آشفتگی اخلاقی: فشار روانی پنهان درحرفه‌ی پرستاری

ایرج شاکری نیا*[۱]

مقاله‌ی مروری

چکیده

آشفتگی اخلاقی (moral distress) ازجمله پدیده‌های روان شناختی است که آثارآن بر عملکرد افراد قابل مطالعه است. هرچند آشفتگی اخلاقی درحرفه‌های مختلف وجود دارد، به‌دلیل ماهیت شغل پرستاری بیش‌تر 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 دراین بررسی مفهوم کلی آشفتگی اخلاقی مطمع نظر بوده است لیکن تلاش شده است تا آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری برجسته‌تر 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

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

مقدمه

ازجمله پدیده‌های اخلاقی، آشفتگی اخلاقی[1] است؛ Webster ، که اخلاق را اصول فعالیت‌های صحیح یا تمایز قائل شدن بین اعمال صحیح و غلط می‌داند، آشفتگی را عامل درد، رنج، اضطراب، غم، آسیب روحی یا نگرانی می‌داند (۱). احتمال ابتلا به آشفتگی 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 آشفتگی 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، moral uncertainty، آشفتگی اخلاقی و معمای اخلاقی، به جست‌وجو در سایت کتابخانه‌ی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، Sciencedirect ، Medical Ethics ، Google ، SID ، پرداخت و اطلاعات موجود در این سایت‌ها را به‌صورت سیر تاریخچه‌ی آشفتگی اخلاقی، تعاریف مربوطه، انواع آشفتگی‌های اخلاقی، راهکارهای مقابله‌ای و نظایر این‌ها تنظیم کرد که در ادامه به‌صورت موجز به هر بخش پرداخته می‌شود.

تاریخچه‌ی مفهوم آشفتگی 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. به‌نظر او وقتی که شخص بداند کدام عمل، اخلاقی است ولی به‌دلیل 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 آشفتگی 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 به‌کار می‌برد با آشفتگی اخلاقی مواجه است. وی سه سطح از مشکلات اخلاقی را طرح کرد؛ بلاتکلیفی اخلاقی[2]، معضل اخلاقی[3] و آشفتگی اخلاقی. بلاتکلیفی اخلاقی هنگامی ایجاد می‌شود که شخص مطمئن نیست آیا یک مسأله‌ی غامض اخلاقی[4] 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 آشفتگی اخلاق را گسترش داد (٤). وی آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی اساسی و آشفتگی اخلاقی واکنشی، جزئیات دقیق تری از این مفهوم را توصیف کرد. آشفتگی اخلاقی اساسی زمانی ایجاد می‌شود که پرستاران در مواجه با محدودیت‌های سازمانی و تعارضات ارزشی بین شخصی احساس محدودیت، خشم و اضطراب می‌کنند (۵). آشفتگی واکنشی زمانی به‌وقوع می‌پیوندد که شخص براساس آشفتگی اخلاقی اساسی و احساسات منفی متعاقب آن قادر نیست فعالیتی را انجام دهد (۶).Nathaniel در جمع‌بندی نظریات مطرح شده تعریفی نسبتاً جامع از آشفتگی اخلاقی ارائه می‌دهد ؛ به عقیده‌ی وی آشفتگی 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 به‌دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی، دچار خطاکاری اخلاقی می‌شود (۷).

در جدول شماره‌ی ۱ تغییرات تکاملی که از ابتدای

[1] Moral distress

[2] Moral uncertainty
[3] Moral dilemma
[4] Dilemma

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

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

اخیراً Mukherjee و همکاران با ارائه‌ی رویکردی متفاوت نسبت به آشفتگی اخلاقی، آن را در سه طبقه قرارداده‌اند: اخلاق مؤسسه‌ای، عمل حرفه‌ای و تصمیم‌گیری بالینی (۸). مباحث اخلاق مؤسسه‌ای در ارتباط با محیط‌های بیمارستانی و درمانگاهی است، نظیر پرداخت هزینه‌های بیمارستانی و فرهنگ همکاری. مباحث عمل حرفه‌ای در بردارنده‌ی رمزهای رفتاری و مفاهیم حرفه‌ای‌گری است، نظیر رازداری و حفظ حریم بیماران. تصمیم‌گیری‌های بالینی نیز در بردارنده‌ی موضوعاتی شامل بروز تعارضات در موضوعات اخلاقی است، نظیر تعارضات رفتار - هدف، طرح‌های ایده‌پردازی و سنجش ظرفیت تصمیم‌سازی.

جدول شماره‌ی ۱ - تکامل تاریخی مفهوم آشفتگی اخلاقی

دستاورد	محقق	تاریخ
۱- بین آشفتگی اخلاقی و معمای اخلاقی تمایز قائل شد. ۲-قضاوت اخلاقی پرستاران و محدودیت‌های سازمانی را دو عامل عمده ایجاد کننده آشفتگی اخلاقی معرفی کرد.	Jameton	۱۹۸٤
۱- آشفتگی 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.	Wilkinson	۱۹۸۷-۸۸
۱- در عملی که به اشتباه به‌صورت اخلاقی مورد قضاوت قرار گرفته، بر نقش جمعی پرستاران (همرنگی[1])، تاکید کرده، آن را به‌عنوان علت آشفتگی اخلاقی معرفی کرد.	Jameton	۱۹۹۳
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.	Millette	۱۹۹٤
۱- مقیاس آشفتگی اخلاقی را بر اساس تعریف Jameton و کار Wilkinson ساخت. ۲- بین دو حالت بیش‌ترین مقدار وقوع و بیش‌ترین شرایط آشفتگی زا در بروز آشفتگی اخلاقی تمایز قائل شد.	Corely	۱۹۹۵-۲۰۰۱
۱- نشان داد که آشفتگی اخلاقی زمانی بروز پیدا می‌کند که پرستاران در معرض خطر فقدان همگرایی اخلاقی باشند و به انسان‌های مصنوعی (بی عاطفه) تبدیل شوند.	Liashenko	۱۹۹۵
۱- دریافت که عمل اخلاقی پرستاران تحت تأثیر مجموعه‌ای از ادراکات، شامل اعتبار مؤسسه، حمایت‌های اجرایی، کیفیت مراقبت و رضایت از محیط کار است.	Walden - Penticaff	۲۰۰۰

[1]Confirmity

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

آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری

مرور تحقیقات نشان داده است که درحرفه‌ی 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[1] 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 درحوزه‌های مختلف سلامت نظیر پزشکی، روان‌شناسی، داروسازی و مددکاری اجتماعی نیز مطرح است. به‌عنوان مثال، Dalayer ، 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)[2] 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 درحرفه‌ی 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 قرارمی‌دهند؛ 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 Corley و Selig نشان دادند که بیش از ۸۰ درصد پرستاران از سطوح متوسط تا بالای آشفتگی اخلاقی رنج می‌برند (۹). بررسی Redman و Fry 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 (تعداد۷۶۰) که خدمات مراقبتی را برای بیماران رو به مرگ ارائه می‌دادند دچار آشفتگی اخلاقی بودند (۱۱). Wilkinson 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 ، مقیاس آشفتگی اخلاقی[3] (MDS) را به‌وجود آورد و آن را در مورد پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه[4] ICU به اجرا گذاشت. نتیجه‌ی پژوهش نشان داد که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نه تنها سطح

[1] American Nurses Association
[2] Post Traumatic Stress Disorder
[3] Moral Distress Scale (MDS)
[4] Intensive Care Unit

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

متوسط به بالای آشفتگی اخلاقی را تجربه کرده بودند بلکه ۱۵ درصد آن‌ها به‌دلیل آشفتگی اخلاقی از بخش قبلی انتقال یافته بودند (۱۴ ، ۱۳). هرچند انواع مختلف مشکلات اخلاقی مسأله‌ساز هستند، موقعیت‌هایی که در آن‌ها پرستاران درگیر آشفتگی اخلاقی می‌شوند از شدیدترین مشکلات تلقی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آشفتگی اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پی‌آمدهای نامطلوبی به‌دنبال دارد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند پرستارانی که آشفتگی‌های اخلاقی را تجربه می‌کنند، برای سال‌های متمادی از مشکلات جسمی و روانی رنج می‌برند (۲۰– ۱۵ ، ٦).

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

پی‌آمدهای آشفتگی اخلاقی در کیفیت مراقبت از بیماران

درحرفه‌ی پرستاری، آشفتگی اخلاقی موضوعی است که هم پرستاران و هم بیماران را تحت تأثیرخود قرار می‌دهد. به‌عنوان مثال، وقتی یک پرستار قادر به حمایت از بیمار خود نباشد، حالت هیجانی ناخوشایند و آسیب‌زایی ایجاد می‌شود و درصورت تکرار این‌گونه رخدادها، سازگاری، عزت نفس و مراقبت‌های درمانی ارائه شده توسط پرستار دچار مشکلاتی می‌شود (۲۴ ، ۱۲ ، ۶). برخی از پرستاران برای مدیریت آشفتگی 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 ، ۱۷، ۱۳ ، ۱۲ ، ۱۰ ، ۶). در چنین موقعیتی، پرستاران احساس گناه می‌کنند (۲۶). مدارک مستند نشان می‌دهند که آشفتگی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثرگذاشته، مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران ایجاد می‌کند (۲۹ – ۲۷). وجود آشفتگی اخلاقی پرستاران مشکلاتی را نیز برای بیماران به‌دنبال 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 آشفتگی اخلاقی، ظرفیت‌های مراقبت‌کنندگی پرستاران کاهش می‌یابد، آنان در این شرایط از مواجه 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 به‌خوبی برطرف نکنند یا از حرفه‌ی پرستاری کناره گیری کنند (۳۱ ، ۱۷ ، ۱۳ ، ۱۲ ، ۱۰ ، ٦).

آشفتگی اخلاقی و مؤلفه‌های شغلی

برای مقابله با آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی هستند، بیش‌تر احتمال دارد که بخش محل کار خود را تغییر داده، حرفه‌ی پرستاری را ترک کنند (۳۵ – ۳۲ ، ۱۵ ، ۱۲ ، ٦). برخی از محققان، فرسودگی شغلی پرستاران را ناشی از آشفتگی اخلاقی می‌دانند (۲۸ ، ۱۳ ، ۱۲ ، ٦). 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 (۳٦)؛ هر چند در ظاهر به‌نظر نمی‌آید که ارتباطی بین این منابع نارضایتی و آشفتگی اخلاقی وجود داشته باشد، برخی محققان معتقدند که این شرایط می‌تواند موجب آشفتگی اخلاقی شده، آشفتگی

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

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 تمامی‌آن‌چه برای بیماران مناسب تر 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 آشفتگی اخلاقی پرستاران نقش محوری دارد؛ هم‌چنین ناتوانی دراصلاح 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 برحرفه‌ی پرستاری تجدید نظر کنند (۳۲). با تغییر نگرش پرستاران نسبت به مسؤولیت‌های اخلاقی، رابطه‌ی پرستار و بیمار دستخوش تغییر و تحول می‌شود. رابطه‌ی نابسنده‌ی 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 آشفتگی 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 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 بیش‌ترکرده، در یک دور بسته باطل گرفتار می‌شوند، در این دور، آشفتگی اخلاقی به کمبودهای روان‌شناختی، و این کمبودها نیز به نوبه‌ی خود، موجب افزایش آشفتگی اخلاقی می‌شود (۲۵).

جنبه‌های مثبت آشفتگی اخلاقی

با وجود اثرات زیان آور آشفتگی اخلاقی، موضوع دیگری که محققان آن را مورد بررسی قرار داده‌اند جنبه‌های مثبت آشفتگی اخلاقی است؛ سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا در تجربه‌ی آشفتگی 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 آشفتگی‌های اخلاقی مهم است چرا که ایده‌های ارزشی بسیار والایی از مراقبت از بیماران توسط همین داستان‌ها ترویج می‌شود (۴۱). مطابق دیدگاهBenner 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 آشفتگی 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 آشفتگی‌های اخلاقی در پرستاران ارزشمند است زیرا نشان می‌دهد که دارنده‌ی آن دلسوزانه خواهان بیش‌ترین توجه نسبت به بیمار است (۳۶). Rushton ، اثر مفید آشفتگی اخلاقی پرستاران را در این می‌بیند که وجود آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی بیش از آن‌که ریشه در پزشکی داشته باشد، موضوعی فرهنگی

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

است، چرا که با افزایش توافق‌ها بین افراد، آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی اجتناب‌ناپذیر است؟

یک‌پارچگی اخلاقی در برابر آشفتگی اخلاقی

مفاهیم متعددی در رابطه با آشفتگی 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 آشفتگی 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 آشفتگی‌های اخلاقی با فقدان یک‌پارچگی اخلاقی پرستاران همراه است (٦). یک‌پارچگی اخلاقی به معنی صحت، پایایی، کلیت و به هم پیوستگی منش اخلاقی درطول زمان است. یک‌پارچگی اخلاقی، نشانگر ارزش‌های اخلاقی منسجم و دفاع فعال از این ارزش‌ها زمانی که درمعرض خطر قرار گرفته باشند، می‌باشد. انسانی دارای یک‌پارچگی اخلاقی، در مواجه با تعارضات اخلاقی نه تنها دچار آشفتگی و عدم انسجام اخلاقی نمی‌شود، بلکه به استانداردهای اخلاقی مشترک و ایده‌آل‌های اخلاقی، پایبند و مؤمن است (۳٤). 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 آشفتگی 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 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 به‌وجود می‌آورد (۴۶). آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی

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

عوامل مؤثر بر آشفتگی اخلاقی

Hamric و همکاران عوامل مؤثر بر آشفتگی اخلاقی که در پیشینه‌ی تحقیقات گذشته به‌دست آمده‌اند را در سه طبقه قرار داده‌اند: موقعیت‌های بالینی، عوامل درونی و عوامل بیرونی (٤۹).

موقعیت‌های بالینی

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

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

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، آشفتگی اخلاقی بروز پیدا می‌کند؛ علت آشفتگی 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 آشفتگی 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 آشفتگی 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 مشکلات اخلاقی است. تقسیم قدرت بین پرستاران و دکترها می‌تواند در اجرای مراقبت خوب برای بیماران از سوی پرستاران و پزشکان مانع تلقی شده، منبع آشفتگی اخلاقی باشد. فقدان دانش یک متخصص بالینی نیز می‌تواند منبع آشفتگی 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، آشفتگی آن‌ها غالباً کاهش می‌یابد یا ازبین می‌رود. Corley، نیز معتقد است با افزایش حساسیت اخلاقی[1]، آشفتگی 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 آشفتگی 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، آشفتگی اخلاقی را تجربه خواهند کرد. بنابراین، افراط در حساسیت اخلاقی متخصصین بالینی می‌تواند آن‌ها را در خطر آشفتگی اخلاقی قراردهد. چنان‌که Millette در یک تحقیق جالب که با موضوع دفاع از حقوق بیمار توسط پرستاران انجام داد دریافت ٤ درصد پرستارانی که در دفاع از بیماران نمره‌ی بالایی گرفته بودند، بخش محل کار خود را ترک کرده بودند، یک دلیل آن آشفتگی اخلاقی بود (۱۲).

عوامل بیرونی

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

[1] Moral sensitivity

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

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

راهکارهای مقابله با آشفتگی اخلاقی

مقابله با آشفتگی 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 (٤)، در پژوهش‌های اولیه خود نشان داده بودند که پرستاران برای مقابله با آشفتگی اخلاقی اساسی، راهکارهای گوناگونی را مورد استفاده قرار می‌دهند؛ نظیرتلاش 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 آشفتگی اخلاقی می‌شود (۵۰). Beumer نیز معتقد است برقراری کارگاه‌های آموزشی مربوط به شناخت و تحلیل آشفتگی اخلاقی در کاهش این پدیده اثر مثبت و ماندگاری دارد (۵۱).

در همین ارتباط در سال ۲۰۰۶ انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت – بحران[1] (AACN) در بیانیه‌ای موضع سیاست سلامت خود را با توجه به عنصر آشفتگی 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 آشفتگی اخلاقی آشنا کند. این بیانیه کارکنان را برای مدیریت مؤثر آشفتگی اخلاقی نیز تشویق می‌کند؛ آشنایی با خطرات بالقوه‌ی آشفتگی اخلاقی و آگاهی یافتن از منابع محلی و ملی برای مقابله با این خطرات از جمله راهکارهای پیشنهادی در این بیانیه برای مدیریت پدیده‌ی آشفتگی اخلاقی است. علاوه بر این، در این بیانیه این سیاست ترغیب می‌شود که سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی به‌صورت منظم و از طریق فعالیت‌های ذیل آشفتگی اخلاقی را در سازمان رصد کنند:

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

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

نتیجه‌گیری

آشفتگی اخلاقی مفهومی در حال گسترش است. هر چند مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران نشان داده که پرستاران ایرانی نیز از فشارهای روانی مربوط به آشفتگی 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 آشفتگی 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 اعضاء کادر درمان و توجه بیش‌تر به‌نظرات مشورتی آنان را به‌عنوان پیشنهاد این مقاله متذکر می‌شود. لازم به تذکر است که برای کشف اثرات طولانی‌مدت آشفتگی اخلاقی بر پرستاران، تاثیر

[1] American Association of Critical-Care Nurses

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

آشفتگی اخلاقی بر بیماران و گسترش مداخلات، جهت کاهش آشفتگی اخلاقی پرستاران، نیاز به پژوهش‌های بیش‌تری 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.

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

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

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 Healthc 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 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- Kalvemark S, Hoglund 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;

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

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; 13(4): 416-427
49- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc2006 ; 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 ۱۳۸٦؛ دوره.۱٤(شماره٥٤): ۱۵-۷.

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