربوط به اخلاق حرفه‌ای در وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن می‌باشد(۱۴). | تشکیلات سازمانی مربوط به اخلاق حرفه‌ای در وزارت بهداشت مالزی می‌باشد(۱۵). | تشکیلات سازمانی مربوط به اخلاق حرفه‌ای در وزارت بهداشت انگلستان می‌باشد(۱۶). | اشاره نشده است. |
| | وجود تشکیلات سازمانی جهت اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف. | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف به صورت کمیته‌های دوره‌ای وجود دارد(۱۴). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف به صورت کمیته‌های دوره‌ای وجود دارد(۱۷). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف به صورت کمیته‌های دوره‌ای وجود دارد(۱۸). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف به صورت کمیته‌های ثابت وجود دارد(۱۹). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف به صورت کمیته‌های ثابت وجود دارد(۲۰). |
| | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در نظام پزشکی یا پرستاری قرار دارد. | اشاره نشده است. | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی ژاپن (JMA) و انجمن پرستاری ژاپن (JNA) قرار دارد(۲۱). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی مالزی (MMA) و انجمن پرستاری مالزی (MNA) قرار دارد(۷). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی آمریکا (AMA) و انجمن پرستاری آمریکا (ANA) قرار دارد(۲۲). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی و پرستاری در ژاپن بر اهمیت اخلاق حرفه‌ای تاکید دارد(۱۴). در برخی واحدهای صف نظیر بیمارستان‌ها و مراکز دیگر ارایه خدمات در ژاپن، کمیته‌های موقت جهت رسیدگی به اخلاق حرفه‌ای کارکنان در نظر گرفته شده است که به صورت دوره‌ای تشکیل و زوایای مختلف رعایت اخلاق و مسئولیت‌ها را بررسی می‌کند(۲۳). |
| | وجود کمیته‌های موقت با جلسات دوره‌ای در خصوص اخلاق حرفه‌ای | جلسات دوره‌ای اخلاق حرفه‌ای در کمیته‌های بیمارستانی انجام می‌گیرد(۱۴). | جلسات دوره‌ای اخلاق حرفه‌ای در کمیته‌های بیمارستانی انجام می‌گیرد(۲۳). | جلسات دوره‌ای اخلاق حرفه‌ای در کمیته‌های بیمارستانی انجام می‌گیرد(۱۸). | جلسات دوره‌ای اخلاق حرفه‌ای در کمیته‌های بیمارستانی انجام می‌گیرد(۱۹). | جلسات دوره‌ای اخلاق حرفه‌ای در کمیته‌های بیمارستانی انجام می‌گیرد(۲۰). |
| | وجود تشکیلات سازمانی جهت اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف یا پرستاری قرار دارد. | اشاره نشده است. | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی ژاپن (JMA) و انجمن پرستاری ژاپن (JNA) قرار دارد(۲۱). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی مالزی (MMA) و انجمن پرستاری مالزی (MNA) قرار دارد(۷). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی آمریکا (AMA) و انجمن پرستاری آمریکا (ANA) قرار دارد(۲۲). | تشکیلات سازمانی اخلاق حرفه‌ای در انجمن پزشکی و پرستاری در ژاپن بر اهمیت اخلاق حرفه‌ای تاکید دارد(۱۴). در برخی واحدهای صف نظیر بیمارستان‌ها و مراکز دیگر ارایه خدمات در ژاپن، کمیته‌های موقت جهت رسیدگی به اخلاق حرفه‌ای کارکنان در نظر گرفته شده است که به صورت دوره‌ای تشکیل و زوایای مختلف رعایت اخلاق و مسئولیت‌ها را بررسی می‌کند(۲۳). |

وجود تشکیلات سازمانی جهت اخلاق حرفه‌ای ضروری است. این موضوع به علت هماهنگی اقدامات و برنامه‌ها و سیاستگذاری اقدامات اجرایی در کشورهای مختلف مهم شمرده شده است.

وجود این تشکیلات در واحدهای صف یا ستاد یا هردو در کشورهای منتخب وجود دارند. در کشور ژاپن، اعتبارسنجی فعالیت در حوزه بهداشت و درمان از طریق انجمن‌های نظام پزشکی و نظام پرستاری در این کشور انجام می‌گیرد. این سازمان‌ها در بررسی عملکرد کادر درمانی به موضوعات اخلاقی و مسئولیت‌ها و کجروی‌ها توجه داشته و بخشی از سیاست‌گذاری‌ها در این بحث انجام می‌گیرد.

انجمن پزشکی ژاپن Japan Medical Association و انجمن پرستاری ژاپن Japanese nursing association ساختارهای مجزا جهت رسیدگی به مسایل اخلاق حرفه‌ای در جامعه ی بهداشت و درمان ژاپن به عهده دارند(۲۱). وزارت سلامت، کار و رفاه Ministry of health, labour and welfare در ژاپن نیز به عنوان متولی بهداشت و درمان در این کشور، از طریق تایید دیدگاه‌های

در کشور مالزی، مانند کشور ژاپن، وزارت سلامت از طریق بخش‌های صف در مسایل اخلاق حرفه‌ای پیشرفت چندانی نداشته و در این میان انجمن پزشکی مالزی Malaysian medical association و انجمن پرستاری مالزی Malaysian nurses association، بخش عمده ای از فعالیت‌ها و سیاست‌گذاری‌ها را بر عهده دارند(۷). در این خصوص وزارت بهداشت مالزی، از طریق رسیدگی به شکایات و موضوعات خاص در حوزه ی اخلاق حرفه‌ای نقش بازدارنده را ایفا

در انگلستان موسسات دولتی و غیردولتی خارج از نظام طب ملی در این کشور، پژوهش‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای را انجام داده و از طریق بازخورد به واحدهای ارائه خدمات، این سازمان‌ها را در رعایت اخلاق حرفه‌ای یاری می‌دهند. یکی از این سازمان‌ها که به صورت دولتی فعالیت می‌کند، مرکز تعالی خدمات و انستیتو ملی سلامت National institute for health and care excellence در انگلستان است (۲۴ و ۱۹). در آمریکا با توجه به سیستم شکایات بهداشتی و درمانی موثر، ساختارهای اخلاق حرفه‌ای در واحدهای صف حایز اهمیت بوده و ارگان‌های پژوهشی و اعتبارسنجی فعالیت‌های بهداشتی درمانی در ارزیابی‌های خود پرونده‌های اخلاقی کارکنان را به صورت جدی بررسی می‌کند. کمیته‌های دایمی در واحدهای صف نظیر بیمارستان‌ها در خصوص اخلاق حرفه‌ای وجود داشته و به صورت مداوم و منظم و با فاصله‌های زمانی معین تشکیل شده و اقدامات آتی برنامه‌ریزی می‌شود (۲۰) (جدول ۱).

ب: آموزش

می‌کند. انجمن‌های پزشکی و پرستاری مالزی به عنوان سازمان‌های غیر دولتی نظیر نظام پزشکی در ایران بوده و از حیث ساختار دولتی، خارج از محدوده فعالیت‌های دولت قرار می‌گیرند (۱۵). تفاوت کشور مالزی و ژاپن در تشکیل کمیته‌های موقت در واحدهای صف می‌باشد که بر خلاف ژاپن، در مالزی از طریق مناطق ارائه خدمات، عملکردهای حرفه‌ای در ستاد این مناطق شکل گرفته و واحدهای صف ملزم به رعایت دیدگاه‌های مناطق ارائه دهنده خدمات هستند.

در کشور ترکیه، واحد صف و ستاد به صورت هماهنگی فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای را دنبال می‌کنند. وزارت سلامت در کشور ترکیه از طریق واحدهای درمانی و بهداشتی در ساختار متمرکز و ساختار صف خود، بخش‌ها و کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای را تشکیل داده و از این طریق سیاست‌گذاری، اجراء، پایش و ارزیابی دوره‌ای را انجام می‌دهد. این ساختار در ترکیه، هماهنگی فعالیت‌ها را موجب شده است. با توجه به جدید بودن این ساختار در ترکیه، اقدامات گام به گام در این زمینه انجام گرفته و تا دستیابی به وضعیت مناسب فاصله وجود دارد (۱۴).

جدول ۲: آموزش اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب

| حیطه | گوبه | ترکیه | ژاپن | مالزی | انگلستان | آمریکا |
|------|---|--|--|---|--|---|
| | آموزش اخلاق حرفه‌ای در واحدهای درسی دانشگاهی گنجانده شده است. | اشاره نشده است. | در واحدهای درسی دوره‌های مختلف و رشته‌های مختلف، اخلاق حرفه‌ای تدریس می‌گردد (۲۵). | در واحدهای درسی دانشگاه‌ها، اخلاق حرفه‌ای تدریس می‌گردد (۱۵). | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. |
| | آموزش ضمن خدمت کارکنان در مورد اخلاق حرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. | اشاره نشده است. | آموزش ضمن خدمت با در نظر گرفتن آموزش اخلاق حرفه‌ای انجام می‌گیرد (۲۶). | در برنامه آموزش خدمت کارکنان، آموزش اخلاق حرفه‌ای گنجانده شده است (۲۷). | دوره‌های آموزشی ضمن خدمت با موضوعیت اخلاق حرفه‌ای برای کارکنان برگزار می‌شود (۲۸). | برگزاری دوره‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای ضمن خدمت برای کارکنان در طول دوره خدمت وجود دارد (۲۹). |
| | شرکت در دوره‌های آموزشی و کنگره‌های اخلاق حرفه‌ای همراه با امتیاز بازآموزی است. | برگزاری دوره‌های بازآموزی اجباری برای کارکنان بهداشت و درمان وجود دارد (۳۰). | دوره‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای دارای امتیاز بازآموزی است (۲۶). | اشاره نشده است. | دوره‌ها و کنگره‌های اخلاق حرفه‌ای برای کارمندان دارای امتیاز بازآموزی است (۲۸). | اشاره نشده است. |

بخش‌های آموزشی از طریق دوره‌ها و کارگاه‌های موقت و چند روزه از طریق واحدهای صف و موسسات آموزشی و پژوهشی صورت می‌گیرد (۲۸). در انگلستان و آمریکا، دوره‌های آموزشی ضمن خدمت برای کارکنان در طول دوره خدمت و با دوره‌ی تناوب منظم ترتیب داده شده است و مشوق‌هایی جهت شرکت داوطلبانه در این دوره در

در کشورهای مختلف، آموزش اخلاق حرفه‌ای از جنبه‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته است. در کشور مالزی و ژاپن، در واحدهای درسی دوره‌های مختلف و رشته‌های مختلف، اخلاق حرفه‌ای تدریس می‌گردد. دروس دانشگاهی در این کشورها، با در نظر گرفتن آموزش اخلاق حرفه‌ای انجام می‌گیرد (۲۶ و ۱۵). در انگلستان



در خصوص وارد نمودن این آموزش‌ها به آموزش دانشگاهی صورت گرفته است (۳۰) (جدول ۲).

ب: نهادهای سازی

نظر گرفته شده است که از این میان می‌توان به کسب امتیازهای لازم جهت تمدید گواهی نامه‌های پزشکی و پرستاری اشاره نمود (۳۱ و ۲۸). در کشور ترکیه نیز، اقداماتی در خصوص برگزاری دوره‌های بازآموزی اجباری برای کارکنان بهداشت و درمان انجام گرفته است و بحث‌هایی

جدول ۳: نهادهای سازی اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب

| حیطه | گویه | ترکیه | ژاپن | مالزی | انگلستان | آمریکا |
|--------------|--|--|--|--|---|---|
| نهادهای سازی | گزینش و به کارگیری کارکنان جدید با در نظر گرفتن میزان تعهد آنان به اخلاق حرفه‌ای صورت می‌گیرد. | شروع به کار در سازمان برای کارکنان بر اساس تعهد به اخلاق حرفه‌ای می‌باشد (۳۲). | فعالیت کادر پزشکی، پرستاری و سایر کادر درمان منوط به رعایت اخلاق حرفه‌ای است (۱۷). | گزینش کارکنان با در نظر گرفتن میزان تعهد ایشان به رعایت اخلاق حرفه‌ای می‌باشد (۷). | ورود به سازمان بر اساس میزان تعهد به اصول اخلاق حرفه‌ای انجام می‌گیرد (۳۳). | اشاره نشده است. |
| | ارتقای کارکنان با در نظر گرفتن رعایت اخلاق حرفه‌ای در سازمان صورت گیرد. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | ارتقای کارکنان به پست‌های سازمانی بالاتر براساس فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای صورت می‌گیرد (۳۴). |
| | منشور اخلاق حرفه‌ای در سازمان وجود دارد. | وجود دارد (۳۲). | وجود دارد (۱۷). | وجود دارد (۷). | وجود دارد (۳۳). | وجود دارد (۳۴). |
| | اهداف و مأموریت‌های سازمان با تکیه بر اخلاق حرفه‌ای تدوین و اجرایی می‌شوند. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | برنامه‌های استراتژیک سازمان با تاکید بر اخلاق حرفه‌ای تدوین می‌شوند (۳۳). |
| | قوانین و مقررات رعایت اخلاق حرفه‌ای در سازمان وجود دارد. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | تعیین سطح رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای توسط کادر پزشکی و پرستاری مورد توجه قرار می‌گیرد (۳۳). |
| | | | | | | |

انگلستان، برنامه‌های استراتژیک واحدهای صف مانند بیمارستان با تاکید بر اخلاق حرفه‌ای و رعایت حقوق کارکنان و بیماران به صورت توأم مورد تاکید بیشتری است. در ضمن در انگلستان، تعیین سطح رعایت اخلاق حرفه‌ای در ادامه فعالیت کارکنان مورد توجه قرار می‌گیرد (۳۳). در کشور آمریکا ارتقای کارکنان به پست‌های سازمانی بالاتر، از طریق بررسی فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای و نقش برجسته و وزن بالای این اقدامات در نظام ارتقای کارکنان مورد توجه است (۳۴) (جدول ۳).

ت: ارزشیابی

نهادهای سازی اخلاق حرفه‌ای از طریق چندین اقدام موثر در کشورهای مختلف انجام می‌گیرد. این اقدامات شامل گزینش و به کارگیری کارکنان جدید با در نظر گرفتن میزان تعهد آنان به اخلاق حرفه‌ای، ارتقای کارکنان با در نظر گرفتن رعایت اخلاق حرفه‌ای، تدوین منشور اخلاق حرفه‌ای، و تدوین اهداف و مأموریت‌های سازمان و قوانین و مقررات با تکیه بر اخلاق حرفه‌ای اجرایی می‌شوند.

در کشور ترکیه، ژاپن و مالزی، در آزمون‌های ورودی و تمدید فعالیت به در نظر گرفتن میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای و بر اساس سازمان‌های ارزیابی کننده نظیر انجمن‌های پزشکی و پرستاری در ژاپن و مالزی و وزارت سلامت در ترکیه تعیین می‌گردد (۳۲ و ۱۷ و ۷). در

جدول ۴: ارزشیابی افلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب

| حیطه | گروه | ترکیه | ژاپن | مالزی | انگلستان | آمریکا |
|------------------------------|--|---|-----------------|-----------------|---|--|
| نیروی ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای | نحوه ی ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای | ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای به صورت بالا به پایین انجام می‌شود (۳۵). | اشاره نشده است. | اشاره نشده است. | ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای به صورت بالا به پایین انجام می‌شود (۲۸). | نوع ارزشیابی از روش‌های ۳۶۰ درجه تا بالا به پایین تنوع دارند (۳۶). |
| | بازخورد رعایت اخلاق حرفه‌ای در سازمان وجود دارد. | وجود دارد (۳۵). | وجود دارد (۱۴). | وجود دارد (۳۷). | وجود دارد (۲۸). | وجود دارد (۳۶). |

دیده می‌شود. وجود زمینه‌های بررسی و سیاست‌گذاری در انجمن‌های حرفه‌ای کارکنان در بخش بهداشت و درمان و نقش موثر وزارت سلامت اغلب کشورها در اخلاق حرفه‌ای ثابت شده و به کار گرفته شده است.

انجمن‌های پزشکی و پرستاری و واحدهای ستادی در وزارت‌های سلامت امکان بهره برداری مناسب را فراهم می‌کند. دولت‌های مختلف، از این مدل به منظور رفع نیازهای بلندمدت در استفاده از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند. استفاده از کمیته‌های موقت و یا ثابت و منظم در واحدهای صف نیز از دیگر ویژگی‌های توجه به مفهوم اخلاق حرفه‌ای در کشورهای منتخب می‌باشد. توجه به اخلاق حرفه‌ای در تمامی بخش‌ها وجود داشته و مورد بررسی قرار می‌گیرد. بخش‌های مختلف ارائه خدمات بالینی و غیربالینی به صورت مجموعه‌ای از خدمات در نظر گرفته می‌شود. از جمله نکات دیگر حاصل از مطالعه می‌توان به پیشگام بودن کشورهای مورد بررسی در اهتمام به اخلاق حرفه‌ای اشاره نمود که اغلب سابقه ی روشنی در به‌کارگیری این مفاهیم داشتند (۳۶).

ماهیت بخش بهداشت و درمان، مشارکت بخش‌های مختلف را می‌طلبد و گروه‌های مختلف به عنوان ذی‌نفع در بخش‌های مختلف خدمات بیمارستانی فعالیت دارند؛ بنابراین عرصه فعالیت مناسبی جهت ترویج اخلاق می‌باشد (۲۰). آموزش اخلاق حرفه‌ای در بخش‌های مختلف به دلیل ماهیت فعالیت، امکان ارتقای دانش فردی را فراهم می‌نماید. همان گونه که از نتایج مطالعه می‌توان استنباط نمود، تنوع روش‌های آموزشی کشورهای مورد بررسی مشهود می‌باشد. این کشورها از آموزش واحدهای درسی گرفته تا برگزاری دوره‌های آموزشی و کنگره‌های مختلف مورد استفاده در بخش بهداشت و درمان بهره می‌گیرند. استفاده از طیف وسیعی از مدل‌ها با توجه به شرایط، بهره‌گیری از مزایای متعدد مدل‌های مختلف در شرایط متفاوت و

ضرورت ارزشیابی افراد در سازمان از نظر رعایت اخلاق حرفه‌ای وجود دارد. با توجه به جدید بودن فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای در کشورها، نظام‌های ارزشیابی، به رویکرد واحد و متناسب با وضعیت خود به صورت کامل نرسیده‌اند. وضعیت ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای در سازمان‌های بهداشتی درمانی در کشورهای ژاپن و مالزی، از طریق ارزشیابی دوره‌ای و با بازه‌های زمانی ۵ ساله در هنگام تمدید گواهی نامه‌های ادامه فعالیت صورت می‌گیرد (۳۷ و ۱۴). در انگلستان رویکردهای ارزشیابی بالا به پایین و از طریق کمیته‌های بررسی اخلاق حرفه‌ای صورت می‌گیرد (۲۸). در ترکیه اخلاق حرفه‌ای از طریق بررسی شکایات و پرونده‌های تخلف و میزان و شدت آن‌ها در ارزشیابی افراد و حتی سازمان‌ها، بررسی می‌شود (۳۵). بازخورد فعالیت‌های اخلاقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای کارکنان در آمریکا نیز از طریق کمیته‌های اخلاقی در واحدهای صف، ارزشیابی صورت گرفته و با توجه به نوع نظام ارزشیابی در بیمارستان، نوع ارزشیابی نیز از روش‌های ۳۶۰ درجه تا بالا به پایین تنوع دارند (۳۶) (جدول ۴).

بحث

به اخلاق حرفه‌ای در نقاط مختلف دنیا توجه شده است و اجرای این طرح در کشورهای مختلف با موفقیت‌ها و چالش‌هایی مواجه و نیازمند بررسی‌های بیشتری است. اخلاق حرفه‌ای از لحاظ نوع ساختار به کارگیری با یکدیگر متفاوت بوده و هر یک از کشورها با توجه به شرایط حاکم بر آن کشور از نوع خاصی از مدل‌ها استفاده کرده و به نتایجی نیز دست یافته‌اند و تقریباً در تمام کشورها با چالش‌ها و مشکلاتی در این زمینه روبرو بوده‌اند (۱۴).

بر اساس نتایج مطالعه ی حاضر، اگرچه شفافیت‌های اطلاعاتی کامل در خصوص نحوه ی رعایت اخلاق حرفه‌ای و نحوه ی به کارگیری آن وجود ندارد، اما در موضوعات عمومی، مشابهت‌هایی



کاستن از ریسک‌های مدل‌های نامطمئن از ویژگی‌های کشورهای مورد بررسی است (۴).

بخش بهداشت و درمان مانند سایر بنگاه‌های اقتصادی، نوع خاصی از خدمات را تولید و ارائه می‌کنند و اخلاق حرفه‌ای و توسعه‌ی آن نیز مطابق موازین و اصول سایر بنگاه‌ها و با در نظر گرفتن پیچیدگی‌های فنی صورت می‌گیرد. اما به طور کلی تفاوت آنها با سایر واحدها در اهمیت کالاها و خدمات عرضه شده است و به این جهت دولت‌ها بیشتر به شکل مستقیم یا غیرمستقیم بر آنها نظارت دارند و از راه‌های مختلف نظیر ایجاد و اعمال مقررات و ضوابط خاص و کمک مستقیم یا غیرمستقیم به اداره‌ی هرچه بهتر آنها کمک می‌کنند (۲۴). آنچه که از نتایج مطالعه‌ی حاضر بر می‌آید، عدم شفافیت مکانیسم‌های ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های اخلاق حرفه‌ای می‌باشد. با توجه به اینکه در اکثر کشورها، اطلاعات مناسبی در خصوص این نوع مکانیسم‌ها یا وجود ندارد و یا به خوبی منتشر نشده است، ضرورت توجه به این موارد با توجه به حساسیت مسئله‌ی سلامت و کالای سلامت اجتناب ناپذیر است.

از طرف دیگر، مسایل نهادینه‌سازی اخلاق حرفه‌ای مرتبط به بخش سلامت علی‌الخصوص توجه به این مسایل در برنامه‌های استراتژیک و راهبردی و تعیین تاکتیک‌های دستیابی سال‌هاست که مورد توجه سیاست‌گذاران بخشی و ملی کشورهای مختلف قرار گرفته است (۱۴). قرارگیری اخلاق حرفه‌ای در قوانین و مقررات از جمله عوامل مهم و حیاتی در رشد و توسعه‌ی اخلاق در بهداشت و درمان کشورها به شمار می‌رود. از آنجایی که دولت‌ها به دنبال ارائه خدمات به نحوی کارتر و با کیفیت بالاتر می‌باشند، لذا همواره تدابیر ویژه‌ای در جهت تسهیل و تسریع در اجرای پروژه‌های مذکور به کار می‌بندند. با توجه به ساختار بخش‌های عمومی کشورها و مشکلات و آسیب‌های موجود، شاهد طولانی شدن و اجرای کند برنامه‌های نهادینه‌سازی در بخش‌های مختلف به دلایلی هم چون رویکردهای بروکراتیک و دولتی هستیم (۳۶).

از سوی دیگر بودجه و منابع مالی دولت‌ها نیز برای سرمایه‌گذاری در این بخش‌ها کافی نیست. این در حالی است که پتانسیل و ظرفیت‌های موجود کشورها نیاز به بهره‌گیری از تخصص و نوآوری بخش خصوصی برای اهتمام به اخلاق حرفه‌ای را بیش از پیش نمایان می‌سازد. اخلاق حرفه‌ای از مفاهیم سنتی اخلاق می‌باشد که به نحوی در کشورهای مختلف استفاده گردیده است. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، این نوع از نهادینه‌سازی در برنامه‌های استراتژیک نیاز به شفاف‌سازی اطلاعاتی بیشتری دارد. فاکتورهایی نظیر منشور

اخلاق حرفه‌ای کارکنان، تنوع برنامه‌های آموزشی و بازخورد صحیح و متناسب به کارکنان باید مورد بحث‌های بیشتر قرار گرفته و بر اساس شرایط کشورها بومی‌سازی گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود داده و اطلاعات کافی در برخی گویه‌ها بود که نیاز به بررسی حضوری پژوهشگر در محیط وجود داشت.

نتیجه گیری

بر اساس مهمترین یافته‌های پژوهش، وجود ساختار و مکانیسم مشخص جهت به کارگیری و استفاده‌ی بهینه از اصول اخلاق حرفه‌ای در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضرورت دارد. بهره‌گیری از مفاهیم اخلاق حرفه‌ای نیازمند بررسی دقیق شرایط موجود هر کشور می‌باشد و لازم است زیر ساخت‌های لازم برای رسیدن به وضعیت مورد نظر ایجاد گردد. ضرورت به کارگیری روش‌های متنوع آموزشی در کشورهای مختلف در چارچوب‌های استاندارد اجتناب ناپذیر است. به دلیل اهمیت موضوع، استفاده از این روش‌ها بدون وجود قوانین و ساختارهای شفاف توصیه نمی‌گردد. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد که ساختار اداری مناسب جهت استفاده از این روش‌ها در بخش‌های مختلف طراحی و راه اندازی گردد. وجود واحد مشترک در سطح برنامه‌ریزی‌های کلان وزارت بهداشت و واحدهای تخصصی در انجمن‌های حرفه‌ای می‌تواند راهکار مناسبی جهت تخصصی شدن امور باشد. اجرای این طرح در هر کشوری نیاز به بحث و بررسی بیشتری دارد. مسایل مهمی در خصوص بیمارستان‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. در قالب ساختار، نحوه‌ی آموزش، نهادینه‌سازی و ارزشیابی اخلاق حرفه‌ای آورده شده است و لزوم دقت سیاست‌گذاران در سیاست‌های طراحی شده را می‌طلبد و باید در نهایت موجب ارتقای سطح سلامت ذی‌نفعان کلیدی نظام بیمارستانی یعنی مردم شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از یافته‌های پایان نامه مقطع دکتری مدیریت دولتی گرایش منابع انسانی دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است، با عنوان "طراحی الگوی توسعه‌ی اخلاق حرفه‌ای برای بهسازی منابع انسانی سازمان‌های دولتی مورد مطالعه: بخش بهداشت و درمان ایران" که پروپوزال آن در تاریخ ۱۳۹۴/۶/۳۰ و با شماره ۹۱۰۶۳۹۸۳۲ به تصویب رسیده است.

1. Evetts J. Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology* 2013; 61(5-6): 778-96.
2. Kangasniemi M, Pakkanen P & Korhonen A. Professional ethics in nursing: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(8): 1744-57.
3. Knapp S, Handelsman MM, Gottlieb MC & Vandecreek LD. The dark side of professional ethics. *Professional Psychology: Research and Practice* 2013; 44(6): 371-7.
4. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T & Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher* 2014; 36(1): 47-61.
5. Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM & Hafferty FW. More than a list of values and desired behaviors: A foundational understanding of medical professionalism. *Academic Medicine* 2014; 89(5): 712-4.
6. Monteverde S. Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nursing Ethics* 2014; 21(4): 385-401.
7. Salam A, Yousuf R, Islam MZ, Yesmin F, Helali AM & Alattraqchi AG. Professionalism of future medical professionals in universiti sultan zainal abidin, Malaysia. *Bangladesh Journal of Pharmacology* 2013; 8(2): 124-30.
8. Robins LS, Braddock CH & Fryer-Edwards KA. Using the american board of internal medicine's "elements of professionalism" for undergraduate ethics education. *Academic Medicine* 2002; 77(6): 523-31.
9. Foroughi S, Alhani F, Kazemnejad A & Zareiyan A. The ethical values in professional nursing ethics: A thematic analysis. *Scientific Magazine Yafte* 2016; 18(1): 56-64[Article in Persian].
10. Vasheghani Farahani A, Maleki M, Golpira R, Bakhshandeh H, Parsa M & Mayel Afshar M. Perspectives of doctors, nurses and patients on physicians' observance of professional ethics. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2015; 8(1): 59-66[Article in Persian].
11. West CP & Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education* 2007; 7(1): 29.
12. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I & Wells SE. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: Insights from two online uk-wide questionnaire studies. *BMJ Open* 2015; 5(5): 1-13.
13. Teichler U, Arimoto A & Cummings WK. The design and methods of the comparative study. Available at: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-6155-1_2. 2013.
14. Stern DT. *Measuring medical professionalism*. USA: Oxford University Press; 2006: 17.
15. Salam A, Song CO, Mazlan NF, Hassin H, Lee LS & Abdullah MH. Professionalism of future medical professionals in universiti kebangsaan Malaysia (ukm) medical centre. *Int Med J* 2012; 19(3): 224-8.
16. Colquhoun J. Measured professionalism. *Student BMJ* 2009; 17(1): 2501.
17. Tanaka M, Yonemitsu Y & Kawamoto R. Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2014; 20(6): 579-87.
18. Ahmad MHRH & Ghazali RJDM. A study to determine the professionalism among staff nurses at public hospitals. Available at: <http://www.ihm.moh.gov.my/images/files/PENERBITAN-IPK-2012/Laporan-Penyelidikan/A-Study-To-Determine-The-Professionalism-Among-Staff-Nurses-At-Public-Hospitals.pdf>. 2009.
19. Ho MJ, Yu KH, Hirsh D, Huang TS & Yang PC. Does one size fit all? Building a framework for medical professionalism. *Academic Medicine* 2011; 86(11): 1407-14.
20. Wagner P, Hendrich J, Moseley G & Hudson V. Defining medical professionalism: A qualitative study. *Medical Education* 2007; 41(3): 288-94.



21. Nishigori H, Harrison R, Busari J & Dornan T. Bushido and medical professionalism in Japan. *Academic Medicine* 2014; 89(4): 560-3.
22. Tschudin V. Nursing ethics: The last decade. *Nursing Ethics* 2010; 17(1): 127-31.
23. Tsugawa Y, Tokuda Y, Ohbu S, Okubo T, Cruess R & Cruess S. Professionalism mini-evaluation exercise for medical residents in Japan: A pilot study. *Medical Education* 2009; 43(10): 968-78.
24. Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG & Inui TS. Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum. *Academic Medicine* 2010; 85(1): 124-33.
25. Tokuda Y, Goto E, Otaki J, Jacobs J, Omata F, Shapiro M, et al. Educational environment of university and non-university hospitals in Japan. *International Journal of Medical Education* 2010; 1(1): 10-4.
26. Kinoshita K, Tsugawa Y, Barnett PB & Tokuda Y. Challenging cases of professionalism in Japan: Improvement in understanding of professional behaviors among Japanese residents between 2005 and 2013. *BMC Medical Education* 2015; 15(1): 42.
27. Balang RV & Burton RL. Professionalism: An enduring insight of the nursing profession in Malaysia. Available at: http://med-scoop.org/IWNH-2014/2_Balang_IWNH.pdf. 2014.
28. Wilkinson TJ, Wade WB & Knock LD. A blueprint to assess professionalism: Results of a systematic review. *Academic Medicine* 2009; 84(5): 551-8.
29. Scott SD. 'New professionalism'—shifting relationships between nursing education and nursing practice. *Nurse Education Today* 2008; 28(2): 240-5.
30. Karadag A, Hisar F & Elbas NÖ. The level of professionalism among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(4): 371-4.
31. Cruess RL, Cruess SR & Steinert Y. *Teaching medical professionalism*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008: 87.
32. Elcin M, Odabasi O, Gokler B, Sayek I, Akova M & Kiper N. Developing and evaluating professionalism. *Medical Teacher* 2006; 28(1): 36-9.
33. Passi V, Doug M, Peile ED, Thistlethwaite J & Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: A systematic review. *International Journal of Medical Education* 2010; 1(1): 19-29.
34. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an american perspective: From evidence to accountability. *Medical Education* 2006; 40(7): 607-17.
35. Çelik S, Keçeci A & Bulduk S. Is nursing a profession in Turkey? *Hospital Topics* 2011; 89(2): 43-50.
36. Hawkins RE, Katsuftrakis PJ, Holtman MC & Clauser BE. Assessment of medical professionalism: Who, what, when, where, how, and... why? *Medical Teacher* 2009; 31(4): 348-61.
37. Ganasegeran K & Al-Dubai S. Medical professionalism from a socio-cultural perspective: Evaluating medical residents communicative attitudes during the medical encounter in Malaysia. *Journal of Postgraduate Medicine* 2014; 60(1): 12-5.

Dimensions and Requirements of Professionalism in Health Sector: A Comparative Study

Haghgo Mehrangiz¹ (Ph.D.) - Daneshfard Karamollah² (Ph.D.) - Tabibi Seyed Jamaledin³ (Ph.D.)

1 Ph.D. in Human Resources Management, School of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2 Professor, Public Administration Department, School of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3 Professor, Health Services Management Department, School of Medical Sciences and Technologies, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

Abstract

Received: Jul 2017

Accepted: Nov 2017

Background and Aim: Conditions, advantages and limitations of professional ethics have not been discussed. The present study aimed to determine the framework, dimensions and requirements of professional ethics in selected countries in order to review their experiences.

Materials and Methods: The present study was comparatively conducted in 2017. Considering inclusion criteria in designing study including purposeful and specified activity in terms of professional ethics, five countries of United Kingdom, Malaysia, Japan, Turkey and United States of America achieved the conditions to enter the study. For data analysis, comparative tables were used which included dimensional comparison obtained from professional ethics development study in the selected countries.

Results: Medical and nursing associations and headquarters units in Ministries of Health, prepare appropriate utilization of professional ethics principles. Using temporary or permanent and regular committees in line units, also includes other characteristics of attention to the professional ethics concept in the selected countries. In Malaysia and Japan, professional ethics is taught in different courses and majors.

Conclusion: Applying professional ethics concept requires information transparency and factors such as education, organizational structure set up and their establishments and institutionalizing must should be discussed more and to be localized on the basis of the countries situations.

Keywords: Professional Ethics, Education, Structure, Health Sector

* Corresponding Author:
Daneshfard K;
Email:
daneshfard@srbiau.ac.ir