اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، سال ۱۴۰۴، دوره ۱۸، مقاله شماره ۳

مقاله پژوهشی

تجربه‌ی تنش‌های اخلاقی از منظر پزشکان طب اورژانس و پرستاران در بخش اورژانس: مطالعه‌ای کیفی

لیلا مسعودی یکتا[۱]، احسان حسن پور پازواری[۲]، علیرضا پارساپور[۳]، احسان شمسی گوشکی[۴]، محمد جلیلی[۵]، امیراحمد شجاعی[۶*]

۱. دانشجوی دکتری، گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

۲. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ایران.

٤. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدرس اخلاق زیستی، مرکز اخلاق زیستی موناش، دانشگاه موناش، ملبورن، استرالیا.

۵. استاد، گروه طب اورژانس دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ایران.

٦. دانشیار ، گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ایران.

چکیده

تنش‌های اخلاقی یکی از چالش‌های عمده‌ای است که کادر درمان با آن مواجه می‌شوند. این تنش‌ها به معنای ناتوانی فرد در عمل، بر اساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای خود، به دلیل فشارهای داخلی و خارجی است. متخصصان بهداشت و درمان ممکن است با موقعیتی روبه‌رو شوند که در آن، درباره‌ی درستی یا نادرستی تصمیمات و اقدامات درمانی دچار تردید شوند و در برابر تغییراتی که آن‌ها را غیراخلاقی می‌دانند، احساس ناتوانی کنند. مطالعه‌ی حاضر، با هدف تبیین تجربه‌ی تنش‌های اخلاقی پزشکان طب اورژانس و پرستاران در بخش اورژانس انجام شد. مطالعه، کیفی و به روش تحلیل محتوا بود و در آن با ۲۵ نفر از کادر درمان که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند، مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA 2018 تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی این است که تجربه‌ی تنش‌های اخلاقی پزشکان طب اورژانس و پرستاران بخش اورژانس در چهار زمینه‌ی اصلی تنش‌های مرتبط با حقوق بیمار، تنش‌های مرتبط با رابطه‌ی کادر درمان و همکاران، تنش‌های مرتبط با مدیریت و تنش‌های مرتبط با حرفه‌مندان بود؛ بنابراین، ازدحام جمعیت، کمبود کادر درمانی، نبود تناسب میان حقوق و مزایا و حجم کاری و سوءمدیریت در منابع، اعم از انسانی و فیزیکی از مهم‌ترین علل ایجادکننده‌ی تنش در بخش اورژانس بیمارستان امام‌خمینی(ره) است. برنامه‌ریزی برای بهبود تریاژ، توجه شایسته به منابع انسانی، متناسب‌سازی منابع با نیازها، پایش جمعیت مجاز به حضور و تدوین پروتکل جامع و شامل برای کارکنان، می‌تواند به بهبود ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران بیانجامد.

واژگان کلیدی: پرستاران، پزشکان، تنش اخلاقی، طب اورژانس.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

*** نویسنده‌ی طرف مکاتبه:**
امیراحمد شجاعی
آدرس: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳
کد پستی: ۱۴۱۷۸۶۳۱۸۱
تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱ - ۰۲۱
Email: dramirahmadsh@yahoo.com

آدرس دهی مقاله:
مسعودی یکتا ل، حسن پور پازواری ا، پارساپور ع، شمسی گوشکی ا، جلیلی م، شجاعی ا. تجربه‌ی تنش‌های اخلاقی از منظر پزشکان طب اورژانس و پرستاران در بخش اورژانس: مطالعه‌ای کیفی. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۴۰۴؛ ۱۸(۳)، ۱-۱۷.

DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

مقدمه

علم پزشکی به عنوان نمادی از حرفه‌ای‌گری شناخته می‌شود که هدف آن خدمت به دیگران و ارتقاء رفاه اجتماعی می‌باشد؛ اخلاق به عنوان یک عنصر اساسی دراین حرفه محسوب می‌شود. اعضای کادر درمانی به طور روزمره در محیط کار خود با تصمیم‌گیری‌های متعددی مواجه هستند، اما در عمل، همواره قادر به پیروی از اصول اخلاقی خود نیستند (۱). بخصوص درمشاغلی که تعاملات انسانی و ارتباطات با افراد، چه به عنوان مددجو و چه به عنوان همکار، اهمیت بیشتری دارد، رعایت این اصول ویژه ضروری به نظر می‌رسد. در حرفه پزشکی، روابط انسانی به ویژه در شرایطی که بیمار از نظر روحی یا جسمی دچار ضعف است، می‌تواند تأثیر بسزایی در ادامه ارتباط پزشک و بیمار و همچنین بهبود وضعیت بیمار داشته باشد. با توجه به افزایش نیاز به ارزیابی اخلاقی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامتی، معمولاً کمبود این جنبه در فرآیندهای تصمیم‌گیری مرتبط با خدمات سلامتی احساس می‌شود. همچنین، سیاست‌های استانداردی برای هدایت این فرآیندها و آموزش‌های منظم در زمینه اخلاق و ساختارهایی برای حمایت از پرسنل در موقعیت‌های تصمیم‌گیری وجود ندارد (۲). بر اساس پژوهش‌های اخیر، کارکنان حوزه درمان معمولاً با شرایطی روبرو می‌شوند که منجر به بروز چالش‌های اخلاقی می‌گردد، یکی از چالش‌های اخلاقی اساسی و تجربیات ناخوشایندی که ممکن است در موقعیت‌های گوناگون با آن مواجه شوند، تحت عنوان تنش اخلاقی شناخته می‌شود (۳-۶). و به وضعیتی گفته می شود که فرد به دلیل فشارهای درونی و بیرونی، قادر به عمل بر اساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای خود نیست. به عبارت دیگر، این وضعیت نشان‌دهنده آگاهی فرد از درست بودن یک عمل اخلاقی و اعتقاد به آن است، در حالی که او نمی‌تواند به این باورها عمل کند (۷). امروزه تنش‌های اخلاقی به عنوان یکی از عوامل اصلی بروز سندرم فرسودگی شغلی در

پیام‌های کلیدی

- تنش‌هایی نظیر نقض رازداری و معطل ماندن بیماران، می‌تواند منجر به اضطراب و احساس ناامنی در بیماران و همراهان آن‌ها شود.
- عدم حمایت کافی از کادر درمان در مواجهه با خشونت و درگیری‌ها، احساس آسیب‌پذیری در بین پرستاران و پزشکان را افزایش می‌دهد و آنها را از گزارش این خشونت‌ها بازمی‌دارد.
- عدم حضور همزمان و هماهنگ کادر مسئول در هنگام درمان بیماران، به تنش و سوتفاهم بین همکاران دامن می‌زند و کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- بروز مشکلاتی از جمله عدم همکاری بین بخش اورژانس و سایر بخش‌ها و همچنین وجود بوروکراسی، می‌تواند بر کیفیت خدمات درمانی تاثیر منفی بگذارد.
- پزشکان و پرستاران به دلیل فشار کاری بالا و کمبود منابع، با فرسودگی شغلی و استرس مواجه هستند که بر انگیزه و کیفیت کار آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

میان کارکنان مراقبت های سلامتی شناخته می‌شود (۸). تنش‌های اخلاقی می‌تواند به بروز خشم، ناامیدی، احساس گناه و عواقب منفی عاطفی در پزشکان و کادر درمان منجر شود، به ویژه زمانی که آن‌ها به استانداردهای اخلاقی در فرآیند درمان پایبند نیستند (۹, ۱۰). مطالعات نشان‌دهنده شیوع و شدت بالای این تنش‌ها در حرفه‌های پزشکی هستند (۱۱, ۱۲). اگرچه شباهت‌هایی در تنش‌های اخلاقی در تمامی حوزه‌های پزشکی وجود دارد، هر تخصص پزشکی ویژگی‌ها و چالش‌های اخلاقی خاص خود را دارد (۱۳). در میان رشته‌های مختلف پزشکی، طب اورژانس به عنوان یکی از تخصص‌های مهم شناخته می‌شود که با چالش‌ها و فشارهای زیادی برای پزشکان همراه است. فعالیت‌های پزشکان در این حوزه تحت شرایط خاصی انجام می‌گیرد که نیازمند رعایت رفتارهای حرفه‌ای و استانداردهای آموزشی بالا و همچنین ارزیابی دقیق عملکرد خود می‌باشد. این عوامل، طب اورژانس را به عنوان یک حرفه معتبر و ارزشمند و پرچالش معرفی می‌کنند (۱۴, ۱۵). بین پزشکان و بیمارانی که به اورژانس مراجعه می‌کنند، یک نوع ارتباط ویژه وجود دارد. بیماران معمولاً در شرایط آسیب‌پذیری قرار دارند و به دنبال پزشکی ماهر، صادق و قابل اعتماد هستند. به دلیل این وضعیت آسیب‌پذیری، مسئولیت‌های اخلاقی، الزامات معنوی و قوانین اجتماعی پزشکان اورژانس به شدت افزایش می‌یابد. پزشکان اورژانس خدمات خود را در یک بستر اجتماعی خاص ارائه می‌دهند که نیازمند مهارت‌های تخصصی، جلب اعتماد بیماران، حمایت عاطفی از آن‌ها، تشکیل تیم مراقبتی مؤثر و ترویج یادگیری مداوم است (۷). همچنین، پرستاران در این بخش‌ها نیز به طور مکرر در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که به صورت آگاهانه و ناآگاهانه با تصمیمات اخلاقی مواجه می‌شوند (۶). تقریباً نیمی از پرستاران، شرایطی را تجربه می‌کنند که منجر به بروز معضلات اخلاقی می‌شود. این معضلات معمولاً در حین کار به صورت بلاتکلیفی اخلاقی، معضل اخلاقی و دیسترس اخلاقی بروز می‌کنند (۱۶, ۱۷). به همین دلیل، بررسی چالش‌های موجود در این بخش ها ضروری است تا درمانگران در بخش اورژانس بتوانند با شناسایی و حل این مسائل به‌طور مؤثر، در محیطی آرام و حرفه‌ای فعالیت کنند و در مواجهه با مسائل اخلاقی، عملکرد بهتری داشته باشند. با توجه به اینکه تحلیل متون موجود نشان‌دهنده‌ی کمبود تحقیقات در زمینه تنش‌ها و مشکلات اخلاقی در حیطه اورژانس، تصمیم گرفتیم تا تنش‌های اخلاقی پزشکان، پرستاران و دستیاران بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی، که یکی از بزرگ‌ترین مراکز درمانی کشور به شمار می‌آید، را مورد بررسی قرار دهیم.

روش کار

پروتکل این مطالعه کیفی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، در راستای پاسخ به این سؤال که «درک پزشکان طب اورژانس و پرستاران از تنش های اخلاقی در بخش اورژانس چیست؟» با شناسه اخلاق (IR.TUMS.VCR.REC.1397.411) مصوب و اجرا گردید. این مطالعه به اصول اعلامیه هلسینکی پایبند بوده است. جامعه پژوهش شامل۲۵نفر از پزشکان و پرستاران بیمارستان امام خمینی شهر تهران بود. گردآوری داده‌ها در زمان و مکان ترجیحی مشارکت‌کنندگان در فاصله زمانی مرداد تا آبان سال ۱۴۰۱ انجام شد. برای استخراج غنی‌ترین داده‌ها و دستیابی به حداکثر تنوع در تجارب مشارکت‌کنندگان؛ سعی شد به روش

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

هدفمند و گلوله‌برفی با حداکثر تنوع ازنظر جنسیت، سن، سابقه‌کار، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، تخصص، جایگاه‌کاری، داشتن تمایل به بیان و اشتراک‌گذاری تجارب‌خود؛ انتخاب و وارد مطالعه شوند. سپس نامه ای برای افراد منتخب ایمیل شد. ایمیل حاوی فرم رضایت آگاهانه و ملاحظات اخلاقی‌بود؛ به مشارکت‌کنندگان در مورد هدف مطالعه توضیحات لازم ارائه و اطمینان داده شدکه برای محرمانه ماندن داده‌های حاصل از دسترس محقق اصلی و سرپرست مطالعه در کامپیوتر شخصی آن‌ها قرار خواهد داشت، هر زمان بخواهند از مشارکت در مطالعه انصراف دهند و سوالات مصاحبه و توضیحات ضروری بود. شیوه جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند حضوری، به زبان فارسی و با سوالات باز پاسخ بود. همه مصاحبه‌ها با این سوال باز شروع می‌شدند که" آیا تنش اخلاقی را میشناسید ؟"، "تجربه خود را در این باره توصیف کنید؟"، در راستای عمق بخشیدن به مصاحبه‌ها سوالات اکتشافی متناسب با شرایط نظیر"چه عواملی باعث تنش اخلاقی می شد؟ و" در بخش با چه تنش های اخلاقی در مورد بیماران و همراهان آنها رو به رو هستید و ... پرسیده شد. با توجه به نوع مطالعه، حجم نمونه از ابتدا مشخص نبود. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده ها ؛ که بیشتر نقل قول ها یا کد های اولیه به طور فزاینده ای تکراری شدند،ادامه یافتند. مصاحبه ها با مدت زمان ۳۰ دقیقه و بالاتر انجام شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها با کمک روش کیفی، گراهانیم و لاندمن استفاده شد (۱۸). بر این اساس؛ مصاحبه‌ها بلافاصله پس از اتمام مصاحبه چندین بار گوش داده شده و کلمه به کلمه تایپ شده و مرورشده تا محققین به درک جامعی از محتوای آن‌ها دست پیدا کنند. بعد از چندین بار خواندن متن، پاراگراف‌ها، جملات و کلمات به‌عنوان واحدمعنایی انتخاب و کدگذاری شد. بعد ازرسیدن‌به‌اشباع‌نظری؛ کدها مقایسه شده و براساس شباهت‌ها، تفاوت‌ها و محتوای آن‌ها در زیر طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند. با مقایسه طبقات با یکدیگر محتوای نهفته درون داده‌ها به‌عنوان درون‌مایه پژوهش معرفی شدند. تحلیل زمینه‌ای براساس کدگذاری باز، محوری و ترکیبی در نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۸ انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها توسط محققین تحت نظارت تیم‌تحقیق‌اجرا و تحلیل شدند. برای افزایش صحت و استحکام یافته های مطالعه فاز معیار لینکولن و گابا استفاده شد(۱۹). برای افزایش اعتبار[4] یافته‌ها، در این مطالعه سعی‌شده همه محققین تعامل طولانی‌مدت با داده‌ها داشته باشند و در تحلیل داده‌ها درگیر بوده تا یافته‌ها مورد تایید همه باشد. در راستای پایایی[1] یافته‌ها، مرور همکار و گزارش مبتنی بر شواهد صورت گرفت. جهت افزایش تاییدپذیری داده‌ها[2] از مرور همکار و مشارکت‌کنندگان استفاده شد. جهت توسعه انتقال‌پذیری [3]یافته‌ها با استراتژی نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از پرستاران، پزشکان، گزارش و مستندسازی مراحل انجام تحقیق، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل و طبقه‌بندی تم‌ها و ساب‌تم‌ها یافته‌ها به روشی که توسط دیگران قابل‌اندازه‌گیری‌باشد استفاده شد.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر ۲۵ مشارکت کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند. از آنالیز محتوای مصاحبه ها ۴ درونمایه اصلی و ۲۹ طبقه استخراج شد. درون مایه های اصلی این پژوهش شامل (تنش های مرتبط با حقوق بیمار)، (موضوع مرتبط با کادر درمان و همکاران)، (موضوع تنش های مرتبط با مدیریت)،

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

(موضوع تنش های مرتبط با حرفه مند) بود. (جدول شماره ۱).

درون مایه	طبقات	زیر طبقه	نقل قول ها
تنش های مرتبط با حقوق بیمار	بیمارو همراه وی	رضایت در اطفال	" کودکی ۴ ساله ای را می آورند که در کوچه بازی کرده و لبش پاره شده است و شما می خواهید بخیه کنید و نیاز به آرامبخش دارد و مادرش همراه او می باشد. به مادر می گوییم که رضـــایت پدر لازم اســـت . پدرش را بگویید که بیاید. پدرش کارگر، الان در شیفت کاری در بیرون شهر است، پدربزرگش هم در قید حیات نیست. همیشه شما با این معضل روبه رو هستید که چه اقدامی برای بیمار درست است ؟ اگر آرامبخش به کودک تزریق کنیم خدایی نکرده اتفاقی بیوفتد از چه کسی رضایت گرفته شده ؟ این چالشی است که به کرات با آن روبه رو هستیم."
		رضایت در افراد مسن	ما در مورد تصمیم گیری هایی که نیاز به اخذ مجوز هست و خود فرد ظرفیت تصمیم گیری ندارد، ناچاریم از همراهان او رضـــایت بگیریم خیلی از اوقات همراهان بیمار می نسبت قانونی با او ندارند مثلا می گوید: من برادرزاده ش هستم، من عروسشم، ما می دانیم که چنین مفاهیمی در پزشک قانونی تعریف نشده هستند اما شخص دیگری وجود ندارد از یه طرف دیگر پراسیجر او اورژانس نیست که آن را انجام دهم و می مانیم که در این شرایط چه کاری باید انجام داد؟"
		ارائه اطلاعات به همراه بیمار	در عمل، اصل اخلاقی این است که فقط به بیمار اطلاعات در موردبیماریش داده شود ولی در اورژانس این کار عملی نیســـت چون به طور مثال در نظر بگیرید خانم پیر بی سواد با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین که همراهش نیز بیسواد می باشد به اورژانس مراجعه می کنند، خودش و همراهش که متوجه جزئیات پزشـــکی نمی شـــوند حال در این بین پسر خاله یا پسرعمویی پیدا می شود که حال مریض را جویا می شود و می گوید بیماری اش چیست ؟برای تصمیم گیری درباره بیماری این که شما به او اطلاعات دهید یا ندهید چالش برانگیز است."
		نقض رازداری	"در ایستگاه های پرستاری و پزشکی هم حتی اگر حرفی زده شود چون فاصله ی کمی با تخت ها وجود دارد امکان شنیدن حرف ها توسط همراهان یا بیماران وجود دارد." "قضیه ی رازداری به خوبی رعایت نمی شود. مثلا بیماری که مارکر مثبت است بالای کاردکس او نوشته می شود و در زمان تحویل بیمار به همدیگر اطلاع می دهیم."
		نقض حریم شخصی	"عملا هر بیماری که در اورژانس بستری می شود هیچ احساس امنیت و آرامشی نمی کند و حریم خصوصی آنها رعایت نمیشه." "تخت هایی که در آن بیماران بســـتری می شـــوند فقط با یک پرده از یکدیگر جدا می شـــوند و از طرف روبه رو هم در معرض دید همه هســـتند در هر غرفه ی بخش اورژانس دو بیمار بستری می شوند و همراهانشان هم کنار آن ها هستند."
		معطل ماندن بیمار	" انتظار طولانی جهت مشـــاوره و گفتوگو با کادر درمان، بســـتگی به ازدحام جمعیت اورژانس دارد در حالت معمول که سرعت عمل کادر درمانی خوب است." "خیلی از بیماران که وارد اورژانس میشـــن تریاژ نمی شـــوند خیلی از این بیماران لازم نیســـت وارد بخش اورژانس شـــوند و همون تریاژ می تواند مســـتقیم بیمار را درمانگاه بفرستد اما به دلیل عدم مسئولیت پرستارتریاژ، ازدحام یا مراجعه نکردن بیمار به واحد این اتفاق نمی افتد و سریع بیمار را به داخل اورژانس می فرستند و باعث معطل ماندن دیگر بیماران اورژانسی می گردد."
		اضطراب و استرس بیمار و همراهان وی	"گاها وقتی افراد با بیماری یا حادثه ای ناگهانی مواجه میشوند این قضیه تشدید پیدا میکند و باعث می شود این افراد با کوچکترین اتفاق و تاخیر در رسیدگی به بیمارشان بلافاصله آژیته و مضطرب مشوند و به کادر پرستاران و پزشکان توهین کنند." "مریض ها اغلب از چند بیمارســـتان ناامید شـــدند و به اینجا آمدند و با یک روحیه ی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

درون مایه	طبقات	زیر طبقه	نقل قول ها
			ناراحت و مضـطرب مراجعه می کنند و وقتی از طرف اینترن،رزیدنت و اسـتاد و.. مورد سوال قرار می گیرند به شدت شاکی می شوند."
		خشونت/درگیری فیزیکی	"آخر هم حتی اگر حق با تو باشـد باید رضـایت بدهی چون هیچ کس پشـت پرسـتار و پزشـک نیسـت و توجیه می کنند که همراه بیمار هسـتند اسـترس دارندوخوب نخوابیده اند شما باید کوتاه بیایند.." "حتی برخی از همراهان با حراسـت هم وارد برخورد فیزیکی می شـوند اما آخرش حراست مجبور می شود که رضایت دهد چون که سیسـتم خیلی در این مورد ضـعیف عمل می کند."
		رد کردن درمان توسط بیمار	" بیماری که به خاطر ازدحام جمعیت وقفه ای در ویزیت یا درمان آن افتاده و ناراحت شـده از درمان خوداری می کنه، خواسـته رضـایت شـخصـی بده و بیمارسـتان را ترک کند." "به نظر من بیشـتر به دلیل عدم اعتماد بیمار به پزشـک خود می باشـد. این ارتباط و تعامل بین بیمار و پزشک به خوبی شـکل نمی گیرد و بیمار فکر میکند که به او کم بها داده می شود. اساتید صبح ها سریع در حد ۵ تا ۱۰ دقیقه بیماران را راند می کنند و آن ارتباط ویژه بین پزشـک و بیمار شـکل نمی گیرد و بیمار در مقابل اقدامات تهاجمی مثل جراحی که به او پیشنهاد می شود گارد میگیرد و آن را قبول نمی کند."
	فرایندهای درمانی	بیهودگی مراقبت	" به نظر من برای حضـور بیماران در مراحل انتهایی حیات در اورژانس، چنین بیمارانی باید سریعا تعیین و تکلیف شوند تا تخت اورژانس خالی شود، نمی شود که بیمار ۳ -۴ روز در اورژانس باشد و اینتوبه باشد و صبر کنیم تا بیمار نیاز به احیا داشته باشد و کلی وقت کادر درمانی بخش اورژانس گرفته شود. معمولا بیمارسـتان ها بخشـی تحت عنوان مراقبت های تسـکینی دارند و چنین بیمارانی باید در این بخش ها بسـتری شـوند مثلا مسکن دریافت کنند. " " زمانی مطرح می شـود که ما مداخله را برای بیماری انجام دهیم که هیچ نتیجه ای ندارد مثلا بیمار مرگ مغزی شـده اسـت و دیگر برنمی گردد یا این که از نظر آمار کمی مثلا در ۱۰۰ بیمار اخیر این مداخله سـودی نداشـته اسـت احتمال این که این مداخله سودی دهد زیر ۰.۰۱٪ است به چنین حالتی بیهوده می گویند اگر که به این شـکل به قضیه نگاه کنیم شاید در اورژانس چنین چیزی مطرح نباشد."
		پزشکی دفاعی	"در بخش اورژانس به علت مسـائل قانونی تمام کارای بیمار انجام می شـود مثلا ممکن پروگنوز بیماری در حد صفر باشد اما وقتی نیاز به اینتوباسیون وجود نداشته باشد بیمار اینتوبه می شود و پرسیجرهای دیگر برای بیمار انجام می شود تا دچار مشکلات شکایت بعدی نشویم."
		رقابت آموزش و درمان	"گاهی اوقات بیماری اصرار به رضایت شخصی دارد ولی رزیدنت ها مانع از رفتن آن می شوند صرفا برای اینکه بار آموزشی بالایی برای آن ها دارد."
		احساس تبعیض و بی عدالتی	"وقتی چنین شخصی مراجعه می کند (مثلا آشنای یکی از اساتید) یک سری نیرو ی انسانی، تجهیزات تشخیصی، تجهیزات درمانی بیمارستان به آن ها تعلق می گیرد بدون این که نسبت به بیمارهای دیگر اولویت داشته باشند."
		بیماران سفارش شده	"در اورژانس مریض های سفارشی هم داریم مثلا مدیریت سفارش می کند که این بیمار شخص مهمی است حتما کارهای آن را در اولویت قرار دهید پرونده ی بیمار هنوز اردر ندارد اما به ما می گویند که از بیمار رگ بگیرید و آزمایش ها را بفرستید."

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

درون مایه	طبقات	زیر طبقه	نقل قول ها
تنش های مرتبط با رابطه کادر درمان و همکاران	ارتباط پزشک و دستیار	تنش با همکاران به دلیل اختلاف نظر دیسیپلین های تخصصی	"ما در مورد بیمارانی بین سرویس های مختلف به چالش می خوریم که خیلی تکلیفشان مشخص نیست مثل زخم های عفونی مزمن، بیمار بین گروه های جراحی،عفونی و ارتوپدی سرگردان باشد هر چند که بیمارستان سعی کرده بر مورد آن ها تعیین وتکلیف بکنه اما آنان معمولا بیماران عارضه دار و مزمنی هستند که چون هیچ گونه سود آموزشی و مالی ای نداره همه‌ی سرویس ها به نوعی می خواهند بیمار رو از سر خودشون وا کنن پر نتیجه می بینیم که بیمار زیر ونتیلاتور به سر می برد اما از همه‌ی سرویس ها مرخص شده است."
		خطای پزشکی همکار	"یکی از چالش های من برخورد با خطای کارکنان بخش است که باید چه عکس العملی نسبت به آن داشت؟ آیا باید رازداری کرد ؟ آیا باید به مسئول بخش گزارش داد ؟ آیا باید آن خطا را به بیمار اطلاع داد؟ ممکن است که با اطلاع دادن به مسئول بخش اقدامات سخت گیرانه ای صورت گیرد و تبعات جدی برای فرد داشته باشد. اقدام درست کدام است ؟
		ضعف در کار گروهی	"یکی از دیگر چالش های من دعوا های بین همکاران است که مثلا رزیدنتx با رزیدنت yدعواش شده و یا مثلا رزیدنت با پرستاربخش دعواش شده و یک چالشی در این مواقع ایجاد می شود هیچ کدام از طرفین هم که ۱۰۰٪ مقصر نیستند و مدیریت کردن این افراد کار سختی است و من رو دچار چالش می کنه."
	ارتباط سایر کادر درمان	عدم حضور همزمان کادر درمانی مسئول یک بیمار	"گپی بین کادر پزشکی و پرستاری وجود دارد چون مشغله ی کاری پرستاران زیاد است و هر پرستار مسئول چندین بیمار حاد می باشد. زمانی وجود دارد که استاد، رزیدنت و اینترن باهم بر بالین بیمار حضور دارند اما پرستار بیمار به دلیل مشغله ی زیاد بر بالین بیمار حاضر نیست و این سبب می شود پرستار در جریان کار های بیمار نباشد و به وضعیت بیمار آگاهی کامل ندارد. اگر پرستار ها سر راند های بخش اورژانس بر بالین بیمار حضور یابند بسیار خوب است."
		جابه جایی وظایف	"به نظرم یه سری کار ها برعهده پرستاران است اما توسط اینترن انجام می شود یا بر عکس مثل گذاشتن فولی، چک کردن قند خون و گذاشتن NG " "مثلا پانسمان ساده ی زخم در شرح وظایف اینترن ها نیست که تعویضش کنیم منتها پرستار ها میگن که مال شماست و در وظایف ما نیومده"
تنش های مدیریتی	وظایف و سطوح نظارتی	عدم همکاری مناسب مابین بخش اورژانس و دیگر بخش ها	"بخش ها تا زمانی که مریض کامل همه‌ی اقداماتش حتی پک سل اش را هم دریافت نکرده باشد مریض را تحویل نمی گیرند و بارها سر این قضیه بحث شده اما نتیجه بخش نبوده است."
		عدم توجه مسئولین	"شما وقتی که می بینید که نه مسئولین به شما توجه می کنند که چه بلایی بر سرتان نازل می شود و نه خودتون آموزشی دیدید که چگونه خودتان و وقتتان را مدیریت کنید بعد از مدتی بی انگیزگی همه‌ی محورهای ذکر شده را تحت تاثیر قرار می دهد."
		عدم وجود سیستم ارجاع مناسب	"به نظرم برخی بیماران اشتباه هدایت میشن یا ستاد EMS کارشون رو اشتباه انجام میده مثلا بیماران تروما به دست از همون اول می تونن فرستاده بشن بیمارستان فاطمه زهرا که کارشون سریع راه بیوفته و همچنین به نسبت بیماران در اینجا کارشون دیرتر راه می افته و این باعث شلوغی اورژانس ما میشه."
		بوروکراسی	"مسئله ی مهم دیگری که وجود دارد بحث کاغذبازی های در اورژانس است مثلا ممکنه شما درخواست کاری را داشته باشی و باید ۲ الی ۳ برگ را به خاطر آن پر کنی در حالی که می شود خیلی ساده در کامپیوتر ها ثبت کرد کلی زمان صرف نوشتن چنین برگه هایی می شود که کارایی هم ندارند و صرفا کاغذ هدر می رود."
		مشخص نبودن سطوح وظایف رزیدنت ها	" بطوری که مطرح شده به وسیله استادان، نظارت و درجه بندی مسئولیت در آموزش رزیدنت ها می باشد که تا چه حد مسئولیت کارها باید به آن ها سپرده شود چرا که

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

درون مایه	طبقات	زیر طبقه	نقل قول ها
			یادگیری دستیاران براساس مشارکت تحت نظر اعضای هیئت علمی بوده و تعیین میزان مشارکت و تخصیص مسئولیت به ایشان از سوی استاد از چالش های جدی در زمینه ی برقراری تعادل میان نقش آموزشی و نقش درمانی بخش اورژانس بیمارستان امام است." در یک اورژانس آموزشی این دغدغه رو دارید که تا چه حد خودم درگیر بیمارشوم یعنی همه‌ی کارها را انجام دهم ؛ پس آموزش رزیدنت چه می شود ؟ چون که آموزش رزیدنت ها بر اساس مشارکت قانونی و جانبی است شما تدریجی به افراد مسئولیت می سپارید و افراد هم در مسئولیت مشارکت می کنند و از این طریق یاد می گیرند. اگر که همه‌ی کار ها را من انجام دهم پس رزیدنت چه کاری را انجام دهد و اگر هم که من کاری انجام ندهم حدود وظایف آنها تا کجاست ؟ تا کجا به رزیدنت مسئولیت بسپارم به بیمار آسیبی وارد نمی شود."
		عدم وجود واحد اطلاعات	"همراهان بیمار خیلی تنش زا هستند. می خواهند لیوان آب بگیرند، آدرس هرجایی را بگیرند، غذا میخواهند هر چیزی را از ما(پرسنل اورژانس) سوال می کنند به جای این که واحد اطلاعاتی باشد تا سوال هایشان را از آن ها بپرسند."
تنش های مرتبط با خود حرفه مندان	کشیک و فشار کاری پزشکان و پرستاران	فرسودگی شغلی	"فرسودگی شغلی سبب این می شود که فرد علائم افسردگی را در خود احساس می کند خلقش افت پیدا می کند، پرخاشگر می شود ؛ نه خدمات پزشکی را به خوبی ارائه می دهد و نه ارتباط خوبی با همکاران خود دارد. بار ها دچار درگیری با بیمار یا همراهان او می شود."
		استرس کادر درمان	"استرس شغلی ما هم خیلی بالاست.ما همش آماده ی این هستیم که می خواهد یه اتفاقی رخ دهد." "وقتی شما در محیطی باشید که استرس فراوانی را بر شما متحمل می کند این استرس بر روی عملکرد کادر درمان تاثیر می گذارد و تعامل درست بین کارکنان و یا بین کارکنان و بیماران را خدشه دار می کند."
		کمبود ها و محدودیت ها	"اکثر اوقات برای ویزیت مریض های اتاق ایزوله ماسک در دسترس نیست و گاهی حتی یک دستکش لاتکس برای معاینه بیماران پیدا نمی کنیم و مجبور می شویم از دستکش های پلاستیکی استفاده کنیم که اکثرا هم پاره می شوند و کیفیت مناسب رو ندارند." "تعداد پرستاران ما تعدادشون محدود است ۵ تا پرستار برای ۶۰ مریض عملا باعث منتظر ماندن بیمار می شود اردر آن نوشته شده منتها پرستاران چیکار می توانند انجام دهند ۶۰ تا دست که ندارند به همه‌ی بیماران رسیدگی کنند."
		درآمد کم	"شلوغی اورژانس در دادن کارانه لحاظ نمی شود و براساس میزان درآمد اورژانس در طول یک ماه کارانه داده می شود."

تنش های مرتبط با حقوق بیمار شامل ۲ طبقه و ۱۳ زیرموضوع به شرح زیر بود. طبقه بیمارو همراه وی حاوی زیرموضوعات رضایت در اطفال، رضایت در افراد مسن، ارائه اطلاعات به همراه بیمار، نقض رازداری، نقض حریم شخصی، معطل ماندن بیمار، اضطراب و استرس بیمار و همراهان وی، خشونت/درگیری فیزیکی و رد کردن درمان توسط بیمار؛ طبقه فرایندهای درمانی حاوی زیرموضوعات بیهودگی مراقبت، پزشکی دفاعی، رقابت آموزش و درمان، احساس تبعیض و بی‌عدالتی می باشند. در زیر موضوع خشونت/درگیری فیزیکی که به‌عنوان تنشی که موجب آسیب، مرگ، بی‌انگیزگی و خدشه‌دار شدن کرامت پرسنل درمانی می شود؛ می بایست در اورژانس پر ازدحام و در نتیجه استرس‌زای بیمارستان که همه‌ی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

حاضرین اعم از پرسنل درمانی، بیماران وهمراهان شان را فرسوده می کند، برای جلوگیری از احساس ناامنی کادر درمان و نیز تضعیف کیفیت خدمت رسانی به بیماران مورد توجه و پیشگیری قرار گیرد. عدم حمایت کافی مسئولین از حق پرستاران و پزشکان در خشونت علیه کادر درمان سبب احساس آسیب پذیری در این گروه شده است به طوری که حتی در صورت حق به جانب بودن هم مجبور به رضایت شخصی هستند و یا این که انگیزه ای برای گزارش خشونت ها ندارند. موضوع دوم تنش های مرتبط با کادر درمان و همکاران بود که شامل ۲ طبقه و ۶ زیرموضوع می باشد؛ ؛ طبقه ارتباط پزشک و دستیار حاوی زیرموضوعات تنش با همکاران به دلیل اختلاف نظر دیسیپلین های تخصصی، خطای پزشکی همکارو ضعف در کار گروهی و بیماران سفارش شده؛ طبقه ارتباط سایر کادر درمان حاوی زیرموضوعات عدم حضور همزمان کادر درمانی مسئول یک بیمار جابه جایی وظایف می باشد. عدم حضور همزمان کادر درمانی مسئول یک بیمار بود که به دلیل حجم کاری زیاد، کادر درمانی اعم از پرسنل پزشکی و پرستاری مسئول هر بیمار امکان حضور همزمان و هماهنگ هنگام بررسی وی در راند های بخش را نداشته که این امر خود به افزایش تنش و سوتفاهم میان همکاران منجر می شود. ارائه ی مراقبت های بهینه به بیمار نیازمند هماهنگی هر چه بیشتر و فعالیت با روحیه ی کار گروهی است. موضوع اصلی سوم تنش های مرتبط با مدیریت بود که ازیک طبقه و ۶ زیرموضوع تشکیل شده است. طبقه وظایف و سطوح نظارتی حاوی زیرموضوعات عدم همکاری مناسب مابین بخش اورژانس و دیگر بخش ها، عدم توجه مسئولین، عدم وجود سیستم ارجاع مناسب، بوروکراسی وشرح وظایف رزیدنت ها بود. موضوع اصلی چهارم تنش‌های مرتبط با حرفه مندان بود که شامل یک طبقه و ۴ زیرموضوع تشکیل شده است. طبقه کشیک و فشار کاری پزشکان و پرستاران حاوی زیرموضوعات فرسودگی شغلی، استرس کادر درمان، کمبود ها و محدودیت هاو درآمد کم بود. نمونه نقل قول های مرتبط با زیر طبقات و طبقات در جدول آورده شده است (جدول شماره ۱).

بحث

هدف این پژوهش به تحلیل تنش‌های اخلاقی پزشکان و پرستاران در بخش اورژانس می‌پردازد. پزشکان و پرستاران این بخش با چالش‌های متنوعی در زمینه حقوق بیماران، روابط با همکاران، مدیریت و مسائل حرفه‌ای مواجه هستند. عامل اصلی ایجاد تنش‌ها، از جمله خشونت، نقض حریم خصوصی، نقض رازداری، معطل ماندن بیماران، استرس کادر درمان، کمبودها و محدودیت‌ها، به ازدحام جمعیت در بخش اورژانس مربوط می‌شود. مصاحبه‌شوندگان به علل این ازدحام اشاره کردند که شامل کمبود ظرفیت بخش اورژانس، عدم وجود سیستم ارجاع مناسب، نقص در تریاژ، حضور چند همراه برای هر بیمار، عدم محدودیت در پذیرش، هدایت نادرست بیماران توسط ستاد اورژانس پیش بیمارستانی و عدم همکاری مؤثر بین بخش اورژانس و سایر بخش‌ها است. این عوامل منجر به افزایش حجم کاری پرستاران و پزشکان، کاهش کیفیت خدمات، تأخیر در ارائه خدمات، افزایش خطای پزشکی، انتظار طولانی برای مشاوره، و غفلت از بیماران می‌شود.

مطالعه جولایی و همکاران نشان داد بیشترین بخشی که میزان تنش های اخلاقی را تجربه می کند بخش اورژانس می باشد. باتوجه به محیط پرتنش و ویژه اورژانس که برخورد مستقیم با همراه بیمار، انتظارات بیماران و خانواده های آنان از

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

پرسنل اورژانس، فشار کاری این بخش، عدم تناسب تعداد بیماران با میزان تخت، عدم وجود امکانات لازم، عدم حضور به موقع پزشکان و پرستاران بر بالین بیماران نسبت به سایر بخش ها می باشد(۲۰). همچنین در مطالعه پرومپاهاکول[1] و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد شایع ترین دلایل بالینی تنش اخلاقی پرستاران، ارائه مراقبت بیهوده برای بیماران در پایان حیات است. محدودیت های گروه (همکاری و ارتباط ضعیف، کار با همکاران نالایق، مشاهده خطاهای عملی و سلسله مراتب حرفه ای) و محدودیت های سازمانی (منابع محدود، کار اداری بیش ازحد، تعارض در خط مشی بیمارستان و درک و حمایت نکردن مدیران) به عنوان محرک های تنش های اخلاقی شناخته شد(۲۱). که هم راستا با مطالعه حاضر می باشند.

ارنلر[2]و همکاران (۲۰۱۴) به عواملی چون مدت زمان طولانی اقامت، تأخیر در پاسخ به آزمایش‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری و کمبود تخت‌های بستری به عنوان دلایل شلوغی اورژانس اشاره کردند (۲۲). متناقض با تحقیق حاضر، که تأخیر در ارائه خدمات و زمان طولانی انتظار برای مشاوره به عنوان نتایج ناشی از شلوغی اورژانس مطرح شده است. این تفاوت ممکن است ناشی از روش‌های متفاوت تحقیق باشد، زیرا در مطالعه ارنلر، داده‌ها از پرونده‌های پزشکی بیماران بستری در اورژانس استخراج شده است. هم راستا با مطالعه حاضر، مک کینا [3]و همکاران(۲۰۱۹) و رسولی و همکاران (۲۰۱۹) به عواملی مانند شلوغی اورژانس مرتبط با کارکنان، تشخیص نادرست، تأخیر در مشاوره، تأخیر در ارائه خدمات اورژانسی و کمبود ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اورژانسی اشاره کردند(۲۳, ۲۴). اضطراب و استرس بیماران و همراهان آن‌ها، عدم توضیحات کافی در مورد وضعیت بیماری و مراحل درمان و تأخیر در ارائه مراقبت‌های ضروری در شرایط بحرانی می‌تواند به عنوان یک محرک برای آغاز خشونت علیه کادر درمان عمل کند. خستگی ناشی از بار کاری زیاد، منجر به تغییرات خلقی و کاهش کیفیت خدمات می‌شود. نبود زیرساخت‌های آموزشی و فرهنگی مناسب در جامعه، باعث می‌شود که افراد درک درستی از فرآیند درمان در اورژانس نداشته باشند و با انتظارات غیرمنطقی به این مراکز مراجعه کنند، که در صورت عدم تحقق این انتظارات، زمینه بی‌احترامی به کادر درمان فراهم می‌شود. در تحقیقات، همراهان بیماران به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات مورد بررسی قرار گرفته‌اند و نارضایتی آن‌ها در مطالعات متعدد گزارش شده است. عدم تأمین نیازهای بیماران و همراهان آن‌ها، عدم پاسخگویی و کمبود زمان کافی برای پاسخ به سوالات، به ویژه از سوی پرستاران، همچنین کمبود اطلاعات در مورد فرآیندهای درمانی و نقش محدود در تصمیم‌گیری، که منجر به نارضایتی بیماران و همراهان آن‌ها می‌شوند(۲۵).

کننوو [4]و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که ۷۸ درصد از کارکنان بخش اورژانس در محیط کار با خشونت از سوی بیماران یا بستگان آن‌ها مواجه و تجربه خشونت مکرر را داشته‌اندو عدم حمایت مدیریت بخش اورژانس را به عنوان مانعی برای گزارش این خشونت‌ها اشاره کردند(۲۶). امام و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که ۸۰ درصد از رزیدنت‌ها هیچ دوره آموزشی در زمینه مدیریت خشونت را نگذرانده‌اندو نیز شایع‌ترین نوع خشونت، توهین کلامی بوده و همراهان بیماران

1.Prompahakul
2. Erenler
3. McKenna
4. Cannavò

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

به عنوان اصلی‌ترین منبع پرخاشگری شناخته شده‌اند. فراوانی خشونت فیزیکی در کارکنان مرد، سن بالای ۳۰ سال، رزیدنت‌ها و شیفت شب بیشتر مشاهده شده است. ۷۶/۴ درصد از رزیدنت‌ها خشونت را به مدیریت گزارش نکرده‌اند و دلایل اصلی آن‌ها در عدم گزارش، بی‌فایده بودن و بی‌اهمیت بودن خشونت بوده است (۲۷). نتایج این مطالعات با پژوهش ما هم‌خوانی دارد. در پژوهش دیووی[1] و همکاران(۲۰۲۰)، مشخص شد که خشونت‌های صورت گرفته عمدتاً توسط همراهان بیمار انجام می‌شود و نه خود بیماران. بیشتر این خشونت‌ها به شکل توهین‌های کلامی، هرچند که درصد قابل توجهی از موارد نیز شامل خشونت فیزیکی است. عواملی مانند شلوغی اورژانس و زمان انتظار طولانی به عنوان دلایل افزایش خشونت در این محیط شناسایی شده‌اند (۲۸). در تحقیق ما، تفکیک بین فرد مرتکب خشونت (بیمار یا همراه او) و نوع خشونت (کلامی یا فیزیکی) صورت نگرفته بود، اما مشابه این تحقیق، شلوغی اورژانس و زمان انتظار طولانی به عنوان عوامل مؤثر در افزایش خشونت در اورژانس امام نیز مطرح شده است.

حریم خصوصی و رازداری در بخش اورژانس به دلایل مختلفی از جمله ازدحام جمعیت، کمبود فضا و گاهی نیز نارسایی‌های کادر درمانی به دلیل عدم آموزش کافی یا فرسایش اخلاقی، به خطر می‌افتد. نتایج تحقیق ما نشان می‌دهد با توجه به شلوغی اورژانس و بار کاری سنگین کادر درمان، امکان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی و همچنین آگاهی مناسب از وضعیت خود به شدت کاهش می‌یابد. این موضوع به جای آنکه به عنوان یکی از اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد، به شکل فضیلت اخلاقی از سوی تعداد محدودی از کادر درمانی در می‌آید. حقیقت‌گویی به بیماران تحت تأثیر همراهان قرار می‌گیرد؛ به طوری که ممکن است بیمار توانایی درک و پذیرش وضعیت بیماری و پیش‌آگهی خود را داشته باشد، اما همراهان او مانع از ارائه اطلاعات لازم توسط کادر پزشکی می‌شوند. بنابراین، ضروری است که با ایجاد بستر فرهنگی مناسب و افزایش آگاهی عمومی در این زمینه، حقوق بیماران به درستی رعایت شود.گیدرمن[2]و همکاران(۲۰۰۶) ذکر کردند در بخش اورژانس، حفظ حریم خصوصی و رازداری معمولاً تحت تأثیر طراحی فیزیکی، ازدحام جمعیت، بازدیدکنندگان، ارتباطات و سایر عوامل قرار می‌گیرد (۲۹)، با نتایج پژوهش ما همخوانی دارد. هس[3]و همکاران (۲۰۱۵) با بهره‌گیری از الگوهای موجود در روش‌های بالینی، کاربرد عملی تصمیم‌گیری مشترک در زمینه پزشکی اورژانس را به تصویر کشیده شده و پیامدهای اخلاقی و عملی آن را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، پزشکی در اورژانس باید به‌طور کامل بیمار محور ودرمان وی نیز از طریق تصمیم‌گیری مشترک انجام شود(۳۰)، اما به دلیل شلوغی اورژانس و بار کاری سنگین کادر درمانی، امکان تحقق بیمارمحوری از طریق تصمیم‌گیری مشترک به چالش کشیده می‌شود.

بر اساس نظرات اکثریت مصاحبه‌شوندگان، کار گروهی در میان سطوح مختلف کادر درمانی به ویژه در بخش اورژانس به شدت ضعیف است و رویکرد فردی در انجام وظایف اورژانسی غالب است. نبود نظارت و مدیریت مؤثر بر فعالیت‌های گروهی، به تضعیف این جنبه منجر می‌شود و این بخش مانند هر سازمان

1. Davey
2. Giderman
3. Hess

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

هماهنگ دیگری، نیازمند رهبری مستمر از سوی مدیریت برای بهبود همکاری میان کارکنان است. عدم آموزش کافی در زمینه کار گروهی برای کادر درمان، به ضعف در انجام وظایف گروهی و نقص در این مهارت‌ها و همچنین عدم رعایت سلسله مراتب منجر می‌شود. با این حال، در میان پرستاران هم‌رده در اورژانس بیمارستان امام، همکاری مناسبی وجود دارد. بسیاری از پرستاران و پزشکان در این بخش تمایل به مشارکت فعال و گروهی در ارائه خدمات به بیماران دارند؛ اما شکایات پرستاران از پزشکان به دلیل عدم ارائه صحیح و به موقع پرونده‌ها و دستورات به پرستار مسئول و همچنین نارضایتی پزشکان از پرستاران به دلیل عدم حضور به موقع درراند ویزیت بیماران، عدم ارزیابی دقیق علائم حیاتی و عدم همکاری در پیدا کردن پرونده بیماران، نشان‌دهنده ضعف کار گروهی در این بیمارستان است. وجود پروتکل‌های واضح در مورد برخی بیماری‌ها، مانند بیماران ترومایی حاد، موجب آگاهی هر یک از خدمات‌دهندگان از وظایف خود می‌شود و در نتیجه، کار گروهی میان متخصصان مختلف بهبود می‌یابد.

نتایج تحقیق حسن شیری و همکاران نشان می‌دهد که چالش‌ها و تناقضات در زمینه رفتار و ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی از اهمیت بیشتری برخوردارند. این تناقضات به ویژه در میان دستیاران پزشکی به وضوح مشاهده می‌شود و شامل رفتارهای عمده‌ای است که عبارتند از: فشار کاری زیاد که گاهی با دستورات، توهین‌ها و تنبیهات اجباری همراه بوده و حتی درگیری‌های فیزیکی از سطوح بالای کادر درمان به سطوح پایین‌تر مشاهده می‌شود (۲۵).

کمال لو و همکاران (۲۰۱۷) عوامل مؤثر در بروز سندرم فرسودگی شغلی در رزیدنت‌های اورژانس را به چهار گروه اصلی و چند زیرگروه تقسیم کردند. این مطالعه به عواملی چون مدت زمان شیفت کاری، حجم بالای کار، شرایط اضطراری بیماران، نیاز به مدیریت بحران و مسائل اقتصادی و درآمد اشاره کرده است (۳۱)، که با یافته‌های پژوهش ما همخوانی دارد. نیز در مطالعه سپهر منش و همکاران (۳۲) و مطالعه جولایی و همکاران(۲۰) به وجود فشار کاری زیاد و فرسودگی شغلی در میان دستیاران طب اورژانس و پرستاران اشاره شده است. که با یافته‌های پژوهش ما همخوانی دارد.

استیومن[1] و همکاران (۲۰۱۹) و مطالعه بوسو[2] و همکاران (۲۰۱۶)، عواملی چون کارهای بوروکراتیک، ساعات طولانی کاری، سوابق الکترونیکی سلامت، عدم احترام، فقدان کنترل، خودمختاری و نگرانی‌های مالی راعلل عمومی فرسودگی شغلی عنوان کردند. همچنین، ضرورت کار در شب، آخر هفته و تعطیلات، کمبود نیروی پشتیبانی، زیرساخت‌های پزشکی در ساعات خاموشی، فشارهای کاری، انتظارات بالای بالینی، استرس ناشی از شکایت، دادخواهی، خستگی و کمبود خواب به عنوان عوامل خاص فرسودگی شغلی در پزشکان اورژانس در این مطالعه مطرح شده است (۳۳) که با یافته‌های ما همخوانی دارد.

کمبودها و محدودیت‌های موجود در بخش اورژانس به وضوح در سه حوزه منابع، نیروی انسانی و بخش‌های بستری مشهود است. در این راستا، کمبود نیروی پرستاری و خدماتی به شدت احساس می‌شود و این موضوع بار اضافی را بر دوش سایر کارکنان قرار داده است. از جمله دلایل این کمبودها

1. Stehman

2. Basu

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

می‌توان به سوء مدیریت و چالش‌های اقتصادی اشاره کرد که به کاهش بودجه تخصیص یافته و درآمد پایین بیمارستان منجر شده است. مصاحبه‌شوندگان به عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کار و همچنین کمبود امکانات رفاهی برای کادر درمان اعتراض کرده‌اند.

در تحقیق انجام شده توسط جولایی و همکاران، مشخص شد که تنش اخلاقی مرتبط با مدیران و بیماران دارای رابطه معکوس با میزان تنش اخلاقی است. به عبارت دیگر، هر چه حمایت مدیران در مواجهه با چالش‌های کادر درمان بیشتر شود و بیماران نیز نسبت به برنامه‌های مراقبتی خود آگاهی بیشتری پیدا کنند، این امر منجر به کاهش مواجهه کادر درمان با تنش‌ها خواهد شد (۲۰).

بایرامی و همکاران (۲۰۱۷) سه چالش اصلی در بخش اوژانس را شناسایی کردند که شامل "چالش‌های منابع انسانی" (ویژگی‌های فردی، ویژگی‌های حرفه‌ای و کمبود نیروی انسانی)، "نارضایتی پرستاران" (حداقل امکانات هتلینگ و خدمات رفاهی برای پرسنل، عدم تناسب حقوق و مزایا با حجم کار و عدم حمایت از پرستاران) و «چالش‌های مدیریتی در اورژانس» (چالش‌های ساختاری، عملکردی و مدیریتی نیروی انسانی) می‌شود. کمبود نیروی انسانی، نارضایتی پرستاران و ضعف مدیریت به عنوان مهم‌ترین چالش‌های بخش اورژانس شناسایی شدند (۳۴). با نتایج پژوهش ما هم خوانی دارد. مطالعه مولوی و همکاران نشان داد که کمبود و عدم دسترسی به وسایل و امکانات ضروری، دخالت همراهان بیماران در ارائه خدمات پرستاری،کمبود پرسنل پرستاری نسبت به تعداد مراجعین، عدم دسترسی پزشکان در موارد اضطراری، عدم توجه به نظرات پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به بخش و کار در شیفت‌های متوالی از مهم‌ترین عوامل تنش‌زا برای پرستاران شاغل در بخش اورژانس به شمار می‌روند (۳۵). در تحقیق ما، کمبود منابع و امکانات به عنوان یک چالش اساسی شناسایی شد. تفاوت‌های موجود در سایر تنش‌های ذکر شده ممکن است ناشی از تفاوت مطالعات مختلف و مطالعه حاضر باشد که احتمالاً به تفاوت در ماهیت محیط کار در بخش و بیمارستان مورد بررسی، تفاوت در ابزارهای مورد استفاده و همچنین تفاوت در منابع و امکانات در مراکز آموزشی و غیر آموزشی در کشور مرتبط است. علاوه بر این، فرهنگ سازمانی و جو اخلاقی حاکم بر سازمان، حمایت مدیریت و رضایت شغلی کارکنان از عوامل کلیدی در بروز تعارضات اخلاقی در حین ارائه خدمات به شمار می‌روند.

در بسیاری از مواقع، دانشجویان به حضور استاد در کنار خود نیاز دارند تا فرآیند درمان بیمار به درستی انجام شود. غیبت استاد و انجام درمان‌ها توسط دستیاران می‌تواند برای بیمار و کادر درمان و همچنین خود دستیاران ایجاد تنش کند(۳۶). علاوه بر این، در یک مطالعه، عدم نظام‌مندی آموزش دستیاران و حقوق و درآمد پایین کادر درمان به عنوان عوامل مؤثر و تنش‌زا معرفی شده است (۳۷).

نتیجه‌گیری

بر اساس تحقیق انجام شده، پزشکان و پرستاران بخش اورژانس با چالش‌های متنوعی در زمینه حقوق بیماران، روابط با همکاران، مدیریت و مسائل حرفه‌ای مواجه هستند.، همچنین از جمله دلایل اصلی بروز تنش ها، به خشونت، نقض حریم خصوصی، نقض رازداری، استرس کادر درمان، کمبود نیروی انسانی و محدودیت در حوزه درمان، معطل ماندن بیماران، ازدحام جمعیت در بخش اورژانس، کمبود ظرفیت بخش

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

اورژانس، عدم وجود سیستم ارجاع مناسب، نقص در تریاژ، حضور همزمان چند همراه برای هر بیمار، عدم محدودیت در پذیرش، هدایت نادرست بیماران توسط ستاد اورژانس پیش بیمارستانی و عدم همکاری مؤثر بین بخش اورژانس و سایر بخش‌ها، عدم تعادل میان حقوق و مزایا با حجم کار و سوءمدیریت در منابع انسانی و فیزیکی و ضعف ارتباطات بین فردی و گروهی در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی به شمار می‌روند.. این عوامل منجر به افزایش حجم کاری پرستاران و پزشکان، کاهش کیفیت خدمات، تأخیر در ارائه خدمات، افزایش خطای پزشکی، انتظار طولانی برای مشاوره، و غفلت از بیماران می‌شود. به منظور ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، ضروری است که برنامه‌ریزی‌های لازم برای بهبود فرآیند تریاژ، توجه کافی به منابع انسانی، تطابق منابع با نیازهای واقعی، نظارت بر تعداد افراد مجاز به حضور و تدوین پروتکل‌های جامع و کارآمد برای کارکنان صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

ازمسئولین و تمام پزشکان و پرستاران بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی تهران که پژوهشگران را صمیمانه در اجرای این مطالعه یاری نمودند، نهایت قدردانی را به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

نویسندگان این‌مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی درنگارش این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

منابع

1. Mahajan R, Aruldhas BW, Sharma M, Badyal DK, Singh T. Professionalism and ethics: a proposed curriculum for undergraduates. International Journal of Applied and Basic Medical Research. 2016; 2016; 6(3): 157-63.
2. Hassan SF, KARIMI M, Shojaei AA. Moral Distress in Orthopedic Ward of Imam Khomeini Hospital: A Qualitative Study. 2022.
3. Buchbinder M, Browne A, Berlinger N, Jenkins T, Buchbinder L. Moral stress and moral distress: confronting challenges in healthcare systems under pressure. The American Journal of Bioethics. 2023- 1-15.
4. Ghahremani A, Esmaelzadeh F, Khosravani M, Mohsenpour M. The effect of professional ethics workshop with virtual follow-up on nurses moral distress. Clinical Ethics. 2022; 17(2): 191-7.
5. Jokwiro Y, Wilson E, Bish M. The extent and nature of stress of conscience among healthcare workers: a scoping review. Applied Nursing Research. 2022; 63: 151554.
6. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. Scandinavian journal of caring sciences. 2017; 31(4): 662-73.
7. de Toro Consuagra X, Kovalskys DS. La alianza terapéutica en tensión: una aproximación a partir de la práctica clínica del trabajo social. European journal of education and psychology. 20233; 16(1): 3.
8. Stevens P, Hoehn KS. Moral Distress, Burnout, and Strikes: What Is the Straw That Breaks the Camel's Back? Pediatric Critical Care Medicine. 2020; 21(4): 391-2.
9. Baumberger-Henry M, Kucirka B. Ethical tension in nursing education: a challenge for faculty values and beliefs. International Journal of Nursing Education Scholarship. 2022:19(1): 20220031.
10. Durocher E, Kinsella EA. Ethical tensions in occupational therapy practice: Conflicts and competing allegiances. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2021: 88(3): 244-53.
11. Sun R, Zhang C, Lv K, Lan Y. Identifying the risk features for occupational stress in medical workers: a cross-sectional study. International Archives of Occupational and Environmental Health. 2022; 1-14.
12. Vasiliu O. Work-related stress in medical personnel: A new instrument for screening and evidence-based recommendations for therapeutic management. Romanian Journal of. 125(3): 523.
13. Lorettu L, Aubut J, Ciliberti R. The new challenges for medical ethics. Bioethics: IntechOpen; 2020.
14. Ramesh A, Mehdiratta L, Parimal T, Sahu S, Bajwa SJS. Emergency medicine–A great career field for the anaesthesiologist! Indian Journal of Anaesthesia. 2021; 65(1): 61-7.
15. Hoyt KS, Evans DD, Ramirez EG, Wilbeck J. The specialty of emergency nurse practitioner practice. Advanced Emergency Nursing Journal. 2017; 39(4): 231-5.
16. Heydari A, Meshkinyazd A. Ethical challenges in nursing profession.2018.
17. Khoiroh SA, Rifai A, Afandi AT. Nurse ethical dilemmas in inpatient ward of baladhika husada hospital jember. Journal of Nursing Science Update (JNSU). 2020; 8(2): 121-8.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004; 24(2): 105-12.
19. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research.1994; 105(2): 163-194.
20. Julai Soudabeh ea. "Investigating the relationship between nurses' perception of moral tension and the ethical climate of the workplace in selected departments of educational-therapeutic centers of Tehran University of Medical Sciences in 2009. IJME. 2011; 56-66.
21. Prompahakul C, Epstein EG. Moral distress experienced by non-Western nurses: An integrative

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

review. Nursing ethics. 2020; 27(3): 778-95.
22. Erenler AK, Akbulut S, Guzel M, Cetinkaya H, Karaca A, Turkoz B, Baydin A. Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. Turkish journal of emergency medicine. 2014: 14(2): 59-63.
23. Rasouli HR, Esfahani AA, Nobakht M, Eskandari M, Mahmoodi S, Goodarzi H, Farajzadeh MA. Outcomes of crowding in emergency departments; a systematic review. Archives of academic emergency medicine. 2019; 7(1).
24. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. Clinical and experimental emergency medicine. 2019; 6(3):189.
25. Hassan Shiri Fatemeh, Karimi Mohsen, Shojaei Amir Ahmad. Moral Distress in Orthopedic Ward of Imam Khomeini Hospital: A Qualitative Study. TEB VA TAZKIEH[Internet]. 2022; 31(3): 185-198. Available from: https://sid.ir/paper/1072301/en.
26. Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. La Clinica Terapeutica. 2019; 170 (2): 23-110.
27. Hedayati Emam G, Alimohammadi H, Zolfaghari Sadrabad A, Hatamabadi H. Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross–Sectional Study. Emergency. 2018; 6(1): e7.
28. Davey K, Ravishankar V, Mehta N, Ahluwalia T, Blanchard J, Smith J, Douglass K. A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. International journal of emergency medicine. 2020: 1: 9-13.
29. Geiderman JM, Moskop JC, Derse AR. Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges. Emergency Medicine Clinics. 2006: 24(3): 633-56.
30. Hess EP, Grudzen CR, Thomson R, Raja AS, Carpenter CR. Shared decision-making in the emergency department: respecting patient autonomy when seconds count. Academic Emergency Medicine. 2015; 22(7): 856-64.
31. Kamaloo A, Ahmadipour A, Labbaf A, Hesari E, Valadkhani S, Zebardast J, Arbabi M. Why do emergency medicine residents experience burn out? A qualitative study. Iranian journal of psychiatry. 2017; 12(3):214.
32. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Prevalence of burnout in the residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in ۲۰۱۲. Research in Medical Education. 2015: 7(1): 27-34.
33. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I. Western Journal of Emergency Medicine. 2019: 20(3): 485.
34. Challenges in emergency departments in teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences: A qualitative study. Hospital. 2017; 16(1): 63-72.
35. Molavi P, Karim Elahi M. Study of Stress Factors Among Nurses Working in Emergency Departments of Hospitals Affiliated to Ardabil University of Medical Sciences. Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services [Internet]. 2001;1 (2):34-39.
36. Malek M, Mohatnmadi S, Attarchi M. Occupational stress and influencing factors, in medical residents of one of the educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. 2011.
37. Soleymanha M, Heidarzadeh A, Haghighi M, Khoshrang H, Akbari M. Assessment of job-education satisfaction in residents of Guilan university of medical sciences. Research in medical education.2013; 5(1):45-51.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]

Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2025, Volume 18, Article 3

Original Article

The Experience of Moral Distress from the Perspective of Emergency Medicine Physicians and Nurses in the Emergency Department: A Qualitative Study

Leila MasoudiYekta[1], Ehsan Hassanpour Pazevar[2], Alireza Parsapour[3], Ehsan Shamsi Gooshki[4], Mohammad Jalili[5], Amirahmad Shojaei[6*]

1. PhD Student, Department of Medical Ethics, Research Center for Medical Ethics and History of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran.
2. General Medicine Student, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Research Center for Medical Ethics and History, Tehran University of Medical Sciences, Tehran. Iran.
4. Associate Professor, Medical Ethics and History or Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Lecturer in Bioethics, Monash Bioethics Center, Monash University, Melbourne, Australia.
5. Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine¤Editor-in-Chief, Frontiers in Emergency Medicine (FEM)¤Co-founder and Director, Health Professions' Education Research Center (HPERC)¤Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Associate Professor, Medical Ethics and History or Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: *29 September 2024*
Accepted: *02 March 2025*
Published: *03 June 2025*

***Corresponding Author**
Amirahmad Shojaei
Address: *#23, 16 Azar St, Keshavarz Blv, Tehran, Iran.*
Postal Code : *1417863181*
Tel*: 98 21 66 41 96 61*
Email: *dramirahmadsh@yahoo.com*

Citation to this article:
MasoudiYekta L, Pazvar Hassanpour E, Parsapour AR, Shamsi Gooshki E, Jalili M, Shojaei A. *The experience of moral distress from the perspective of emergency medicine physicians and nurses in the emergency department: a qualitative study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2025; 18:Article number: 3.*

Abstract

Moral distress constitutes a significant challenge for healthcare professionals, arising when individuals find themselves unable to act in accordance with their personal and professional values due to both internal and external pressures. Healthcare professionals may face scenarios that prompt them to question the ethical acceptability of their decisions and treatment practices, often feeling powerless in the face of perceived unethical changes. This study sought to explore the experiences of moral distress encountered by emergency medicine physicians and nurses in the emergency department. This study was conducted using qualitative content analysis. Data were collected through semi-structured interviews with 25 healthcare providers selected via purposive sampling. Data analysis was conducted using MAXQDA 2018 software. The results indicated that the experiences of moral distress among emergency medicine physicians and nurses in the emergency department can be classified into four primary categories including those related to: 1. patient rights, 2. medical staff and colleagues, 3. management, and 4. professionals. Notably, factors such as overcrowding, inadequate staffing, discrepancies between salaries and workloads, and poor management of human and physical resources emerge as significant contributors to moral distress in the emergency department of Imam Khomeini Hospital. To improve patient care quality, it is essential to implement strategies that enhance triage processes, prioritize human resources, align resources with patient needs, monitor patient attendance, and develop a comprehensive protocol for staff.

Keywords: Emergency, Medicine, Physicians, Nurses, Moral distress.

Copyright © 2025Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i3.18843]