

## 儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应<sup>▲</sup>

黎丽<sup>1,2,3</sup> 宋锦平<sup>2</sup> 唐梦琳<sup>2,4</sup> 冯梅<sup>1,2</sup> 罗玉兰<sup>1,2</sup>

(1 四川大学华西医院重症医学科,四川省成都市 610041;2 四川大学华西护理学院,四川省成都市 610041; 四川大学华西医院3 门诊部伤口穿刺中心,4 心脏大血管外科,四川省成都市 610041)

**【摘要】** 目的 探讨儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应。方法 采用整群抽样法选取四川省29家三级甲等医院的1292名儿科护士作为研究对象,采用一般资料调查表、修订版儿科护士道德困扰量表(简称道德困扰量表)、汉化版道德敏感性问卷(MSQ-R-CV)、医院伦理氛围量表(HECS)对其进行调查。采用Spearman秩相关分析MSQ-R-CV总分、HECS总分和道德困扰量表总分间的相关性。采用Process Bootstrap程序分析儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应。结果 1292名儿科护士的HECS总分、MSQ-R-CV总分及道德困扰量表总分分别为(102.55±16.12)分、40.00(32.00,45.00)分、64.00(36.00,84.00)分。相关性分析结果显示,儿科护士MSQ-R-CV总分与HECS总分呈正相关,道德困扰量表总分与MSQ-R-CV总分、HECS总分呈负相关( $P<0.05$ )。医院伦理氛围感知可直接影响儿科护士的道德困扰,道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间起部分中介作用,其中介效应占比为42.56%。结论 四川省儿科护士的道德敏感性和医院伦理氛围感知水平较高,道德困扰水平较低。儿科护士的医院伦理氛围感知可直接影响儿科护士的道德困扰,也可通过道德敏感性间接影响道德困扰。

**【关键词】** 道德敏感性;医院伦理氛围感知;道德困扰;中介效应;护士;儿科;四川省

**【中图分类号】** R 47 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2025)08-1222-06

**DOI:** 10.11675/j.issn.0253-4304.2025.08.22

道德困扰是指由于内部或外部各种原因的限制,个体未能实施符合自身信念和价值观的行为措施,而产生的一种受挫、无助的消极情感体验及不平衡心理效应<sup>[1]</sup>。道德困扰广泛存在于各类医务群体中,而护士群体道德困扰的发生频率和严重程度较高,尤其是在儿科和ICU工作的护士<sup>[2-4]</sup>。频繁经历道德困扰不仅会影响护士身心健康及临床护理质量<sup>[5-6]</sup>,还会导致护士产生职业倦怠及离职意愿<sup>[7-8]</sup>。医院伦理氛围是医疗机构在长期实践中形成的,影响组织成员处理伦理问题的整体环境和文化特征,也是护士对医院伦理政策、制度、程序及人际等的认知与描述,可影响护士对伦理问题的反应态度、决策意向及处理行为<sup>[9]</sup>。既往研究结果显示,医院伦理氛

围感知与道德困扰呈负相关,但其内在机制尚不明确<sup>[10-12]</sup>。道德敏感性是护士识别医疗环境中道德冲突的能力,把握冲突情境中道德价值的敏锐性,以及对个体所承担角色与责任的自我意识,其有助于护士更好地感知患者的真实需求<sup>[13]</sup>。积极的医院伦理氛围有利于护士分享道德实践经验,形成与道德规范一致的价值观,是发展道德敏感性的重要因素<sup>[14]</sup>。道德敏感性越高的护士,能更敏锐地感知护理实践中的道德问题与矛盾,更有勇气作出适当的道德决策及行为,可帮助其减轻自身的道德困扰及压力<sup>[15-16]</sup>。因此,本研究探讨儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应,以期为临床制订相应干预措施解决儿科护士道德困扰提供参考。

▲基金项目:四川大学华西医院临床研究孵化项目(18HXFH042)

第一作者简介:黎丽,硕士,主管护师,研究方向为护理管理及儿科护理研究。

通信作者简介:宋锦平,硕士,主任护师,研究方向为护理管理。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 采用整群抽样法,选取2021年12月至2022年6月四川省29家三级甲等医院的1 292名儿科护士作为研究对象。纳入标准:(1)在普通儿童病房、儿童ICU及新生儿ICU工作的护士;(2)临床一线工作时长 $\geq 1$ 年;(3)对本研究知情且自愿参与本研究。排除标准:(1)在儿科病房轮转学习的进修护士、规范化培训护士、儿科专科护士;(2)外出进修学习、休病假、休产假的护士。根据Kendall样本量估算法<sup>[17]</sup>,多因素分析中样本例数应为研究因素的10~20倍。本研究自变量因素共14个,并考虑10%的问卷填写不合格率,样本量应为156~267例,本研究最终纳入1 292例。本研究开展调查前已获得四川大学华西医院生物伦理委员会批准(伦理编号:2021年审[1783]号)。

### 1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表:由本研究团队自行设计,包括儿科护士所在的科室、年龄、性别、学历、婚姻状态、子女情况、工作年限、职称、个人月收入、每月平均夜班数等。

1.2.2 医院伦理氛围量表:采用由Olson<sup>[18]</sup>研制,王璐<sup>[19]</sup>汉化的医院伦理氛围量表(Hospital Ethical Climate Survey, HECS)评估儿科护士医院伦理氛围感知。该量表包括与患者的关系(4个条目)、与护士的关系(4个条目)、与医生的关系(5个条目)、与管理者的关系(6个条目)、与医院的关系(6个条目)5个维度,共25个条目,每个条目均采用Likert 5级评分法进行评分,从“完全不是”至“完全是的”依次记1~5分,总分为25~125分,总分越高表明儿科护士感知到的医院伦理氛围越积极。该量表总体Cronbach  $\alpha$ 系数为0.915,与护士的关系维度、与患者的关系维度、与管理者的关系维度、与医院的关系维度和与医生的关系维度的Cronbach  $\alpha$ 系数分别为0.700、0.623、0.843、0.830和0.754,条目内容效度指数为0.83~1.00,量表内容效度指数为0.89,具有良好的信效度。

1.2.3 道德敏感性问卷:采用由Lütznén等<sup>[20]</sup>研制,Huang等<sup>[21]</sup>汉化的道德敏感性问卷(Moral Sensitivity Questionnaire-Revised Chinese Version, MSQ-R-CV)评估儿科护士的道德敏感性。该问卷包括道德责任与力

量(5个条目)、道德负担感(4个条目)2个维度,共9个条目,每个条目均采用Likert 6级评分法进行评分,从“完全不同意”至“完全同意”依次记1~6分,总分范围为9~54分,总分越高表明儿科护士的道德敏感性越高。该量表总体Cronbach  $\alpha$ 系数为0.934,道德责任与力量维度、道德负担感维度的Cronbach  $\alpha$ 系数分别为0.943、0.887。

1.2.4 修订版儿科护士道德困扰量表:采用由Hamric等<sup>[22]</sup>在Corley研制的道德困扰量表-新生儿儿童版基础上修订,并经朱佳楠<sup>[23]</sup>汉化的修订版儿科护士道德困扰量表(以下简称道德困扰量表)评估儿科护士经历的道德困扰。该量表包括外部限制(11个条目)、内部限制(5个条目)及临床情景(3个条目)3个维度,共19个条目,每个条目均设置“道德困扰的发生频率”和“造成的困扰程度”2个选项,每个选项均采用Likert 5级评分法进行评分,发生频率从“从未发生”到“非常频繁”依次记0~4分,困扰程度从“没有困扰”到“严重困扰”依次记0~4分,将每个条目中“道德困扰的发生频率”选项得分与“造成的困扰程度”选项得分的乘积即为该条目的得分,各条目得分相加即为量表总分,总分范围为0~304分,总分越高表明儿科护士经历的道德困扰越严重。该量表总体Cronbach  $\alpha$ 系数为0.92,外部限制维度、临床情景维度、内部限制维度的Cronbach  $\alpha$ 系数分别为0.90、0.83、0.71,折半信度为0.87,具有良好的信效度。

1.3 调查方法 采用电子问卷调查法进行线上调查。调查开始前对调查人员进行培训,培训合格者方可参与调查。严格按照纳入和排除标准筛选研究对象,调查人员使用统一的指导语向研究对象详细讲解研究目的、意义、内容及填写电子调查问卷的注意事项,限定同一微信号或IP地址仅能填写1次问卷,以避免资料重复收集。在征得各医院儿科护士长及护士知情同意后,由各科室负责人统一安排时间,发放线上链接填写问卷。本研究共回收问卷1 381份,回收有效问卷1 292份,有效回收率为93.56%。

1.4 统计学分析 采用SPSS 25.0软件和AMOS 23.0软件进行统计学分析。计数资料以 $n(\%)$ 表示;符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,不符合正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示;采用Spearman秩相关

分析道德敏感性、医院伦理氛围感知、道德困扰的关系;通过 AMOS 23.0 软件建立结构方程模型,分析道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应,并使用 Process Bootstrap 程序进行中介效应检验,应用置信区间估计法进行显著性检验,95% 置信区间不包含 0 为存在中介效应。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 儿科护士的一般资料 纳入的 1 292 名儿科护士中,有 589 名(45.59%)在普通儿童病房工作,229 名(17.72%)在儿童 ICU 工作,474 名(36.69%)在新生儿 ICU 工作;<30 岁 485 名(37.54%),30~39 岁 645 名(49.92%),40~49 岁 125 名(9.68%),≥50 岁 37 名(2.86%);女性 1278 名(98.92%),男性 14 名(1.08%);大专及以下 243 名(18.81%),本科 1020 名(78.95%),硕士及以上 29 名(2.24%);未婚 324 名(25.08%),已婚 926 名(71.67%),离异/丧偶 42 名(3.25%);无子女 424 名(32.82%),有 1 个子女 639 名(49.46%),有 2 个子女

女 225 名(17.41%),有 3 个及以上子女 4 名(0.31%);工作年限为 1~2 年 149 名(11.53%),3~5 年 205 名(15.87%),6~9 年 307 名(23.76%),≥10 年 631 名(48.84%);护士 171 名(13.23%),护师 628 名(48.61%),主管护师 404 名(31.27%),副主任护师及以上 89 名(6.89%);个人月收入≤4 000 元 132 名(10.22%),4 001~7 000 元 568 名(43.96%),7 001~10 000 元 439 名(33.98%),>10 000 元 153 名(11.84%);每月平均夜班数为 0 个 228 名(17.65%),1~5 个 290 名(22.45%),6~10 个 614 名(47.52%),>10 个 160 名(12.38%)。

2.2 儿科护士医院伦理氛围感知、道德敏感性及道德困扰得分情况 1 292 名儿科护士中,HECS 总分为(102.55±16.12)分,按条目均分由高至低依次为与护士的关系维度、与管理者的关系维度、与患者的关系维度、与医院的关系维度、与医生的关系维度;MSQ-R-CV 总分为 40.00(32.00,45.00)分,其中道德责任和力量维度条目均分较高;道德困扰量表总分为 64.00(36.00,84.00)分,按条目均分由高至低依次为临床情景维度、外部限制维度、内部限制维度,见表 1。

表 1 1 292 名儿科护士医院伦理氛围感知、道德敏感性及道德困扰得分情况

项目	条目数	得分 $[(\bar{x}\pm s)/M(P_{25},P_{75}),分]$	条目均分 $[(\bar{x}\pm s)/M(P_{25},P_{75}),分]$	得分率(%)
HECS	25	102.55±16.12	4.10±0.64	82.04
与护士的关系维度	4	16.99±2.58	4.25±0.64	
与管理者的关系维度	6	25.14±4.38	4.19±0.73	
与患者的关系维度	4	16.51±2.58	4.13±0.65	
与医院的关系维度	6	24.33±4.24	4.05±0.71	
与医生的关系维度	5	19.58±3.62	3.92±0.72	
MSQ-R-CV	9	40.00(32.00,45.00)	4.44(3.56,5.00)	74.07
道德责任和力量维度	5	24.00(18.00,26.00)	4.80(3.60,5.20)	
道德负担感维度	4	16.00(12.00,20.00)	4.00(3.00,5.00)	
道德困扰量表	19	64.00(36.00,84.00)	3.37(1.89,4.42)	21.05
临床情景维度	3	20.00(15.00,33.00)	4.00(3.00,6.60)	
外部限制维度	11	32.00(16.00,44.00)	2.91(1.45,4.00)	
内部限制维度	5	5.00(2.00,12.00)	1.67(0.67,4.00)	

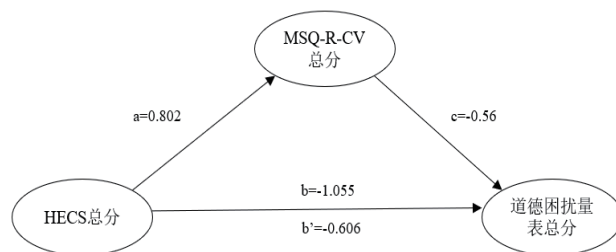
注:得分率=(得分/量表总分)×100%。

2.3 儿科护士医院伦理氛围感知、道德敏感性、道德困扰间的相关性 儿科护士 MSQ-R-CV 总分与 HECS 总分呈正相关( $r_s=0.405, P<0.001$ ),道德困扰量表总分与 MSQ-R-CV 总分、HECS 总分呈负相关( $r_s=-0.319,$

$P<0.001; r_s=-0.358, P<0.001$ )。

2.4 儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应 以 HECS 总分作为自变量,道德困扰量表总分作为因变量,MSQ-R-CV 总分为中介

变量构建中介效应模型。采用Process Bootstrap程序的Model4(设置重复抽样5 000次)进行中介效应检验。结果显示,HECS总分对道德困扰量表总分的总效应为-1.055( $P<0.001$ ),HECS总分对道德困扰量表总分的直接效应值为-0.606( $t=-16.779, P<0.001$ ),HECS总分对MSQ-R-CV总分的效应值为0.802( $t=16.405, P<0.001$ ),MSQ-R-CV总分对道德困扰量表总分的效应值为-0.560( $t=-10.284, P<0.001$ ),MSQ-R-CV总分在HECS总分和道德困扰量表总分间起部分中介作用,中介效应为-0.449( $P<0.001$ ),中介效应占比为42.56%,见图1和表2。



注:a表示医院伦理氛围对道德敏感性的效应值,b表示医院伦理氛围对道德困扰的总效应值,b'表示医院伦理氛围对道德困扰的直接效应值,c表示道德敏感性对道德困扰的效应值。

图1 儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介路径图

表2 儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感知与道德困扰间的中介效应检验

效应	效应值	标准误	95%置信区间	相对效应量(%)
HECS总分→道德困扰量表总分(直接效应)	-0.606	0.053	(-0.768,-0.528)	57.44
HECS总分→MSQ-R-CV总分→道德困扰量表总分(间接效应)	-0.449	0.048	(-0.565,-0.359)	42.56
总效应	-1.055	0.068	(-1.185,-0.921)	100.00

### 3 讨论

3.1 儿科护士医院伦理氛围感知、道德敏感性及道德困扰的现状 本研究结果显示,儿科护士HECS总分为(102.55±16.12)分,得分率为82.04%,说明四川省儿科护士具有较高水平的医院伦理氛围感知,这与国内董毅等<sup>[24]</sup>、周西等<sup>[25]</sup>的研究结果相似,但高于国外Aloustani等<sup>[26]</sup>的研究结果。分析其原因:2020年《中国护士伦理准则》<sup>[27]</sup>中对医护人员的伦理实践能力提出更高水平的要求,强调需强化护士伦理认知,提升“以德施护、以德修身”的伦理胜任力。此外,自1980年以来,我国学者加强了对医学人文精神构建、医学伦理教育培训、新医学伦理问题应对等方面的关注,改进了我国医学伦理教育培训的体系、目标、方式、内容等<sup>[28]</sup>,一定程度上提升了我国护士医院伦理氛围的感知能力。值得关注的是,本研究中,儿科护士HECS中与医院的关系维度和与医生的关系维度的得分较低,表明可以以这两方面为切入点提升儿科护士的医院伦理氛围感知。

本研究结果显示,儿科护士MSQ-R-CV总分为40.00(32.00,45.00)分,得分率为74.07%,说明四川省儿科护士道德敏感性水平较高,但该得分稍低于何富容等<sup>[29]</sup>对精神科护士、叶碧云<sup>[30]</sup>对ICU护士的研究结果,说明四川省儿科护士的道德敏感性水平仍有提升空间。道德敏感性作为一种后天习得的能力,

部分取决于道德规范的学习和道德经验的积累<sup>[31]</sup>。Lützn等<sup>[32]</sup>研究表明,在不同的执业环境中,护士获得的临床道德经验不同,所形成的道德技能与道德价值倾向存在差异,导致其表现出不一样的道德敏感性。儿科护士在患儿的日常照护中,除做好常规护理外,还需应对监护人施加的额外压力,双重的心理压力可能会降低其道德敏感性水平。此外,本研究表明,儿科护士MSQ-R-CV中的道德责任和力量维度得分高于道德负担感维度得分。这提示护理管理者可以通过在伦理教育中重点培训护士解释情境能力、情绪控制与表达能力等,以改善道德负担感,提升道德敏感性<sup>[33]</sup>。

本研究结果显示,儿科护士道德困扰量表总分为64.00(36.00,84.00)分,得分率仅为21.05%,说明四川省儿科护士道德困扰水平较低,但该得分高于武宁等<sup>[34]</sup>对ICU护士、姚秀钰等<sup>[35]</sup>对急诊科护士、郝楠等<sup>[36]</sup>对肿瘤科护士的调查结果。研究表明,儿科医务人员道德困扰的发生被认为是难以避免的,在临床实践中一旦涉及道德冲突或道德限制,便会产生一种负性心理体验<sup>[37]</sup>。由于儿童自主决策能力不足、儿科姑息护理相关组织支持资源有限等伦理问题<sup>[38]</sup>,儿科护士在临床实践中面临的伦理决策较其他科室护士更频繁、更复杂,会频繁经历护理行为难以满足患儿自身利益最大化的伦理冲突,因而更容易经历道德困扰<sup>[39]</sup>。这提示儿科护士道德困扰水平明显高于其他科室护士,亟待我国护理管理者进一步关注并改善现状。

3.2 儿科护士医院伦理氛围感知、道德敏感性、道德困扰间的相关性 本研究结果显示,HECS总分与道德困扰量表总分呈负相关( $r=-0.358, P<0.001$ ),即当儿科护士感知到的医院伦理氛围越积极健康,其经历的道德困扰水平越低,这与张敏等<sup>[10]</sup>、Ventovaara等<sup>[11]</sup>、Altaker等<sup>[12]</sup>的研究结论一致。分析其原因:医院伦理氛围感知对护理伦理实践的约束或促进至关重要,护士感知的医院伦理氛围水平越高,其对医院伦理环境与护理职业道德价值观的认可度越强,从而更有利于为患儿提供更多安全有效的护理服务,减少道德困扰的发生。同时,当护士在面临护理实践中的伦理道德冲突时,良好的医院伦理氛围感知能帮助其获得来自患者、医院、管理者、护士及医生的支持与信任,形成克服外界压力的道德勇气和力量,从而降低其经受道德困扰的频率与程度。因此,医院管理者需继续塑造一种有利于伦理道德实践的组织文化,搭建系统的伦理培训体系,传播正确的道德价值观念,从组织层面营造良好的医院伦理氛围感知,降低儿科护士道德困扰水平。

本研究中,MSQ-R-CV总分与道德困扰量表总分呈负相关( $r=-0.319, P<0.001$ ),提示儿科护士的道德敏感性越高,其道德困扰水平就越低,这与Nejadsarvari等<sup>[40]</sup>的研究一致。分析其原因:道德敏感性越高的护士,能更敏锐地感知护理实践中的道德问题与矛盾,更有勇气作出适当的道德决策及行为,进而能更好地施行伦理原则,减轻自身的道德压力。反之,护士的道德敏感性水平较低,将难以共情理解患者的脆弱状态,会降低识别道德冲突的反应性,导致护士采取与患者最佳权益不一致的护理行为,诱发道德困扰。医院管理者可通过开展道德技能培训、伦理道德继续教育及护理伦理研讨班等措施,提升儿科护士的道德敏感性,进而有效缓解其道德困扰<sup>[33]</sup>。

3.3 道德敏感性在儿科护士医院伦理氛围感知与道德困扰间具有部分中介作用 本研究结果显示,儿科护士的医院伦理氛围感知不仅可以直接影响儿科护士的道德困扰,还可以通过儿科护士的道德敏感性间接影响道德困扰,其中介效应值为-0.449,占总效应的42.56%。研究发现,搭建积极的医院伦理氛围,有助于护士分享道德实践经验、探讨伦理问题决策、分析道德行为影响,能在交流互动中强化护士的道德责任感和道德意识,有利于道德敏感性的提升,进一步帮助护士尽早识别道德问题,施行道德行为准则并减轻其道德困扰及压力<sup>[41]</sup>。根据Lazarus等<sup>[42]</sup>提出的认知交互理论,当护士在实践过程中面临阻

碍个体施行符合自身职业价值的伦理应激事件时,会评估应激事件的危险性及对抗应激事件的支持资源,护士根据评估结果选择适应方式,适应无效时道德困扰将会产生。然而,该应激评估结果受道德敏感性和医院伦理氛围环境等因素的共同影响。道德敏感性较高的护士能更敏锐地识别道德应激,把握冲突情景中的道德价值,从而增强其做出适应道德决策的勇气。同时,身处良好医院伦理氛围的护士,在面临伦理冲突时能获得更多的外界支持和应对资源,可帮助其采取恰当的道德行动。因此,医院管理者应重视医院伦理氛围、道德敏感性与道德困扰间的相互关系,优化医院伦理氛围,从提升儿科护士道德敏感性的角度减轻道德困扰的负面影响。

3.4 小结 四川省儿科护士的道德敏感性和医院伦理氛围感知水平较高,道德困扰水平较低,儿科护士道德敏感性在医院伦理氛围感与道德困扰间起部分中介作用,提示医院管理者应优化医院伦理氛围环境,重视儿科护士道德敏感性的培养,从而降低儿科护士道德困扰水平。本研究仅对四川省三级甲等医院的儿科护士展开调查,样本的代表性和外推性存在局限,今后可在全国范围内开展多层次医院的儿科护士道德困扰调研,为医院管理者制定针对不同地区、不同等级医院的个性化干预措施提供参考依据。

## 参 考 文 献

- [1] Wilson MA. Analysis and evaluation of the moral distress theory[J]. Nurs Forum (Auckl), 2018, 53(2): 259-266.
- [2] Field D, Deeming J, Smith LK. Moral distress: an inevitable part of neonatal and paediatric intensive care? [J]. Arch Dis Child, 2016, 101(8): 686-687.
- [3] Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, et al. The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis[J]. Philos Ethics Humanit Med, 2022, 17(1): 13.
- [4] Emami Zeydi A, Ghazanfari MJ, Suhonen R, et al. Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses[J]. Nurs Ethics, 2022, 29(4): 1047-1065.
- [5] Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units[J]. Nurs Ethics, 2012, 19(2): 183-195.
- [6] DeKeyser Ganz F, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care[J]. J Adv Nurs, 2012, 68(7): 1516-1525.
- [7] Hwang J, Bae J. Influence of mental health nurses' moral distress and job satisfaction on turnover intention[J]. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs, 2017, 26(4): 325-332.

- [8] Chae Y, Yu SJ, Lee EJ, et al. The relation among moral distress, physical symptoms and burnout of hospital nurses[J]. *J Korean Acad Society Nurs Educa*, 2017, 23(4):430-440.
- [9] Malloy DC, Hadjistavropoulos T, McCarthy EF, et al. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians[J]. *Nurs Ethics*, 2009, 16(6):719-733.
- [10] 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.
- [11] Ventovaara P, Sandeberg MA, Räsänen J, et al. Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing[J]. *Nurs Ethics*, 2021, 28(6):1061-1072.
- [12] Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses[J]. *Am J Crit Care*, 2018, 27(4):295-302.
- [13] Lützn K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice[J]. *Scand J Caring Sci*, 1995, 9(3):131-138.
- [14] Schluter J, Winch S, Holzhauser K, et al. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review[J]. *Nurs Ethics*, 2008, 15(3):304-321.
- [15] Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students[J]. *Nurs Ethics*, 2018, 25(4):458-469.
- [16] Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, et al. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses[J]. *Nurs Ethics*, 2019, 26(5):1473-1483.
- [17] 孙振球. 医学统计学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2010:272-273.
- [18] Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting[J]. *Image J Nurs Sch*, 1998, 30(4):345-349.
- [19] 王璐. 医院伦理氛围量表的汉化及其应用研究[D]. 郑州: 郑州大学, 2018.
- [20] Lützn K, Dahlqvist V, Eriksson S, et al. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice[J]. *Nurs Ethics*, 2006, 13(2):187-196.
- [21] Huang FF, Yang Q, Zhang J, et al. Cross-cultural validation of the moral sensitivity questionnaire-revised Chinese version[J]. *Nurs Ethics*, 2016, 23(7):784-793.
- [22] Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals[J]. *AJOB Prim Res*, 2012, 3(2):1-9.
- [23] 朱佳楠. 修订版儿科护士道德困境量表汉化及质量的研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2020.
- [24] 董毅, 李玲. 医院伦理氛围与护士临终关怀态度的相关性研究[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(18):90-92.
- [25] 周西, 杨滢, 王子颖, 等. 临床护士的医院伦理氛围感知现状及影响因素研究[J]. *中国医学伦理学*, 2019, 32(11):1487-1491.
- [26] Aloustani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Zagheri-Tafreshi M, et al. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study[J]. *BMC Nurs*, 2020, 19:15.
- [27] 中华护理学会, 中国生命关怀协会人文护理专业委员会. 中国护士伦理准则[J]. *中国医学伦理学*, 2020, 33(10):1232-1233.
- [28] 彭树涛. 医学伦理教育的问题审视与路径探析[J]. *复旦教育论坛*, 2022, 20(4):106-112.
- [29] 何富容, 李梅枝, 龚沙, 等. 精神科护士的道德敏感性现状及其影响因素[J]. *护理学报*, 2023, 30(16):19-23.
- [30] 叶碧云. ICU护士道德敏感性水平及影响因素研究[D]. 长沙: 中南大学, 2022.
- [31] Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity[J]. *Nurs Ethics*, 2015, 22(6):661-675.
- [32] Lützn K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians[J]. *Nurs Ethics*, 2000, 7(6):520-530.
- [33] Robichaux C. Developing ethical skills: from sensitivity to action[J]. *Crit Care Nurse*, 2012, 32(2):65-72.
- [34] 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.
- [35] 姚秀钰, 卢鹃鹃, 杨一瑶, 等. 北京三级甲等综合医院急诊科护士道德困境与职业倦怠相关性分析[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(11):1511-1515.
- [36] 郝楠, 张昊, 许雅琼, 等. 肿瘤科护士的道德困境、工作投入与组织伦理氛围相关性研究[J]. *中国医学伦理学*, 2019, 32(8):1059-1064.
- [37] Prentice TM, Gillam L, Davis PG, et al. Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress[J]. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2018, 103(5):F441-F445.
- [38] Kirsch RE, Coronado J, Roeleveld PP, et al. The burdens of offering: ethical and practical considerations[J]. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*, 2017, 8(6):715-720.
- [39] Gagnon M, Technology KDB, drips. And machines: moral distress in PICU nurses caring for end-of-life patients[J]. *Nurs Inq*, 2022, 29(2):e12437.
- [40] Nejadzarvari N, Abbasi M, Borhani F, et al. Relationship of moral sensitivity and distress among physicians[J]. *Trauma monthly*, 2015, 20(2):e26075.
- [41] Huang FF, Yang Q, Zhang J, et al. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity[J]. *Nurs Ethics*, 2016, 23(5):507-522.
- [42] Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*[M]. New York: Springer Publishing Company, 1984.

(收稿日期:2025-01-10 修回日期:2025-03-12)