

آشفتگی اخلاقی: فشار روانی پنهان در حرفه‌ی پرستاری

ایرج شاکری نیا^۱*

مقاله‌ی مروری

چکیده

آشفتگی اخلاقی (moral distress) از جمله پدیده‌های روان شناختی است که آثار آن بر عملکرد افراد قابل مطالعه است. هرچند آشفتگی اخلاقی در حرفه‌های مختلف وجود دارد، به دلیل ماهیت شغل پرستاری بیش تر تحقیقات و پژوهش‌های مربوط به آشفتگی اخلاقی که در این حوزه انجام گرفته، مشخص کرده است که آشفتگی اخلاقی برای پرستاران تجربه‌ای آشنا و اکثراً فشارزا است. پرستاران در فعالیت‌های حرفه‌ای خود با مواردی برخورد می‌کنند که از لحاظ اخلاقی آنان را اصطلاحاً در منگنه قرار داده، دچار فشار روانی می‌کند. این مقاله با هدف بررسی تاریخچه، تعاریف، پیامدها و راهکارهای مقابله‌ای، آشفتگی اخلاقی را در منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی مورد کنکاش قرار داده است. هرچند در این بررسی مفهوم کلی آشفتگی اخلاقی مطمع نظر بوده است لیکن تلاش شده است تا آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری برجسته تر شود. اعتقاد بر این است که شناخت کامل آشفتگی اخلاقی و ابعاد منفی و مثبت آن موجب ارتقاء و افزایش آگاهی پرستاران شده، با معرفی راهکارهای مناسب مقابله‌ای، زمینه‌ی کاهش فشارهای روانی پرستاران ایجاد می‌شود.

واژگان کلیدی: آشفتگی اخلاقی، پرستاری، فشارهای روانی

^۱ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان

* نشانی: گیلان، رشت، بزرگراه خلیج فارس، دانشگاه گیلان، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۱۳۱-۶۶۹۰۲۷۵

Email: irajshakerinia@yahoo.com

مقدمه

از جمله پدیده‌های اخلاقی، آشفته‌گی اخلاقی^۱ است؛ Webster، که اخلاق را اصول فعالیت‌های صحیح یا تمایز قائل شدن بین اعمال صحیح و غلط می‌داند، آشفته‌گی را عامل درد، رنج، اضطراب، غم، آسیب روحی یا نگرانی می‌داند (۱). احتمال ابتلا به آشفته‌گی اخلاقی در شخصی وجود دارد که مبادرت به عملی مغایر اعتقادات اخلاقی خود کرده است (۲). هدف اصلی نگارش این مقاله‌ی مروری آشنایی هرچه بیشتر دانش‌پژوهان و خوانندگان با پدیده‌ی آشفته‌گی اخلاقی، آثار و پی‌آمدهای هیجانی و رفتاری آن در محیط شغلی پرستاران و در نهایت بررسی راهکارهای مقابله‌ای می‌باشد. بدین لحاظ محقق با استفاده از واژه‌های moral distress، moral dilemma، آشفته‌گی اخلاقی و معمای اخلاقی، به جست‌وجو در سایت کتابخانه‌ی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، Scencedirect، Medical Ethics، Google، SID، پرداخت و اطلاعات موجود در این سایت‌ها را به صورت سیر تاریخیچه‌ی آشفته‌گی اخلاقی، تعاریف مربوطه، انواع آشفته‌گی‌های اخلاقی، راهکارهای مقابله‌ای و نظایر این‌ها تنظیم کرد که در ادامه به صورت موجز به هر بخش پرداخته می‌شود.

تاریخیچه‌ی مفهوم آشفته‌گی اخلاقی

بررسی پیشینه‌ی کاربرد این واژه در متون علمی نشان می‌دهد که Jameton، اولین محقق‌ی بوده است که این مفهوم را در کتاب اخلاق پرستاری خود مطرح کرده است. به نظر او وقتی که شخص بداند کدام عمل، اخلاقی است ولی به دلیل مواجه شدن با موانع سازمانی نظیر محدودیت‌های زمانی، عدم حمایت سرپرستاری، عدم توازن قدرت بین پزشکان و پرستاران، سیاست‌های سازمانی یا محدودیت‌های قانونی، قادر به انجام آن نیست، دچار آشفته‌گی اخلاقی می‌شود (۳). برای مثال، پرستاری که روش‌های دردناک درمانی که به عقیده‌ی او

اشتباه هستند را برای درمان نوزاد نارس‌ی که مبتلا به مشکلات عصب شناختی شدید است به کار می‌برد با آشفته‌گی اخلاقی مواجه است. وی سه سطح از مشکلات اخلاقی را طرح کرد؛ بلاتکلیفی اخلاقی^۲، معضل اخلاقی^۳ و آشفته‌گی اخلاقی. بلاتکلیفی اخلاقی هنگامی ایجاد می‌شود که شخص مطمئن نیست آیا یک مسأله‌ی غامض اخلاقی^۴ وجود دارد یا خیر؛ در معضل اخلاقی، فرد می‌داند که مسأله‌ی غامض اخلاقی وجود دارد ولی نمی‌داند که کدام یک از اصول و قوانین اخلاقی را مورد استفاده قرار دهد. Wilkinson با ارائه‌ی تعریفی جدید، مفهوم آشفته‌گی اخلاق را گسترش داد (۴). وی آشفته‌گی اخلاقی را عدم تعادل روان‌شناختی و حالتی از احساسات منفی می‌داند. در این حالت شخص قادر نیست تصمیم اخلاقی خود را به عمل و رفتار تبدیل کند.

در سال ۱۹۹۳، Jameton با متمایز دانستن آشفته‌گی اخلاقی اساسی و آشفته‌گی اخلاقی واکنشی، جزئیات دقیق تری از این مفهوم را توصیف کرد. آشفته‌گی اخلاقی اساسی زمانی ایجاد می‌شود که پرستاران در مواجه با محدودیت‌های سازمانی و تعارضات ارزشی بین شخصی احساس محدودیت، خشم و اضطراب می‌کنند (۵). آشفته‌گی واکنشی زمانی به وقوع می‌پیوندد که شخص براساس آشفته‌گی اخلاقی اساسی و احساسات منفی متعاقب آن قادر نیست فعالیتی را انجام دهد (۶). Nathaniel در جمع‌بندی نظریات مطرح شده تعریفی نسبتاً جامع از آشفته‌گی اخلاقی ارائه می‌دهد؛ به عقیده‌ی وی آشفته‌گی اخلاقی درد یا ناراحتی عاطفی و ذهنی است که در آن فرد ضمن آگاهی از موضوع اخلاقی، درباره‌ی عمل درست نیز قضاوت اخلاقی انجام می‌دهد، ولی در عمل به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی، دچار خطاکاری اخلاقی می‌شود (۷).

در جدول شماره‌ی ۱ تغییرات تکاملی که از ابتدای

² Moral uncertainty

³ Moral dilemma

⁴ Dilemma

¹ Moral distress

بیمارستانی و فرهنگ همکاری. مباحث عمل حرفه‌ای در بردارنده‌ی رمزهای رفتاری و مفاهیم حرفه‌ای‌گری است، نظیر رازداری و حفظ حریم بیمار. تصمیم‌گیری‌های بالینی نیز در بردارنده‌ی موضوعاتی شامل بروز تعارضات در موضوعات اخلاقی است، نظیر تعارضات رفتار - هدف، طرح‌های ایده‌پردازی و سنجش ظرفیت تصمیم‌سازی.

معرفی آشفته‌گی اخلاقی در این مفهوم رخ داده است معرفی شده است.

اخیراً Mukherjee و همکاران با ارائه‌ی رویکردی متفاوت نسبت به آشفته‌گی اخلاقی، آن را در سه طبقه قراردادده‌اند: اخلاق مؤسسه‌ای، عمل حرفه‌ای و تصمیم‌گیری بالینی (۸). مباحث اخلاق مؤسسه‌ای در ارتباط با محیط‌های بیمارستانی و درمانگاهی است، نظیر پرداخت هزینه‌های

جدول شماره‌ی ۱ - تکامل تاریخی مفهوم آشفته‌گی اخلاقی

تاریخ	محقق	دستاورد
۱۹۸۴	Jameton	۱- بین آشفته‌گی اخلاقی و معمای اخلاقی تمایز قائل شد. ۲- قضاوت اخلاقی پرستاران و محدودیت‌های سازمانی را دو عامل عمده ایجاد کننده آشفته‌گی اخلاقی معرفی کرد.
۱۹۸۷-۸۸	Wilkinson	۱- آشفته‌گی اخلاقی را ناشی از عدم تعادل روان شناختی و نوعی هیجان منفی دانست. ۲- تصریح کرد که فعالیت‌های پرستاران فراتر از اعتقادات شخصی آن هاست.
۱۹۹۳	Jameton	۱- در عملی که به اشتباه به‌صورت اخلاقی مورد قضاوت قرار گرفته، بر نقش جمعی پرستاران (هم‌رنگی ^۱)، تاکید کرده، آن را به‌عنوان علت آشفته‌گی اخلاقی معرفی کرد.
۱۹۹۴	Millette	۱- از تعریف Wilkinson و ترکیب آن با دستاورد Yarling و Mc Elmurry از استعداد پرستاران برای تصمیمات اجرایی استفاده کرد. ۲- نشان داد که وجود محدودیت‌های سازمانی موجب می‌شود پرستاران در اعمال اخلاقی خود آزاد نباشند.
۱۹۹۵-۲۰۰۱	Corely	۱- مقیاس آشفته‌گی اخلاقی را بر اساس تعریف Jameton و کار Wilkinson ساخت. ۲- بین دو حالت بیش‌ترین مقدار وقوع و بیش‌ترین شرایط آشفته‌گی را در بروز آشفته‌گی اخلاقی تمایز قائل شد.
۱۹۹۵	Liashenko	۱- نشان داد که آشفته‌گی اخلاقی زمانی بروز پیدا می‌کند که پرستاران در معرض خطر فقدان همگرایی اخلاقی باشند و به انسان‌های مصنوعی (بی عاطفه) تبدیل شوند.
۲۰۰۰	Walden - Penticaff	۱- دریافت که عمل اخلاقی پرستاران تحت تأثیر مجموعه‌ای از ادراکات، شامل اعتبار مؤسسه، حمایت‌های اجرایی، کیفیت مراقبت و رضایت از محیط کار است.

¹Confirmity

آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری

مرور تحقیقات نشان داده است که در حرفه‌ی پرستاری به آشفتگی اخلاقی بیش‌تر توجه شده است؛ البته این موضوع شگفت‌آوری نیست، چراکه اصولاً پرستاری بر فعالیت‌های اخلاقی پایه‌گذاری شده است. انجمن پرستاری آمریکا ANA^۱ با ارائه‌ی کدهای اخلاقی برای فعالیت‌ها و خدمات پرستاری، که راهنمای رفتارهای اخلاقی پرستاران است، استانداردهای سختی را برای اخلاقیات در حرفه‌ی پرستاری وضع کرده است. در کلیه‌ی فعالیت‌ها، پرستاران موظفند فرصت‌هایی به‌وجود آورند تا بیماران رفاه و آرامش بیش‌تری احساس کنند.

هرچند آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری مطرح شد و توسعه یافت لیکن این مفهوم در حوزه‌های مختلف سلامت نظیر پزشکی، روان‌شناسی، داروسازی و مددکاری اجتماعی نیز مطرح است. به‌عنوان مثال، Dalayer^۲، ستوان سابق ارتش کانادا که در اوایل سال ۱۹۹۰، به‌عنوان سرباز حافظ صلح سازمان ملل در کشور «رواندا» خدمت می‌کرد در کتابی تجارب مربوط به آشفتگی‌های اخلاقی خود را به رشته‌ی تحریر درآورد. وی در کتاب خود ذکر می‌کند که نتوانست مجوز لازم برای استفاده از سربازان جهت جلوگیری از قتل عام و مجروح شدن میلیون‌ها نفر از رواندایی‌ها و دیگران دریافت کند (۱)؛ وی نهایتاً مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۲ شد و روان‌شناسان تشخیص دادند که وی قادر به ادامه‌ی خدمت در ارتش نیست. در عین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آشفتگی اخلاقی مشکلی در حال رشد در بخش پرستاری است. مشخص شده است که پرستاران در فعالیت‌های حرفه‌ای خود و انجام مراقبت‌های کامل و شایسته از بیماران، با موانع متعددی مواجه هستند. پیشرفت‌های مربوط به فناوری، فشارهای وارده توسط مدیریت، سختی‌های کار مراقبت از بیماران و کمبودهای

موجود در حرفه‌ی پرستاری همه و همه پرستاران را دچار فشارهای روانی می‌کند و این سؤال به ذهن متبادر می‌شود که آیا در چنین شرایطی و در سایه‌ی این چالش‌ها می‌توان رفاه و آرامش بیش‌تری برای بیماران فراهم آورد، سؤالی که پاسخ آن در مفهوم آشفتگی اخلاقی نهفته است. این مشکل هم در حرفه‌ی پرستاری و هم در زیر مجموعه‌ی عوامل مرتبط با آن عواقب نامطلوبی را به‌دنبال دارد.

پی‌آمدهای آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری

آمارهای دقیقی از تعداد پرستارانی که آشفتگی اخلاقی را تجربه کرده‌اند موجود نیست. یکی از دلایل این است که محققان برای بررسی آشفتگی اخلاقی از ابزارهای متنوع استفاده کرده، جمعیت‌های مختلفی را مورد بررسی قرار می‌دهند؛ به همین دلیل داده‌های موجود از این بررسی‌ها را نمی‌توان در هم آمیخت؛ هر چند ارائه‌ی خلاصه‌ای از آن‌ها مقدور است. در اولین کوشش برای اندازه‌گیری آشفتگی اخلاقی Selig و Corley^۳ نشان دادند که بیش از ۸۰ درصد پرستاران از سطوح متوسط تا بالای آشفتگی اخلاقی رنج می‌برند (۹). بررسی Redman و Fry^۴ نیز مشخص کرد که حداقل یک سوم پرستاران (تعداد ۴۷۰) تجربه‌ی آشفتگی اخلاقی داشتند (۱۰)، در بررسی Soloman و همکاران نیز مشخص شد که تقریباً ۵۰ درصد پرستاران (تعداد ۷۶۰) که خدمات مراقبتی را برای بیماران رو به مرگ ارائه می‌دادند دچار آشفتگی اخلاقی بودند (۱۱). Wilkinon و Millette نیز با انجام مطالعات کیفی نشان دادند که حدود ۴۵ تا ۵۰ درصد (تعداد ۲۴) از پرستاران مجبور به ترک بخش شده یا به اجبار و با آشفتگی اخلاقی مراقبت از بیماران را انجام دادند (۱۲، ۴). Corley^۳، مقیاس آشفتگی اخلاقی^۳ (MDS) را به‌وجود آورد و آن را در مورد پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه^۴ ICU به اجرا گذاشت. نتیجه‌ی پژوهش نشان داد که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نه تنها سطح

^۳ Moral Distress Scale (MDS)

^۴ Intensive Care Unit

^۱ American Nurses Association

^۲ Post Traumatic Stress Disorder

۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۶). در چنین موقعیتی، پرستاران احساس گناه می‌کنند (۲۶). مدارک مستند نشان می‌دهند که آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثر گذاشته، مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران ایجاد می‌کند (۲۹ - ۲۷). وجود آشفته‌گی اخلاقی پرستاران مشکلاتی را نیز برای بیماران به دنبال دارد که افزایش درد، حضور طولانی‌تر در بیمارستان، دریافت مراقبت ناکافی و نامناسب از جمله‌ی آنهاست (۳۰). مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد هنگام بروز آشفته‌گی اخلاقی، ظرفیت‌های مراقبت‌کنندگی پرستاران کاهش می‌یابد، آنان در این شرایط از مواجهه با بیماران اجتناب می‌کنند و خدمات مناسبی ارائه نمی‌کنند. پرستاران ممکن است از حضور در بالین بیمار اجتناب کنند، نیازهای پایه‌ای و جسمانی بیماران را به خوبی برطرف نکنند یا از حرفه‌ی پرستاری کناره‌گیری کنند (۳۱، ۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۶).

آشفته‌گی اخلاقی و مؤلفه‌های شغلی

برای مقابله با آشفته‌گی اخلاقی، پرستاران از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های زیستی - روانی خود استفاده می‌کنند؛ اما با ادامه‌ی این شرایط، با درهم شکسته شدن منابع مقاومت در پرستاران، پی‌آمدهایی نظیر رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود، نهایتاً با ادامه‌ی شرایط استرس‌زا، پرستارانی که دچار آشفته‌گی اخلاقی هستند، بیش‌تر احتمال دارد که بخش محل کار خود را تغییر داده، حرفه‌ی پرستاری را ترک کنند (۳۵ - ۳۲، ۱۵، ۱۲، ۶). برخی از محققان، فرسودگی شغلی پرستاران را ناشی از آشفته‌گی اخلاقی می‌دانند (۲۸، ۱۳، ۱۲، ۶). در یک گزارش اخیر از کمبود پرستار، اداره حسابداری دولتی آمریکا گزارش کرد که شرایط کاری نظیر مدیریت نامناسب، بارگذاری زیاد (کار اضافه) استفاده از اضافه کار و فقدان حمایت مناسب از کارکنان از جمله منابع نارضایتی پرستاران است (۳۶)؛ هر چند در ظاهر به نظر نمی‌آید که ارتباطی بین این منابع نارضایتی و آشفته‌گی اخلاقی وجود داشته باشد، برخی محققان معتقدند که این شرایط می‌تواند موجب آشفته‌گی اخلاقی شده، آشفته‌گی

متوسط به بالای آشفته‌گی اخلاقی را تجربه کرده بودند بلکه ۱۵ درصد آن‌ها به دلیل آشفته‌گی اخلاقی از بخش قبلی انتقال یافته بودند (۱۴، ۱۳). هرچند انواع مختلف مشکلات اخلاقی مسأله‌ساز هستند، موقعیت‌هایی که در آن‌ها پرستاران درگیر آشفته‌گی اخلاقی می‌شوند از شدیدترین مشکلات تلقی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آشفته‌گی اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پی‌آمدهای نامطلوبی به دنبال دارد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند پرستارانی که آشفته‌گی‌های اخلاقی را تجربه می‌کنند، برای سال‌های متمادی از مشکلات جسمی و روانی رنج می‌برند (۲۰-۱۵، ۶).

آشفته‌گی اخلاقی پی‌آمدهای روان‌شناختی و رفتاری مشخصی برجای می‌گذارد؛ به‌عنوان مثال، پرستاران در توصیف آشفته‌گی اخلاقی تجربه شده از کلماتی نظیر خشمگینی، محرومیت، افسردگی، شرمساری، بی‌باکی، غمگینی، محزون بودن، بدبختی و تیره‌روزی، رنجوری و بی‌فایده‌گی استفاده می‌کنند (۲۲، ۲۱، ۱۹، ۴). بررسی آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران یک واحد نظامی توسط Fry و همکاران نشان داد که آشفته‌گی اخلاقی، موجب گریستن، کم‌خوابی، کابوس، فقدان اشتها، احساس بی‌ارزشی، تپش قلب، تغییرات در عملکرد جسمانی و سردرد شده است (۲۳).

پی‌آمدهای آشفته‌گی اخلاقی در کیفیت مراقبت از

بیماران

در حرفه‌ی پرستاری، آشفته‌گی اخلاقی موضوعی است که هم پرستاران و هم بیماران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. به‌عنوان مثال، وقتی یک پرستار قادر به حمایت از بیمار خود نباشد، حالت هیجانی ناخوشایند و آسیب‌زایی ایجاد می‌شود و در صورت تکرار این‌گونه رخدادها، سازگاری، عزت نفس و مراقبت‌های درمانی ارائه شده توسط پرستار دچار مشکلاتی می‌شود (۲۴، ۱۲، ۶). برخی از پرستاران برای مدیریت آشفته‌گی اخلاقی از شیوه‌های منفی سازگار شدن نظیر فاصله گرفتن و فرار کردن - اجتناب کردن استفاده می‌کنند؛ در چنین شرایطی، پرستاران نارضایتی شغلی را تجربه می‌کنند (۲۵،

کار اجباری را تجربه می‌کنند. آنان اکثراً سخت‌تر و طولانی‌تر کار کرده و احساس درماندگی می‌کنند. این پرستاران، سرپرستاران را غیرحمایتگر درک کرده، کاهش اعتماد را نسبت به همکاران خود تجربه می‌کنند، پرستاران در این موقعیت‌های دشوار احساس انزوای بیش‌تر کرده، در یک دور بسته باطل گرفتار می‌شوند، در این دور، آشفستگی اخلاقی به کمبودهای روان‌شناختی، و این کمبودها نیز به نوبه‌ی خود، موجب افزایش آشفستگی اخلاقی می‌شود (۲۵).

جنبه‌های مثبت آشفستگی اخلاقی

با وجود اثرات زیان آور آشفستگی اخلاقی، موضوع دیگری که محققان آن را مورد بررسی قرار داده‌اند جنبه‌های مثبت آشفستگی اخلاقی است؛ سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا در تجربه‌ی آشفستگی اخلاقی جنبه‌های مثبت نیز وجود دارد؟ پاسخ برخی محققان به این سؤال مثبت بوده است. به‌عنوان مثال، Harding معتقد است که بیان داستان‌های مربوط به آشفستگی‌های اخلاقی مهم است چرا که ایده‌های ارزشی بسیار والایی از مراقبت از بیماران توسط همین داستان‌ها ترویج می‌شود (۴۱). مطابق دیدگاه Benner و همکاران شکست‌های گذشته را می‌توان به تجارب مثبت آینده و تقویت پاسخ‌های هیجانی مجدد تبدیل کرد (۴۲). علاوه بر این Rushton معتقد است که آشفستگی اخلاقی، رشد شخصی و حرفه‌ای فرد را به‌دنبال داشته، موجب می‌شود فرد به مهارت‌های بیش‌تری در نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات مطلوب برای بیماران دست یابد (۴۳). برخی معتقدند وجود رنج‌ها و آشفستگی‌های اخلاقی در پرستاران ارزشمند است زیرا نشان می‌دهد که دارنده‌ی آن دلسوزانه خواهان بیش‌ترین توجه نسبت به بیمار است (۳۶). Rushton، اثر مفید آشفستگی اخلاقی پرستاران را در این می‌بیند که وجود آشفستگی اخلاقی رشد شخصی و حرفه‌ای پرستاران را تسهیل کرده، به کسب مهارت بیش‌تر در مراقبت دلسوزانه منتهی می‌شود (۴۳). در همین رابطه Shannon اظهار داشته است که آشفستگی اخلاقی بیش از آن‌که ریشه در پزشکی داشته باشد، موضوعی فرهنگی

اخلاقی نیز به نوبه‌ی خود علت تصمیم پرستاران برای جابه‌جایی در نظر گرفته شده است (۳۸-۳۷، ۴).

در تنظیم و ارائه‌ی خدمات و فعالیت‌های درمانی برای بیماران، همواره پزشکان جایگاه ویژه‌ای داشته‌اند؛ تصور غالب این است که پزشکان بر تمامی آن‌چه برای بیماران مناسب‌تر است اشراف دارند و نیازی به شناخت و دانش پرستاران نیست. این تصور قالبی مروج عدم توازن قوایی است که بین پرستاران و پزشکان وجود دارد. موضوعی که مکرراً در پیشینه‌ی تحقیق مورد اشاره قرار گرفته، به‌عنوان مثال Lassen و همکاران نشان داده‌اند که عدم توازن قوا بین پزشکان و پرستاران با تأکید بر فرمانبرداری بی‌چون و چرای پرستاران از پزشکان در ایجاد آشفستگی اخلاقی پرستاران نقش محوری دارد؛ هم‌چنین ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبت از بیماران یا تغییر محیط کار موجب بروز احساس ناکامی در پرستاران می‌شود، این ناکامی‌ها به لحاظ حرفه‌ای موجب تخطی از استقلال حرفه‌ای و به لحاظ شخصیتی موجب عزت نفس پایین در پرستاران می‌شود (۳۹). در چنین شرایطی پرستاران دچار نارضایتی شغلی شده، از این که ملجا بیماران باشند اجتناب می‌کنند. بروز این پدیده موجب می‌شود تا پرستاران در باقی ماندن بر حرفه‌ی پرستاری تجدید نظر کنند (۳۲). با تغییر نگرش پرستاران نسبت به مسؤولیت‌های اخلاقی، رابطه‌ی پرستار و بیمار دستخوش تغییر و تحول می‌شود. رابطه‌ی نابسندگی بیمار - پرستار منجر به افزایش خطاها شده، نهایتاً مراقبت از بیماران با خطر مواجه می‌شود. در این حالت زمان زیادی صرف می‌شود تا پرستاران بیماران خود را بشناسند؛ آنان زمان اندکی را صرف ارتباط با بیماران می‌کنند و رابطه‌ی خود را با حوزه‌های دیگر مراقبت از سلامتی بیماران کاهش می‌دهند. Hamric نشان می‌دهد که آشفستگی شغلی از جمله عوامل بروز فرسودگی شغلی پرستاران است (۴۰). پرستاران خستگی و استرس افزایش‌یابنده را تجربه می‌کنند، وقت کمی برای استراحت دارند یا اصلاً وقتی برای استراحت ندارند. این پرستاران برای انجام کارهای خود اضافه

احساس اخلاقی معرفی می‌کند، به عقیده‌ی آنان این احساس، فهم زمینه‌ای یا شهودی از شرایط بیمار و پی‌آمدهای اخلاقی تصمیم‌گیری‌های مربوط به آنان را برای پرستاران به وجود می‌آورد (۴۶). آشفته‌گی اخلاقی طولانی تکرار شونده به فقدان هم‌بستگی اخلاقی منتهی می‌شود. واژه‌ی هم‌بستگی اخلاقی به معنی صحت، درستی، پایایی، تمامیت و یک‌پارچگی اخلاقی در طول زمان است. به این معنی که فرد نسبت به ارزش‌های اخلاقی یک‌پارچه مؤمن بوده، وقتی که آن‌ها را در معرض تهدید ببیند فعالانه به دفاع از آن‌ها برمی‌خیزد.

مقیاس‌های اندازه‌گیری آشفته‌گی اخلاقی

برای اندازه‌گیری آشفته‌گی اخلاقی ابزارهایی ساخته شده است. Corly مقیاس آشفته‌گی اخلاقی را ساخت و به‌وسیله‌ی آن آشفته‌گی اخلاقی پرستارانی را که از ابتدا در بخش‌های بیمارستانی به‌کار اشتغال داشتند را مورد سنجش قرار داد (۱۳). از جمله مقیاس‌های دیگری که برای اندازه‌گیری آشفته‌گی اخلاقی ساخته شد، پرسشنامه‌ای است که Hanna، آن را تدوین و مورد استفاده قرار داد. این مقیاس نوع، شدت، فراوانی و طول مدت تجربه‌ی آشفته‌گی اخلاقی را اندازه‌گیری می‌کند (۴۷). علاوه بر این مقیاس، Sporong و همکاران نیز ابزاری را طراحی و اجرا کرده‌اند که آشفته‌گی اخلاقی روزمره را در بخش‌های مختلف بیمارستانی اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه نیز دو عامل را می‌سنجد: سطح آشفته‌گی اخلاقی و گشودگی نسبت به معماهای اخلاقی (۴۸).

عوامل مؤثر بر آشفته‌گی اخلاقی

Hamric و همکاران عوامل مؤثر بر آشفته‌گی اخلاقی که در پیشینه‌ی تحقیقات گذشته به‌دست آمده‌اند را در سه طبقه قرار داده‌اند: موقعیت‌های بالینی، عوامل درونی و عوامل بیرونی (۴۹).

موقعیت‌های بالینی

یکی از زمینه‌های مشترک بروز آشفته‌گی اخلاقی زمانی است که پرستار تصور می‌کند لزومی به ادامه‌ی خدمات نیست یا وقتی پرستار احساس می‌کند که ادامه‌ی درمان هجومی تنها

است، چرا که با افزایش توافق‌ها بین افراد، آشفته‌گی اخلاقی در آنان کاهش می‌یابد (۴۴). اکنون سؤال این است که آیا این مزیت‌ها را نمی‌توان با شیوه‌های کم‌تر استرس‌زا مثلاً از طریق آموزش مناسب پرستاران، کسب کرد؟ و آیا اساساً آشفته‌گی اخلاقی اجتناب‌ناپذیر است؟

یک‌پارچگی اخلاقی در برابر آشفته‌گی اخلاقی

مفاهیم متعددی در رابطه با آشفته‌گی اخلاقی وجود دارد، یکی از این مفاهیم یک‌پارچگی اخلاقی است؛ Bartholome در همین خصوص معتقد است که یک‌پارچگی ارزش‌های اخلاقی به انسجام شخصیتی و احترام به خود فرد مربوط است (۳۷). Kelly نیز معتقد است که آشفته‌گی اخلاقی نتیجه‌ی تلاش فرد برای نگهداشتن یک‌پارچگی اخلاقی است، این پدیده زمانی رخ می‌دهد که فرد مرتکب عملی می‌شود و آن عمل، مقابل اعتقادات اخلاقی راسخ در نظر گرفته می‌شود (۴۵). تا جایی که Corley و همکاران اعتقاد دارند آشفته‌گی‌های اخلاقی با فقدان یک‌پارچگی اخلاقی پرستاران همراه است (۶). یک‌پارچگی اخلاقی به معنی صحت، پایایی، کلیت و به هم پیوستگی منش اخلاقی در طول زمان است. یک‌پارچگی اخلاقی، نشانگر ارزش‌های اخلاقی منسجم و دفاع فعال از این ارزش‌ها زمانی که در معرض خطر قرار گرفته باشند، می‌باشد. انسانی دارای یک‌پارچگی اخلاقی، در مواجهه با تعارضات اخلاقی نه تنها دچار آشفته‌گی و عدم انسجام اخلاقی نمی‌شود، بلکه به استانداردهای اخلاقی مشترک و ایده‌آل‌های اخلاقی، پایبند و مؤمن است (۳۴). نقص و کمبود در یک‌پارچگی اخلاقی نشانگر شکست در پیوند بین اعتقادات اخلاقی و کنش‌های اخلاقی است. در همین ارتباط Websters (۱) و Kelly (۴۵) به باقیمانده‌ی اخلاق رجوع می‌کنند، آن‌ها معتقدند اخلاق پدیده‌ای است که همراه فرد است و آشفته‌گی اخلاقی هنگامی تجربه می‌شود که اصول اخلاقی فرد به خطر افتاده، یا فرد اجازه می‌دهد که اصول اخلاقی‌اش با خطر مواجه شود. Lutzen و همکاران تشخیص تعارضات اخلاقی را حساسیت اخلاقی نامیده، آن را نوعی

مشکلات اخلاقی است. تقسیم قدرت بین پرستاران و دکتراها می‌تواند در اجرای مراقبت خوب برای بیماران از سوی پرستاران و پزشکان مانع تلقی شده، منبع آشفته‌گی اخلاقی باشد. فقدان دانش یک متخصص بالینی نیز می‌تواند منبع آشفته‌گی اخلاقی باشد، زمانی که پرستاران در خصوص مدیریت درد در بیماران خاص یا بیماران رو به موت از دانش روز فاصله دارند از لحاظ اخلاقی آشفته می‌شوند؛ پس از این‌که این پرستاران با رویکردهای جدید برای درمان درد و رنج آشنایی پیدا می‌کنند، آشفته‌گی آن‌ها غالباً کاهش می‌یابد یا از بین می‌رود. Corley، نیز معتقد است با افزایش حساسیت اخلاقی^۱، آشفته‌گی اخلاقی کاهش می‌یابد، و حساسیت اخلاقی موجب تعهد بیش‌تر به بیمار و ارتقاء صلاحیت‌های اخلاقی است (۲۲). در عین حال، اگر حساسیت اخلاقی جنبه‌ی افراطی پیدا کند می‌تواند تبدیل به یک منبع آشفته‌گی اخلاقی شود. پرستاران با افراط در حساسیت اخلاقی هنگام مراقبت از بیمار، اگر دریابند که ابعاد اخلاقی پرستاری نه مورد احترام است، نه مورد بحث است و نه مدیریت می‌شود، آشفته‌گی اخلاقی را تجربه خواهند کرد. بنابراین، افراط در حساسیت اخلاقی متخصصین بالینی می‌تواند آن‌ها را در خطر آشفته‌گی اخلاقی قرار دهد. چنان‌که Millette در یک تحقیق جالب که با موضوع دفاع از حقوق بیمار توسط پرستاران انجام داد دریافت ۴ درصد پرستارانی که در دفاع از بیماران نمره‌ی بالایی گرفته بودند، بخش محل کار خود را ترک کرده بودند، یک دلیل آن آشفته‌گی اخلاقی بود (۱۲).

عوامل بیرونی

بخش اعظم تحقیقاتی که در زمینه‌ی آشفته‌گی اخلاقی انجام گرفته بر محدودیت‌های مؤسسه‌ای تمرکز کرده، آن را منبع آشفته‌گی اخلاقی معرفی کرده است. Corley در یکی از پژوهش‌های خود عدم توجه به شایستگی‌های پرستاران بخش ICU را منبع اولیه‌ی آشفته‌گی اخلاقی قلمداد کرده است (۱۳). فقدان حمایت اجرایی نیز یک منبع قدرتمند آشفته‌گی تلقی

درد بیمار را طولانی می‌کند یا مرگ او را به تأخیر می‌اندازد، به همین دلیل تنها بر درد و رنج بیمار و خانواده‌اش اضافه می‌شود. با وجود تأکیدهای مکرر بر کیفیت ارائه‌ی خدمات مطمئن پزشکی و جلوگیری از اهمال و سهل‌انگاری و اجتناب از خطاهای پزشکی، همواره پرستاران و پزشکانی هستند و در آینده نیز خواهند بود که برای درمان بیماران صلاحیت لازم را ندارند. وقتی متخصصین بالینی عملکردهای خارج از ضوابط را می‌بینند یا با عدم شایستگی‌های یک همکار مواجه می‌شوند، آشفته‌گی اخلاقی بروز پیدا می‌کند؛ علت آشفته‌گی آن‌ها ممکن است این باشد که باید بین تکالیف حرفه‌ای، وفاداری نسبت به همکار و حفظ محیط کاری با ثبات دست به انتخاب بزنند.

علاوه بر این، پرستارانی هستند که «در منگنه قرار گرفته‌اند» این زمانی ایجاد می‌شود که پرستار بین پزشک و بیمار قرار دارد و در برابر هر دو نیز تعهداتی دارد. هرچند اولین وظیفه‌ی پرستار حمایت از بیمار است، وی تعهدات کاری دیگری نیز دارد، نظیر همراهی با پزشک، مؤسسه‌ای که در آن به‌کار مشغول است و خود حرفه‌ی پرستاری. پرستاران گاهی احساس می‌کنند که با این تعهدات متناقض در منگنه قرار گرفته‌اند، این احساس فشار روانی در وی ایجاد می‌کند و می‌تواند یک منبع قوی آشفته‌گی اخلاقی تلقی شود. به‌عنوان مثال، به پایان رساندن زندگی کودکان تصمیمی است که معمولاً مورد مخالفت خانواده‌ها قرار می‌گیرد و پرستارانی که در این وضعیت قرار می‌گیرند چون در منگنه قرار گرفته‌اند به آشفته‌گی اخلاقی مبتلا می‌شوند. در عین حال، «در منگنه قرار گرفتن» می‌تواند ارائه‌کننده‌ی فرصت‌هایی نیز باشد (۳۰)، به همان نسبتی که پرستار به ارزش همکاری در گروه و پذیرش نقش پرستاران در گروه واقف می‌شود؛ با در نظر گرفتن وضعیت بیمار و کسب اطلاعات از او درمی‌یابد که مراقبت از بیماران باید اصلاح شود.

عوامل درونی

ادراک ناتوانی در پرستار موجب ضعف آن‌ها در حل

¹ Moral sensitivity

به‌صورت منظم و از طریق فعالیت‌های ذیل آشفته‌گی اخلاقی را در سازمان رصد کنند:

- تعیین راهکارهایی برای بازبینی جو بالینی و فضای سازمانی با هدف تشخیص و بازسازی شرایطی که به آشفته‌گی اخلاقی منجر می‌شود.

- توسعه‌ی فرآیند مرور و تحلیل پدیده‌هایی که شرایط آشفته‌گی اخلاقی و انجام عمل صحیح را به‌صورت منظم بررسی می‌کند.

نتیجه‌گیری

آشفته‌گی اخلاقی مفهومی در حال گسترش است. هر چند مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران نشان داده که پرستاران ایرانی نیز از فشارهای روانی مربوط به آشفته‌گی اخلاقی در رنج هستند (۵۳)؛ ولی در کشور ما در خصوص این پدیده، پی‌آمدهای آن و هم‌چنین راهکارهای مقابله‌ای تحقیقات زیادی انجام نشده است. مواجه شدن با تغییرات و تحولات سریع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، گاهی فرد را دچار برخی معضلات هیجانی و عاطفی می‌کند. انسان‌ها هنگام مواجه شدن با پدیده‌هایی که با آموزه‌های فرهنگی آنان مغایرت دارد گاهی فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند که مجال انجام رفتار درست را به آن‌ها نمی‌دهد، از چنین هنگامه‌های سخت و دشوار افرادی توانایی عبور دارند که به سلاح علم و دانش نظری و عملی تجهیز شده باشند؛ رفتارهایی که به آنان توان مقابله مؤثر می‌دهد که به برخی از آنان در سطور بالا اشاره شد. در عین حال، علاوه بر شیوه‌های فوق، نویسنده نیز برخی از راهکارهای مقابله‌ای نظیر آموزش و ارتقاء سطح دانش روان‌شناختی افراد درگیر در آشفته‌گی اخلاقی، ارتقاء مهارت‌های ارتباط مؤثر، کمک گرفتن از آموزه‌های عمیق و پرمحتوای دین اسلام در رابطه با برخورد با دیگران، تغییر نگاه و دید پزشکان نسبت به دیگر اعضای کادر درمان و توجه بیشتر به نظرات مشورتی آنان را به‌عنوان پیشنهاد این مقاله متذکر می‌شود. لازم به تذکر است که برای کشف اثرات طولانی‌مدت آشفته‌گی اخلاقی بر پرستاران، تاثیر

شده است. حتی سیاست‌ها و اولویت‌های خیرخواهانه‌ی مؤسسه می‌تواند با شیوه‌های مراقبت از بیماران در مراقبان ایجاد تعارض کرده، موجب آشفته‌گی اخلاقی شود.

راهکارهای مقابله با آشفته‌گی اخلاقی

مقابله با آشفته‌گی اخلاقی جهت کاستن از آسیب‌ها و خطرات، از جمله موضوعاتی است که همواره مطمع نظر اندیشمندان این حوزه بوده است. به‌عنوان مثال، Jameton (۵) و Wilkinson (۴)، در پژوهش‌های اولیه خود نشان داده بودند که پرستاران برای مقابله با آشفته‌گی اخلاقی اساسی، راهکارهای گوناگونی را مورد استفاده قرار می‌دهند؛ نظیر تلاش جهت نفوذ در رفتار و تصمیم‌گیری‌های درمانی پزشکان، تماس با سرپرستاران، تنظیم یک گزارش خطا یا بحث درباره‌ی مشکل با مسؤول بخش. Erlen نیز معتقد است که تسهیل مکالمه بین پزشکان و پرستاران، گسترش یک نظام حمایتی، ایجاد فرصت‌های گسترش حرفه‌ای و تجدید نظر در سیاست‌های سازمانی موجب کاهش آشفته‌گی اخلاقی می‌شود (۵۰). Beumer نیز معتقد است برقراری کارگاه‌های آموزشی مربوط به شناخت و تحلیل آشفته‌گی اخلاقی در کاهش این پدیده اثر مثبت و ماندگاری دارد (۵۱).

در همین ارتباط در سال ۲۰۰۶ انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت - بحران^۱ (AACN) در بیانیه‌ای موضع سیاست سلامت خود را با توجه به عنصر آشفته‌گی اخلاقی وضع کرد (۵۲). در این بیانیه انجمن مذکور تلاش می‌کند تا پرستاران و دیگر کارکنان نظام مراقبت و بهداشت را با اقدامات کاهنده‌ی اثرات آسیب‌زای آشفته‌گی اخلاقی آشنا کند. این بیانیه کارکنان را برای مدیریت مؤثر آشفته‌گی اخلاقی نیز تشویق می‌کند؛ آشنایی با خطرات بالقوه‌ی آشفته‌گی اخلاقی و آگاهی یافتن از منابع محلی و ملی برای مقابله با این خطرات از جمله راهکارهای پیشنهادی در این بیانیه برای مدیریت پدیده‌ی آشفته‌گی اخلاقی است. علاوه بر این، در این بیانیه این سیاست ترغیب می‌شود که سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی

¹ American Association of Critical-Care Nurses

منابع

- 1- Anonymous. Webster's Universal College Dictionary. New York: Gramercy Books; 1997.
- 2- Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lemermeyer G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav* 2005; 15(3): 197-212.
- 3- Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
- 4- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1987-1988; 23(1): 16-29.
- 5- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-51.
- 6- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12: 381-90.
- 7- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28: 419-48.
- 8- Mukherjee D, Brashler R, Savage TA, Kirschner KL. Moral distress in rehabilitation professionals: results from a hospital ethics survey. *PM R* 2009; 1(5): 450-8.
- 9- Corley MC, Selig P. Prevalence of principled thinking by critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 1994; 13: 96-103.
- 10- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nurs Ethics* 2000; 7: 360-6.
- 11- Soloman M, O'Donnell L, Jennings B, et al. Decisions near the end of life: professional views on life sustaining treatments. *Am J Public Health* 1993; 83: 14-23.
- 12- Millette BE. Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. *West J Nurs Res* 1994; 16: 660-74.
- 13- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4: 280-5.
- 14- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor TR. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6
- 15- Fenton M. Moral distress in clinical

آشفتگی اخلاقی بر بیماران و گسترش مداخلات، جهت کاهش آشفتگی اخلاقی پرستاران، نیاز به پژوهش‌های بیشتر است. و نکته‌ی پایانی که نباید از آن غافل شد این است که مانند دیگر مباحث علوم انسانی، تشخیص آشفتگی اخلاقی به‌عنوان یک مشکل عمده و توسعه راهکارهای مقابله‌ای، اثرات زیان‌آور آشفتگی اخلاقی را کاهش می‌دهد اما مشکل را ریشه‌کن نمی‌کند.

- family demands for futile care? *J Crit Care* 2003; 18(1): 22-4.
- 29- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care* 1994; 32: 771-87.
- 30- Baggs JG, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res Nurs Health* 1997; 20: 71-80.
- 31- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33: 250-6.
- 32- Redman BK, Hill MN. Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. *West J Nurs Res* 1997; 19: 243-50.
- 33- Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(1): 8-13.
- 34- Decker FH. Socialization and interpersonal environment in nurses' affective reactions to work. *Soc Sci Med* 1985; 20: 499-509.
- 35- Rodney P. Moral distress in critical care nursing. *Can Crit Care Nurs J* 1988; 5(2): 9 - 11.
- 36- Anonymous. American Association of Critical-Care Nurses. AACN Public Policy Position Statement: Moral Distress. Aliso Viejo, Calif: 2004.
- 37- Hamric AB. Moral distress and nurse-physician relationships. *Virtual Mentor* 2010; 12(1): 6-11.
- 38- Kalvemarm S, Høglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58(6): 1075-84.
- 39- Lassen AA, Fosbinder DM, Minton S, Robins MM. Nurse - physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. *Nurs Econ* 1997; 15: 87-91.
- 40- Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48: 199-201.
- 41- Harding S. Value laden technologies and the politics of nursing. In: Sprecker SJ, Gadow S, editors. *Nursing: Images and Ideals*. New York: Springer Publishing; practice: implications for the nurse administrator. *Can J Nurs Adm* 1988; 1: 8-11.
- 16- Davies B, Clarke D, Connaughty S, et al. Caring for dying children: nurses' experiences. *Pediatr Nurs* 1996; 22: 500-7.
- 17- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28: 1134-45.
- 18- Perkin RM, Young T, Freier MC, Allen J, Orr RD. Stress and distress in pediatric nurses: lessons from Baby K. *Am J Crit Care* 1997; 6: 225-32.
- 19- Krishnasamy M. Nursing morality and emotions: phase I and phase II clinical trials and patients with cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22: 251-9.
- 20- Anderson SL. Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: help for the helpers. *Nurs Forum* 1990; 25: 5-13.
- 21- Holly CM. The ethical quandaries of acute care nursing practice. *J Prof Nurs* 1993; 9(2): 110 -5.
- 22- Corley MC. Nursing moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9: 636-50.
- 23- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9(4): 373-87.
- 24- Erlen JA, Sereika SM. Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *J Adv Nurs* 1997; 26: 953-61.
- 25- Hefferman P, Heilig S. Giving "moral distress" a voice: ethical concerns among neonatal intensive care personnel. *Camb Q Health Ethics* 1999; 8: 173-8.
- 26- Rubin J. Impediments to the development of clinical knowledge and ethical judgment in critical care nursing. In: Benner PE, Tanner CA, Chesla CA, eds. *Expertise In Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Co; 1996; 170-92.
- 27- 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. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 360-73.
- 28- Curtis JR, Burt RA. Why are critical care clinicians so powerfully distressed by

- 13(4): 416-427
- 49- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc* 2006 ; 69: 16-23.
- 50- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthop Nurs* 2001; 20(2): 76-80.
- 51- Beumer CM. Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27(6): 263-7.
- 52- Viejo A. Position statement on moral distress.
<http://www.aacn.org/moraldistressposition>. (accessed on 2010)
- ۵۳- ابراهیمی ح، نیکروش م، اسکویی ف، احمدی ف. استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران* ۱۳۸۶؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۴): ۱۵-۷.
- 1980, p. 49-75.
- 42- Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999.
- 43- Rushton C. Care-giver suffering in critical care nursing. *Heart Lung* 1992; 21: 303-6.
- 44- Shannon SE. The roots of interdisciplinary conflict around ethical issues. *Crit Care Clin N Am*. 1997; 9: 13-27.
- 45- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28: 1134-45.
- 46- Lutzen K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics* 2003; 10(3): 312-22.
- 47- Hanna, DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract* 2004; 18(1): 73-93.
- 48- Sporong S, Hoghland A, Arnetz, B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics* 2006;