

مقاله مروری

پیشانی اخلاقی و مولفه های مرتبط با آن در پرسنل بخش اورژانس؛ یک مطالعه مروری

حمید زمانی مقدم^۱، مجید وطن خواه^۲، مرضیه حق بین^۳، سمانه عبیری^۴، لهراسب طاهری^۳، روحیه فرزانه^{۱*}^۱ گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.^۲ گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی، مراقبت های ویژه و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندر عباس، ایران.^۳ گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.^۴ گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

* روحیه فرزانه؛ گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۳۸۵۲۵۳۱۲. پست الکترونیک: Farzanehrh@mums.ac.ir.

دریافت: اسفند ۱۴۰۰؛ پذیرش: فروردین ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: پیشانی اخلاقی یکی چالش های اخلاقی پنهان در حین ارائه خدمات مراقبتی پرستاران است که در شرایط عدم امکان اجرای کار درست علیرغم آگاهی از درستی آن پیش می آید. این چالش در بین پرستاران بخش هایی که شرایط حاد تری دارند نظیر بخش اورژانس بیشتر است. این تحقیق، با هدف مرور نظام مند پیرامون پیشانی اخلاقی و مولفه های مرتبط با آن در مطالعات انجام شده بر روی پرسنل بخش اورژانس، صورت گرفت. **روش کار:** این پژوهش مبتنی بر یک مرور نظام مند می باشد که ارزیابی کیفیت مقاله ها با استفاده از چک لیست استاندارد STROBE صورت گرفت. مطالعات اولیه انجام شده، از طریق مقاله هایی که در پایگاه های اطلاعاتی فارسی زبان: Iranmedex، Magiran، SID و پایگاه های انگلیسی زبان: Science Direct، PubMed، ProQuest، Cochrane، Library، Embase، Scopus و موتور جستجوگر Google Scholar مورد بررسی قرار گرفت. به منظور دستیابی به متن کامل مقاله هایی که از کلید واژه های فارسی؛ پیشانی اخلاقی، تنیدگی اخلاقی، تنش اخلاقی، دیسترس اخلاقی، اضطراب اخلاقی، آشفتگی اخلاقی و عبارات مرتبط با اورژانس به صورت ترکیب واژگان استفاده گردید؛ همچنین از روش های جستجوی بولین و عملگرهای And و OR و کلید واژه های MeSH شامل: Moral Distress، Ethical Distress، Ethical unease، Ethical disquiet، Emergency استفاده شد. **یافته ها:** در مرحله اولیه، ۴۶۶ تحقیق مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. سپس پژوهشگران به بررسی مقاله هایی که جستجو شده بود پرداختند و در نهایت پس از حذف موارد تکراری، نامرتبط، مطالعات کیفی، مرور روایتی و نامه به سردبیر؛ ۱۸ تحقیق در جهت نگارش این پژوهش، استفاده گردید. از میان مطالعه های مورد بررسی، محل انجام ۱۱ مقاله ایران بود که ۶۱/۱۱ درصد کل مطالعات را نشان میدهد؛ سایر مطالعات در تایوان، چین، آمریکا، اندونزی و سوئیس انجام شده است. میانگین پیشانی اخلاقی پرستاران بخش اورژانس در سطح متوسط و ارتباط معنادار با مولفه هایی همچون سابقه و حجم کار از یافته های این مطالعات بود. **نتیجه گیری:** مجموعه مطالعات انجام شده بر روی پرستاران بخش اورژانس، برای نشان دادن میزان پیشانی اخلاقی تعداد قابل اطمینانی می باشد، اما این میزان مطالعه برای دستیابی به الگویی از مولفه ها و متغیر های مرتبط با پیشانی اخلاقی، قابل اطمینان نیست. برای این منظور علاوه بر پژوهش های بیشتر بر روی این گروه از پرستاران، می توان با الهای خصوصیت از پرستاران بخش اورژانس، مروری نظام مند بر کل مطالعات انجام شده در زمینه پیشانی اخلاقی بر روی جامعه پرستاری انجام داد تا به نتایج دقیق تری دست یافت.

کلمات کلیدی: پیشانی اخلاقی، دیسترس اخلاقی، پرستاران، بخش اورژانس

۱. مقدمه

که شخص درک می کند که این کار از نظر اخلاقی نامطلوب است، بوجود می آید (۳). بیشتر تحقیقات بر پایه همان تعریف های پایه ای و اولیه صورت می گیرد. جالب است بدانید پیشانی اخلاقی در اصل برای توصیف تجارب پرستاران، استفاده شد. چرا که پرستاران به دلیل ناتوانی در تصمیم گیری و احساس «بی صدا» بودن آن ها در طول گفتگوهای پیچیده اخلاقی، بیشتر از پزشکان دچار پیشانی اخلاقی می شوند (۴). Hamric و همکاران معتقد هستند منبع تنش اخلاقی برای پرستاران در محیط های بهداشتی، وجود تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یکسو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز و غیرمجاز از سوی دیگر است (۵). پیشانی اخلاقی یک مشکل مهم برای پرستاران است که منجر به مشکلات جسمی و عاطفی می شود و همچنین بر حفظ شغل، رضایت شغلی و کیفیت مراقبت تأثیر می گذارد (۶). پژوهش ها نشان

موضوع پیشانی اخلاقی اولین بار توسط جامتون مطرح شد. از دیدگاه وی، اگر افراد در شرایطی قرار گیرند که به دلیل محدودیت های سازمانی موجود قدرت به اجرا در آوردن تصمیم گیری اخلاقی شان را ندارند. لذا با نوعی احساس منفی و عدم تعادل روانی مواجه می شوند که بین تصمیم اخلاقی صحیح و عملی که بر خلاف آن بایستی انجام دهند، دچار حالت تعارض می شوند (۱). تنش اخلاقی را می توان وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که زمانی تجربه می شود انسان از انجام عملی که می داند درست است، بازداشت شده و یا مجبور به انجام کاری شود که می داند نادرست است (۲). اخیراً، یک تعریف گسترده تر از پیشانی اخلاقی پیشنهاد شده است: یک یا چند احساس یا نگرش خود - هدایت شونده منفی که در پاسخ به درک فرد از مشارکت اخلاقی نامطلوب در موقعیتی

بخش‌های مراقبت‌های ویژه کار می‌کنند، تمرکز می‌کنند، و مطالعات کمی در مورد پرستاران بخش اورژانس وجود دارد (۱۴، ۱۵). فرناندز (۲۰۱۳) در مطالعه خود تصریح می‌کند که علیرغم متفاوت بودن ماهیت بخش‌های اورژانس و مواجهه روزانه پرستاران با چالش‌های اخلاقی در این بخش‌ها، محققین پرستاری کمتر به این معضل پرداخته‌اند و پیشنهاد می‌کند با مطالعاتی مستقل، وضعیت پریشانی اخلاقی در بخش‌های اورژانس بررسی و مورد نقد موشکافانه قرار گیرد (۱۶). با توجه به اهمیت موضوع، در این پژوهش سعی شده است تا با جستجوی مطالعات انجام شده در این زمینه مروری نظام‌مند بر تحقیقاتی که پیرامون پریشانی اخلاقی در بخش اورژانس انجام شده است، صورت پذیرد. در ابتدای این پژوهش گروه خاصی از متخصصان، پزشکان و یا پرستاران از بخش اورژانس مد نظر نبودند، اما پس از جستجو، تنها گروهی که مورد سنجش قرار گرفته بود پرستاران بخش اورژانس بود. لذا محور اصلی این مطالعه مرور نظام‌مند بر میزان، فراوانی و شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس معطوف گردید.

۲. روش مطالعه

برای بررسی مطالعات اولیه انجام شده، از مقاله‌هایی که در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان؛ Magiran، Iranmedex، SID و پایگاه‌های انگلیسی زبان؛ Science Direct، PubMed، ProQuest، Cochrane Library، Embase، Scopus و موتور جستجوگر Google Scholar بود، از سال ۲۰۱۰ تا سال ۲۰۲۲ مورد بررسی قرار گرفت. به منظور دستیابی به متن کامل مقاله‌هایی که از کلید واژه‌های فارسی؛ پریشانی اخلاقی، تنیدگی اخلاقی، تنش اخلاقی، دیسترس اخلاقی، اضطراب اخلاقی، آشفتگی اخلاقی و عبارات مرتبط با اورژانس به صورت ترکیب واژگان استفاده گردید؛ همچنین از روش‌های جستجوی بولین و عملگرهای And و OR و کلید واژه‌های MeSH شامل؛ Moral Distress, Ethical Distress, Ethical unease, Ethical disquiet, Emergency wards, Emergency Departments, Emergency medicine, Emergency centers, Emergency physicians, Emergency service facilities, Emergency nurses, Emergency Care استفاده شد.

۱.۲. معیارهای ورود و خروج

ابتدا، لیستی از عناوین و چکیده تمام مقاله‌های موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی یاد شده، تهیه و به منظور تعیین و انتخاب موضوع‌های مرتبط، به صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفتند. با بررسی‌های صورت گرفته، مقاله‌های تکراری و نامرتبط حذف و مقاله‌های مرتبط انتخاب شدند. ارزیابی کیفیت مقاله‌ها، با استفاده از چک لیست استاندارد STROBE (۱۷)، صورت گرفت. این چک لیست شامل ۴۳ بخش متنوع بوده و جنبه‌های متنوع روش‌شناسی پژوهش شامل: روش‌های نمونه‌گیری، اندازه‌گیری متغیرها، تحلیل آماری و اهداف مطالعه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این چک لیست، با احتساب ۱ نمره برای هر بخش، حداقل امتیاز قابل کسب، نمره ۴۰ و بالاتر از آن، نمره ۴۵ در نظر گرفته شد. در نهایت، به مقاله‌هایی که حداقل امتیاز (۴۰ نمره) را، به سؤال‌های چک لیست به دست آورده بودند، وارد تحقیق شدند. برای جلوگیری از

داده‌اند تنش اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد (۷). از پیامدهای منفی تنش اخلاقی در حرفه پرستاری می‌توان به کاهش تعلق کاری، افت اعتماد به نفس، ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی ناشی از این احساس که نمی‌توانند نیازهای بیماران را برآورده کنند یا احساس ناتوانی در انجام وظایف و تعهدات نسبت به بیماران، اشاره کرد (۲، ۷). جامتون انواع مختلف پریشانی اخلاقی را در پرستاران شناسایی کرد: پریشانی اولیه و پریشانی واکنشی، پریشانی اولیه به عنوان ناکامی، عصبانیت و اضطراب در مواجهه با موانع سازمانی و تعارضات بین فردی شناسایی شد. اما پریشانی واکنشی زمانی اتفاق می‌افتد که پرستار قادر به عمل کردن بر روی پریشانی اولیه خود نباشد (۸). موقعیت حرفه‌ای پرستاری به طور خاص به ویژگی‌های سازمانی یک محیط کاری اشاره دارد که عملکرد حرفه‌ای پرستاری را تسهیل یا محدود می‌کند (۹). این محیط با رضایت شغلی، قصد ترک، فرسودگی شغلی، خستگی عاطفی برای پرستاران و ایمنی بیمار مرتبط است. متأسفانه، مطالعات کمی رابطه بین محیط فعالیت پرستاری و پریشانی اخلاقی را شناسایی کرده‌اند (۱۰). یکی از این محیط‌ها که پرستاران در آن فعالیت دارند و معمولاً با هرج و مرج شناخته می‌شود، بخش اورژانس است. حجم سنگین، با دقت بالا، شارژ بالا، پرتقاضا با منابع ناکافی؛ پتانسیل بیشتر برای خشونت؛ و ماهیت غیرقابل پیش‌بینی، که می‌تواند تضادهای مستمری را بین اقدامات تجویز شده ضروری و احساس افراد از آنچه که از نظر اخلاقی درست است، تسریع کند. بخش اورژانس، محیط کاری شلوغ و اضطراب‌آوری است که پرستاران روزانه درگیر عوامل مخدوش‌کننده رفتار اخلاقی می‌شوند و این باعث می‌شود تا تجربه بیشتری از پریشانی اخلاقی داشته باشند. شلوغی و مراجعات فراوان به این بخش‌ها، وضعیت حاد بیماران و نیاز به ارائه مراقبت ویژه، مواجهه با بیماران و همراهان مضطرب آنها، متخصصین و مراقبین پر استرس، لزوم رعایت جنبه‌های اخلاقی و قانونی، هزینه‌های غیر قابل پیش‌بینی، و احتمال وقوع خشونت علیه پرسنل از مشکلات کار در بخش‌های اورژانس است (۱۱). از سوی دیگر، بی‌نظمی موجود در این بخش‌ها، موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی، کمبود کنترل و چارچوب زمانی محدود برای ارزیابی تأثیر مداخلات درمانی، از مسائلی تنش‌زا برای پرستاران این بخش‌ها محسوب می‌شود (۱۲). در این بخش‌ها، محدودیت زمان در تصمیم‌گیری صحیح، به ویژه در انجام فوریت‌هایی نظیر عملیات احیاء و نیز کار کردن با پرسنل و پزشک‌هایی که ممکن است از صلاحیت علمی و حرفه‌ای مناسبی برخوردار نباشند، از مواردی است که تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران را تحت الشعاع قرار می‌دهد و نتایج منفی نه تنها بر عملکرد اخلاقی پرستار بلکه بر روند مراقبت و درمان صحیح بیمار بر جا می‌گذارد (۵). در چنین شرایطی است که پرستاران بخش اورژانس با توجه به نقش کلیدی که در اقدامات اورژانسی دارند و مخاطب اول بیماران و همراهان آنها هستند، در مواجهه با موقعیت‌هایی که امری را از نظر اخلاقی درست می‌دانند اما قدرت انجام آن ندارند، از این پریشانی اخلاقی بیشتر متأثر می‌شوند. این موضوع باعث می‌شود تا پرستار از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به وی اجتناب کند، در نتیجه روند بهبودی بیمار با مشکل مواجه شده و مدت بستری افزایش می‌یابد (۱۳). بنابراین پرستاران بخش اورژانس ممکن است بیشتر از پرستاران سایر تخصص‌ها، پریشانی اخلاقی را تجربه کنند. با این حال، اکثر مطالعات در مورد پریشانی اخلاقی بر پرستارانی که در

تناقض به ظاهر غیر قابل تجزیه، به عنوان دیسترس اخلاقی تجربه می گردد (۳۴). پریشانی اخلاقی علاوه بر تأثیر بر کارکنان، بر روی بیماران نیز تأثیر به سزایی دارد. این چالش در پرستاران باعث احساس ناتوانی و عدم کفایت در تغییر دادن شرایط کار در حیطه مراقبت از بیماران می شود (۳۵). تبعات پریشانی اخلاقی موسسات ارائه خدمات بهداشتی درمانی را نیز متأثر می کند. کیفیت پایین مراقبت، مدت زمان بستری بیماران را در محیط های درمانی افزایش داده و بیمارستان ها را با افزایش شکایت ها و نارضایتی دریافت کنندگان خدمت مواجهه می سازد؛ که می تواند معضلات مالی فراوانی را به دنبال داشته باشد و وجه آنها را نیز متزلزل کند. از طرفی، طیف پیوسته نارضایتی پرسنل، استرس و فرسودگی ناشی از این شرایط تمایل به ترک حرفه را در آنها تقویت می کند و سبب می شود افراد این فکر را به عمل تبدیل کنند (۳۶). پرستاران بخش های اورژانس اغلب بصورت آگاهانه و ناآگاهانه درگیر موقعیت های اخلاقی و تصمیمات اخلاقی هستند (۳۷). در عین حال به علت اینکه دائماً، در محیطی پر استرس حضور دارند، به طور مداوم، با شرایط برهم زننده ی عوامل اخلاقی درگیر می شوند و در معرض تجربه ی پریشانی اخلاقی قرار می گیرند؛ پدیده ای که آثاری مخرب بر آنها و مراقبت از بیمار دارد. مراجعات فراوان به این بخش ها، وضعیت حاد بیماران و نیاز به ارائه ی مراقبت ویژه، مواجهه با بیماران و همراهان مضطرب آنها، متخصصان و مراقبان پر استرس، لزوم رعایت جنبه های اخلاقی و قانونی، هزینه های پیش بینی ناپذیر و احتمال وقوع خشونت علیه کارکنان، از مشکلات کار در بخش های اورژانس است (۵، ۱۱).

نتایج پژوهش های صورت گرفته نشان داد که سطح اثر پریشانی اخلاقی، شدت و فراوانی آن در پرستاران بخش اورژانس در حد متوسط است، این مقدار در مطالعه برهانی و همکاران (۱۳۹۲) نشان می دهد که پس از بخش مراقبت های ویژه (شدت 0.58 ± 0.02 - فراوانی 0.42 ± 0.03)، پرستاران بخش اورژانس (شدت 0.36 ± 0.03 - فراوانی 0.29 ± 0.03)، بیش از سایر پرستاران از پریشانی اخلاقی از نظر شدت و فراوانی رنج می برند (۲۸). همچنین مطالعه عامری و همکاران (۱۳۹۴) که در مقایسه با پرستاران سایر بخش ها انجام شده است نشان می دهد که بخش اورژانس از لحاظ مواجهه با پریشانی اخلاقی در بعد شدت و فراوانی بعد از دو بخش مراقبت های ویژه و بخش داخلی قرار می گیرد (۳۳). این موضوع نشانگر آن است که پرستاران بخش مراقبت های ویژه شرایط حاد تری را تجربه می کنند؛ به خصوص که بیشتر با اقدامات غیر درمانی و بهبود در پایان حیات مواجه هستند، تحقیقات ملترز و همکارانش (۲۰۰۴) نیز موید این یافته است (۳۶).

یافته های پژوهش در مورد رابطه پریشانی اخلاقی با متغیرهای دموگرافیک نشان داد که در ۵ مطالعه میان سن و میزان پریشانی اخلاقی رابطه معناداری وجود دارد، در برخی مطالعات نظیر پژوهش عامری و همکاران (۱۳۹۴) هرچه سن پرستاران بالاتر باشد با پریشانی اخلاقی بیشتری دست به گریبان خواهند بود که برخی مطالعات نیز این موضوع را تایید می کند (۳۹-۴۱) در عین حال مطالعاتی وجود دارد که رابطه معکوسی را میان سن و پریشانی اخلاقی گزارش کرده اند (۴۲، ۴۳) این امر نشان دهنده آن است که متغیر سن نمی تواند چندان اهمیتی داشته باشد، همانطور که در ۹ مقاله از پژوهش های مورد بررسی هیچ رابطه وجود نداشت و همچنین در مطالعه برهانی و همکاران (۱۳۹۲) نیز به این

سوگرایی، استخراج و ارزیابی کیفیت مقاله ها، توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد. در مواردی که بین دو پژوهشگر اختلاف نظر وجود داشت، بررسی مقاله توسط فرد سوم انجام گرفت. داده های مقاله های مورد بررسی، در قالب نام نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام تحقیق، نوع پژوهش، حجم نمونه، ابزار پرسشنامه، مولفه های میانجی و متغیرهای دموگرافیک، استخراج شدند.

معیارهای ورود به تحقیق شامل: حداقل امتیاز لازم طبق چک لیست STROBE برای ورود به مطالعه، انتشار پژوهش در یکی از مجلات، دسترسی به متن کامل مقالات بود.

معیارهای خروج از تحقیق شامل: مقاله های تکراری، مقاله های کیفی، قوم نگاری، مرور روایتی، مقاله های کوتاه، مقاله هایی به صورت کنفرانس و نامه به سردبیر، عدم دسترسی به فول تکست کامل مقاله ها می باشد.

۳. نتایج

در مرحله اولیه، ۴۶۶ پژوهش، مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. سپس پژوهشگران به بررسی مقاله های جستجو شده پرداختند و تعداد ۴۳۰ تحقیق به دلیل مرتبط نبودن با موضوع مورد بررسی و تکراری بودن و عدم دسترسی به مقاله کامل حذف گردید. مقالات کیفی، نامه به سردبیر، طراحی ابزار و مرور روایتی نیز هرچند با همین موضوع وجود داشت به دلیل تفاوت در روش مطالعه از بررسی کنار گذاشته شد. در نهایت ۱۸ تحقیق، جهت نگارش این پژوهش استفاده گردید. از میان مطالعه های مورد بررسی، محل انجام ۱۱ مقاله ایران بود که ۶۱/۱۱ درصد کل مطالعات را نشان میدهد؛ سایر مطالعات در تایوان، چین، آمریکا، اندونزی و سوئیس انجام شده است. نوع تحقیق در ۸ مقاله به صورت، توصیفی - مقطعی و ۴ مقاله به شیوه، توصیفی - تحلیلی و ۶ مقاله به صورت توصیفی - همبستگی انجام شده بود که مولفه های جو اخلاقی، محیط کار، رفتار مقابله ای، اتونومی (خود فرمانروایی)، رفتار مراقبتی، استقلال عملکرد، قصد ترک خدمت، خودکارآمدی، موانع کارآمدی حرفه ای، رضایت شغلی، سلامت معنوی، مراقبت پرستاری ایمن، تاب آوری، مشارکت در محیط کار، مقایسه با پرستاران سایر بخش ها در کنار پریشانی اخلاقی مورد بررسی قرار گرفته است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) بود که در ۹ مقاله از ابزار سنجش هامریک با ۲۱ گویه (۵) و در ۵ مقاله از ابزار کورلی با ۳۶ یا ۲۴ گویه (۶) استفاده شده بود؛ چهار محقق دیگر نیز از ابزارهای ترجمه شده یا محقق ساخته استفاده کرده بودند. که در جدول ۲ نشان داده شده است. همچنین متغیرهای دموگرافیک مختلفی نیز با پریشانی اخلاقی بررسی شده است (جدول ۴).

۴. بحث

با توجه به تعریف پریشانی اخلاقی، به نظر می رسد با یک مفهوم چند وجهی مواجه هستیم. به عبارت دیگر، چنانچه پرستار ملزم باشد بر اساس تعهد اخلاقی وظیفه خود را در موقعیت های مختلف تشخیص دهد با تأمل نسبت به آن واکنش نشان دهد، در تجربه دیسترس اخلاقی، ناچار است از حداقل خودمختاری در تشخیص و عمل بر اساس ملاحظات اخلاقی بهره مند باشد. در عین حال خودمختاری باید تاحدی به عمل در جهت وظایف اخلاقی که وی گمان می کند بر عهده دارد، محدود گردد. این

درمانی پیمانیه و همچنین، دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم، بابت همکاری در انجام این مطالعه، تقدیر و تشکر گردد.

۷. سهم نویسندگان

همه ی نویسندگان این مقاله در تمامی مراحل اجرای این مطالعه مشارکت داشتند.

۸. تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

۹. منابع مالی

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشد.

۱۰. ملاحظات اخلاقی

با توجه به نوع پژوهش، که مرور نظام مند می باشد در این تحقیق، ملاحظات اخلاقی موردی ندارد و امانتداری علمی در استفاده از منابع و اصول اخلاقی در نگارش متون علمی رعایت شده است.

مراجع

1. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing. 1993;4(4):542-51.
2. BEIKRNORADI A, RABIEE S, KHATIBAN M, CHERAGHI MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. 2012.
3. Ulrich CM, Grady C. Moral distress in the health professions: Springer; 2018.
4. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral Distress. The American Journal of Nursing. 2016;116(7):40-9.
5. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. AJOB Primary Research. 2012;3(2):1-9.
6. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of advanced nursing. 2001;33(2):250-6.
7. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. Critical Care Nursing Clinics. 2012;24(1):91-100.
8. Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. 1984. Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall; 2017.
9. ICN. Positive Practice Environments for Health

موضوع اشاره شده است که عوامل محیطی محرک بیشتری برای پریشانی اخلاقی نسبت به متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس و نوع استخدام است (۳۸). همچنین مطالعات مورد بررسی نشان داد که تحصیلات، رابطه شغلی، تعداد فرزندان، سوء مصرف مواد، گرایشات و فعالیت های مذهبی، گرایشات جنسی، بیمه، موقعیت، میانگین اضافه کاری، قومیت و نژاد، نوبت کاری، وضعیت اشتغال، سمت سازمانی، بحران عاطفی و اختلالات اضطرابی در شش ماه اخیر و میزان حمایت از ناحیه سوپروایزر هیچکدام رابطه معناداری با پریشانی اخلاقی ندارند. اما در موارد معدودی که متغیرهای سابقه کار، سوابق تجربه در بخش اورژانس و ساعات کار در هفته، تعداد تخت بیمارستانی در بخش، تعداد پرستاران حاضر در بخش اورژانس، شرکت در کارگاه اخلاق، رضایت شغلی و قصد خدمت در غیر از موقعیت فعلی در کنار پریشانی اخلاقی مورد بررسی قرار گرفته بود، شاهد رابطه معنادار بودیم. البته به دلیل عدم فراوانی و تکرار در این موارد قابلیت تممیم وجود ندارد و به نظر می رسد نیاز است برای یافتن عوامل موثر بر ایجاد پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس تحقیقات بیشتری صورت پذیرد.

همچنین یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که مولفه هایی مانند جو اخلاقی، رفتار مقابله ای، استقلال عملکرد، قصد ترک خدمت، خودکارآمدی، موانع کارآمدی حرفه ای، رضایت شغلی، اتونومی (خود فرمانروایی)، سلامت معنوی و مراقبت پرستاری ایمن که در جامعه هدف به صورت همبستگی با پریشانی اخلاقی مورد مطالعه قرار گرفته بود، می توانند با پریشانی اخلاقی رابطه معنادار مستقیم یا معکوسی داشته باشند. اما محیط کار و تاب آوری و مشارکت در محیط کار ارتباطی با پریشانی اخلاقی نشان ندادند (جدول ۳).

۵. نتیجه گیری

مجموعه مطالعات انجام شده بر روی پرستاران بخش اورژانس، برای نشان دادن میزان پریشانی اخلاقی تعداد قابل اطمینانی دارند، مضاف برآنکه اکثر مطالعات از ابزار مشابه استفاده کرده اند هرچند مقیاس اعلام نتایج متفاوتی را انتخاب نموده اند. با این حال این میزان از اعتماد حاصل می شود که یکی از گروه های مهم و در معرض آسیب جدی از پریشانی اخلاقی پرستاران بخش اورژانس هستند که به نوعی نمادی از مراقبین سلامت و ارائه دهندگان خدمت در کل بیمارستان هستند چراکه در نهایت تنها کمی بیشتر از یک چهارم مراجعین به بخش اورژانس بستری می شوند. اما این میزان مطالعه برای دستیابی به الگویی از مولفه ها و متغیر های مرتبط با پریشانی اخلاقی، قابل اطمینان نیست. برای این منظور علاوه بر پژوهش های بیشتر بر روی این گروه از پرستاران، می توان با الغای خصوصیت از پرستاران بخش اورژانس، مروری نظام مند بر کل مطالعات انجام شده در زمینه پریشانی اخلاقی بر روی جامعه پرستاری انجام داد تا به نتایج دقیق تری دست یافت. به هر حال آنچه از این مطالعه می توان به طور قطع نتیجه گرفت، اهمیت موضوع برای متولیان اعتلای اخلاق حرفه ای است که معضل پریشانی اخلاقی را جدی بگیرند چراکه تبعات جبران ناپذیری را به همراه خواهد داشت.

۶. تقدیر و تشکر

لازم می باشد که از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و

Journal of Medical Sciences. 2021;28(5):60-71.

21. Widiyanti E, Arinda R, Prawesti A. Nurses' Moral Distress in the Emergency Department. Journal of Nursing Care. 2019;2(3).

22. Mahdavi Fashtami S, Mohammadeh zadeh Zarankesh S, Esmailpour Bandboni M. Moral distress among emergency department nurses: frequency, intensity, effect. Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch. 2016;26(4):248-55.

23. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. Advanced Emergency Nursing Journal. 2015;37(2):134-45.

24. Babamohamadi H, Katrimi SB, Paknazar F. Moral distress and its contributing factors among emergency department nurses: A cross-sectional study in Iran. International Emergency Nursing. 2021;56:100982.

25. Jalali K, Tabari-Khomeiran R, Asgari F, Sedghi-Sabet M, Kazemnejad E. Moral distress and related factors among emergency department nurses. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2019;18(1):23.

26. Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in 2015. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;14(6):443-54.

27. Anami K, Dadkhah B, Mohammadi M. Moral distress of nurses in emergency department of Ardabil hospitals in 1395. Journal of Health and Care. 2019;21(2):166-74.

28. Rahimzadeh M, Zafarnia N, Borhani F, Malekian L, Delshad V, Borzouei S. Barriers professional competence and its relationship with job satisfaction of nurses' moral distress and pre-hospital emergency city of Bam and Jiroft in 1393. Int J Med Res Health Sci. 2016;5(5):47-51.

29. Hamedani I, Yekta ZP. Evaluation of Moral Distress of Nurses Working in the Emergency and Intensive Care Units of Medical Education

Care Professionals. 2008.

10. Ulrich B, Barden C, Cassidy L, Varn-Davis N. Critical care nurse work environments 2018: findings and implications. Critical Care Nurse. 2019;39(2):67-84.

11. Zavotsky KE, Chan GK. Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. Advanced Emergency Nursing Journal. 2016;38(2):133-46.

12. Aghajani MJ. The professional burnout of nurses in different wards. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2013;9(2):97-104.

13. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing ethics. 2002;9(6):636-50.

14. Robinson R, Stinson CK. Moral distress: A qualitative study of emergency nurses. Dimensions of Critical Care Nursing. 2016;35(4):235-40.

15. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. Journal of Emergency Nursing. 2016;42(1):37-46.

16. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. Journal of Emergency Nursing. 2013;39(6):547-52.

17. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85:867-72.

18. Hou Y, Timmins F, Zhou Q, Wang J. A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress, ethical climate and nursing practice environment. International Emergency Nursing. 2021;55:100972.

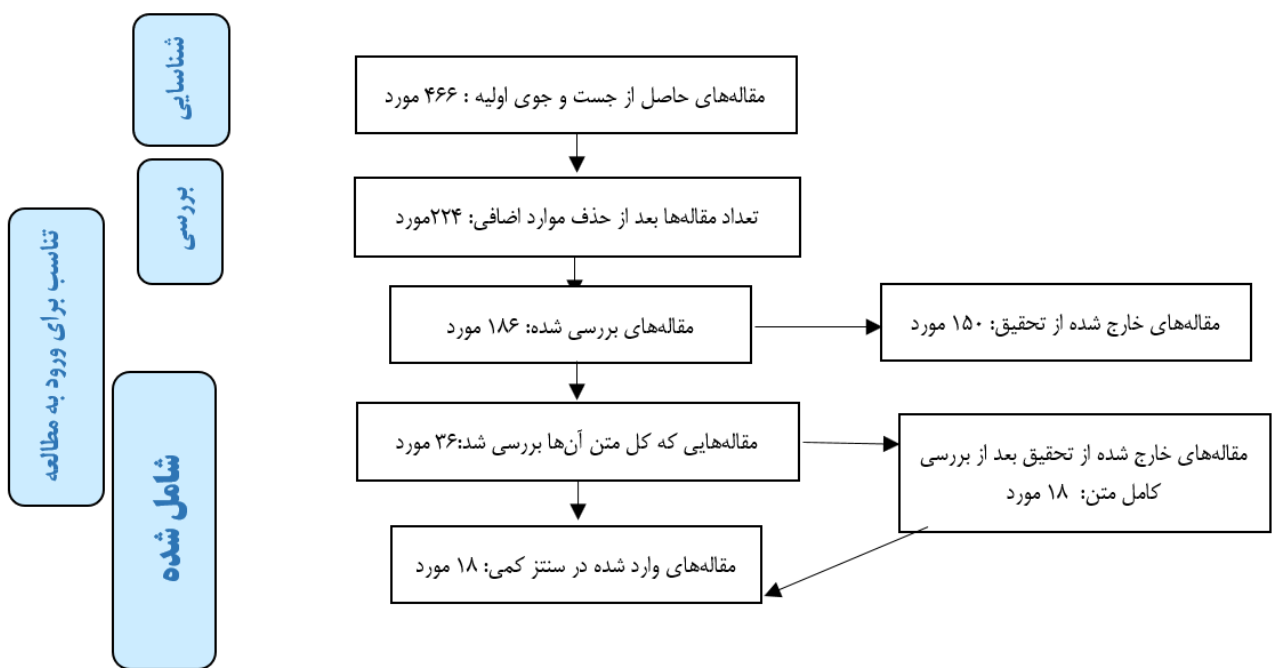
19. Abdolmaleki M, Lakdizaji S, Ghahramanian A, Allahbakhshian A, Behshid M. Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. Indian J Med Ethics. 2018;6:1-5.

20. Talebian F, Amouzad Mahdirejei H, Araghian Mojarad F, Yaghoubi T. Spiritual health of nurses' resilience missing link in the Corona pandemic: Findings of a conceptual review articlen. Razi

40. Aft SLK. Moral distress in medical surgical nurses: Western Carolina University Cullowhee (US); 2011.
41. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of nursing management*. 2008;16(3):360-73.
42. Joolaei S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaei F, Haghani H. The relationship between ethical climate at work and job satisfaction among nurses in Tehran. *Indian journal of medical ethics*. 2013;10(4):238-42.
43. Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses: Loyola University Chicago; 2007.
- Centers Affiliated with Zanzan University of Medical Sciences.
30. Shamsaei F, Jahani SNM, MOHAMMAD GMN, Ranjbar S, Khazaei M, Maghsoudi Z. Relationship Between Spiritual Health and Moral Distress of Nurses Working in Emergency Department of Hamadan University of Medical Sciences Hospitals. 2020.
31. Moghadam F, Pazokian M, AbbasZadeh A, Zadeh EF. The Relationship between Moral Distress and Safe Nursing Care in Emergency Wards Nurses. *Journal of Nursing Education (JNE)*. 2020;9(4).
32. Clark P, Crawford TN, Hulse B, Polivka BJ. Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 2021;43(5):442-51.
33. Ameri M, Mirhashemi B, Hosseini SS. Moral distress and the contributing factors among nurses in different work environments. 2015;2(3):44-9.
34. Peter E, Liaschenko J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing inquiry*. 2004;11(4):218-25.
35. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing ethics*. 2005;12(4):381-90.
36. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American journal of critical care*. 2004;13(3):202-8.
37. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *The Journal of emergency medicine*. 2011;40(5):485-92.
38. Borhani F, IsmailiAbdar M, Razban F, RoshanZadeh M. Ethical distress in nurses and its relation to burnout. *Journal of Medical Ethics*. 2013;7(25):123-44.
39. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavimajd H. Association of ICU nurses' demographic characteristics and moral distress. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;5(7):66-78.

کلیدواژه های انگلیسی				کلیدواژه های فارسی			
	Or		Or			یا	یا
1	Emergency wards	And	Moral Distress			پیشانی اخلاقی	۱ بخش اورژانس
2	Emergency Departments						۲ متخصصین اورژانس
3	Emergency medicine		Ethical Distress			تنش اخلاقی	۳ پزشکان اورژانس
4	Emergency centers						۴ طب اورژانس
5	Emergency physicians		Ethical unease		و	آشفتگی اخلاقی	۵ پرستاران بخش اورژانس
6	Emergency service facilities						۶ شاغلین بخش اورژانس
7	Emergency nurses		Ethical disquiet			تنیدگی اخلاقی	۷ مرکز اورژانس
8	Emergency Care						
						اضطراب اخلاقی	

جدول ۱. کلیدواژه ها



شکل ۱. تناسب برای ورود به مطالعه

نویسنده/ سال انتشار	مکان انجام مطالعه / سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه	جامعه هدف	ابزار سنجش / تعداد سوالات
یونگچائو هو و... / ۲۰۲۱ (۱۸)	تایوان/ چین ۲۰۱۹	توصیفی - مقطعی	۲۳۷	پرستاران بخش اورژانس	نسخه چینی پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) / ۲۲
زاوتسکی و... / ۲۰۱۶ (۱۱)	آمریکا / ۲۰۱۴	مقطعی - همبستگی	۱۹۸	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
عبدالملکی و... / ۲۰۱۸ (۱۹)	ایران - تبریز / ۲۰۱۷	توصیفی - همبستگی	۱۸۷	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
طالبیان و... / ۲۰۲۱ (۲۰)	ایران- مازندران / ۲۰۲۰	توصیفی - همبستگی	۱۱۸	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Corley) / ۳۶
ویدیاتی و... / ۲۰۱۹ (۲۱)	اندونزی - باندونگ / ۲۰۱۹	توصیفی - مقطعی	۵۱	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
مهروی فشمی و... / ۲۰۱۷ (۲۲)	ایران - گیلان / ۲۰۱۶	توصیفی - مقطعی	۱۲۵	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
تروتمن و... / ۲۰۱۵ (۲۳)	سوئیس- زوریخ / ۲۰۱۳	مقطعی - همبستگی	۲۰۷	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
بابا محمدی و... / ۲۰۲۱ (۲۴)	ایران - سمنان / ۲۰۱۹	توصیفی - مقطعی	۲۴۸	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
جلالی و... / ۲۰۱۹ (۲۵)	ایران - گیلان / ۲۰۱۸	توصیفی - تحلیلی	۱۹۲	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی جامیتون / ۳۰
نبوره و... / ۲۰۱۵ (۲۶)	ایران - اهواز / ۲۰۱۴	توصیفی - تحلیلی	۲۲۵	پرستاران بخش اورژانس و مراقبت های ویژه	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Corley) / ۳۴
انامی و... / ۲۰۱۹ (۲۷)	ایران - اردبیل / ۲۰۱۸	توصیفی - تحلیلی	۱۷۵	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه آتش زاده شوریده (۱۳۹۱) / ۳۰
فرناندز و... / ۲۰۱۳ (۱۶)	آمریکا - کالیفرنیا / ۲۰۱۳	توصیفی - مقطعی	۵۱	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
رحیم زاده و... / ۲۰۱۶ (۲۸)	ایران - بم و جیرفت / ۲۰۱۵	توصیفی - مقطعی	۸۲	تکسین فوریت های پزشکی (اورژانس پیش بیمارستانی)	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Corley) / ۳۴
همدانی و... / ۲۰۱۷ (۲۹)	ایران - زنجان / ۲۰۱۶	توصیفی - تحلیلی	۲۴۰	پرستاران بخش اورژانس و مراقبت های ویژه	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Corley) / ۳۴
شمسایی و... / ۲۰۲۰ (۳۰)	ایران - همدان / ۲۰۱۸	مقطعی - همبستگی	۱۸۰	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱
مقدم و... / ۲۰۲۰ (۳۱)	ایران - تهران / ۲۰۱۸	توصیفی - مقطعی	۱۳۰	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Corley) / ۳۴
کلارک و... / ۲۰۲۰ (۳۲)	آمریکا - ایالات غربی و جنوبی / ۲۰۲۰	مقطعی - همبستگی	۱۷۵	پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه تنیدگی اخلاقی (MMD-HP) (Epstein et al., 2019) / ۲۷
عامری و... / ۲۰۱۵ (۳۳)	ایران - شاهرود / ۲۰۱۴	توصیفی - مقطعی	۲۰/۴۹ درصد از ۱۲۲	پرستاران بخش های مختلف از جمله پرستاران بخش اورژانس	پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS-R) (Hamric) / ۲۱

جدول ۲. مقاله های اولیه وارد شده در مرور نظام مند

نویسنده/ سال انتشار	سطح پریشانی اخلاقی			
	بر حسب ابزار سنجش و مقیاس هر مقاله			
	میزان (اثر)	فراوانی %		
کم		متوسط	زیاد	
شدت				
یونگچائو هو و... / ۲۰۲۱	۳۵	میانگین ۲۵/۵۳		
زاوتسکی و... / ۲۰۱۶	۵۱/۷۶	میانگین ۲۷/۲۶		
عبدالملکی و... / ۲۰۱۸		میانگین ۱		
طالبیان و... / ۲۰۲۱	۲۰/۹۷	-	-	-
ویدیانتی و... / ۲۰۱۹	۵۰/۷۲	۲۴/۶۵		
مهدوی فشمی و... / ۲۰۱۷	۴ ± ۲/۳۸	میانگین ۱/۴ ± ۰/۵۸		
تروتمن و... / ۲۰۱۵	۷۷/۷			
بابا محمدی و... / ۲۰۲۱		۱/۲۰ ± ۰/۶۸		
جلالی و... / ۲۰۱۹	۴/۹۳ ± ۱/۰۸			
نبوره و... / ۲۰۱۵		میانگین ۴۷/۲۱ ± ۱۷/۲۴		
انامی و... / ۲۰۱۹	۱/۸۷ ± ۰/۸۹			
فرناندز و... / ۲۰۱۳	۳/۱۸	میانگین ۱/۱۴		
رحیم زاده و... / ۲۰۱۶	۰/۴۸ ± ۲/۱۳			
همدانی و... / ۲۰۱۷		۵۰/۱۴ ± ۹/۵		
شمسایی و... / ۲۰۲۰		۵۴/۷۴		
مقدم و... / ۲۰۲۰		۴۸/۸ ± ۱۳		
کلارک و... / ۲۰۲۰	۶۰/۳			
عامری و... / ۲۰۱۵	۳/۸۶ ± ۰/۳۱	۲۵	۴۴	۴
				-
جو اخلاقی ✓ - محیط کار ✗				۲۲
رفتار مقابله ای ✓				
اتونومی (خود فرمانروایی) ➔ ✓				۰/۸۱۱
رفتار مراقبتی ✗				-
				۳۳/۷۲
				۱/۷ ± ۰/۹۲
استقلال عملکرد ✓ - قصد ترک خدمت ✓				
				۱/۳۶ ± ۰/۷۴
خودکارآمدی ✓				۴۷/۴۴ ± ۱۹/۶۳
				۲/۴۵
موانع کارآمدی حرفه ای ✓ - رضایت شغلی ✓				
				۴۸/۶۱ ± ۹/۱
سلامت معنوی ➔ ✓				۵۴/۷۴
مراقبت پرستاری ایمن ➔ ✓				۵۰ ± ۱۴
تاب آوری و مشارکت در محیط کار ✗				
مقایسه با پرستاران سایر بخش ها ✓				-

جدول ۳. میزان پریشانی اخلاقی و مولفه های مرتبط در مطالعات انجام شده

نویسنده	جنسیت	سن	وضعیت تاهل	تحصیلات	سابقه کار	تجربه در اورژانس	ساعات کار در هفته	درآمد ماهانه	سایر متغیرهای بررسی شده
۱ یونگچائو هو و... / ۲۰۲۱	-	ف	-	-	-	-	م / ش	م / ف / ش	رابطه شغلی، تعداد فرزندان
۲ زاوتسکی و... / ۲۰۱۶	-	-	*	-	-	*	*	*	سوی مصرف مواد، گرایش مذهبی، گرایش جنسی، بیمه
۳ عبدالملکی و... / ۲۰۱۸	-	ف / ش	-	*	*	ف	*	-	
۴ طالبیان و... / ۲۰۲۱	-	-	-	*	-	*	-	*	موقعیت، میانگین اضافه کاری
۵ ویدیانتی و... / ۲۰۱۹	-	ف	*	-	-	ف	*	*	فعالیت های مذهبی
۶ مهدوی فشمی و... / ۲۰۱۷	-	-	-	*	-	-	-	*	تعداد تخت (م/ف/ش) تعداد پرستاران حاضر در بخش اورژانس (م/ف/ش)
۷ تروتمن و... / ۲۰۱۵	-	-	*	*	-	-	*	*	قومیت و نژاد
۸ بابا محمدی و... / ۲۰۲۱	م	م	-	م	م	؟	*	*	نوبت کاری، وضعیت اشتغال
۹ جلالی و... / ۲۰۱۹	-	-	-	-	-	-	-	-	موقعیت شغلی، وضعیت اشتغال، تعامل بین پزشکان و پرستاران، حمایت از والدین و همسر، حمایت مدیریت بیمارستان، فرصت های ارتقا شغلی، امنیت شغلی، ترتیبات آموزش مداوم، موانع آموزش بیشتر، و استرس و تنش
۱۰ نبوره و... / ۲۰۱۵	؟	؟	؟	؟	؟	؟	؟	؟	سمت سازمانی، نوبت کاری
۱۱ انامی و... / ۲۰۱۹	-	-	-	-	م	-	*	*	نوبت کاری (م)، وضعیت اشتغال (م)، محل خدمت، سابقه شرکت در آموزش ضمن خدمت، سمت سازمانی
۱۲ فرناندز و... / ۲۰۱۳	؟	؟	؟	؟	؟	؟	؟	؟	
۱۳ رحیم زاده و... / ۲۰۱۶	*	*	م	*	-	-	*	*	وضعیت اشتغال
۱۴ همدانی و... / ۲۰۱۷	-	-	-	-	-	-	*	*	موقعیت حرفه ای
۱۵ شمسایی و... / ۲۰۲۰	-	-	-	-	-	-	*	*	سمت سازمانی، شیفت کاری (در گردش و ثابت)، شرکت در کارگاه اخلاق (م)
۱۶ مقدم و... / ۲۰۲۰	؟	؟	؟	؟	؟	؟	*	*	سمت سازمانی، شیفت کاری (در گردش و ثابت)، شرکت در کارگاه اخلاق، بحران عاطفی و اختلالات اضطرابی در شش ماه اخیر
۱۷ کلارک و... / ۲۰۲۰	-	-	*	-	-	-	*	*	نژاد، وضعیت استخدام، خود اظهاری رضایت شغلی (م)، قصد خدمت در غیر از موقعیت فعلی (م)
۱۸ عامری و... / ۲۰۱۵	-	م	*	-	-	*	*	*	میزان حمایت از سوپروایزر
وجود ارتباط معنا دار در میزان (اثر) پریشانی اخلاقی (م) وجود ارتباط معنا دار در فراوانی پریشانی اخلاقی (ف) وجود ارتباط معنا دار در شدت پریشانی اخلاقی (ش)									عدم وجود ارتباط معنا دار - گزارش نشده است ؟ عدم بررسی *

جدول ۴. ارتباط میان پریشانی اخلاقی پرسنل بخش اورژانس و متغیرهای دموگرافیک

Review Article

Ethical Distress and its Related Components in Emergency Department Employees: a Systematic Review

Hamid Zamani Moghaddam¹, Majid Vatankhah², Marzieh Haghbeen³, Samaneh Abiri⁴, Lohrasb Taheri³, Roohie Farzaneh^{1*}

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran.

²Department of Anesthesiology, Anesthesiology & Critical Care and Pain Management Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

³Department of Surgery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

⁴Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical sciences, Jahrom, Iran.

*Corresponding author: Roohie Farzaneh; Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran. Email: Farzanehrh@mums.ac.ir.

Received Date: February 2022; Accept Date: March 2022

Abstract

Introduction: Moral distress is one of the hidden moral challenges in providing nursing care services that occurs in conditions of impossibility to perform the right job despite knowing its correctness. This challenge is greater among nurses in wards with more acute conditions, such as the emergency department. This study was conducted with the aim of systematically reviewing moral distress and its related components in studies conducted on emergency department employees. **Methods:** This research is based on a systematic review that evaluates the quality of articles using the STROBE standard checklist. Preliminary studies were conducted through articles in Persian language databases; SID, Iranmedex, Magiran and English language databases; Science Direct, PubMed, ProQuest, Cochrane Library, Embase, Scopus and Google Scholar; was examined. In order to access the full text of articles containing Persian keywords; Moral distress, moral stress, moral stress, moral distress, moral anxiety, moral turmoil, and emergency-related phrases were used as a combination of words; Also includes boolean search methods and OR operators and Mesh keywords; Moral Distress, Ethical Distress, Ethical unease, Ethical disquiet, Emergency were used. **Results:** In the initial stage, 466 studies were studied. The researchers then reviewed the articles that had been searched, and finally, after removing duplicate, irrelevant items, qualitative studies, narrative review, and a letter to the editor; 18 researches were used to write this research. Among the studies studied, 11 Iranian articles were conducted, which shows 61.11% of the total studies; other studies have been conducted in Taiwan, China, the United States, Indonesia and Switzerland. The average moral distress of emergency department nurses was moderate and there was a significant relationship with components such as background and workload of the findings of these studies. **Conclusion:** The set of studies performed on emergency department nurses is a reliable number to show the level of moral distress, but this amount of study is not reliable to obtain a model of components and variables related to moral distress. For this purpose, in addition to further research on this group of nurses, by removing the characteristics of emergency department nurses, a systematic review of all studies conducted in the field of moral distress on the nursing community can be done to achieve more accurate results.

Key words: Moral distress, Nurse, Emergency department