

È la cosa giusta da fare? Il Distress Morale nella pratica infermieristica. Revisione della letteratura

■ SABRINA LOVATO¹, LAURA CUNICO²

¹ Infermiera, Cardiologia - Unità Coronarica, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

² Professore a contratto di Infermieristica, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Verona

Riassunto

Introduzione: la situazione di sofferenza che l'infermiere vive quando "riconosce la cosa giusta da fare e tuttavia per impedimenti istituzionali gli è impossibile seguire il giusto corso d'azione" è descritta in letteratura come *moral distress*. L'infermiere, costretto ad agire "in modo contrario ai suoi valori personali e professionali", vede compromessa la sua "integrità e autenticità". La letteratura indica la presenza di distress morale (DM) tra gli infermieri. Obiettivo della revisione è analizzare le cause/fattori che generano DM nella pratica clinica infermieristica e identificare le strategie di contrasto.

Materiali e metodi: ricerca bibliografica nelle banche dati PubMed e Cinahl con le parole chiave: *ethical, moral, distress, nurses*. Presi in considerazione tutti gli articoli di ricerca primaria degli ultimi 7 anni in lingua inglese e italiana. Identificati 128 articoli: esclusi gli editoriali, i contributi teorico-concettuali, le revisioni della letteratura; selezionati 52 articoli di ricerca primaria.

Risultati: le fonti generatrici di DM riguardano gli ambiti: della decisione clinica, delle competenze professionali, della collaborazione multiprofessionale, dell'organizzazione dell'assistenza. Le strategie per fronteggiare il DM coinvolgono il singolo infermiere: consapevolezza dell'esistenza del DM, supporto dei pari, strategie negative di allontanamento; e l'organizzazione: *team* professionale, comunicazione efficace, giro etico, biblioteca etica, *ethics club*, comitato etico, ordine e associazioni professionali.

Conclusioni: il DM suscita crescente attenzione nella pratica, nella formazione e nella ricerca infermieristica. Dare voce a questa

Moral Distress in nursing practice. Doing or not doing the right thing. Literature review

■ SABRINA LOVATO¹, LAURA CUNICO²

¹ RN, Cardiology – Coronary Unit, Verona Integrated University-Hospital

² Nursing Sciences Professor, Faculty of Nursing Sciences, Verona University

Abstract

Introduction: *Moral distress* in the nursing profession is defined in literature as "the painful feelings associated with the mental anguish of nurses arising from their awareness of a morally appropriate action which they cannot perform because of organisational or other constraints." In being forced to act against their own "personal and professional values," nurses have the impression that their "integrity and authenticity" are compromised. Extensive literature reviews have evidenced moral distress (MD) as one of the problems in the clinical context. The objective of this review is to analyse the causes/factors that generate MD in the nursing practice and identify the strategies to help nurses cope and respond to this phenomenon.

Materials and methods: Bibliographical research in the PubMed and Cinahl databanks having the key words: *ethical, moral, distress, nurses*. All the primary Italian and English research articles over the last seven years were taken into consideration. Editorials, theoretical-conceptual dissertations, and literature reviews on other care professions were excluded and 128 articles were identified, while 52 primary research articles were selected.

Results: The clinical contexts that generate MD were related to clinical decision making, professional competences, multi-professional cooperation, and care planning. The strategies that help the individual nurses to cope with MD focus on: awareness of the MD phenomenon, peer support, elimination of negative strategies of withdrawal, and organization which includes the creation of professional teamwork, effective communication, ethical climate, ethical educa-

sofferenza è il primo passo per riconoscere il DM ed esprime la peculiarità del professionista come soggetto morale. La voce è vitale per il nursing. Senza voce gli infermieri rischiano di essere puri agenti, mentre se portano il proprio punto di vista concorrono alle scelte operative e alle decisioni riguardo alle cure.

Parole chiave: distress morale, distress etico, sofferenza morale, infermieri, pratica infermieristica.

Gli autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

REVISIONE
PERVENUTO 07/10/2015
ACCETTATO 10/12/2015

Corrispondenza per richieste: Sabrina Lovato, sabrina.lovato@ospedaleuniverona.it

Introduzione

La situazione di sofferenza che l'infermiere vive quando "riconosce la cosa giusta da fare e tuttavia per impedimenti istituzionali gli è impossibile seguire il giusto corso d'azione" è descritta in letteratura come "moral distress" (DM).¹ L'infermiere, costretto ad agire "in modo contrario ai suoi valori personali e professionali", vede compromessa la sua "integrità e autenticità".² Webster e Baylis³ ampliano la definizione di *moral distress* includendo il mancato perseguimento del giusto corso di azione per errori di giudizio, mancanze individuali, circostanze al di là del proprio controllo. La *Canadian Nurses Association* nel documento *Ethical Distress in Health Care Environments*⁴ si riferisce alla "situazione in cui gli infermieri non possono adempiere al loro dovere e impegno etico, cioè la loro peculiarità di agenti morali, o mancano di perseguire quello che ritengono il giusto corso d'azione, o non riescono a essere all'altezza delle loro aspettative di una pratica infermieristica etica, per uno o più dei seguenti motivi: errore di giudizio, insufficiente determinazione personale, circostanze esterne al loro effettivo controllo. Di conseguenza provano senso di colpa, preoccupazione e disgusto".

Il prendersi cura è un valore morale in senso generale, in quanto espressione dei valori di una comunità. Lo è in senso particolare, in quanto la relazione infermiere-paziente è una sequenza di scelte operative a loro volta espressione di personali criteri di giudizio. Non sono primariamente in gioco conoscenze teoriche riguardanti l'etica e i suoi principi, piuttosto lo è la sensibilità morale soggettiva.⁵ Responsabilità e sensibilità etica sono quindi d'importanza centrale per gli infermieri che forniscono cure in conformità anche ai loro valori morali e in sintonia agli enunciati dei codici deontologici.

tion, ethics library, ethics club, ethics committee, professional registers and associations.

Conclusions: Moral Distress focuses increasingly more on nursing practices, nurses' educational levels, and studies on this phenomenon. To be able to voice out this anguish is the first step in acknowledging the existence of MD and the recognition of the nurse as an ethical person. The courage to speak up is vital for the nursing practice. Without this, nurses run the risk of being mere agents, while in expressing their own opinions they contribute to the operational choices and decisions for the best treatments to be administered.

Key words: moral distress, ethical distress, moral anguish, nurses, nursing practice.

The authors declare to have no conflict of interests.

REVIEWED
RECEIVED ON 07/10/2015
ACCEPTED ON 10/12/2015

Authors' contact address: Sabrina Lovato, sabrina.lovato@ospedaleuniverona.it

Introduction

The anguish suffered by a nurse who is "conscious of a morally appropriate action which, despite every effort, cannot be performed because of organisational or other constraints" is defined in literature as "moral distress" (MD).¹ The nurse is forced to act "in contrast with his own personal and professional values," and sees that his/her "integrity and authenticity is compromised."² In their definition of *moral distress* Webster and Baylis³ include the failure to pursue the right course of action due to wrong judgments, individual shortcomings, and circumstances beyond one's control. In its document *Ethical Distress in Health Care Environments*⁴ the *Canadian Nurses Association* refers to "situations in which nurses are unable to carry out their duties and ethical commitments, i.e., their personal moral convictions, or fail to pursue what they believe to be the correct action, or are unable to meet the expectations of nursing practice ethics, due to any of the following reasons: erroneous judgment, lack of personal determination, and circumstances beyond their control, that result in their sense of guilt, worries and disgust".

Providing care is a moral value in a general sense, since it expresses the values of a community. This is true especially since the nurse-patient relationship is a sequence of operational options that are in turn expressions of personal judgment. What is primarily involved here is not theoretical knowledge concerning ethics and its principles, but rather, subjective moral sensitivity.⁵ Responsibility and ethics are thus central to nurses who provide care in conformity with their moral values and those of the professional codes of ethics.

Prima di introdurre l'obiettivo della presente revisione riteniamo opportuno soffermarci sulla questione terminologica del concetto *moral/ethical distress*. Una riflessione in particolare si pone riguardo alla traduzione in italiano del concetto stesso.

Il significante *distress*, in originale, sembra perdere per il lettore italiano l'ampiezza del suo significato, diluito in una delle tante varianti del più noto, e talora abusato, *stress*. Nello specifico sembra perdersi il riferimento alla percezione del pericolo e della difficoltà a operare e alla sensazione di minaccia alla stessa dimensione esistenziale a fondamento dell'esercizio professionale. Nella letteratura, in generale, al sostantivo *distress* si accompagna l'aggettivo *moral*. Nella letteratura canadese è più presente l'aggettivo *ethical*. L'aggettivo *moral* unito al sostantivo *distress* intende connotare una precisa situazione che si traduce nel quesito *focus* centrale del presente contributo: "È la cosa giusta da fare?". Di per sé questa è la domanda che tutti i professionisti si pongono quando prendono decisioni.

Abbiamo scelto di tradurre *moral distress* con *distress morale*.^{6,7} Ci si chiede, tuttavia, quale traduzione sia più espressiva: *moral distress*, *ethical distress*, *distress morale*, *distress etico*, sofferenza morale, sofferenza etica, patimento morale, patimento etico, pena etica... Sembra una questione di non immediata composizione, da lasciare aperta a una più vasta riflessione.

Box 1 – Moral Distress - Ethical Distress

Il dizionario monolingua Oxford Advanced Learner's Dictionary⁶ riporta: **DISTRESS**
1a. A great pain, sorrow, suffering; 1b. Suffering caused by lack of money, food, etc.
2a. The state of being in danger or difficulty and needing help.

In filosofia la distinzione tra etica e morale non è definitiva. I due termini vengono, in accordo con la maggior parte degli autori, usati in maniera equivalente.

Abbagnano nel Dizionario di filosofia⁷, indica alla voce **ETICA**: "In generale la scienza della condotta". Alla voce **MORALE** si legge: "1. Lo stesso che etica (v.) 2. L'oggetto dell'etica, la condotta in quanto diretta o disciplinata da norme, l'insieme dei mores. In questo significato la parola è adoperata nelle espressioni: la morale dei primitivi, la morale contemporanea, ecc.". Tuttavia, tra gli autori che preferiscono distinguere, alcuni attribuiscono al primo termine il significato particolare che altri attribuiscono al secondo.

Nel soggetto di PubMed la ricerca della parola chiave *ethics* rimanda a 33 subheadings, il primo dei quali definisce *ethics: The philosophy or code pertaining to what is ideal in human character and conduct. Also, the field of study dealing with the principles of morality* (la filosofia o il codice che riguarda ciò che è ideale nella condotta e nel carattere umani. Anche il campo di studio che si occupa dei principi della moralità).

La ricerca di *moral* rileva 6 subheadings. Il primo, *morals: Standards of conduct that distinguish right from wrong* (standard di condotta che distinguono ciò che è giusto da ciò che è sbagliato). Il quinto, *ethics*, rimanda alla voce già vista.

Alla luce di queste considerazioni nella letteratura biomedica si considera equivalente l'utilizzo dei due sostantivi *ethics* e *morals* e dei corrispondenti aggettivi *ethical* o *moral*, in italiano *etico* e *morale*.

Più fonti confermano il ruolo del DM nel malessere degli infermieri. Ne possono derivare comportamenti di rifiuto, evitamento o allontanamento da certi pazienti, con ricadute negative sulle cure erogate.^{8,9} L'impatto fisico ed emozionale del DM interferisce, infatti, con la vita personale degli infermieri. Secondo la Canadian Nurses Association gli infermieri canadesi sono i lavoratori più soggetti a malattia

Before introducing the objective of this review, it would be important to reflect on the terminological issues of the concept of *moral/ethical distress* and particularly with regard to the Italian translation of the concept.

The Italian reader may lose the sense of urgency of the term *distress*, and may tend to dilute it to the more familiar and widely used term of *stress*, a word which does not imply the perception of danger and difficulty in operational activities, and of something that menaces the existential and fundamental dimension of professional activity. Literature generally combines the term *distress* with the adjective *moral*. Canadian literature focuses more on the word *ethical*. The term *moral distress* describes a precise situation which is the main issue of this paper: "Is this the right thing to do?". This is a question which all professionals will have certainly asked themselves in decision-making circumstances.

We chose to translate the term *moral distress* exactly for what it signifies.^{6,7} However, the debate also regards the terms, *ethical distress*, *moral or ethical anguish*... and we shall leave it open to reflection.

Box 1 – Moral Distress - Ethical Distress

The Oxford Advanced Learner's Dictionary⁶ defines **DISTRESS** as:
1a. A great pain, sorrow, suffering; 1b. Suffering caused by lack of money, food, etc.
2a. The state of being in danger or difficulty and needing help.

In philosophy there is no real distinction between ethics and morals. The two terms are used in the same manner by most authors.

In his Philosophy Dictionary⁷ Abbagnano under the term **ETHICS** refers to: "The science of conduct in general" and defines the term **MORAL** as: "1. The same as ethics (v.) 2. The object of ethics, conduct directed or disciplined by norms, the set of the mores. In this sense the word is used in expressions like: the morals of primitive man, contemporary morals, etc." However, the authors prefer to distinguish and attribute to the first term the particular meaning which others give to the second term.

In the list of themes in PubMed the search for the key word brings up 33 subheadings, the first of which defines the term *ethics: The philosophy or code pertaining to what is ideal in human character and conduct. Also, the field of study dealing with the principles of morality*.

On typing the word *moral*, six subheadings come up. The first, *morals: Standards of conduct that distinguish right from wrong*. The first, *ethics*, leads to the aforesaid term.

In the light of these considerations, in biomedical literature the two words *ethics* and *morals* are considered as equivalent.

Many articles confirm MD as a factor of anxiety in nurses. This may derive from attitudes of rejection, avoidance or removal from one's assignment in caring for certain patients, with negative impact on care delivery.^{8,9} The physical and emotional impact of MD interferes, in fact, with the nurses' personal lives. According to the Canadian Nurses Association, Canadian nurses are the workers who are more subject to illnesses and take more leaves and sick leaves than any other professional group.⁴ Unresolved MD is associated to the *burnout* phenomenon and requests to leave the ward or the profession.^{8,9}

There is an abundance of articles on MD in North American nurses: the first papers trace back to 1987,¹⁰ while in Italy the issue has only recently been focused on and the first publications appeared in

ed hanno più assenze ed invalidità di qualsiasi altro gruppo professionale.⁴ Il DM non risolto è associato al fenomeno del *burnout* e alla richiesta di abbandonare il reparto o la professione.^{8,9}

La letteratura sul DM negli infermieri è abbondante e prevalentemente nordamericana: le prime ricerche risalgono al 1987,¹⁰ mentre in Italia l'attenzione è recente: le prime pubblicazioni datano 2012. Non manca letteratura sul DM riguardante le professioni socio-sanitarie.¹¹

L'obiettivo della revisione sul DM degli infermieri nella pratica clinica è di analizzare le cause/fattori che generano DM e le strategie di contrasto.

Metodi

È stata condotta una ricerca bibliografica nelle banche dati PubMed e Cinahl con le seguenti parole chiave: *ethical, moral, distress, nurses*. Sono stati inclusi gli studi di ricerca quantitativa e qualitativa su infermieri, in lingua inglese e italiana, degli ultimi 7 anni (da gennaio 2009 a maggio 2015), poiché sul DM nella pratica infermieristica è disponibile una revisione sistematica di Huffman e Rittenmeyer⁸ relativa al periodo 1995-2008. Sono stati esclusi editoriali, contributi teorico-concettuali, revisioni della letteratura, dissertazioni e studi condotti su altri professionisti sanitari, nonché su campioni misti.

Le autrici, in modo indipendente, hanno effettuato la ricerca della letteratura, l'estrazione dei dati e la categorizzazione per temi e sottotemi delle variabili di risultato emerse dagli studi inclusi. Le divergenze di valutazione e di categorizzazione sono state discusse per trovare una condivisione. Dall'analisi di contenuto sono state generate quattro categorie tematiche e per ciascuna categoria identificati specifici sottotemi. **(Tabella I)**

Non è stata fatta una valutazione qualitativa degli articoli.

Tabella I – Fattori di distress morale nella pratica infermieristica

Temi	Sottotemi
Decisione clinica	Sofferenza e dolore del paziente come esito della decisione clinica
	Inadeguatezza delle cure di fine vita e futilità
	Non riconoscimento dell'autonomia decisionale del paziente
Competenze professionali	Mancato riconoscimento dell'autonomia professionale
	Incompetenza propria e di altre figure
	Esperienza vs inesperienza professionale
Collaborazione multiprofessionale	Mancanza di etica e di dibattito etico
	Mancanza di incontri e confronto in équipe
	Prospettiva medica vs prospettiva infermieristica
Organizzazione dell'assistenza	Carenza di personale
	Tempo insufficiente per le cure infermieristiche
	Barriere e politiche istituzionali

Risultati

La ricerca ha prodotto 128 articoli in PubMed, 105 in Cinahl, di cui 65 comuni alle due banche dati. Sulla base dei criteri enunciati sono stati selezionati 52 studi di ricerca primaria.

2012. There are also many articles on MD in the socio-sanitary professions.¹¹

The objective of this review on MD in clinical practice nurses is to analyse the causes/factors that generate MD and identify the MD coping strategies.

Methods

A bibliographical survey was conducted on PubMed and Cinahl databanks, containing the key words: *ethical, moral, distress, nurses*. English and Italian quantitative and qualitative nurse surveys over the last seven years were also included (from January 2009 to May 2015), given that a systematic review by Huffman and Rittenmeyer⁸ related to the 1995-2008 period is also available. Editorial, theoretic-conceptual articles, literature reviews, dissertations and studies conducted on other healthcare professionals were excluded, along with those on mixed samples.

We independently carried out our literature research, extracting data which we classified according to themes and subthemes, and included the outcome variables that emerged from the studies. The divergences in evaluation and classifications were discussed in order to reach a mutual agreement. Analysis of the contents drew up four classifications of themes and for each category specific subthemes were identified. **(Table I)**

A qualitative analysis of the articles was not performed.

Table I – Moral Distress factors in nursing practice

Themes	Subthemes
Clinical decisions	Suffering and pain of the patient resulting from clinical decisions made
	Inadequacy and futile end-of-life treatment
	Not recognizing the patient's decisional independence
Professional competences	Failure to acknowledge professional independence
	Inherent incompetence of other professionals
	Professional experience vs. inexperience
Multi-professional cooperation	Lack of ethics and ethical discussion
	Lack of team meetings and confrontation
	Medical perspectives vs. nursing perspectives
Care planning	Staff shortage
	Lack of time nursing care
	Institutional barriers and policies

Results

The research work came up with 128 articles in PubMed and 105 in Cinahl, out of which 65 were common to the two databanks. On the basis of the aforesaid criteria, 52 primary research studies were chosen.

Characteristics of the studies

Out of the 52 studies analysed, 36 were quantitative studies. The design prevalently selected by researchers aimed at descriptive/exploratory studies. Three surveys made use of the mixed method, and one was an experimental study (RCT), the most regarded sampling

Caratteristiche degli studi

Dei 52 studi analizzati, 36 sono studi quantitativi. Il disegno prevalentemente scelto dai ricercatori è descrittivo/esplorativo; tre studi di ricerca hanno utilizzato il mixed-method; è presente uno studio sperimentale (RCT); prevale il campionamento di convenienza.

La ricerca qualitativa è rappresentata da 16 studi per lo più con approccio fenomenologico ermeneutico o grounded theory.

Gli obiettivi degli studi sono focalizzati sulle esperienze di DM degli infermieri, le fonti generatrici, le reazioni bio-psico-sociali e le strategie di composizione.

Gli studi sul DM di questi ultimi anni sono stati condotti prevalentemente in ambito ospedaliero, su infermieri di area critica,¹²⁻²⁹ di area della salute mentale,³⁰⁻³³ di area pediatrica;³⁴⁻³⁶ numerosi studi invece hanno coinvolto infermieri di differenti contesti clinici internistici, chirurgici, di area critica e di comunità.³⁷⁻⁶³

Gli Stati Uniti d'America e il Canada hanno prodotto più letteratura sul DM. Anche l'Europa, soprattutto negli ultimi cinque anni, ha approfondito il tema; a seguire l'area Asiatica e Medio-Orientale, l'Africa, l'America Latina e l'Oceania. Negli studi quantitativi, 29 studi su 36 utilizzano la *Moral Distress Scale* (MDS) di Corley, talora con specifici adattamenti al contesto (psichiatrico, neonatale-pediatrico, geriatrico). Si tratta del primo strumento di misurazione inerente all'etica clinica infermieristica, già disponibile prima del 2009.^{64,65} La scala è composta da 38 item; ciascuno descrive una specifica situazione di assistenza ospedaliera. Le situazioni cliniche sono: pratica medica, pratica infermieristica, fattori istituzionali, cure futili, inganno/manipolazione, eutanasia. La scala misura la percezione degli infermieri in due dimensioni: intensità del DM che si crea in una specifica situazione, frequenza con cui la specifica situazione si verifica nella pratica. In un articolo viene validato il *Moral Distress Thermometer* (MDT), ideato come *Moral Distress Bookmark* da Cook & Hoas nel 2000 e validato come MDT da Wocial & Weaver nel 2013.⁴⁴ È una scala a 11 punti, da 0 a 10, con 6 descrittori verbali (da DM assente a intollerabile); chiede ai rispondenti di riflettere sulla pratica clinica nelle ultime due settimane e di identificare sul termometro il livello di DM. Negli altri studi sono presenti strumenti costruiti ad hoc per valutare il DM.^{46,50,54,58,63} Uno studio adotta l'*Ethics Stress Scale*,²⁸ una scala con 56 item e 6 sottoscale con affermazioni positive e negative inerenti alla sfera affettiva, cognitiva e comportamentale.

Frequenza e intensità di distress morale

In generale, negli studi sul DM in terapia intensiva per adulti e pediatrica,¹²⁻²⁹ gli infermieri sperimentano DM riportando livelli di bassa-moderata frequenza e intensità; non emergono differenze nell'intensità e frequenza quando si confrontano i contesti di area critica e non critica.^{45,51}

Fattori che generano distress morale

Generano DM situazioni riguardanti gli ambiti della decisione clinica, delle competenze professionali, della collaborazione multiprofessionale, dell'organizzazione dell'assistenza.

convenienza. Qualitative research was represented by 16 surveys, mostly through a phenomenological hermeneutical or grounded theory approach.

The works focused on the MD experiences of nurses, the causes, the bio-physical-social reactions and structural elements. Over the last years, the MD surveys have been prevalently conducted in hospitals with critical care nurse samples,¹²⁻²⁹ and those in mental health³⁰⁻³³ and pediatric departments;³⁴⁻³⁶ while numerous studies involved nurses of different clinical contexts, internists, surgeons of the critical care areas and hospital communities.³⁷⁻⁶³

The USA and Canada have produced more literature on MD. Also Europe, especially over the last five years, has conducted in-depth studies on the theme. Then Asia and the Middle-East, Africa, Latin America and Oceania followed. In the quantitative studies, 29 out of 36 used the Corley *Moral Distress Scale* (MDS), at times with specific adjustments to the context (psychiatric, neonatal-pediatric, geriatric). This was the first clinical nursing ethics measuring tool, which was already available before 2009.^{64,65} The measurement scale is composed of 38 items, each describing a specific situation in hospital care. The clinical situations are: medical practice, nursing practice, institutional factors, futile treatments, deception/manipulation, and euthanasia. The scale measured the perception of nurses in two dimensions: intensity of MD that arises in a specific situation, and frequency with which the specific situation occurs in practice. One study validated the *Moral Distress Thermometer* (MDT), conceived as a *Moral Distress Bookmark* by Cook & Hoas in 2000 and validated as an MDT by Wocial & Weaver in 2013.⁴⁴ This is an 11-point scoring system from 0 to 10, with six verbal descriptors (from absence of MD to intolerable), and asks the respondents to reflect on the nursing practice over the last two weeks and identify the MD level on the thermometer. In other studies there were also ad hoc tools created to assess MD.^{46,50,54,58,63} One study adopted the *Ethics Stress Scale*,²⁸ a scoring scale with 56 items and six subscales with positive and negative affirmations regarding the affective, cognitive and behavioural spheres.

Frequency and intensity of moral distress

Generally, in the studies on MD in paediatric and adult intensive care settings,¹²⁻²⁹ the nurses experience MD at low-moderate frequency levels without the emergence of differences in intensity and frequency when compared to the critical and noncritical areas.^{45,51}

Factors that generate moral distress

The scenarios where MD develops are usually those where clinical decisions are made, or those involving professional competences, multi-professional collaboration, and care planning.

MD related to clinical decisions regarded: pain management,^{21,34,52,58,59} end-of-life treatments, futile interventions,^{12,18,19,21,23,25,29,34,38,42,51-53,55,56,58} and failure to accept the independ-

Il DM legato alle decisioni cliniche riguarda la gestione del dolore,^{21,34,52,58,59} la pianificazione delle scelte nelle cure di fine vita, la fattibilità degli interventi,^{12,18,19,21,23,25,29,34,38,42,51-53,55,56,58} il mancato riconoscimento dell'autonomia decisionale del paziente.^{15,21,33,47,49,58}

Le competenze proprie o altrui (inappropriate, insufficienti, rischiose per la sicurezza del paziente) sono fonte di DM.^{12,19,23,25,35,40,42,47,52,53,55,59,62} Frequenti sono anche il mancato riconoscimento dell'autonomia infermieristica e il conseguente impedimento della sua espressione.^{15,16,22,33,56} Riguardo all'esperienza professionale in qualche caso è l'inesperienza a rendere il giovane professionista a rischio di DM,^{14,29,54,57} altre volte è un'esperienza matura e riflessuta che rende più sensibili ai fattori di DM.^{28,52}

Il tema della collaborazione multiprofessionale riguarda la difficoltà di prospettiva infermieristica e medica,^{15-17,49,60} la mancanza di incontri e confronto in équipe,^{22,25,33,56,63} la rilevata mancanza di etica e dibattito etico.^{16,21,30,52,60,62}

Nell'organizzazione dell'assistenza, il tempo insufficiente per le cure infermieristiche è dichiarato fonte di DM, così come la quantità e la qualità del personale, in particolare lavorare con livelli di organico infermieristico considerati pericolosi.^{12,14,16,32,39,42,47,52,55-57,59,62,63} Nell'ambito organizzativo emerge un ultimo fattore legato alle barriere e alle politiche istituzionali.^{16,21,23,25,33,38,40,60,61}

I fattori associati al DM sopra descritti ricorrono nella maggior parte degli studi, indipendentemente dai contesti culturali in cui il fenomeno è indagato.

Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche, un aspetto contraddittorio del fattore tempo riguarda l'esposizione del professionista al lavoro di cura, a tempo pieno o part-time. Originale è lo studio olandese⁴⁶ nel quale gli infermieri part-time sperimentano più DM dei colleghi a tempo pieno. Gli autori ipotizzano che questi infermieri siano meno inseriti nella cultura organizzativa del reparto e perciò forse più critici nel cogliere la mancanza di etica nella pratica quotidiana. In generale negli studi non emergono differenze di genere: soltanto uno studio riporta una differenza statisticamente significativa tra i livelli di DM nelle donne più elevati che negli uomini.¹³

Reazioni negative bio-psico-sociali al DM

Sono ampiamente descritte le risposte bio-psico-sociali degli infermieri che esprimono DM: rabbia, frustrazione, senso di colpa, ambivalenza, insonnia, depressione, immobilismo, conformismo, rinuncia, allontanamento, fuga ed elusione.^{15-17,21,24,28,29,31,33,34,40,45,48,57,58}

Azioni pro-attive al DM

Dagli infermieri non mancano i suggerimenti positivi per fronteggiare il DM: chiedere supporto ai pari, parlare con altri infermieri o con persone significative al di fuori dell'ambito lavorativo; anche la comunicazione efficace, attraverso sessioni di debriefing^{24,33,45,49,56,57}, è ritenuta elemento chiave per dare al paziente buone cure, per interagire tra professionisti sanitari, paziente e familiari. I nurse leader possono contribuire a garantire lo sviluppo e il cambiamento delle

ence of patients in making their own decisions.^{15,21,33,47,49,58}

The nurse's personal expertise or that of others (inappropriate, inadequate, risky for the safety of patients) can cause MD.^{12,19,23,25,35,40,42,47,52,53,55,59,62} A frequent cause is the failure to recognise the independence of nurses and consequently barring their possibilities to fully express themselves.^{15,16,22,33,56} As to professional experience, in some cases, inexperience can place a young professional at risk of MD,^{14,29,54,57} and at times the more mature and reflective professionals become more sensitive to MD factors.^{28,52}

The theme of multi-professional cooperation regards the distortion of nursing and medical perspectives,^{15-17,49,60} lack of team meetings and confrontation,^{22,25,33,56,63} ascertained lack of ethics and ethical debates.^{16,21,30,52,60,62}

As to care planning, the lack of time for nursing care is declared as a source of MD, as also the quantity and quality of personnel. Especially the shortage of nursing staff levels is considered risky.^{12,14,16,32,39,42,47,52,55-57,59,62,63} A last fact that emerged within the organisational framework is related to institutional barriers and policies.^{16,21,23,25,33,38,40,60,61}

The aforementioned factors associated to MD recur in most of the studies, regardless of the cultural contexts that produced the phenomenon under study.

Further to the socio-demographic variables, a contradictory aspect is the factor of time a practitioner is given for care activities, whether with full-time or part-time employment. A quite original Dutch survey⁴⁶ annotated that part-time nurses were more exposed to MD than their full-time colleagues. The authors presumed that these nurses were less inserted in the organisational culture of the ward and were thus more critical in accepting the lack of ethics in daily practice. The studies generally did not highlight any differences in gender. Only one study reported a statistically important difference in the levels of MD: in women it was higher than in men.¹³

Negative bio-psycho-social reactions to MD

The nurses' bio-psycho-social responses to MD are extensively described in expressions of anger, frustration, sense of guilt, ambivalence, insomnia, depression, immobilization, conformism, renunciation, alienation, escape and evasion.^{15-17,21,24,28,29,31,33,34,40,45,48,57,58}

Proactive response to MD

Nurses also gave positive suggestions as to how MD can be faced such as: asking for peer support, and speaking to other nurses or people who care, outside the work place. Also effective communication through debriefing sessions^{24,33,45,49,56,57} was considered a key element that can result in good treatments for patients, interaction between care practitioners, patients, and their relatives. The nurse leaders can greatly contribute to ensuring development and changes in institutional policies^{17,23,47,49,57} as also through consultation with the Ethics Committee to clarify specific problems and highlight the responsibility of the system in maintaining the conditions

politiche delle istituzioni^{17,23,47,49,57}, così come la consulenza del Comitato di Etica per chiarire specifici problemi può mettere in luce le responsabilità del sistema nel mantenere le condizioni che fomentano DM.^{45,49,57}

La formazione come strategia per ridurre il DM è indagata da Robinson et al.⁴¹ con un disegno quasi sperimentale pre e post su un campione di 67 infermieri; l'intervento formativo, che prevedeva sessioni di lezioni, role playing, giri etici, debriefing, mentorato clinico, ha prodotto un cambiamento positivo negli atteggiamenti, nelle conoscenze e abilità dei partecipanti. Lo studio RCT di Molazem et al.²⁰ in un campione di 60 infermieri ha dimostrato l'efficacia di un intervento formativo che implementa il Modello delle 4A proposto dall'American Association of Critical Care Nurses²; gli infermieri assegnati al gruppo intervento, rispetto al gruppo di controllo che non ha partecipato al corso, hanno ridotto il livello di DM nei follow-up a uno e due mesi. Infine, la formazione è suggerita dagli infermieri come opportunità di composizione del DM.^{33,61}

Discussione

Gli infermieri di area critica sono stati i primi a essere coinvolti nelle indagini sul DM. Nel tempo, l'interesse si è spostato verso altri ambiti assistenziali, prevalentemente ospedalieri. La costruzione e lo sviluppo di strumenti ad hoc, come la scala di Corley,⁶⁴ hanno permesso di stimare e valutare il DM, nonché validare il suo costruito. Una revisione sistematica di sessantacinque strumenti di misurazione inerente all'etica clinica riporta la *Moral Distress Scale* di Corley⁶⁶ tra i 10 selezionati per i requisiti psicometrici ritenuti necessari. In Italia è stato condotto uno studio di traduzione, adattamento e validazione della MDS per l'ambito di oncologia pediatrica.³⁵

Nelle decisioni cliniche è fonte di DM la condizione in cui la prospettiva medica e quella infermieristica divergono al punto da non trovare un comune intento nella gestione del problema di salute del paziente. Si tratta, in generale, di situazioni di pratica clinica che stimolano in modo concreto la valutazione di ciò che è più giusto fare o non fare e di come prospettarlo al paziente per consentirgli di decidere in autonomia. In particolare sono in causa la sottostima del dolore e il sottodosaggio della terapia antalgica, l'inadeguatezza delle cure di fine vita, la futilità di trattamenti diagnostico-terapeutici.

Gli infermieri indicano come fattore di DM il mancato riconoscimento dell'autonomia decisionale del paziente, a scapito di un approccio empowerment in parte disatteso.

La letteratura testimonia tendenzialmente la mancanza di confronto e di incontri dedicati alla riflessione etico-clinica tra i componenti del team.

La variabile tempo, come mancanza, rappresenta un elemento generatore di DM. La pressione del tempo sembra frustrare il professionista proprio nella dimensione fondativa della filosofia assistenziale, il caring.

Tra le azioni pro-attive che il singolo infermiere può adottare per rispondere a una situazione di DM vi è, in primo luogo, la non ne-

that foment MD.^{45,49,57}

Robinson et al.⁴¹ focused on education and training as a strategy in reducing MD through an almost experimental pre/post study design carried out on a sample of 67 nurses. The formative intervention provided for lessons, role playing, ethical paths, debriefing, clinical mentoring, that produced a positive change in the attitudes, know-how and skills of the participants. The RCT survey of Molazem et al.²⁰ carried out on a sample of 60 nurses demonstrated the efficacy of an educational-training program implementing the Model of the 4As proposed by the American Association of Critical Care Nurses.² The nurses assigned to the intervention group, with respect to the control group which did not participate in the course, were seen to have reduced MD levels in the follow-up sessions conducted after one month or two months. Lastly, the nurses said that education-training was as an important MD sensitivity factor.^{33,61}

Discussion

Critical care nurses were the first to get involved in surveys on MD. With time, the focus was shifted to other fields of care, prevalently in the hospital setting. The design and development of ad hoc tools such as the Corley Scale⁶⁴ enabled us to estimate and assess MD and also validate its importance. A systematic review of the 65 scoring tools regarding clinical ethics reported the Corley's *Moral Distress Scale*⁶⁶ as among the 10 selected for the psychometric requisites believed to be necessary. In Italy, a survey was conducted on the translation, adaptation and validation of the MDS for the pediatric oncology areas.³⁵

In clinical decisions, what can cause MD is the condition in which the medical and nursing perspectives differ, up to the point of not reaching a common aim in handling the health problems of patients. This generally has to do with clinical practice situations that concretely bring up the process of evaluating what is the right thing to do or not to do, and of how to present it to the patient, in order to enable him/her to independently make a decision. In particular, what are involved here are the underestimation of pain and under-dosing of the analgesic therapy, inadequacy of end-of-life care, and futility of diagnostic-therapeutic treatments.

One of the factors which nurses indicate as an MD factor is the failure to acknowledge the patient's independence in making his/her own decisions, to the detriment of a partly disregarded empowerment approach.

Literature studies generally testify to the lack of team meetings and confrontations dedicated to the ethical-clinical reflection among the members of a team.

The time variable, i.e. lack of time, is an MD risk factor. Time pressure seems to frustrate the practitioners precisely in their perception of the basic philosophical dimension of caring.

Among the proactive actions which the single nurse can adopt to respond to an MD situation, is to be found in the first place, not to negate the existence of the phenomenon. What should be taken into consideration is that a certain degree of anguish, and

gazione del fenomeno. Va considerato che un certo grado di sofferenza, quindi di DM, fa parte del lavoro di cura. Mantenere l'allerta a segnali di DM, dare un nome al malessere, individuarne l'origine, parlarne, consente di padroneggiare meglio ciò che sta accadendo, aumenta la capacità di resistenza e in prospettiva di soluzione. Il termometro del DM è un agile strumento di somministrazione e potrebbe essere utilizzato per identificare i soggetti a rischio, intercettando coloro che intendono lasciare il reparto.⁴⁴ L'infermiere conoscendo le conseguenze perniciose del DM adatterà meno strategie negative di allontanamento, di fuga e di elusione che sono una risposta a situazioni angoscianti e penose. Tenuto conto delle ricadute sull'assistenza, le strategie di superamento del DM vanno considerate un impegno, addirittura un obbligo professionale. Occorre usare le risorse personali, professionali e istituzionali per affrontarlo. Chiedere supporto ai pari, parlare con altri infermieri, può essere una feconda strategia per rompere il silenzio che mantiene l'infermiere con DM nella sua sofferenza. Se l'ambiente di lavoro non è un luogo favorevole alla riflessione e al dialogo aperto, è opportuno trovare un luogo neutrale per incontrarsi. Tuttavia, la pretesa di gestire singolarmente o tra pari il DM non è sufficiente. È l'insieme dei professionisti che crea il clima etico del contesto di cura. Ciò significa lavorare sulle questioni di pratica clinica senza scambi di accuse. Sempre più, la letteratura porta l'attenzione al contesto organizzativo e in particolare al clima etico degli ambienti di cura.^{26,62} È ciò che "si respira" all'interno del luogo di lavoro che conduce allo sviluppo di DM. I modelli organizzativi-assistenziali danno forma ad ambienti di lavoro e a sistemi di interazione che consentono o inibiscono l'espressione dei valori etici, anche riguardo all'ordine delle priorità nella cura dei pazienti.

La periodica presentazione dei casi nel team multidisciplinare favorisce lo scambio. Gli infermieri sono coinvolti, ed esigono di esserlo, nel processo decisionale e sono consapevoli che spesso le opinioni differenti portano verso un terreno comune se la discussione è franca e rispettosa. Gli infermieri dovrebbero essere incoraggiati a discutere le loro valutazioni e preoccupazioni con i medici riguardo, ad esempio, alla futilità delle cure in maniera rispettosa e non intimidatoria. Il ricorso al Comitato Etico può aiutare a chiarire la natura dei problemi. Anche se la situazione può non risolversi nel modo desiderato dall'infermiere, venire ascoltati e testimoniare la propria esperienza aiuta a dare senso agli eventi, può essere gratificante e promuovere forme di riparazione. Una sintesi mnemonicamente efficace di quanto sin qui affermato è contenuta nella *Position Statement* sul DM del 2003 revisionata nel 2008 dell'American Association of Critical Care Nurses². Si tratta del Modello delle 4A per superare il DM, dettagliatamente articolato, con una scala numerica di autovalutazione. È una cassetta degli attrezzi pragmatica, analitica e funzionale.²⁰

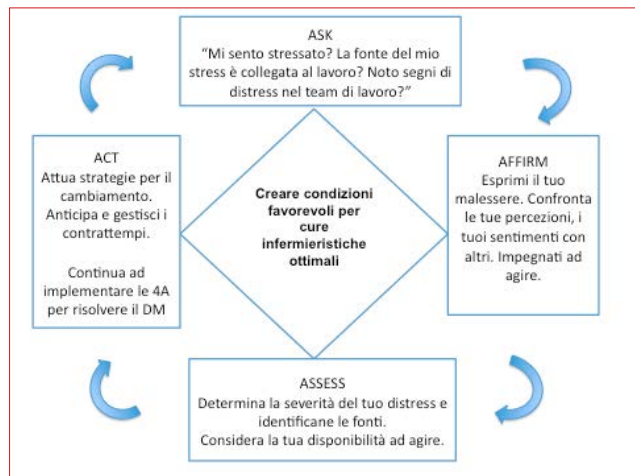
Incentivare la formazione e l'autoformazione del professionista e dell'*équipe* risulta un'efficace strategia.^{20,41} Beneficio può essere tratto anche dall'adozione del modello di mentorato, in particolare utile per i giovani professionisti.⁴¹ **(Grafico 1)**

therefore of MD, is part of the caring profession. It is important to be alert to the signs of MD, and calling it by its name, identifying its origin, and speaking about it, will help in coping better with what is occurring, and will boost the practitioner's resistance in the perspective of finding a solution. The MD thermometer is a user-friendly tool and can be used to identify the persons who are at risk, intercepting those who wish to change wards or leave the profession.⁴⁴ In being aware of the pernicious effects of MD, nurses will adopt less negative strategies of estrangement, escape and evasion as their response to oppressive and painful situations. In taking into account the impact on nursing care, the MD coping strategies are to be considered as a commitment and even more, as a professional obligation. We need to use personal, professional and institutional resources to face it. Requesting support from one's peers, speaking about it with other nurses, can be a fruitful strategy to break the silence which holds down morally distressed nurses in their anguish. If the work place does not help to reflect and instate open dialogue, it would be good to find a neutral ground to meet. However, the presumption of handling the MD situation alone or between peers will not suffice. The practitioners as a group can create the ethical atmosphere of a care environment. This implies working together on clinical practice issues without exchanging accusations. Literature increasingly underpins the organisational context and particularly the ethical context of the care environment.^{26,62} It is the air one "breathes" in a work place that leads to the onset of MD. The organisational-care models mould the work place and the interaction systems that foster or inhibit the expression of ethical values, also with regard to the order of priorities in caring for patients.

The periodical presentation of the cases in the multidisciplinary team enhances exchange. The nurses are involved and demand to be involved in the decision-making processes, and are aware that, most often, diverging opinions can lead to a common ground if there is a frank and respectful discussion. Nurses should be encouraged to discuss their opinions and worries with the doctors in a respectful and not intimidating manner regarding, for example, the futility of care. Recourse to the Ethics Committee may help to clarify problems. Even if the situation cannot be resolved in the way a nurse would wish, being listened to and being able to relay one's experience, will help in giving a meaning to the events, and could also be gratifying, and may promote the resolution. A mnemonically effective summary of what we have said up to now, is contained in the *Position Statement* on MD of 2003, reviewed in 2008 as issued by the American Association of Critical Care Nurses.² It is related to the 4A Model MD coping strategy, laid out in detail with a numerical self-assessment scale. It is a pragmatic, analytical and functional toolbox.²⁰

Incentivising education and self-education of practitioners and the team, has proven to be an effective strategy.^{20,41} Also the adoption of a mentoring model may be beneficial, and particularly useful for the young practitioners.⁴¹ **(Graph 1)**

Grafico 1 – Modello delle 4A per il superamento del DM (modificato)²
Il processo di cambiamento avviene per fasi ed è ciclico. Può essere necessario ripetere più volte ciascuna fase.



A completare l'analisi delle strategie, crediamo opportuno segnalare le originali proposte di due autrici non comprese nel periodo di revisione.

Gutierrez⁶⁷ suggerisce il "giro etico (*ethics round*)", per discutere le questioni etiche relative agli obiettivi di cura del paziente. Raines⁶⁸ propone di costruire una biblioteca etica su questioni infermieristiche e un "*ethics club*" capace di promuovere incontri dedicati alla discussione di questioni e all'analisi di articoli su temi etici, una volta al mese, da inserire nei meeting di routine.

Conclusioni

Gli infermieri sperimentano DM durante l'esercizio professionale sia nei contesti di area critica, sia nei contesti clinici non intensivi. L'ambito geografico culturale, così come le variabili socio-demografiche, non sembra influenzare la percezione del DM.

Tra i fattori fonte di DM emersi dalla revisione incidono maggiormente gli ambiti della decisione clinica e della collaborazione professionale. Il tema, in concreto, riguarda la valutazione di ciò che è più giusto fare o non fare, di come prospettarlo al paziente. Non si tratta di giungere a una piena condivisione della scelta diagnostica e/o terapeutica, ma a una decisione che sia discussa ed elaborata nel team di cura.

Tutte le strategie hanno in comune il bisogno di *morally open spaces*,⁶⁹ dove sia possibile un dialogo riflessivo e la narrazione delle esperienze venga incoraggiata. Dare voce alla sofferenza è il primo passo per riconoscere il DM ed è, insieme, la concreta manifestazione del professionista come soggetto morale.

Non è stata effettuata una valutazione qualitativa degli studi, sebbene siano stati rilevati alcuni elementi di validità come la presenza di campioni prevalentemente piccoli, non probabilistici di convenienza.

Graph 1 – 4As MD coping model (modified)²
The process of change comes about in cyclical phases. Each phase may have to be repeated more than once.

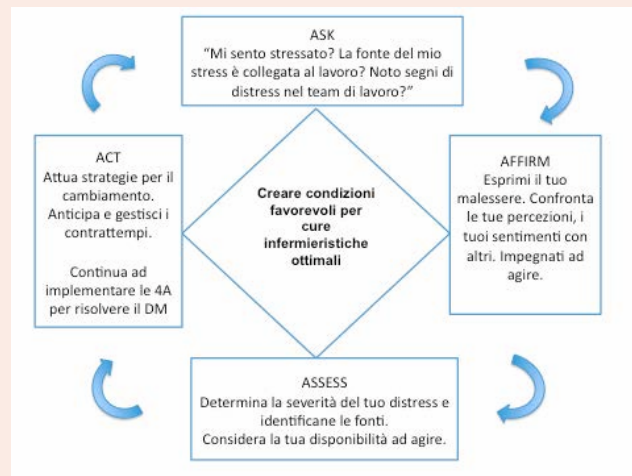


Diagram:

ASK: Do I feel stressed? Is it related to work? Do I see signs of stress in the work team?

ACT: Implement strategies for change. Anticipate and handle unexpected events. Continue to implement the 4As to resolve MD.

Create Conditions that enhance excellent nursing care services

ASSESS: Determine the severity of your distress and identify the causes. Consider your willingness to act.

AFFIRM: Voice out your discomfort. Confront your feelings with others. Undertake action.

To complete the analysis of strategies, we saw the importance of highlighting the proposals of two authors that were not included during the review.

Gutierrez⁶⁷ suggests the *ethics round*, a round table to discuss the ethical issues related to the care objectives of the patients. Raines⁶⁸ proposed to set up an ethical bibliography on nursing issues and an "*ethics club*" to help promote encounters dedicated to the discussion of matters and analysis of articles on ethical themes, once a month, to be inserted in routine meetings.

Conclusions

Nurses, in critical care areas, as well as in non-intensive clinical contexts, may experience MD in their nursing practice. The geographic-cultural context, such as the socio-demographic variables, does not seem to impact on the perception of MD.

Among the MD factors highlighted by our review, the settings that saw the occurrence of the MD were those related to clinical decisions and professional teamwork. The issues mainly regarded the assess-

Questa revisione mette in luce la necessità di promuovere la ricerca sull'efficacia di interventi o azioni pro-attive nel contrastare il DM. Attenzione dovrà essere posta dalle istituzioni non solo a promuovere il clima etico, ma anche a indagare e governare particolari situazioni per ridurre intensità e frequenza di DM all'interno dei luoghi di cura.

ment on the right thing to do or not to do, and of how this decision should be relayed to the patient. It was not a matter of reaching a fully approved diagnostic/therapeutic option, but the full discussion and elaboration amongst the members of the care team.

All the strategies showed the common need of *morally open spaces*,⁶⁹ where reflexive dialogue and sharing of experiences are encouraged. Voicing out one's worries is the first step toward the recognition of moral distress, and is also the concrete manifestation of the practitioner as an ethical person. We did not perform a qualitative assessment of the studies, although some valid factors were noted, such as the presence of prevalently small samples, not based on convenience probabilities.

This survey brings to light the need to promote studies on proactive interventions and actions to counter Moral Distress. Institutions should not only pay attention to promoting an ethical atmosphere, but should also investigate and control certain situations so as to reduce the intensity and frequency of MD within care settings.

Bibliography

- JAMETON A. *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1984. P. 6.
- American Association of Critical Care Nurses. *Position Statement - Moral Distress*. 2008. Available at: <http://www.aacn.org/wd/practice/content/publicpolicy/publicpolicypositionstatement.pcms?menu=practice>. Last accessed: 01.09.2015.
- WEBSTER GC, BAYLIS FE. *Moral residue*. In: Rubin SB, Zoloth L. *Margin of error. The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown: MD University Publishing Group. 2000. P. 217-32.
- Canadian Nurses Association. *Ethical distress in health care environments*. 2003. Available at: <http://www.cna-aiic.ca/en/download-buy/nursing-ethics>. Last accessed: 01.09.2015.
- LÜTZÉN K, CRONQVIST A, MAGNUSSON A, ANDERSSON L. *Moral stress: synthesis of a concept*. *Nurs Ethics*. 2003;10(3):312-22.
- Oxford Advanced Learner's Dictionary. 5th Ed.* Oxford: Oxford University Press. 1997. P. 337.
- ABBAGNANO N. *Philosophy Dictionary. 3a Ed.* Torino: UTET. 2001. p. 437, P. 730.
- HUFFMAN DM, RITTENMEYER L. *How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review*. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(1):91-100.
- SCHLUTER J, WINCH S, HOLZHAUSER K, HENDERSON A. *Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review*. *Nurs Ethics*. 2008;15(3):304-21.
- WILKINSON JM. *Moral distress in nursing: experience and effect*. *Nurs Forum*. 1987;23(1):16-29.
- WHITEHEAD PB, HERBERTSON RK, HAMRIC AB, EPSTEIN EG, FISHER JM. *Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey*. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):117-25.
- SAUERLAND J, MAROTTA K, PEINEMANN MA, BERNDT A, ROBICHAUX C. *Assessing and addressing moral distress and ethical climate part II*. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015;34(1):33-46.
- O'CONNEL CB. *Gender and the experience of moral distress in critical care nurses*. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):32-42.
- SHOORIDEH FA, ASHKTORAB T, YAGHMAEI F, MAJID HA. *Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover*. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):64-76.
- MOLLOY J, EVANS M, COUGHLIN K. *Moral distress in the resuscitation of extremely premature infants*. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):52-63.
- CHOE K, KANG Y, PARK Y. *Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study*. *J Adv Nurs*. 2015; epub ahead of print Feb 16.
- KARANICOLA MNK, ALBARRAN JW, DRIGO E, GIANNAKOPOULOU M, KALAFATI M, MPOUZIKA M, TSIAOUSIS GZ, PAPATHANASSOGLOU EDE. *Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy*. *J Nurs Manag*. 2014;(22):472-484.
- MCLEOD A. *Nurses' views of the causes of ethical dilemmas during treatment cessation in the ICU: a qualitative study*. *Brit J Neuroscience Nurs*. 2014;10(3):131-7.
- FERNANDEZ-PARSONS R, RODRIGUEZ L, GOYAL D. *Moral distress in emergency nurses*. *J Emerg Nurs*. 2013;39(6):547-52.

20. MOLAZEM Z, TAVAKOL N, SHARIF F, KESHAVARZI S, GHADAKPOUR S. *Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards.* J Med Ethics Hist Med. 2013;6:5.
21. WIEGAND D, FUNK M. *Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress.* Nurs Ethics. 2012;19(4):479-87.
22. PAPANASSOGLOU EDE, KARANICOLA MNK, KALAFATI M, GIANNAKOPOULOU M, LEMONIDOU C., ALBARRAN WL. *Professional autonomy, collaboration with physicians and moral distress among European intensive care nurses.* Am J Crit Care. 2012;21(2):e41-e52.
23. GANZ FD, RAANAN O, KHALAILA R, BENNAROCH K, SCHERMAN S, BRUTTIN M, SASTIEL Z, FINK NF, BENNENISHTY J. *Moral distress and structural empowerment in a national sample of Israeli intensive care nurses.* J Adv Nurs. 2013;69(2):415-24.
24. MAGUIRE D, WEBB M, PASSMORE D, CLINE G. *NICU nurses' lived experience.* Adv Neon Care. 2012(5):281-5.
25. ATASHZADEH SHORIDEH F, ASHKTORAB T, YAGHMAEI F. *Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis.* Nurs Ethics. 2012;19(4):464-78.
26. McANDREW NS, LESKE JS, GARCIA A. *Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care.* J Trauma Nursing. 2011;18(4):221-30.
27. LAWRENCE LA. *Work engagement, moral distress, education level and critical reflective practice in intensive care nurses.* Nurs Forum. 2011;46(4):256-68.
28. RADZVIN LC. *Moral distress in certified nurse anaesthetists: implications for nursing practice.* AANA J. 2011;79(1):39-45.
29. CAVALIERE TA, DALY B, DOWLING D, MONTGOMERY K. *Moral distress in neonatal intensive care unit RNs.* Adv Neonatal Care. 2010;10(3):145-56.
30. HAMAIDEH SH. *Moral distress and its correlation among mental health nurses in Jordan.* Int J Ment Health Nurs. 2014;23:33-41.
31. MUNSTO L, SCHREIBER SR. *Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing.* Issues Mental Health Nursing. 2012;33(3):137-44.
32. OHNISHI K, OHGUSHI Y, NAKANO M, FUJII H, TANAKA H, KITAOKA K, NAKAHARA J, NARITA Y. *Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan.* Nurse Ethics. 2010;17(6):726-40.
33. DEADY R, MCCARTHY J. *A study of situations, features and coping mechanisms of Irish psychiatric nurses who experience moral distress.* Perspective of Psychiatric Care. 2010;46(3):209-20.
34. GREEN J, DARBYSHIRE P, ADAMS A, JACKSON D. *It's agony for us as well: neonatal nurses reflect on iatrogenic pain.* Nurse Ethics. 2014; epub before printing Dec 8.
35. LAZZARIN M, BIONDI A, DI MAURO S. *Moral distress in nurses in oncology and haematology units.* Nurse Ethics. 2012;19(2):183-95.
36. RASHOTTE J, KING J, THOMAS M, CRAGG B. *Nurses' moral experience of administering PRN anti-seizure medications in paediatric palliative care.* Can J Nurs Res. 2011;43(3):58-77.
37. KLEINKNECHT-DOLF M, FREI IA, SPICHTIGER E, MULLER E, MARTIN JS, SPIRIG R. *Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study.* Nurs Ethics. 2015;22(1):77-90.
38. ATABAY G, CANGARLI BG, PENBECK S. *Impact of ethical climate on moral distress revisited: multidimensional view.* Nures Ethics. 2015;22(1):103-116.
39. VAZIRI MH, MERGATHI-KHOEI E, TABATABAEI S. *Moral distress among Iranian nurses.* Iran J Psychiatry. 2015;10(1):32-6.
40. WOODS M, RODGERS V, TOWERS A, LA GROW S. *Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey.* 2015;22(1):117-30.
41. ROBINSON EM, LEE SM, ZOLLFRANK A, JURCHAK M, FROST D, GRACE P. *Enhancing moral agency: clinical ethics residency for nurses.* Hastings Center Report. 2014;44(5):12-20.
42. SAUERLAND J, MAROTTA K, PEINEMANN MA, BERNDT A, ROBICHAUX C. *Assessing and addressing moral distress and ethical climate part I.* Dimensions of Critical Care Nurse. 2014;33(4):234-45.
43. SIRILLA J. *Moral distress in nurses providing direct care in inpatient oncology units.* 2014;18(5):536-41.
44. WOCIAL LD, WEAVER MT. *Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the moral distress thermometer.* J Advanced Nursing. 2013;69(1):167-74.
45. WILSON MA, GOETTEMOLLER DM, BEVAN NA, MCORD JM. *Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses.* J Clin Nurs. 2013;22(9-10):1455-65.
46. VEER AJ, FRANCKE AL, STRULIS A, WILLEMS DL. *Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross-sectional correlational questionnaire survey.* Int J Nurse Stud. 2013;50(1):100-8.
47. BARLEM ELD, LUNARDI VL, LUNARDI GL, TOMASCHESKI-BARLEM JG, DA SILVEIRA RS. *Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance.* Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(1):293-9.
48. BARLEM ELD, LUNARDI VL, LUNARDI GL, TOMASCHESKI-BARLEM JG, DA SILVEIRA RS, DALMOLIN GL. *Moral distress in nursing personnel.* Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(Spec):79-87.
49. EDWARDS MP, McCLEMENT SE, READ LR. *Nurses' responses to initial moral distress in long-term care.* J Bioeth Inq. 2013;10(3):325-36.

50. DAVIS S, SCHRADER V, BELCHEIR MJ. *Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection*. Nurse Ethics. 2012;19(6):738-49.
51. DE VILLERS MJ, DeVON HA. *Moral Distress and avoidance behaviour in nurses working in critical care and noncritical care units*. Nurse Ethics. 2012;20(5):589-603.
52. NEGRISOLO A, BRUGNARO L. *Il moral distress nell'assistenza infermieristica*. Prof Inferm. 2013;65(3):163-8.
53. PIERS RD, VAN DEN EYNDE M, STEEMAN E, VLERICK P, BENOIT DD, VAN DEN NOORTGATE NJ. *End-of-life care for geriatric patients and nurses' moral distress*. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(1):80.e7-13.
54. DEKEYSER GANZ F, BERKOVITZ K. *Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care*. J Adv Nurs. 2012;68(7):1516-25.
55. VARCOE C, PAULY B, STORCH J, NEWTON L, MAKAROFF K. *Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations*. Nurs Ethics. 2012;19(4):488-500.
56. LOVATO S, CUNICO L. *Esplorando il distress morale tra gli infermieri clinici*. Prof Inferm. 2012;65(3):155-62.
57. MALUWA VM, ANDRE J, NDEBELE P, CHILEMBA E. *Moral distress in nursing practice in Malawi*. Nurs Ethics. 2012;19(2):196-207.
58. PAVLISH C, BROWN-SALTZMAN K, HERSH M, SHIRK M, NUDELMAN O. *Early indicators and risk factors for ethical issues in clinical practice*. J Nurse Scholarsh. 2011;43(1):13-21.
59. SILEN M, SVANTESSON M, KJELLSTROM S, SIDENVALL B, CHRISTENSSON L. *Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability*. J Clin Nurs. 2011;20(23-24):3483-93.
60. HOGGLUND AT, HELGESSON G, ERIKSSON S. *Ethical dilemmas and ethical competence in the daily work of research nurses*. Health Care Anal. 2010;18(3):239-51.
61. HARROWING JN, MILL J. *Moral Distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography*. Int J Nurse Stud. 2010;47(6):723-31.
62. PAULY B, VARCOE C, STORCH J, NEWTON L. *Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate*. Nurse Ethics. 2009;16(5):561-73.
63. EIZENBERG MM, DESIVILYA HS, HIRSCHFELD MJ. *Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development*. J Adv Nurs. 2009;65(4):885-92.
64. CORLEY MC, ELSWICK RK, GORMAN M, CLOR T. *Development and evaluation of a moral distress scale*. J Adv Nurse. 2001;33(2):250-6.
65. CORLEY MC, MINICK P, ELSWICK RK, JACOBS M. *Nurses' moral distress and ethical work environment*. Nurse Ethics. 2005;12:381-90.
66. REDMAN BK. *Review of measurement instruments in clinical and research ethics, 1999-2003*. J Med Ethics. 2006;32(3):153-6.
67. GUTIERREZ KM. *Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress*. Dimens Crit Care Nurse. 2005;24(5):229-41.
68. RAINES ML. *Ethical decision-making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style and ethics stress*. JONAS Healthcare Law Ethics Regul. 2000;2(1):29-41.
69. AUSTIN W, LEMERMAYER G, GOLDBERG L, BERGUM V, JOHNSON MS. *Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses*. HEC Forum. 2005;17(1):33-48.