

护理伦理困境的研究进展

张经纬,李明霞,徐祥敏,赵启同

Ethical dilemmas in nursing: a literature review Zhang Jingwei, Li Mingxia, Xu Xiangmin, Zhao Qitong

摘要: 护理伦理困境影响护士的身心健康、护理团队的稳定及护理质量。对护理伦理困境的概念、评估工具及现状进行阐述,总结影响护理伦理困境的因素,提出改善伦理困境的干预措施,旨在为相关研究及制订针对性的干预措施改善护理伦理困境提供参考。

关键词: 护士; 护理伦理; 伦理困境; 伦理氛围; 综述文献

中图分类号: R47; R-052 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.23.017

生物技术的快速发展、多样化的社会和文化价值观,使医疗卫生系统复杂性增加,护士在护理实践中遇到的伦理困境也持续增长。美国护理学院协会(American Association of Colleges of Nursing, AACN)将护理伦理困境确定为影响护士身心健康、影响护理质量和护理专业发展值得关注的专业问题^[1]。在伦理困境中,护士往往容易产生愤怒、内疚、痛苦、挫败感、自我怀疑及自尊丧失等情绪^[2-3],导致噩梦、头痛、内分泌失调及抑郁症的患病风险增加^[4]。此外,护理伦理困境的严重程度与离职意愿密切相关。Austin 等^[5]研究显示,在评估离职意向时,因为伦理困境曾经离职或考虑过离职的护士占 49%。护理伦理困境的发生不仅对护士的身心健康产生威胁,而且降低护士工作满意度,增加护士的离职倾向。因此,关注护理伦理困境并采取有效措施以降低其发生,对护理团队的稳定及护理质量的提高具有重要意义。笔者对护理伦理困境的概念、评估工具、现状、影响因素等进行总结分析,旨在为相关研究及制订针对性的干预措施提供参考。

1 伦理困境的概念

伦理困境又称道德困境,最早由 Jameton^[6]提出,认为在某种情况下护士意识到需要采取伦理上恰当的行动,但由于制度化的障碍而无法实施该行动时,就会产生伦理困境。1988 年 Wilkinson^[7]对伦理困境的概念进行了补充,指当个人作出了伦理决策,但没有对该决策采取伦理行动时,所经历的心理失衡和消极的感觉。AACN 将伦理困境定义为护士认为应该采取的适当行动但无法实施,实际采取的行动与个人的专业价值观背道而驰^[1]。目前关于伦理困境的定义尚未统一,但比较一致的是,伦理困境是护士在临床工作中由于各种因素与制度障碍需要做出与个人意愿不符的行为,所导致的进退两难的情况。

2 护理伦理困境的评估工具

2.1 伦理困境量表(Moral Distress Scale, MDS)

由 Corley 等^[8]于 2001 年编制,旨在测量 ICU 护士伦理困境水平。该量表由 30 个条目组成,分为个人责任(20 个条目)、不符合患者最大利益(7 个条目)以及欺骗行为(3 个条目)3 个维度。量表采用 Likert 7 级评分法,从“几乎没有”到“总是”依次赋 1~7 分,各条目得分之和为总分,总分 30~210 分,得分越高说明 ICU 护士的护理伦理困境水平越高。个人责任、不符合患者最大利益和欺骗行为 3 个维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.97、0.82 和 0.84,总量表 Cronbach's α 系数为 0.70^[8]。该量表虽然得到广泛应用,但对非 ICU 护士群体缺乏适用性,因此该量表无法衡量其他人员伦理困境的发生情况。

2.2 修订版伦理困境量表(Moral Distress Scale-Revised, MDS-R)

由 Hamric 等^[9]在 MDS 基础上修订而成,包括伦理困境频率(Frequency, F)和伦理困境强度(Intensity, I)2 个部分,每个部分包含 21 个相同的条目。采用 Likert 5 级评分法,从 0 分(从不/没有)到 4 分(非常频繁/很大程度),总分 0~84 分,评分越高表示伦理困境发生频率越高或在伦理困境下感受到的干扰程度越高。为了评估经历伦理困境的严重程度,每个条目的伦理困境发生频率得分与强度得分相乘,既反映了伦理困境的发生频率,也反映了经历伦理困境的强度。最后将量表的 21 个条目乘积相加,得到伦理困境总分 0~336 分,分数越高,经历伦理困境的严重程度越高。MDS-R 的 Cronbach's α 系数为 0.89,广泛用于测量不同临床领域护士在临床实践中的伦理困境。2012 年孙霞等^[10]将 MDS-R 汉化,中文版 MDS-R 的 Cronbach's α 系数为 0.87。与 MDS 相比, MDS-R 删减了重复的条目,提高了条目的清晰度。但该量表未考虑到不同科室伦理困境的差异性,因此在特殊科室(如手术室、门诊、儿科等)使用该量表时,需要对 MDS-R 进行调整。

2.3 各专科护士伦理困境量表 ①精神科护士伦理困境量表(Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses, MDS-P),由 Ohnishi 等^[11]开发,用于测量精神科

作者单位:山东中医药大学护理学院(山东 济南,250355)

张经纬,女,硕士在读,护士

通信作者:李明霞,limingxia1024@sina.com

收稿:2021-07-06;修回:2021-08-15

护士的伦理困境水平,包括 15 个条目,分为护理人员的不道德行为(6 个条目)、科室护理人员配备不足(5 个条目)以及患者权利受到侵犯(4 个条目)3 个维度,采用 Likert 7 级评分法,从“没有不安、紧张或焦虑情绪”到“非常紧张和焦虑”依次赋 0~6 分,各条目得分相加得到总分,总分 0~90 分,总分越高说明伦理困境程度越严重。MDS-P 的 Cronbach's α 系数为 0.89,在精神科护士伦理困境水平的测量上具有可靠性^[11]。②儿科护士伦理困境量表(Moral Distress Scale-Pediatric Version, MDS-PV),由 Lazzarin 等^[12]对 MDS 修订而成。该量表共 33 个条目,儿科护士伦理困境水平用伦理困境的强度和频率来表示。MDS-PV 采用 Likert 7 级评分法,从“没有/几乎没有”到“很大程度/非常频繁”依次赋 0~6 分,强度与频率得分相乘即为每个条目得分,33 个条目得分相加为总分,总分为 0~1 188 分,总分越高代表伦理困境水平越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.96^[12]。③医护人员伦理困境量表(Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals, MMD-HP),由 Epstein 等^[13]在 MDS-R 的基础上修订而成,该量表不仅适用于测量临床护士的伦理困境水平,对临床医生伦理困境水平的测量同样适用。MMD-HP 共 27 个条目,采用 Likert 5 级评分法评估伦理困境的频率和强度,从“无/从不”到“很大程度/非常频繁”依次赋 0~4 分,强度与频率得分相乘为每个条目得分,27 个条目得分相加为总分,总分 0~432 分,分数越高表明医护人员的伦理困境水平越高。MMD-HP 在临床护士群体中 Cronbach's α 系数为 0.93,在临床医生中 Cronbach's α 系数为 0.90^[13]。除护士与医生个人层面的伦理困境外,MMD-HP 增加了组织和卫生保健系统层面的伦理困境,更加全面评估医护人员伦理困境的发生情况。

3 护理伦理困境现状

目前,国外应用伦理困境评估工具对不同科室护士的伦理困境现状进行调查,发现不同科室困扰护士的伦理困境有所差别。Lusigani 等^[14]使用 MDS-R 对内科、外科及 ICU 护士伦理困境的调查发现,在临床工作中发生频率最多的伦理困境分别为“按医嘱为危重患者做一些不必要的治疗和检查”“在患者非常痛苦的情况下按照家属的意愿维持患者生命”及“提供不能减轻患者痛苦的护理”,而强度得分最高的伦理困境是“提供不能减轻患者痛苦的护理”。Trautmann 等^[15]采用 MDS-R 对急诊科护士伦理困境调查发现,“由于沟通问题导致的护理质量下降”最容易使急诊护士陷入伦理困境。Lazzarin 等^[12]应用 MDS-PV 对儿科护士的伦理困境水平进行调查,结果显示儿科护士最常见的伦理困境涉及疼痛药物管理和患儿及家属的死亡教育两个方面,同时研究者认为临终关怀是儿科护士伦理困境经历中最突出的问题。国内护理伦理困境现状的

研究主要对临床护士进行广泛调查,对不同科室护士伦理困境现状尚未知。Zhang 等^[16]使用中文版 MDS-R 对济南市 3 所三甲医院的临床护士进行调查,结果显示“在护士认为不符合患者最大利益的情况下,遵循患者家属的意愿维持患者生命”和“与不符合患者护理要求的护士或其他医疗保健提供者合作”2 个条目得分最高,说明在伦理困境中无效护理发生频率最多、强度最高。孙霞等^[17]应用中文版 MDS-R 对泰安市 2 所三甲医院不同科室护士的调查结果与 Zhang 等^[16]研究结果一致,即无效护理是引起护理伦理困境的主要来源。由于专业的特殊性,不同科室护士面临的伦理困境可能会存在差异。国内研究应汉化或开发专业针对性更强的伦理困境量表,进一步调查不同科室护士的伦理困境现状。

4 护理伦理困境的影响因素

4.1 工作经验 Lusignani 等^[14]的研究显示,伦理困境会随着护士工作年限的增加而增加。工作经验丰富的护士对于疾病形成了自己的看法与见解,在面对不合理或者不正确的护理或者治疗时,他们可能会经历更高水平的伦理困境。根据 Epstein 等^[18]的“渐强效应”理论,随着护士工作经验的积累,重复和未处理的伦理困境事件会导致伦理困境残留。如果伦理困境没有得到解决,那么伦理困境带来的负面影响的残余就会挥之不去,新的伦理困境会引发更强烈的情绪反应^[19]。武宁等^[20]对长沙市 4 所三甲医院的 413 名 ICU 护士调查显示,年龄大、职称较高以及 ICU 工作年限较长者伦理困境较严重。因此,在临床工作中护理管理者应关注工作经验较丰富的护士,及时帮助他们处理伦理困境带来的负面情绪。

4.2 护理专业自主权 护理专业自主权是指护士在充分的理论知识、临床专业知识和循证实践的基础上作出独立决策和行动的权力^[21]。当护士的专业自主权较为有限时,会阻碍他们在伦理困境下做出决定和采取行动,从而影响护士的伦理困境水平。Karani-kola 等^[22]发现,专业自主与伦理困境发生频率呈显著负相关,护士的专业自主性越强,他们在紧急情况下面临的伦理压力就越小。Abdolmaleki 等^[23]研究显示,急诊科护士专业自主权与伦理困境呈负相关,当急诊科护士被允许有更大的独立性做决定时,其伦理困境的频率和强度就会降低。目前我国护士专业自主权与伦理困境的相关性研究少见,未来应进一步研究我国护士专业自主权现状及其与伦理困境的关系。

4.3 医护关系 医生和护士作为两个独立的专业角色,发挥着同样重要的作用。然而,在患者治疗过程中医生往往不重视护士的角色和作用,认为护士角色依附于医生角色,在进行临床决策时缺乏与护士的沟通。当护士对临床决策持不同意见时,导致伦理困境发生。研究表明,不同医疗卫生行业的工作人员伦理

困境发生频率相似,但护士的伦理困境强度高于医生^[24]。这可能与护士较少参与临床决策有关,当护士不同意医生的治疗方案,或者认为该方案不符合患者的意愿时,医生的治疗方案就会使护士陷入伦理困境^[25]。目前临床医护之间共同参与治疗与决策较少,医护之间的沟通与交流需进一步加强。

4.4 伦理氛围 伦理氛围是指医院的工作人员感知到的医院对伦理行为和伦理问题的态度和解决方式^[26]。伦理氛围影响护士的伦理困境水平,护理管理者对伦理问题的不够重视、缺乏组织支持和团队合作等消极的伦理氛围,使护士在面对伦理困境时产生更大的压力与无助感,从而导致更严重的伦理困境发生。Bayat 等^[27]报道,护士伦理困境的严重程度和频度与医院伦理氛围呈负相关,即医院的伦理氛围越积极、越有利,护士伦理困境的严重程度和频率越低。张敏等^[28]研究显示,医院的伦理氛围越好,护士的伦理困境水平越低,良好的团队合作及护理管理者提供的帮助成为影响伦理困境水平的重要因素。

5 改善护理伦理困境的对策

5.1 重视护士伦理教育,树立正确的价值观 伦理困境不是自发的,而是取决于护士的个人价值观和信念,因此在培养护士的过程中重视伦理教育,树立正确的价值观对改善伦理困境尤为重要。Poikkeus 等^[29]建议鼓励护士通过个案研究,树立正确的价值观,提高伦理认知和判断能力,以更好地处理未来临床工作中的伦理困境。卢晓莉等^[30]运用“四主题法”对新入职护士进行护理伦理培训,培训内容包括医疗适应性、患者选择、生活质量、情景应用 4 个主题,采取理论授课、翻转课堂、小组讨论、案例分析讨论、床边教学方法进行培训,研究结果显示“四主题法”帮助新入职护士掌握护理伦理学知识,提高了伦理实践能力。但该研究仅对新入职护士进行伦理培训及效果评价,对入职时间长、经验丰富的护士是否有效尚未知。由于护士临床工作繁忙以及国内对护士的伦理教育重视程度不足,通过伦理教育改善护士伦理困境的干预研究少见,因此未来应探索适用于护士的伦理教育方法,降低护士的伦理困境水平。

5.2 增强组织伦理支持,形成良好的伦理氛围 有效的伦理支持与良好的伦理氛围有助于减轻伦理困境。护理管理者在伦理困境中提供组织支持,帮助护士识别和分析伦理困境,鼓励多学科伦理探讨和合作,能够减少伦理困境的发生^[31]。此外,护理团队成员之间的尊重和交流有助于形成良好的伦理氛围,减轻伦理困境带来的负面影响。Rathert 等^[32]认为,如果护士能分享他们在伦理冲突和困境方面的经验,护理团队成员之间互相学习,在应对伦理困境时感受到组织和同伴支持,可以减少“渐强效应”,并降低伦理困境发生的频率。Beumer^[33]对 32 名护士进行伦理困境研讨会,研究显示,护士因伦理困境带来的愤怒或沮丧的情绪有所

缓解。研究者还发现在研讨会之前,有 54% 的护士在伦理困境中产生困扰和压力,并对自己采取的护理措施产生怀疑,在研讨会之后这一比例下降到 29%。因此,形成积极开放的伦理氛围有助于减轻伦理困境给护士带来的压力与困扰。国内护理管理者可以借鉴伦理研讨会的形式,制订相应干预措施促进良好伦理氛围形成,改善伦理困境现状。

5.3 打破专业壁垒,促进医护间的合作交流 在临床评估与病例讨论方面,加强医生与护士之间的沟通,有助于解决临床护理过程中的价值冲突,减少伦理困境的发生。医生和护士是两个不同的职业,有不同的职责和义务,但两者必须相互合作。如果医护人员不了解彼此的工作责任和思维方式,他们在合作过程中可能产生认知差距。病例讨论可以促进医生和护士之间在专业上的相互了解,病例讨论应由医生和护士共同参加,从不同的角度讨论病例的医疗处理和护理^[34]。目前国内探索了医护合作决策分级^[35]、医护合作健康教育模式^[36]及组建医护合作小组^[37-38]等有效的医护合作途径,提高医护合作质量,促进医护交流与沟通,从而减少护理伦理困境。

6 小结

伦理困境普遍存在于护士的临床护理工作中,其会严重影响护士的身心健康,使护士对护理工作满意度下降,产生职业倦怠,甚至离开护理岗位。因此,护理伦理困境应引起医院管理者与教育者的充分重视,正确地认识和应对护理伦理困境。但目前我国对护理伦理困境的研究还处于起步阶段,不同科室护士的伦理困境评估工具有待细化,且如何减少临床护士伦理困境的发生在我国还有较大的研究空间。因此,建议今后在借鉴国外经验的基础上结合我国具体情况,开发适用于不同专业护士的伦理困境评估工具,调查我国护士伦理困境影响因素,制订针对性的干预措施,从而减少护理伦理困境发生,降低护士离职率,促进护理团队稳定发展。

参考文献:

- [1] American Association of Critical Care Nurses(AACN). American Association of Critical Care Nurses Public Policy Position Statement:moral distress[EB/OL]. (2021-06-28)[2021-07-03]. <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>.
- [2] Wiegand D, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress[J]. Nurs Ethics, 2012, 19(4): 479-487.
- [3] Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates[J]. J Health Psychol, 2017, 22(1): 51-67.
- [4] McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature[J]. Nurs Ethics, 2015, 22(1): 131-152.

- [5] Austin C L, Saylor R, Finley P J. Moral distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover[J]. *Psychol Trauma*, 2017, 9(4):399-406.
- [6] Jameton A. Nursing practice, the ethical issues[M]. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984:331.
- [7] Wilkinson J. Moral distress in nursing practice: experience and effect[J]. *Nurs Forum*, 1988, 23(1):16-29.
- [8] Corley M, Elswick R, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale[J]. *J Adv Nurs*, 2001, 33(2):250-256.
- [9] Hamric A B, Borchers C T, Epstein E G. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals[J]. *AJOB Prim Res*, 2012, 3(2):1-9.
- [10] 孙霞, 曹枫林, 姚静, 等. 中文版护士道德困境量表的信度和效度研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2012, 28(36):52-55.
- [11] Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan[J]. *Nurs Ethics*, 2010, 17(6):726-740.
- [12] Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units[J]. *Nurs Ethics*, 2012, 19(2):183-195.
- [13] Epstein E G, Whitehead P B, Prompahakul C, et al. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals[J]. *AJOB Empir Bioeth*, 2019, 10(2):113-124.
- [14] Lusignani M, Gianni M, Re L, et al. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive care units[J]. *J Nurs Manag*, 2017, 25(6):477-485.
- [15] Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, et al. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey[J]. *Adv Emerg Nurs J*, 2015, 37(2):134-145.
- [16] Zhang W W, Wu X Y, Zhan Y F, et al. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China[J]. *Nurs Ethics*, 2018, 25(4):470-480.
- [17] 孙霞, 曹枫林, 杨兴菊. 泰安市护士道德困境现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(22):66-68.
- [18] Epstein E, Hamric A. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect[J]. *J Clin Ethics*, 2009, 20(4):330-342.
- [19] Hamric A. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities[J]. *HEC Forum*, 2012, 24(1):39-49.
- [20] 武宁, 谭雅琼, 李乐之. ICU 护士道德困境现状及影响因素分析[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(4):71-74.
- [21] Papathanassoglou E, Karanikola M, Kalafati M, et al. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses[J]. *Am J Crit Care*, 2012, 21(2):e41-e52.
- [22] Karanikola M, Albarran J, Drigo E, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy[J]. *J Nurs Manag*, 2014, 22(4):472-484.
- [23] Abdolmaleki M, Lakdizaji S, Ghahramanian A, et al. Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses[J]. *Indian J Med Ethics*, 2019, 4(1):20-25.
- [24] Larson C, Dryden-Palmer K, Gibbons C, et al. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation[J]. *Pediatr Crit Care Med*, 2017, 18(8):e318-e326.
- [25] De Veer A, Francke A, Struijs A, et al. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey[J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50(1):100-108.
- [26] Olson L L. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting[J]. *Image J Nurs Sch*, 1998, 30(4):345-349.
- [27] Bayat M, Shahriari M, Keshvari M. The relationship between moral distress in nurses and ethical climate in selected hospitals of the Iranian social security organization[J]. *J Med Ethics Hist Med*, 2019, 12(8):1-16.
- [28] 张敏, 冷雅楠, 关志, 等. 重症监护病房护士道德困境水平现状及其与医院伦理氛围和心理授权的相关性[J]. *解放军护理杂志*, 2020, 37(2):23-27.
- [29] Poikkeus T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Supporting ethical competence of nurses during recruitment and performance reviews—the role of the nurse leader[J]. *J Nurs Manag*, 2014, 22(6):792-802.
- [30] 卢晓莉, 徐静, 金艳艳, 等. “四主题法”分阶段培训在提升新入职护士伦理实践能力中的应用[J]. *中华护理教育*, 2021, 18(2):154-159.
- [31] Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Obstacles and problems of ethical leadership from the perspective of nursing leaders: a qualitative content analysis[J]. *J Med Ethics Hist Med*, 2017, 10:1.
- [32] Rathert C, May D, Chung H. Nurse moral distress: a survey identifying predictors and potential interventions[J]. *Int J Nurs Stud*, 2016, 53:39-49.
- [33] Beumer C M. Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting[J]. *Dimens Crit Care Nurs*, 2008, 27(6):263-267.
- [34] Varcoe C, Pauly B, Webster G, et al. Moral distress: tensions as springboards for action[J]. *HEC Forum*, 2012, 24(1):51-62.
- [35] Pye K. Exploring moral distress in pediatric oncology: a sample of registered practitioners[J]. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 2013, 36(4):248-261.
- [36] 赵英男, 马冬飞, 万真真, 等. 医护合作决策分级护理的临床应用研究进展[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(12):111-113.
- [37] 王培芝, 代桂宁, 刘丽, 等. 医护合作健康教育模式在帕金森病患者中的应用[J]. *中国老年学杂志*, 2015, 35(6):1472-1474.
- [38] 胡小平, 钟晓军. 急诊科医护合作小组的组建与实践[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(13):38-39.