BIRJAND UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES
Journal of Translational Medical Research
https://journal.bums.ac.ir

Original Article

Analyzing the concept of moral distress in emergency medical technicians: A qualitative study

Elahe Hajizadeh[1], Ahmad Negahban[2, 3], Hassan Eslamialiabadi[1, 4]*

[1] Department of Nursing, Ferdows Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[2] Department of Health Information Technology, Ferdows Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[3] Hazrat Rasool Hospital of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[4] Office of the Vice Chancellor for Education, Chamran Hospital of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

***Corresponding author:** Hassan Eslamialiabadi
Tel: +989132401694 Fax: +985632732301 E-mail: h.eslami1300@gmail.com

ABSTRACT

Background and Objective: Moral distress is a complex concept that requires further clarification in emergency medical services. The present study aimed to explore the different aspects of moral distress.

Materials and Methods: The present study was qualitative and employed the Walker and Avant conceptual analysis approach. The research period was from January 2004 to June 2005. The databases of Web of Science, PubMed, Embase, Scopus, and Google Scholar were searched. The search was conducted using keywords "moral distress," "ethical doubts," "ethical concerns," "emergency medical services," and "prehospital emergency." After analyzing the data, the defining characteristics, prerequisites, and consequences of the concept were identified.

Results: The search process identified a total of 1,521 articles. After removing duplicates, unrelated studies, and screening the full texts, 25 articles were ultimately included in the final analysis. The findings showed that the defining characteristics of moral distress included “occurrence in complex clinical settings,” “encountering an ethical dilemma in informed consent,” “discomfort due to weakening professional dignity,” and “awareness of weak ethical foundations.” Its consequences included “job dissatisfaction,” “emotional isolation from patients,” “burnout,” “decreased quality of care,” and “job abandonment”.

Conclusion: In this study, moral distress is defined as “a distressing mental state that manifests itself in complex and unpredictable clinical situations, the informed consent process, perception of professional dignity, and weakened ethical foundations in emergency medical technicians.” These characteristics can be developed and tested in future qualitative and quantitative studies to refine further and deepen the understanding of this concept.

Keywords: Concept analysis, Emergency medical services, Moral distress

Citation: Nosrati F, Khazdair MR, Mortazavi Moghaddam S Gh. [Analyzing the concept of moral distress in emergency medical technicians]. Journal of Translational Medical Research. 2025; 32(4): 326-337. [Persian]

DOI http://doi.org/10.61882/JBUMS.32.4.326

Received: November 24, 2025 **Accepted:** December 27, 2025

OPEN ACCESS Crossref

Copyright © 2025, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

[DOI: 10.6224/JBUMS.32.4.326]

مقاله اصیل پژوهشی

تحلیل مفهوم پریشانی اخلاقی در تکنسین‌های اورژانس پزشکی: یک مطالعه کیفی

الهه حاجی‌زاده[۱]، احمد نگهبان[۲،۳]، حسن اسلامی علی‌آبادی [۱و ۴*]

چکیده

زمینه و هدف: پریشانی اخلاقی مفهومی پیچیده است که در حیطهٔ خدمات پزشکی اورژانس، نیازمند شفاف‌سازی بیشتری می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، واکاوی ابعاد گوناگون مفهوم پریشانی اخلاقی بود.

روش تحقیق: مطالعهٔ حاضر کیفی و با رویکرد تحلیل مفهومی واکر و آوانت انجام شد. بازهٔ زمانی اجرای پژوهش دی‌ماه ۱۴۰۳ تا خردادماه ۱۴۰۴ بود. پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Sciences، PubMed، Embase، Scopus و Google Scholar مورد جستجو قرار گرفتند. جستجو با کلیدواژه‌های «پریشانی اخلاقی»، «تردیدهای اخلاقی»، «نگرانی‌های اخلاقی»، «خدمات پزشکی اورژانس» و «اورژانس پیش‌بیمارستانی» انجام شد. پس از تحلیل داده‌ها، ویژگی‌های تعریف‌کننده، پیش‌نیازها و پیامدهای مفهوم استخراج شد.

یافته‌ها: در فرایند جستجو ۱۵۲۱ مقاله شناسایی شد. پس از حذف موارد تکراری و مطالعات نامرتبط و نیز غربالگری متن کامل، نهایتاً ۲۵ مقاله در تحلیل نهایی مفهوم گنجانده شد. یافته‌ها نشان داد ویژگی‌های تعریف‌کننده پریشانی اخلاقی شامل «پدیدار شدن در محیط‌های بالینی پیچیده»، «مواجهه با معضل اخلاقی در رضایت آگاهانه»، «ناراحتی ناشی از تضعیف شأن حرفه‌ای» و «آگاهی از ضعف مبانی اخلاقی» بودند. پیامدهای آن نیز شامل «نارضایتی شغلی»، «انزوای عاطفی از بیماران»، «فرسودگی شغلی»، «کاهش کیفیت مراقبت» و «ترک شغل» بودند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه، پریشانی اخلاقی «یک حالت ذهنی ناراحت‌کننده‌ای تعریف شده است که در موقعیت‌های بالینی پیچیده و غیرقابل‌پیش‌بینی، فرایند اخذ رضایت آگاهانه، درکِ شأن حرفه‌ای و مبانی اخلاقی تضعیف‌شده در تکنیسین‌های اورژانس پزشکی تبلور می‌یابد». این ویژگی‌ها می‌توانند در مطالعات کیفی و کمّی بعدی مورد توسعه و آزمون قرار گیرند تا به تکمیل و درک عمیقتر این مفهوم کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: تحلیل مفهوم، خدمات فوریت‌های پزشکی، پریشانی اخلاقی

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۴؛ ۳۲ (۴): ۳۳۷-۳۲۶.

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۳ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶

[۱] گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

[۲] گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

[۳] بیمارستان حضرت رسول (ص) فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

[۴] معاونت آموزشی بیمارستان چمران فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

***نویسنده مسئول: حسن اسلامی علی‌آبادی**

آدرس: خراسان جنوبی- فردوس- دانشکده علوم پزشکی فردوس- گروه پرستاری

تلفن: ۰۹۱۳۲۴۰۱۶۹۴ نمابر: ۰۵۶۳۲۷۳۲۳۰۱ پست الکترونیکی: h.eslami1300@gmail.com

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

مقدمه

فرآیند ارائه خدمات مراقبتی، طیف گسترده‌ای از تعاملات و رویدادها را بین ارائه‌دهندگان و بیماران در بر می‌گیرد. در طول این فرآیند، تصمیماتی که ماهیت اخلاقی دارند اغلب توسط اعتقادات شخصی، تعهدات حرفه‌ای، حس وظیفه‌شناسی و رویکردهای معمول بالینی ارائه دهندگان مراقبت، شکل می‌گیرند (۱). اگرچه Ethic و Moral ارتباط نزدیکی با هم دارند و اغلب به‌جای یکدیگر استفاده می‌شوند، اما مفاهیم متمایزی را نشان می‌دهند. Ethic به یک سیستم ساختار یافته از اصول و دستورالعمل‌ها اشاره دارد که درست را از نادرست متمایز می‌کند و استانداردهایی را برای رفتار قابل قبول و غیرقابل قبول تعیین می‌کند (۲). در مقابل، Moral به استانداردها و هنجارهای اجتماعی مربوط می‌شود که رفتار مناسب را در یک جامعه معین هدایت می‌کند (۳). نخستین بار مفهوم پریشانی اخلاقی (MD[1]) جیمتون (۱۹۸۴) به حرفه پرستاری معرفی شد. به عقیده وی MD موقعیتی است که فرد عمل اخلاقی مناسب را تشخیص می‌دهد اما مقررات سازمانی مانع از عمل براساس آن می‌شود (۴). چالش‌های اخلاقی، در ذات مراقبت‌های بهداشتی وجود دارند. همه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، صرف‌نظر از محیط مراقبت با آن مواجه می‌شوند. تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی (EMTs[2]) نیز از آن مستثنی نیستند (۵). EMTها به‌عنوان پاسخ‌دهندگان خط مقدم، در طیف وسیعی از موارد اضطراری (تصادفات شدید رانندگی، بلایای طبیعی و مشکلات پزشکی) نقش حیاتی ایفا می‌کنند. EMTها برای تثبیت وضعیت، اطمینان‌بخشی به بیماران و خانواده‌هایشان و تضمین تداوم مراقبت تا زمان انتقال بیمار به یک مرکز درمانی مناسب، با چالش‌های جسمی و عاطفی قابل توجهی روبرو می‌شوند (۶،۷). قرار گرفتن تکنسین‌های فوریت پزشکی در معرض عواملی مانند: احیای قلبی ریوی، تریاژ در بحران و بلایا، مداخلات غیرمنطقی بیمار (رضایت آگاهانه) یا خانواده بیمار، تصورات غلط و انگ‌ها، ارتباطات حرفه‌ای و رانندگی ایمن می‌تواند چالش‌های اخلاقی را ایجاد کند (۸). تحقیقات زیاد در مورد MD، اغلب به ابهام مفهومی بیشتر آن منجر شده است (۹). به گفته McCarthy (۲۰۰۸)، پریشانی اخلاقی به یک اصطلاح چتری گسترده‌ای تبدیل شده است که فاقد دقت تعریفی است و طیف گسترده‌ای از پدیده‌ها را در بر می‌گیرد (۱۰). از طرفی اغلب مطالعات در ساختار پیش‌بیمارستانی به تعیین عوامل ایجادکننده MD پرداخته است تا به واکاوی مفهوم آن (۱۱–۱۳). بنابراین تصمیم گرفته شد تا مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل مفهوم برای روشن‌تر شدن پیش‌آیندها، ویژگی‌ها و پیامدهای مفهوم MD در بالین تکنسین‌های اورژانس پزشکی انجام شود.

روش تحقیق

روش تجزیه و تحلیل مفهوم

در این مطالعه از مدل هشت مرحله‌ای تجزیه و تحلیل مفهوم Walker و Avant (۲۰۱۸) برای کشف مفهوم پریشانی اخلاقی EMTها در بالین استفاده شد: (۱) انتخاب مفهوم. (۲) تشریح اهداف تجزیه و تحلیل؛ (۳) شناخت کاربردهای مفهوم؛ (۴) انتخاب ویژگی‌های تعیین‌کننده مفهوم؛ (۵) ساخت یک مورد مدل؛ (۶) ساخت موارد مرتبط، مرزی و خلاف. (۷) تعریف پیامدها و پیشینه‌ای مفهوم و (۸) تعیین مرجع تجربی. یک تجزیه و تحلیل مفهوم معمولاً برای توسعه تئوری و درک و عملیاتی کردن اصطلاحات خاص استفاده می‌شود (۱۴). اگرچه قصد نویسندگان این نبود که یک تئوری از مفهوم MD در بالین تهیه کنند.

منابع داده

منابع داده web of sciences، PubMed، Embase، Scopus و موتور جستجوی گوگل اسکالر از ابتدا تا ۲۰ اردیبهشت ۱۴۰۴ جستجو شدند. مطالعات با کلمات کلیدی: «پریشانی اخلاقی»، "تردیدهای اخلاقی»، «نگرانی‌های اخلاقی»، «تکنیسین‌های فوریت پزشکی»، «پیش‌بیمارستانی» و معادل انگلیسی آن‌ها (Moral distress, Moral doubts, Moral concerns, Emergency medical technicians, Prehospital) در نظر گرفته شد. جستجو به مطالعات متن کامل نوشته شده به زبان انگلیسی یا فارسی که از رویکردهای نظری و تجربی استفاده

[1] Moral Distress
[2] Emergency medical technicians

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

می‌کردند، محدود شد. معیارهای ورود شامل مطالعات مروری، توصیفی-تحلیلی و کیفی به زبان‌های انگلیسی و فارسی مرتبط با مفهوم، بدون محدودیت زمانی در انتشار و دارای جمعیت تکنسین‌های خدمات اورژانس بودند. معیارهای خروج شامل مطالعات مداخله‌ای و دارای نمونه‌های غیر از EMT بودند. عناوین و خلاصه مقالات توسط دو نویسنده به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند. پس از آن، کل متن منتخب مورد بررسی و تجزیه و تحلیل کامل قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل مطالعاتی که معیارهای ورود به مطالعه و تجزیه تحلیل نهایی را داشتند، تحلیل به صورت تحلیل محتوای کمّی انجام شد. به‌طوری که بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های داده‌های به‌دست‌آمده دسته‌بندی انجام و در نهایت پیش‌آیندها، ویژگی‌ها و پیامدهای مفهوم MD استخراج گردید.

انتخاب مفهوم

علیرغم استفاده از مفهوم «پریشانی اخلاقی» در مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی، این مفهوم در این حوزه همچنان مبهم و انتزاعی بود. توضیح و تحلیل این مفهوم می‌توانست به درک و به‌کارگیری آن در عمل کمک کند. بنابراین، تصمیم گرفته شد این مفهوم شفاف‌سازی و بازتعریف شود.

تشریح اهداف تجزیه و تحلیل

این تحلیل با هدف شفاف‌سازی و خلاصه‌سازی تعاریف موجود از MD در بالین انجام شد. تا از این طریق پیش‌آیندها، ویژگی‌ها و پیامدهای مفهوم تعیین شود و به رفع عدم اجماع در مورد ویژگی‌های کلیدی مفهوم کمک کند.

یافته‌ها

شناخت کاربردهای مفهوم

با توجه به فقدان تعریف واحدی از مفهوم "پریشانی اخلاقی" در فرهنگ لغات، تعاریف جداگانه‌ای برای هر یک از اجزای تشکیل‌دهنده آن ارائه شده است. فرهنگ لغت Merriam-webster "اخلاق" را "مرتبط با اصول درست و نادرست در رفتار" و "توانایی عمل درست و نادرست" تعریف می‌کند، درحالی‌که "پریشانی" به عنوان "درد یا رنجی که بر بدن، بخشی از بدن یا ذهن تأثیر می‌گذارد" تعریف می‌شود (۱۵). طبق فرهنگ لغت Cambridge، "اخلاق" "مربوط به استانداردهای رفتار خوب یا بد، انصاف، صداقت و غیره است که افراد به جای قوانین قانونی به آنها اعتقاد دارند" و "پریشانی" به عنوان "احساس نگرانی، غم یا درد شدید" تعریف می‌شود (۱۶). فرهنگ لغت Oxford "اخلاق" را "مبتنی بر حس خود شما از آنچه درست و عادلانه است، نه بر اساس حقوق یا وظایف قانونی" تعریف می‌کند، در حالی که "پریشانی" به عنوان "احساس نگرانی یا ناراحتی شدید" و "درد شدید روانی" توصیف می‌شود (۱۷). فرهنگ لغت دهخدا «اخلاق» را «یک ویژگی رفتاری مناسب و قابل تحسین» و «پریشانی» را «اضطراب، بی‌قراری، ناراحتی» تعریف می‌کند (۱۸). مفهوم MD اولین بار توسط jameton (۱۹۸۴) به‌عنوان یک تجربه عاطفی منفی معرفی شد و زمانی رخ می‌دهد که فرد، با وجود تمایل به انجام کار درست، به دلیل محدودیت‌ها قادر به انجام آن نیست (۴).

انتخاب ویژگی‌های تعیین کننده مفهوم

۱۵۲۱ مقاله از روند جستجو به‌دست آمد. با این حال، ۱۴۹۶ مطالعه به علت نامربوط بودن، تکراری بودن، غیرمرتبط بودن با هدف و زمینه مطالعه و پس از غربالگری متن کامل خارج شدند. سرانجام ۲۵ مقاله در این تحلیل مفهوم گنجانده شدند (جدول ۱). روند انتخاب مقالات واجد شرایط تحلیل در نمودار PRISMA بیان شده است (شکل ۱). از روش هشت مرحله‌ای Walker و Avant (۲۰۱۸) برای تجزیه و تحلیل جامع یک مفهوم، تعاریف و کاربردهای آن، تعریف ویژگی‌ها، پیشین‌ها، پیامدها و ارجاع تجربی استفاده شد.

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

جدول ۱- یافته‌های کلیدی مطالعات مرور شده

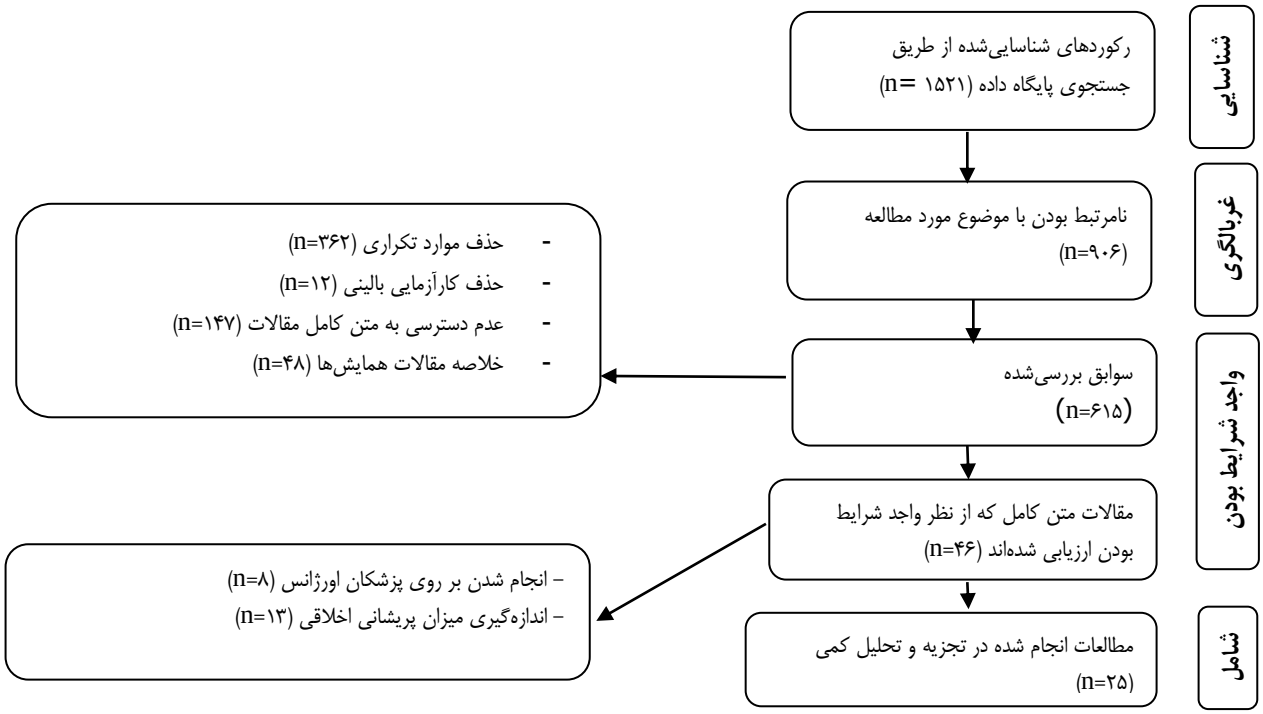
نویسنده /	کشور	روش	تحلیل پریشانی اخلاقی در تکنیسین‌های پزشکی اورژانس
Sandman, ۲۰۰۶(۵)	سوئد	مطالعه کیفی	- پریشانی اخلاقی در زمینه‌های زیر رخ می‌دهد: - قضاوت اولیه در مورد رویداد، انگ اجتماعی، محیط خطرناک و رانندگی مناسب - حفظ حریم خصوصی بیمار در شرایط اورژانسی - گفتن حقیقت تلخ به والدین - مشارکت دادن خانواده‌های بیماران در تصمیم‌گیری تکنسین‌ها
چراغی، ۲۰۱۹ ، (۸)	ایران	مطالعه مروری	- قرار گرفتن در معرض عواملی مانند: احیای قلبی ریوی، تریاژ در بحران و بلایا، مداخلات غیرمنطقی بیمار (رضایت آگاهانه) یا خانواده بیمار، تصوّرات غلط و انگ‌ها، ارتباطات حرفه‌ای و رانندگی ایمن می‌تواند چالش‌های اخلاقی را برای تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی ایجاد کند
جعفری،۲۰۲۳، (۱۱)	ایران	مطالعه مقطعی	- پریشانی اخلاقی از مراقبت‌های پایان زندگی، مانند احیای قلبی ریوی خارج از بیمارستان، حضور اعضای خانواده در حین احیا، تأخیر در رسیدن به بالین بیمار و رانندگی با سرعت بالا توسط تکنسین در حین فوریت‌های پزشکی برای نجات جان بیمار که ایمنی خود و بیمار را به خطر می‌اندازد، ناشی می‌شود.
ترابی،۲۰۲۴، (۱۲)	ایران	مطالعه مقطعی	- موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی، درخواست‌های غیرمعمول از سوی بستگان بیمار، فوریت و سرعت در کار، حفظ حریم خصوصی بیمار، صحنه‌های دلخراش، مراقبت‌های غیرضروری، انگ و تعصب، سیستم ناهماهنگ سلامت، تضاد حقوق و اخلاق، تضاد ارزش‌ها و باورها، چالش‌های اخلاقی را در آن‌ها ایجاد می‌کند.
Huniche, ۲۰۲۴(۱۳)	دانمارک	مطالعه کیفی	- پریشانی اخلاقی در حوزه‌های مراقبت از بیمار و مدیریت خواسته‌های سازمانی
Viele C, ۲۰۱۸ , (۱۹)	ایالات متحده	مطالعه مروری	پریشانی اخلاقی در زمینه‌های زیر رخ می‌دهد: - عدم به‌روزرسانی مسائل اخلاقی در اورژانس پزشکی و تدوین مسائل اخلاقی توسط افراد از سایر رشته‌های پزشکی - دوره‌های آموزشی کوتاه و ضعف علمی تکنسین‌های اورژانس پزشکی - مورد بی‌احترامی قرار گرفتن توسط بیماران، همراهان و همکاران - نادیده گرفتن ارزش یا نقش تکنسین‌های اورژانس پزشکی به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات درمانی - تصمیم‌گیری‌های فوری در شرایط عدم قطعیت - مواجهه تکنسین‌های اورژانس پزشکی با صحنه‌های بالقوه خطرناک (ریختن مواد شیمیایی یا خشونت) - اخذ رضایت آگاهانه از بیماران و اینکه آیا احیا انجام دهند یا خیر و امتناع از دریافت مراقبت - نگفتن حقیقت یا نگفتن تمام حقیقت - ناهماهنگی در مقررات سازمان‌های مختلف اورژانس پزشکی و همچنین تلاش‌های آن‌ها برای صرفه‌جویی در هزینه‌ها - بی‌توجهی سازمان‌های اورژانس پزشکی در رسیدگی به نگرانی‌های اخلاقی تکنسین‌های اورژانس پزشکی

ساخت یک مورد مدل

هدف، ارائه یک مثال واقعی یا فرضی عینی است که به‌طور واضح تمام ویژگی‌های تعیین‌کننده مفهوم پریشانی اخلاقی را نشان دهد. در این مرحله مثال فرضی ما فرایند یک ماموریت اورژانس شامل اعزام تکنسین اورژانس به منزل مرد ۵۶ ساله دیابتی با علائم حمله قلبی و ثبت نوار قلب مشکوک و اصرار بیمار بر ماندن در خانه و استفاده از داروهای گیاهی را مطرح می‌کند. در این شرایط تکنسین مجبور به اخذ امضای رضایت‌نامه عدم انتقال از بیمار و خاتمه ماموریت اولیه می‌شود. در ادامه تکنسین اعزام مجدد دو ساعت بعد به دلیل وخامت حال بیمار و انجام احیای قلبی ریوی در مسیر بیمارستان را تجربه می‌کند. بعد از خاتمه ماموریت دوم، تکنسین مورد نظر تجربه MD شدیدی را به دلیل پذیرش تصمیم بیمار و

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

عواقب خطرناک آن تجربه می‌کند. در این شرایط احترام به حق خودمختاری بیمار و اجرای قانون رضایت آگاهانه باعث پریشانی اخلاقی در تکنسین می‌باشد.



شکل ۱- فرایند انتخاب مطالعات طبق دستورالعمل PRISMA

ساخت موارد مرتبط، مرزی و متضاد

یک مورد مرزی

هدف، تعریف مرزهای مفهوم و تمایز آن از مفاهیم مشابه یا متضاد می‌باشد. این مفاهیم برخی از ویژگی‌ها را دارد، اما نه همه را، یا به شکلی مبهم دارد. به عنوان مثال تکنسینی که کمی دچار ناراحتی و پریشانی اخلاقی می‌شود ولی بلافاصله فراموش می‌کند. در این مأموریت فرضی تکنسین اورژانس پیش‌بیمارستانی برای درمان مرد ۷۰ ساله مبتلا به COPD[1] دچار تنگی نفس شدید به یک روستا اعزام شد. بیمار و همراهش با اعتراض به تأخیر در رسیدن و مشاوره تلفنی تکنسین با پزشک، رفتار پرخاشگرانه و بی‌احترامی نشان دادند. تکنسین علیرغم ناراحتی اخلاقی ناشی از این بی‌احترامی، وظیفه خود در ادامه درمان تحت هر شرایطی را به یاد آورد. او این موقعیت را فرصتی برای تمرین صبر و تحمل با ارزش اخلاقی و معنوی تفسیر کرد. بنابراین، بدون دلسردی، به ارائه مراقبت‌های ضروری از جمله اکسیژن و خط وریدی ادامه داد.

مورد متضاد

موردی که تا حدی متضاد مفهوم است. برای مثال تکنسین ارشد اورژانس و همکارش برای درگیری مسلحانه در منطقه‌ای ناامن اعزام شدند. با رسیدن به محل، تیراندازی متوقف شده بود، اما پلیس حضور نداشت و یک مجروح با زخم باز در صحنه مشاهده شد. همکار تکنسین پیشنهاد درمان فوری مجروح را داد. تکنسین ارشد با استناد به مقررات ایمنی، ورود به صحنه را تا زمان اعلام امنیت توسط پلیس ممنوع اعلام کرد. او اولویت را حفظ ایمنی خود و همکارش قبل از ارائه کمک به بیمار دانست.

[1] Chronic obstructive pulmonary disease

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

تعریف پیش‌آیندها و پیامدهای مفهوم

پیش‌آیندها رویدادهایی هستند که باید قبل از شکل‌گیری یک مفهوم وجود داشته باشند (۱۴). پیش‌آیندهای پریشانی اخلاقی در EMS شامل عدم توسعه و به‌روزرسانی مسائل اخلاقی در EMS، از دست دادن احساس اقتدار و تحقیر تجربه شده توسط تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و چالش اخذ رضایت آگاهانه از بیماران است (۱۹). از سوی دیگر پیامدها، رویدادها و شرایطی هستند که از مفهوم ناشی می‌شوند (۱۴). در این مطالعه، پریشانی اخلاقی منجر به پیامدهایی مانند فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، ترک خدمت و جدایی عاطفی از بیماران شد. این شرایط همچنین می‌توانند بر مراقبت از بیمار تأثیر منفی بگذارد (۲۰-۲۲) (جدول ۲) و کیفیت مراقبت را کاهش دهد. از طرفی جایگاه و منزلت تکنیسین‌های پیش بیمارستانی را در سیستم درمانی تنزل دهد. پیش آیندها; ویژگی‌ها و در نهایت پیامدهای مفهوم پریشانی اخلاقی را شکل می دهند.

ویژگی‌های پریشانی اخلاقی در بالین اورژانس پیش‌بیمارستانی

- **پریشانی اخلاقی در محیط‌های بالینی پیچیده** شامل ویژگی‌های فرعی «قرار گرفتن در یک محیط خطرناک، مواجهه با شرایط غیرقابل پیش‌بینی، رنج بردن از تصورات غلط و انگ‌های اجتماعی» است. محیط بالینی پیش‌بیمارستانی تا حد زیادی غیرقابل پیش‌بینی و گاهی پیچیده است. این شرایط می‌تواند تکنسین‌ها را به سمت تجربه تردید و در برخی موارد پریشانی اخلاقی سوق دهد. تکنسین‌ها مسئولیت اخلاقی برای ارائه مراقبت در صحنه‌های خشونت‌آمیز را احساس می‌کنند، اما از نظر قانونی از مداخله منع شده‌اند، مگر اینکه پلیس صحنه را امن کند. در چنین شرایطی، تکنسین‌ها ممکن است ناراحتی اخلاقی را تجربه کنند (۲۰، ۲۴). ارائه خدمات اورژانسی به افرادی که انگ اجتماعی دارند (مانند مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، الکلی‌ها یا منحرفین جنسی) نیز می‌تواند در MD در بین تکنسین‌ها نقش داشته باشد و بر کیفیت خدماتی که ارائه می‌دهند تأثیر بگذارد (۸،۱۱ و ۲۵-۲۶).

جدول ۲- نتایج تحلیل نهایی ویژگی‌ها، ویژگی‌های فرعی و پیامدهای مفهوم پریشانی اخلاقی

پیش‌آیندها (ویژگی‌های فرعی)	ویژگی‌های اصلی	پیامدها
- قرار گرفتن در یک محیط خطرناک - مواجهه با شرایط غیرقابل پیش‌بینی - رنج بردن از تصورات غلط و انگ اجتماعی - چالش قانون سازمانی در مقابل اخلاق	پریشانی اخلاقی در محیط‌های بالینی پیچیده	
- انجام احیای قلبی ریوی(CPR[1]) - چالش‌ها در مراقبت از کودکان - پریشانی در بیان حقیقت - پریشانی در حفظ حریم خصوصی بیمار	چالش اخلاقی در رضایت آگاهانه	
- برنامه‌های آموزشی ضعیف - بی‌احترامی از سوی بیماران، همراهان و همکاران - نادیده گرفته شدن این حرفه - تدوین اصول اخلاقی EMS توسط متخصصان سایر رشته‌ها	پریشانی ناشی از تضعیف شأن حرفه‌ای	- نارضایتی شغلی - انزوای عاطفی از بیماران - فرسودگی شغلی - کاهش کیفیت مراقبت - جابجایی و ترک شغل
- فقدان حمایت اخلاقی از تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی - اولویت دادن به مسائل حقوقی بر نگرانی‌های اخلاقی - غلبه ملاحظات مالی بر ارزش‌های اخلاقی - توسعه ناکافی مبانی اخلاقی در تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی	آگاهی از ضعف مبانی اخلاقی	

[1] Cardiopulmonary re

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

- **چالش اخلاقی در رضایت آگاهانه** شامل چهار مؤلفه کلیدی است: «انجام احیای قلبی ریوی، چالش‌ها در مراقبت از کودکان، پریشانی در بیان حقیقت و پریشانی در حفظ حریم خصوصی بیمار». گاهی اوقات، پریشانی اخلاقی در بین تکنسین‌ها از پایبندی به پروتکل‌های رضایت آگاهانه ناشی می‌شود. سؤالاتی مانند «احیای قلبی ریوی برای چه کسی نباید شروع شود؟»، «احیای قلبی ریوی تا چه مدت باید ادامه یابد؟» و «آیا اعضای خانواده همیشه مجاز به مداخله در احیای قلبی ریوی هستند؟» اغلب به منابع MD مداوم برای تکنسین‌های اورژانس تبدیل می‌شوند (۱۱).

- **پریشانی ناشی از تضعیف شأن حرفه‌ای** شامل چهار بُعد است: برنامه‌های آموزشی ضعیف، بی‌احترامی از سوی بیماران، همراهان و همکاران، نادیده گرفته شدن حرفه و تدوین اصول اخلاقی EMS توسط متخصصان سایر رشته‌ها. جایگاه حرفه‌ای ضعیف تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی که ناشی از فقدان مبانی اخلاقی به‌روز در EMS است، همراه با این واقعیت که مقررات اخلاقی برای تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی توسط متخصصان رشته‌های غیرمرتبط تدوین می‌شود، می‌تواند چالش‌های قابل توجهی را برای تکنسین‌های پیش‌بیمارستانی ایجاد کند (۲۰).

- **آگاهی از ضعف مبانی اخلاقی** شامل چهار جنبه است: عدم حمایت اخلاقی از تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، اولویت دادن به مسائل قانونی بر نگرانی‌های اخلاقی، غلبه ملاحظات مالی بر ارزش‌های اخلاقی و توسعه ناکافی مبانی اخلاقی درEMS. گاهی اوقات، عدم حمایت اخلاقی و عاطفی از سوی سازمان، همراه با تمرکز بیش از حد بر حفظ منابع مالی به قیمت ارزش‌های انسانی و اخلاقی، می‌تواند منجر به MD در بین تکنسین‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی شود (۲۷).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تبیین تعاریف و ویژگی‌های پریشانی اخلاقی در میان تکنسین‌های فوریتهای پزشکی با استفاده از روش تحلیل مفهوم بود. یکی از ویژگی‌های استخراج شده «پریشانی اخلاقی در محیطهای بالینی پیچیده» بود. این درون‌مایه شامل مؤلفه‌های قرار گرفتن در یک محیط خطرناک، مواجهه با شرایط غیرقابل پیش‌بینی، رنج بردن از تصورات نادرست و برچسب‌ها، تعارض بین مقررات سازمانی و اخلاقیات بود. رانندگی با سرعت بالا برای نجات جان بیماران گاهی با MD در تکنیسین همراه است. آن‌ها بایستی از طرفی برای نجات جان افراد با سرعت بالا حرکت کنند و از طرفی این نگرانی را داشته باشد که این اقدام ممکن است منجر به بروز حادثه شود و جان افراد بیشتری را به خطر بیاندازد (۱۱،۲۸). یکی دیگر از مؤلفه‌های بالینی پیچیده «تعارض بین مقررات سازمانی و اخلاقیات» بود. به‌طوری که گاهی بعضی مقررات سازمانی اورژانس مانند، صرفه جویی در هزینه‌ها و عدم توجه به اخلاقیات در مراقبت می‌تواند باعث MD در تکنسین‌های اورژانس پزشکی شود (۱۳،۱۹). در بعضی مواقع در بالین به مسائل قانونی نسبت به مسائل اخلاقی اولویت بیشتری داده می‌شود. این شرایط گاهی در آموزش‌های پیش‌بیمارستانی نیز وجود دارد (۲۷). تردید اخلاقی در رضایت آگاهانه یکی دیگر از ویژگی‌های مفهوم پریشانی اخلاقی بود. در صحنه‌های بالینی، فرآیند رضایت آگاهانه به پاسخ‌دهی بیمار بستگی دارد. تیم پزشکی اورژانس باید ظرفیت تصمیم‌گیری DMC[1] هر بیمار را ارزیابی کند. اگرچه تکنسین‌ها برای تعیین آن آموزش می‌بینند، اما در بسیاری از سناریوهای اورژانسی، DMC ممکن است نامشخص یا مبهم باشد (۲۹). ارزیابی سریع و دقیق ظرفیت بیمار می‌تواند چالش قابل توجهی برای تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی باشد. آنان باید فوریت وضعیت را ارزیابی کرده و تصمیم بگیرند که آیا باید به تصمیم بیمار اطمینان کنند و از آن پیروی کنند و یا بر اساس رضایت ضمنی اقدام کنند. معضلات اخلاقی مربوط به رضایت آگاهانه زمانی بروز می‌کند که بیماران واجد شرایط، کمک‌هایی که به نفعشان است را رد می‌کنند. یک مطالعه دریافت که ۲۷درصد از تعارضات اخلاقی که تکنسین‌های اورژانس با آن مواجه می‌شوند مربوط به مسائل پیرامون رضایت آگاهانه بوده است (۳۰). EMTs که به‌طور مکرر با بیماران

[1] Decision-Making competency

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

تحت مراقبت تسکینی که دستور «احیاء نکنید» DNR[1] دارند مواجه می‌شوند، با یک معضل اخلاقی روبرو می‌شوند. در چنین شرایطی، یک تکنسین باید یا مقررات را نقض کند تا به خواست بیمار (استقلال بیمار) احترام بگذارد یا به پروتکل‌ها پایبند مانده و احیای ناخواسته را آغاز کند (۲۰). داده‌ها نشان می‌دهند که تکنسین‌های اورژانس به دلیل مقررات فعلی که احیاء برای همه بیماران را اجباری می‌کند، سطح بالایی از MD را تجربه می‌کنند (۳۱). ویژگی دیگری که در مطالعه حاضر وجود داشت، پریشانی ناشی از تضعیف شأن حرفه‌ای بود. مطالعات نشان داد که بی‌احترامی بین فردی و درون فردی منبع شایعی برای پریشانی اخلاقی در میان پرستاران است و این پدیده در مورد تکنسین‌های اورژانس نیز صدق می‌کند (۳۲). به عقیده Viele (۲۰۱۸)، دو عامل عمده که به احساس بی‌احترامی در میان تکنسین‌های اورژانس کمک می کنند، فقدان «اختیار درک شده» و تحقیر شدن توسط بیماران و همکاران است. تکنسین‌های اورژانس همچنین ممکن است زمانی که نقش یا ارزش آن‌ها به عنوان ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت نادیده گرفته شود، بی‌احترامی را تجربه کنند. وی همچنین بیان کرد که یک تکنسین اورژانس باسابقه و آگاه به بهترین گزینه‌های درمانی برای یک بیمار، ممکن است احساس کند که ارزش حرفه‌ای او به دلیل کاهش اختیار تصمیم‌گیری کاهش یافته است (۱۹).

ویژگی دیگر MD، «آگاهی از ضعف مبانی اخلاقی» در مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی بود. بسیاری از تکنسین‌های اورژانس معتقدند که برنامه درسی آنان در رابطه با اخلاقیات پیش‌بیمارستانی بر اساس اصول اخلاق پزشکی طراحی شده است و این مسأله ممکن است برای چالش‌های منحصر به فرد مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی مناسب نباشد. در یک مطالعه مشخص شد که برخی مسائل اخلاقی که تکنسین‌های اورژانس با آن مواجه می شوند، خاص منطقه هستند، مانند مسافت طولانی تا مراکز مراقبت تخصصی در مناطق روستایی و نگرانی‌های مربوط به محرمانگی در شهرهای کوچک. علاوه بر این، تکنسین‌های اورژانسی که راهنمایی اخلاقی آنلاین دریافت نمی‌کنند، ممکن است مجبور شوند به پروتکل‌های آفلاین پایبند بمانند، حتی اگر آن‌ها را غیراخلاقی بدانند. سازمان‌های اورژانس اغلب تصمیمات مبتنی بر قانون و پروتکل را بر استدلال اخلاقی اولویت می‌دهند (۲۷). چالش اخلاقی دیگری که از بنیان‌های اخلاقی ضعیف ناشی می‌شود، تأکید بر نگرانی‌های مالی به جای ارزش‌های اخلاقی است. کمبود نیروی کار، ساعات کاری طولانی، منابع ناکافی و دستمزد ناکافی، عواملی ذاتی در سیستم‌های EMS هستند که بر محیط اخلاقی که تکنسین‌های اورژانس در آن فعالیت می‌کنند، تأثیر منفی می‌گذارند (۳۳). گاهی راست‌گویی در مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی، تعارضات اخلاقی برای تکنسین‌های اورژانس ایجاد می‌کند (۳۰). با این وجود، انجمن ملی تکنسین‌های اورژانس تا حد زیادی این نگرانی اخلاقی را نادیده گرفته است. استانداردهای راست‌گویی در میان تکنسین‌های اورژانس به‌طور قابل توجهی با استانداردهای اعمال شده برای سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت متفاوت است. Klugman (۲۰۰۷) پیشنهاد کرد که تکنسین‌های اورژانسی که از دستورالعمل‌های کمیته آموزش تکنسین‌های اورژانس پیروی می‌کنند، ممکن است برای به‌دست آوردن همکاری بیمار و بهبود نتیجه سلامت وی، تمام حقیقت را بیان نکنند. اگرچه از تکنسین‌های اورژانس درخواست می‌شود که به نفع رفاه بیمار، اطلاعات خاصی را کتمان کنند، آن‌ها اغلب احساس می‌کنند که این عمل، یکپارچگی اخلاقی آن‌ها را به خطر می‌اندازد. این معضلات اخلاقی اغلب توسط محدودیت‌های زمانی در محیط‌های پیش‌بیمارستانی تشدید می‌شوند. به‌طور کلی، وقتی تکنسین‌های اورژانس مجبور می‌شوند در محیط‌های پیش‌بیمارستانی تحت فشار زمانی شدید، تصمیمات اخلاقی دشواری بگیرند، خطر سرکوب غرایز اخلاقی خود را افزایش می‌دهند که منجر به MD می‌شود (۳۴).

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر کمبود مطالعات قبلی راجع به تحلیل مفهوم MD در تکنسین‌های پیش‌بیمارستانی در ایران بود. سعی شد با استفاده از مطالعات غیرایرانی این مشکل تا حدی جبران شود. با توجه به اینکه در این مطالعه از متون سایر کشورها به میزان زیادی استفاده شد، از طرفی شباهت‌ها و تفاوت‌های احتمالی بین

[1] Don not resuscitate

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

فرهنگی تکنسین‌های اورژانس پزشکی در مطالعات متنوع به درستی تحلیل نشده است. پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات تحلیل مفهومی بیشتر در کشورهای مختلف با پیشینه فرهنگی متفاوت صورت گیرد.

تعریف نهایی مفهوم

مطالعه حاضر، مفهوم MD را حالت روان‌شناختی ناخوشایندی تعریف می‌کند که در مواجهه با موقعیت‌های بالینی پیچیده و غیرقابل‌پیش‌بینی بروز می‌کند. این حالت نشان‌دهنده تضعیف مبانی اخلاقی، خدشه‌دار شدن شأن حرفه‌ای و مواجهه با چالش‌های فرآیند اخذ رضایت آگاهانه در میان تکنسین‌های اورژانس پزشکی است. این شرایط می‌تواند باعث نارضایتی شغلی، انزوای عاطفی از بیماران، فرسودگی شغلی، کاهش کیفیت مراقبت و جابجایی و ترک شغل شود.

نتیجه‌گیری

ویژگی‌های مفهومی استخراج‌شده، چارچوبی برای توسعه و آزمون در مطالعات آتی، اعم از کمّی و کیفی، فراهم می‌آورد. همچنین، یافته‌های این تحقیق می‌تواند زمینه‌ساز تدوین راهبردهای آموزشی هدفمند توسط مدیران و سیاست‌گذاران حوزه اورژانس باشد. اقدامات آموزشی مبتنی بر شواهد می‌توانند در کاهش شیوع و تخفیف آثار این چالش حرفه‌ای مؤثر واقع شوند.

تقدیر و تشکّر

نویسندگان مقاله حاضر از همکاران معاونت تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان «تحلیل مفهوم پریشانی اخلاقی در تکنیسین‌های پیش‌بیمارستانی با رویکرد هیبریدی» در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ با کد پروپوزال ۶۷۱۱ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند اجرا شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر پس از تأیید شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.BUMS.REC.1403.347 انجام شد. پژوهشگران تمامی موازین اخلاقی تحقیق را اعم از حفظ محرمانگی، اخذ مجوزها از مراجع ذی‌صلاح و عدم سوگیری و دخل و تصرف را رعایت نموده‌اند.

حمایت مالی

نویسندگان این مقاله هیچ نوع کمکی از فرد یا سازمانی دریافت نکرده‌اند.

مشارکت نویسندگان

الهه حاجی‌زاده و حسن اسلامی جمع‌آوری داده‌ها

حسن اسلامی و احمد نگهبان نگارش مقاله، طراحی و بازنگری مقاله را انجام دادند.

همه نویسندگان نسخه نهایی را خوانده و تأیید کرده‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Butts JB. Adult health nursing ethics. Nursing ethics: across the curriculum and into practice Sudbury: Jones and Bartlett. 2005:53-68. URL: https://books.google.com/books/about/Nursing_Ethics.html?id=9R_ET0JLvEwC
2. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. Nurs Ethics. 2015;22(8):881-900. DOI: 10.1177/0969733014551377

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

3. Xhemajli H. The Role of Ethics and Morality in Law: Similarities and Differences. Ohio Northern University Law Review. 2021;48(1):3. URL: https://digitalcommons.onu.edu/onu_law_review/vol48/iss1/3
4. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. 1984.
5. Sandman L, Nordmark A. Ethical conflicts in prehospital emergency care. Nurs Ethics. 2006;13(6):592-607. DOI: 10.1177/0969733006069694
6. Essex B, Scott LB. Chronic stress andassociated coping strategies among volunteer Prehosp Emerg Care. 2008;12(1):69-75. DOI: 10.1080/10903120701707955
7. Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud B-O. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care.Int Emerg Nurs. 2011;19(1):5-11. DOI: 10.1016/j.ienj.2010.01.004
8. Cheraghi F, Yousefzadeh Chosari MR, Beyrami Jam M, Afshari A. Emergency medical technicians' ethical challenges in the Prehospital emergency services: a review article. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. 2019; 5(1): 5-12. URL: URL: http://hdq.uswr.ac.ir/article-1-222-en.html
9. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HEC forum. 2012: Mar;24(1):39-49. DOI: 10.1007/s10730-012-9177-x
10. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. Nurs Ethics. 2008;15(2):254-62. DOI: 10.1177/0969733007086023
11. Jafari M, Khankeh H, Ebadi A, Maddah SSB, Hosseini M. Moral Distress in Pre-Hospital Emergency technicians: a cross-sectional study in Iran. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. 2023;8(4):323-8. URL: http://hdq.uswr.ac.ir/article-1-463-en.html
12. Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A, Oshvandi Kh, Khazaie S, Masoumi H. Investigating the Relationship Between Moral Distress and Ethical Climate Among Emergency Medical Services Personnel. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. 2024; 9(3):211-20. URL: http://hdq.uswr.ac.ir/article-1-562-en.html 10.32598/hdq.9.3.569.1
13. Huniche L, Milling L, Wittrock D, Mikkelsen S, Bruun H. Preventing burnout from moral distress amongst prehospital emergency personnel: action research to develop and test organizationally targeted clinical ethics support. Sci Rep. 2024 ;14(1):31956. DOI: 10.1038/s41598-024-83507-z
14. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. Vol. 4. Upper Saddle River, NJ; Pearson Prentice Hall; 2005. LCCN 2017058144| ISBN 9780134754079| ISBN 0134754077 .
15. DICTIONARY, Merriam-Webster. Merriam-webster. On-line at http://www. mw. com/home. htm, 2002, 8.2: 23. On-line at http://www. mw. com/home. htm, 2002.
16. Ambarwati R, Mandasari B. The influence of online Cambridge dictionary toward students' pronunciation and vocabulary mastery. Journal of English Language Teaching and Learning. 2020;1(2):50-5. DOI:10.33365/jeltl.v1i2.605
17. Collinson P. Oxford Dictionary of National Biography: Oxford University Press; 2004.
18. Malekzadeh A, Gheibi A, Mohades A. PREDICT: persian reverse dictionary. arXiv preprint arXiv:210500309. 2021. https://doi.org/10.48550/arXiv.2105.00309
19. Viele CM. Moral distress in emergency medical services: Johns Hopkins University; 2018: 1-38 URI: http://jhir.library.jhu.edu/handle/1774.2/59227
20. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. Am J Crit Care. 2015;24(5):412-20. DOI: 10.4037/ajcc2015291
21. Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. Psychol Trauma. 2017;9(4):399-406. DOI: 10.1037/tra0000201
22. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. Nurs Ethics. 2015;22(1):15-31. DOI: 10.1177/0969733013502803

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]

23. Jafari M, Ebadi A, Khankeh HR, Maddah SSB, Hosseini M. Development and validation of moral distress scale in pre-hospital emergency service providers. International Journal of Emergency Services. 2022;11(2):263-76. DOI:10.1108/ijes-05-2021-0028

24. Froutan R, Khankeh HR, Fallahi M, Ahmadi F, Norouzi K. Pre-hospital burn mission as a unique experience: a qualitative study. Burns. 2014;40(8):1805-12. DOI: 10.1016/j.burns.2014.04.010

25. Erbay H. Some ethical issues in prehospital emergency medicine. Turk J Emerg Med. 2014;14(4):193-8. DOI: 10.5505/1304.7361.2014.32656

26. Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A, Atashzadeh-Shoorideh F. Barriers to ethical decision-making for pre-hospital care professionals. Nurs Ethics. 2020;27(2):407-18. DOI: 10.1177/0969733019848044

27. Satkoske V, Kappel D. Emergency medical personnel face unique ethical challenges. Journal of Emergency Medical Services. 2014;39(11). URL: https://www.jems.com/ems-management/emergency-medical-personnel-face-unique/

28. Alinia S, Khankeh H, Maddah SSB, Negarandeh R. Barriers of pre-hospital services in road traffic injuries in Tehran: the viewpoint of service providers. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2015;3(4):272-82. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26448954/

29. Colwell CB. Refusal in the Field. When can an uncooperative patient refuse care and transport? JEMS: a journal of emergency medical services. 2016;41(8):45-7. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29172333/

30. Adams JG, Arnold R, Siminoff L, Wolfson AB. Ethical conflicts in the prehospital setting. Ann Emerg Med. 1992;21(10):1259-65. DOI: 10.1016/s0196-0644(05)81759-7

31. Sherbino J, Guru V, Verbeek PR, Morrison LJ. Prehospital emergency medical services' ethical dilemma with do-not-resuscitate orders. Canadian Journal of Emergency Medicine. 2000;2(4):246-51. DOI:10.1017/S1481803500007272

32. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. J Emerg Nurs. 2013;39(6):547-52. DOI: 10.1016/j.jen.2012.12.009

33. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nurs Ethics. 2009;16(5):561-73. DOI: 10.1177/0969733009106649

34. Klugman CM. Why EMS needs its own ethics: What's good for other areas of healthcare may not be good for you. EMS World. 2007 Oct;36(10):114-122. https://www.emsworld.com/article/10321601/why-ems-needs-its-own-ethics

[DOI: 10.66224/JBUMS.32.4.326]