

## ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОГО ДИСТРЕСУ ОСОБИСТІЮ: ТЕОРЕТИЧНЕ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ

**Федотова Тетяна**

Волинський національний університет імені Лесі Українки

м. Луцьк, Україна

[Fedotova.Tetiana@vnu.edu.ua](mailto:Fedotova.Tetiana@vnu.edu.ua)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1975-9925>

**Мета статті** полягає у теоретичному аналізі проблеми морального дистресу в науковій літературі, з'ясуванні основних аспектів вивчення відповідної проблематики та встановленні особливостей прояву морального дистресу шляхом вторинного аналізу результатів емпіричних досліджень науковців.

**Методи.** У статті застосовано методи теоретичного вивчення наукової літератури (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація підходів науковців) стосовно висвітлення проблеми переживання морального дистресу.

**Результати.** Проблеми морального дистресу в науковій літературі висвітлюється здебільшого шляхом її вивчення в ході реалізації професійної діяльності медичних працівників. Моральний дистрес розглядають як моральні страждання, які виникають в особистості в ситуації наявності знань про те, яким чином потрібно діяти, але неможливості діяти відповідно, через встановлені інституційних обмежень. Виокремлюють види морального дистресу: первинний (описують власне як моральний дистрес) та реактивний (розглядається як «моральний залишок»). Емпіричними маркерами морального дистресу є: почуття гніву, розчарування та провини, неможливість втілення морального судження в дію, невпевненість у собі, відсутність наполегливості, конформізм, уявне безсилля, відсутність критичності і розуміння ситуації тощо. Фізичними наслідками тривалого переживання морального дистресу для особистості можуть бути: безсоння, нудоту, мігрені, кишково-шлункові розлади, плаксивість та значне фізичне виснаження. В якості необхідної та/або достатньої умови переживання морального дистресу, на думку науковців, можуть виступати: моральне судження/необхідність вибору, інституційне/правове обмеження, психологічний ефект/вплив, моральний конфлікт, загроза моральної цілісності та автентичності, внутрішні обмеження та моральний клімат установи. У єдності з теорією морального дистресу розглядають теорію моральної розплати, стрижнем якої є аналіз переживання моральної розплати медсестрою: легкість, ситуативна прив'язка, вирішення та

рефлексія.

**Висновки.** Здійснений теоретичний аналіз проблеми морального дистресу засвідчив складність та неоднозначність у визначенні відповідного поняття, його показників та чинників. Теоретична розвідка означеної проблематики вказує на доцільність та важливість ґрунтованого вивчення морального дистресу з урахуванням вікового, статевого та професійного аспектів, а також актуальність та необхідність розробки програми психологічної підтримки осіб, які переживають моральний дистрес, комплексу заходів для збереження психічного здоров'я вразливих верств населення в умовах військових дій.

**Ключові слова:** моральний дистрес, моральна травма, комплекс «вцілілого», етична дилема, моральний клімат, почуття провини.

**Tetiana Fedotova. Experience of moral distress by personality: theoretical understanding of the problem.**

**The purpose** of the article is to theoretically analyze the problem of moral distress in the scientific literature, to clarify the main aspects of the study of the relevant issues and to establish the features of the manifestation of moral distress by secondary analysis of the results of empirical research of scientists.

**Methods.** The article uses the methods of theoretical study of scientific literature (analysis, synthesis, generalization, systematization of approaches of scientists) in relation to the coverage of the problem of experiencing moral distress.

**Results.** The problems of moral distress in the scientific literature are covered mainly by studying it in the course of the professional activity of medical workers. Moral distress is considered as moral suffering that arises in a person in a situation of knowledge about how to act, but the inability to act accordingly, due to the established institutional restrictions. There are types of moral distress: primary (described as moral distress itself) and reactive (considered as "moral residue"). The empirical markers of moral distress are: feelings of anger, frustration and guilt, inability to translate moral judgment into action, self-doubt, lack of perseverance, conformism, perceived powerlessness, lack of criticality and understanding of the situation, etc. The physical consequences of prolonged moral distress for the individual may include insomnia, nausea, migraines, gastrointestinal disorders, tearfulness and significant physical exhaustion. According to scientists, moral judgment/necessity of choice, institutional/legal constraint, psychological effect/influence, moral conflict, threat to moral integrity and authenticity, internal constraints and moral climate of the institution can be a necessary and/or sufficient condition for experiencing moral distress. In unity with the theory of moral distress, the theory of moral reckoning is considered, the core of which is the analysis of the experience of moral reckoning by a nurse: ease, situational binding, solution and reflection.

**Conclusions.** The theoretical analysis of the problem of moral distress has shown the complexity and ambiguity in the definition of the relevant concept, its indicators and factors. The theoretical study of this issue indicates the expediency and

importance of a thorough study of moral distress, taking into account age, gender and professional aspects, as well as the relevance and necessity of developing a program of psychological support for people experiencing moral distress, a set of measures to preserve the mental health of vulnerable groups in the context of hostilities.

**Key words:** moral distress, moral trauma, survivor complex, ethical dilemma, moral climate, guilt.

**Вступ.** Сьогодні в Україні загострило чимало проблем у суспільстві, які відбиваються в соціальному, економічному, психологічному, релігійному, моральному аспектах життєдіяльності усіх громадян нашої країни. Лише недавно українці призвичаїлися до життя в ситуації вирування пандемії Covid-19, як війна з росією знову зруйнувала звичний уклад життя кожної української сім'ї. Немає такої громади, в якій би не проводили в останню путь героїв-захисників, немає жодної родини, в якій би хтось не боронив нашу волю на сході країни чи не був би залучений або причетний до волонтерської діяльності, щоденні обстріли агресором населених пунктів призводять до втрат серед цивільного населення, руйнування критичної інфраструктури в західних регіонах посилює економічний спад у виробництві, а міграційна хвиля з внутрішньо переміщених осіб призводить до зростання соціальної напруги, актуалізує проблему толерантності і життєстійкості особистості.

Реалізована в перші місяці війни онлайн програма «Психологічна підтримка населення під час військових дій» дозволила виокремити низку психологічних проблем, котрі переживало цивільне населення, з-поміж яких окрім страху і тривоги за власне життя та життя близьких людей, люті та злості до агресора, було визначено спектр моральних переживань (почуття сорому за власну слабкість, провини, що не в змозі убезпечити себе і близьких, комплекс «вцілілого», страх та нездатність дати собі раду та інші) (Засекіна, Козігора, 2022). Тобто можна говорити про переживання моральної травми цивільним населенням, хоча здебільше відповідне поняття застосовується стосовно переживань травматичної події військовими та ветеранами, жертвами насилля та особами, які в силу специфіки своєї професії щодня наражаються на небезпеку. Не зважаючи на доволі нетривалий період входження в науковий обіг поняття моральної травми, численні його дослідження сприяли виокремленню критеріїв його визначення (Засекіна, Козігора, 2022), встановлення зв'язків з іншими психологічними характеристиками

особистості (Chesnut et al., 2020; Zasiékina & Zasiékin, 2020), розширення діапазону експериментальної вибірки та методичного інструментарію з метою вивчення його вияву та рівня сформованості (Griffin et al., 2019; Засекіна, Козігора, 2022). Інколи в якості синоніму до поняття «моральна травма» застосовують дефініцію «моральний дистрес», хоча зазначені поняття мають певні відмінності. Моральна травма пов'язана з безпосереднім переживанням особою (військовим, ветераном та ін.) травматичної події, переживанням внутрішнього конфлікту, що детермінує негативні психічні стани, призводить до звинувачення себе та інших, і стосується контекстів: порушення чи зради особистістю власних цінностей та моральних переконань; зради зі сторони авторитетних чи референтних осіб; екстремальних ситуацій, в яких є загроза життю особи (Chesnut et al., 2020; Zasiékina & Zasiékin, 2021; Засекіна, Козігора, 2022). Моральний дистрес більше стосується вирішення етичних проблем, які постають і переживаються особистістю під час прийняття рішень, чи невизначеності (невпевненості) у правильності (моральності) щодо власних дій в певній ситуації або ж не виконанні дії, яку індивід вважає етично правильною (як приклад можна навести діяльність медичних чи соціальних працівників, родичів важно хворих пацієнтів та ін.) (Boyle & Bush, 2018).

*Метою нашого дослідження* є теоретичний аналіз проблеми морального дистресу в науковій літературі, з'ясування основних аспектів вивчення відповідної проблематики та встановленні особливостей прояву морального дистресу шляхом вторинного аналізу результатів емпіричних досліджень науковців.

Здійснений у статті теоретичний аналіз не є вичерпним і містить певні обмеження та застереження, оскільки висвітлено дослідження вчених, які, на думку автора, є найактуальнішими у ракурсі визначення поняття морального дистресу. Проте розглянуті праці науковців також можуть містити не повні та вичерпні результати чи інформацію.

**Методи та процедура дослідження.** Досягнення мети передбачало застосування методів теоретичного вивчення наукової літератури (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація підходів науковців) стосовно висвітлення проблематики морального дистресу.

**Обговорення результатів.** За результатами висновків спостережень в процесі викладання студентам спеціальності

«медсестринство», Е. Джейметоном в 1984 році було запропоноване поняття морального дистресу. Науковець першопочатково визначав емоційний дистрес як моральні страждання, які виникають в особистості в ситуації наявності знань про те, яким чином потрібно діяти, але неможливості дотримання правильного курсу дій через встановлені інституційні обмеження (Jameton, 1984). Надалі автор вказує на специфіку переживання морального дистресу в професійній діяльності медичної сестри, що зумовлене винесенням морального судження про випадок пацієнта, до роботи з яким вона залучена, та ускладнення чи неможливість виконання дій щодо прийнятого рішення через тиск колег, адміністрації чи юридичних положень установи (Jameton, 1993).

У подальшому описі морального дистресу в своїх працях, Е. Джейметон наголошує на виокремленні таких його складових: первинного (початкового) дистресу та реактивного дистресу. Причому початковий дистрес він описує як моральний дистрес. Реактивний дистрес виникає вже після закінчення ситуації морального дистресу й розглядається як «моральний залишок», який несе кожна особистість з того періоду свого життя, коли в ситуації морального страждання, сумніву, вона серйозно скомпроментувала себе чи дозволила комусь це зробити (Webster, 2000; Jameton, 2013; McCarthy, 2013).

Згідно Дж. Вілкінсону моральний дистрес є порушенням психологічної рівноваги, негативний стан, який переживається у випадках, коли особистість приймає моральне рішення, яке не виявляється в його моральній поведінці. Причому науковець, провівши клінічне інтерв'ю з медичними сестрами, був одним з перших, хто описав маркери морального дистресу: почуття гніву, розчарування та провини, що виникають як відповідь на неможливість втілення морального судження в дію (Wilkinson, 1987-1988).

З опором на визначення морального дистресу Е. Джейметона, М. Корлі та ін. визначають його як болісний психологічний дисбаланс, котрий виникає в результаті усвідомлення етично доцільної дії, відсутність реалізації якої може бути зумовлена такими перешкодами: брак часу, неефективна структура влади в установі, небажання керівництва чи певні юридичні аспекти. М. Корлі розробив першу шкалу морального дистресу, яка в подальшому була

модифікована іншими дослідниками і сприяла вивченню переживання та чинників морального дистресу медичних сестер різних відділень медичних установ (Corley, 1995; 2001; 2002).

Дж. МакКарсі визначає моральний дистрес як психологічне, емоційне та фізіологічне переживання, яке виникає в результаті дій особистості у спосіб, який не відповідає його глибоко вкоріненим моральним цінностям, етичним принципам чи моральним зобов'язанням (McCarthy, 2013).

С. Фур'є говорить, що моральний дистрес є психологічною реакцією особистості на морально складні ситуації морального обмеження або морального конфлікту або того й іншого. Науковець піддає критиці визначення морального дистресу Е. Джейметоном, стосовно того, що моральне судження може бути достатньою умовою (у поєднанні з обмеженням) для переживання морального дистресу. Моральний дистрес можна переживати за умови відсутності морального судження, тобто воно не може бути визначене як необхідне (Fourie, 2015).

Загалом в науковій літературі немає одностайності у визначенні поняття морального дистресу. Д. Ханна зауважує, що поняття морального дистресу є складним досвідом людини, який не має чіткого та вичерпного визначення, а переважно розглядається, виходячи з положень, запропонованих Е. Джейметоном, та потребує подальшої ґрунтовної операціоналізації. Авторка розглядає моральний дистрес як загальну категорію, яка містить досвід туги, журби чи страждань, які постають в ситуації моральної дилеми, моральної невпевненості або ж, навпаки, впевненості, що супроводжується обмеженнями в діях чи поведінці особистості. Дослідниця також описує фізичні наслідки тривалого переживання морального дистресу для людини: безсоння, нудоту, мігрені, кишково-шлункові розлади, плаксивість та значне фізичне виснаження (Hanna, 2004).

Е. Епштейн, А. Хамрік та ін. припускають, що моральний дистрес може бути детермінований внутрішніми обмеженнями моральних дій особистості. При чому в якості внутрішніх (особистісних) обмежень дослідниці розглядають: невпевненість у собі, відсутність наполегливості, конформізм, уявне безсилля та відсутність критичного мислення і розуміння ситуації. Таким чином авторки припускають, що моральний дистрес актуалізується у зв'язку

із зовнішнім обмеженням на дії особистості. Тобто внутрішні обмеження можуть формуватися у зв'язку із зовнішніми впливами – владою, керівником, колегами. Науковці (яких очолювала Е. Епштейн) розробили методика для вивчення морального дистресу медичного персоналу в період активного поширення Covid-19, яка містить 27 тверджень, що демонструють моральний вибір у складних ситуаціях з позиції етики (наприклад: звільнення з роботи через переживання морального дистресу). Автори визначили факторну структуру морального дистресу, яка представлена такими його рівнями: системним, пацієнта, команди, яка пов'язана з колегами та команди, що представлена взаєминами з пацієнтами (Epstein, 2019).

Моральний дистрес відрізняється від етичної (моральної) дилеми, представленої в класичних працях філософів, хоча доволі часто їх розглядають як взаємопов'язані явища (Борейко, 2014). Загалом етичні дилеми представлені ситуаціями, коли наявну проблему можна вирішити завдяки двом чи більше етично виправданим, взаємно протилежним рішенням. Проте у кожного з них наявні певні значні недоліки, кожен вибір між варіантами є для особистості морально неприйнятним; він або певним чином суперечить системі цінностей людини, яка опиняється у відповідній ситуації або моральним нормам суспільства чи культури, до якої вона належить. Моральний дистрес стосується етичних питань, що постають перед людиною і переживаються як проблема, стосовно вирішення якої існує загальний консенсус одного рішення, заснованого на принципах гуманізму, доброзичливості, нешкідливості та справедливості (Jameton, 1993).

Значна кількість досліджень, присвячених проблемі вивчення морального дистресу, стосується професійної діяльності медичних та соціальних працівників. Так з позиції Американської асоціації медичних сестер інтенсивної терапії (AACN), моральний дистрес є надзвичайно складною проблемою, яка має руйнівні наслідки та часто ігнорується на робочому місці в сфері охорони здоров'я. Моральний дистрес виникає як неможливість вчинення етично доцільної дії, а навпаки, в результаті дії всупереч особистим та професійним цінностям, що, відповідно, порушує особистісну цілісність та автентичність. Особливо гостро означена проблема постає в періоди суспільних потрясінь та криз. А отже, з метою профілактики переживання морального дистресу варто звертатися за

професійною допомогою та підтримкою до фахівців-психологів, налагоджувати ефективні вертикальні комунікації тощо (American Association of Critical-Care Nurses, 2006).

Згідно з етичним кодексом Канадської асоціації медичних сестер, моральний дистрес виникає в ситуації, коли медичні сестри знають чи вважають, що знають, як правильно зробити, проте в силу різних причин (страх чи обставини, які від них не залежать), не можуть це зробити чи вжити заходів, щоб запобігти певній шкоді (пацієнту, колезі тощо) (Canadian Nurses Association, 2008).

Загалом надання медичної допомоги в повному обсязі та захист пацієнтів є невід'ємною частиною професійної діяльності медичних працівників, тому ситуації, які ускладнюють дотримання побажань пацієнтів, можуть бути морально неприйнятними для медичного персоналу. А інституційні обмеження, що не дозволяють діяти медичним працівникам згідно власних моральних цінностей чи моральний клімат установи, можуть поглиблювати переживання ними морального дистресу (Борейко, 2015).

П. Вентовейра та інші у своїх дослідженнях засвідчили зв'язок рівня морального дистресу медичних працівників з оцінкою останніми морального клімату установи та організаційними практиками обговорення етичних проблем. Науковці також звернули увагу на те, що переважна більшість досліджень морального дистресу стосується медичних установ по догляду за дорослими. В педіатричних установах відповідні напрацювання торкалися лише медичних сестер інтенсивної терапії, проте відсутні дослідження в галузі педіатричної онкології. Завдяки теоретичному огляду медичної літератури, автори визначили, що у медичного персоналу практично всіх педіатричних відділень, моральний дистрес можуть викликати: примусові процедури (особливо якщо вони посилюють страждання дитини в ситуаціях, в яких немає надії на одужання, або у випадку, якщо медсестра не погоджується з необхідністю процедури); етична проблема, яка стосується прийняття рішення про нерозголошення дитині усієї правди про її хворобу, діагноз чи неминучу смерть тощо. Науковці провели дослідження в педіатричних онкологічних центрах Данії та встановили, що не зважаючи на уважність медичних сестер до батьків та дітей, поширеною причиною переживання ними морального дистресу є: дефіцит часу на розмови з пацієнтами; частіше врахування думки та поглядів батьків, ніж дітей; плинність



кваліфікованих кадрів; відсутність безперервності у догляді за пацієнтами; відсутність морального клімату, у якому дітей заохочують висловлювати свої погляди (Ventovaara, 2022).

М. Сандеберг та ін. емпірично вивчали досвід переживання морального дистресу та його емпіричні маркери серед медичних працівників в Шведській педіатричній онкології. За допомогою Шведського педіатричного опитувальника MDS-R, що містить 21 твердження та п'ять пунктів (додавши які, за наполяганням авторів, дозволило глибше вивчити причини переживання морального дистресу в медичного персоналу), було опитано 309 медичних працівників. Результати дозволили констатувати відмінності у особливостях переживання морального дистресу та причин його виникнення в трьох групах респондентів (помічників медсестер, дипломованих медсестер та лікарів). Дослідниками було встановлено, що нестача часу, кадрів і ресурсів для полегшення страждань пацієнтів та нереалістичні очікування батьків (які є відмінними щодо прогнозів та цілей лікування в медичних працівників) є факторами неспроможності вплинути на ситуацію, перешкодою у спілкуванні та реалізації посиленого догляду за дітьми, а отже й чинниками переживання морального дистресу медичними працівниками. Незважаючи на те, що сама інтенсивність переживання морального дистресу медичним персоналом була низькою, частота переживання відповідних ситуацій призводить до його зростання, тому згодом відбувається накопичення певного «морального залишку» відповідного стану.

Додатковим джерелом морального дистресу для медичних сестер та їх помічників є: вимога (заборона) зі сторони батьків до персоналу не говорити онкохворій дитині про смерть; виконання болючих процедур з дітьми, коли останні активно чинять опір; ситуація, коли сама дитина відмовляється говорити про смерть, щоб не травмувати батьків (хоча результати інших досліджень засвідчили, що діти висловлювали бажання отримати інформацію стосовно ситуації, якщо лікування не буде успішним). У лікарів однією з причин переживання морального дитресу є: необхідність прийняття рішення в ситуації невизначеності (особливості важких, хоча дані свідчать, що практика спільного прийняття рішень з пацієнтами чи їх довіреними особами ще більше може посилити переживання ними морального дистресу) (Jalmsell at all, 2016). (Sandeberg, Bartholdson &

Pergert, 2020).

Взявши за основу теорію морального дистресу Е. Джейметона, а також провівши якісне дослідження (аналіз історій особистого досвіду медичних сестер), А. Натаніель запропонувала теорію моральної розплати, стрижнем якої постає аналіз саме особистих процесів медичних сестер у переживанні моральних страждань. Науковиця виокремлює основні етапи переживання моральної розплати: легкість, ситуативна прив'язка, вирішення та рефлексія. На початку розгортання теорії особистість медсестри вивчається в невимушеній обстановці (без дистресу) до того часу, поки не з'явиться етична проблема (відбувається ситуативна прив'язка) та розпочнеться момент морального страждання. Під час вирішення – приймається рішення як діяти в результаті морального дистресу, а перебуваючи на стадії рефлексії – спостерігаємо процеси аналізу та обмірковування пережитого в цілому та прийняте рішення загалом. Теорія передбачає детальний опис попередніх подій, які відбуваються на першому її етап, що включають становлення, професіоналізацію, інституціоналізацію та роботу. Нею часто послуговуються в ході підготовки та навчання майбутніх медичних сестер долати ймовірних моральних труднощів. З опором на теорію розплати було розроблено та валідизовано опитувальник морального комфорту (MCQ), який дозволяє кількісно виміряти позитивні результати (рішення) після того, як медичні сестри пережили моральний дистрес (Nathaniel, 2006; Rosenbaum, 2022).

Р. О'Доннелл та ін. зосередили фокус дослідницької уваги на визначені причин морального дистресу та досвіді вирішення етичних питань соціальними працівниками у закладах охорони здоров'я. Науковці наводять розлогий перелік низки повторюваних етичних проблем, з якими стикаються соціальні працівники: наказ «не реанімувати», конфлікт щодо попередніх директив, відміна чи відмова від лікування (зокрема, штучне харчування, гідратація, діаліз, механічна вентиляція тощо), евтаназія та інші. Причому переживання працівниками морального дистресу, пов'язаного з етичними проблемами, залежить від досвіду їх вирішення. Якщо для працівників хоспісів основними етичними проблемами є питання: легалізації евтаназії, доступу до послуг і ресурсів, участь чи навпаки відмова сім'ї від смертельно хворого, нерівний розподіл послуг хоспісної допомоги між різними групами пацієнтів (мається на увазі

расова, економічна характеристика відповідних груп), то для соціальних працівників в агентствах по догляду етичними проблемами є: недоліки організації робочого часу, самовизначення, відсутність автономії підопічних, можливість їх доступу до спектру послуг, питання оцінки і критеріїв виконання своєї роботи.

Результати емпіричного дослідження (в ході якого було опитано 478 осіб) засвідчили також переживання морального дистресу соціальними працівниками у зв'язку із визначенням їх ролі, місця та повноважень в медичній команді, конфліктів цінностей. Наявність організаційної підтримки, позитивний соціально-психологічний клімат, можливість залучення соціальних працівників до обговорення етичних проблем в мультидисциплінарних командах, надані етичні ресурси (безперервне навчання, участь у тренінгах з проблем етики тощо) та задоволеність кар'єрою, навпаки, знижують рівень переживання морального дистресу, пов'язаного з роботою (O'Donnell, 2008).

Теоретичний аналіз наведених вище поглядів науковців стосовно проблеми переживання особистістю морального дистресу засвідчив складність та неоднозначність щодо визначення відповідної дефініції, його показників та чинників.

**Висновки і перспективи.** Здійснений теоретичний огляд наукової літератури вказує на наявність прогалин у вивченні проблеми морального дистресу, оскільки лівова частка досліджень торкається встановлення специфіки вияву морального дистресу в медичних працівників чи фахівців, які працюють в закладах охорони здоров'я, залишаючи осторонь представників інших професій. Перспективу подальших наукових розвідок вбачаємо у розробці методологічних засад вивчення морального дистресу особистості в умовах військових дій, визначенні етапів реалізації емпіричного з метою з'ясування психологічних особливостей вияву морального дистресу з урахуванням вікового, статевого та професійного аспектів.

#### **Література**

1. Борейко, Ю. (2014). Повсякденні релігійні практики як складова соціальних взаємовідносин. *Українське релігієзнавство*, 71-72, 46-54.
2. Борейко, Ю. (2015). Релігійна ідентичність як конструкт повсякденності. *Релігія та соціум*, 4, 79-84.
3. Засекіна, Л., Козігора, М. (2022). Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи*. 39, 139-152. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>

4. American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *AACN Public Policy Position Statement: Moral Distress*. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses (AACN). <https://www.aacn.org/policy-and-advocacy/aacn-position-statement-moral-distress-in-times-of-crisis>
5. Boyle, D.A., Bush, N.J., (2018). Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: four decades of perspectives and potential. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 63-73.
6. Campbell, S.M., Ulrich, C.M. and Grady, C. A. (2016). Broader understanding of moral distress. *Am J. Bioeth*, 16, 2-9.
7. Canadian Nurses Association (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa; <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>
8. Chesnut, R. P., Richardson, C. B., Morgan, N. R., Bleser, J. A., Perkins, D. F., Vogt, D., ... Finley, E. (2020). Moral injury and social well-being: a growth curve analysis. *Journal of traumatic stress*, 33(4), 587-597.
9. Corley, M.C., Elswick, R.K, Gorman, M and Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J adv Nurs*, 33, 250-256.
10. Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *Am J. Crit Care*, 4, 280-285.
11. Corley M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
12. Epstein, E., Hamric, A. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J. Clin Ethics*, 20, 330-342.
13. Epstein, E.G, Whitehead, P.B, Prompahakul, C., Thacker, L.R., Hamric, A.B. (2019). Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empir Bioeth*, 10(2), 113-124. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>
14. Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29, 91-97.
15. Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350-362.
16. Hanna D. R. (2004). Moral distress: the state of the science. Research and theory for nursing practice, 18(1), 73–93. <https://doi.org/10.1891/rtnp.18.1.73.28054>
17. Jameton, A. A. (2013). Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *Bioethical Inquiry*, 10, 297-308. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
18. Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*, 4, 542-551.
19. Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
20. Jalmsell, L., Lovgren, M., Kreicbergs, U., Henter, JI., Frost, B.M. (2016). Children with cancer share their views: tell the truth but leave room for hope. *Acta Paediatr*. 105(9), 1094-1099.
21. McCarthy, J. (ed.). (2013) *Nursing ethics and moral distress: the story so far* (Online special issue). *Nurs Ethics*. [http://nej.sagepub.com/site/special\\_issues/special\\_issue.xhtml](http://nej.sagepub.com/site/special_issues/special_issue.xhtml)
22. Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *West J. Nurs Res.*, 28(4), 419-38.
23. O'Donnell, P., Farrar, A., BrintzenhofeSzoc, K., Conrad, A.P., Danis, M., Grady, C., et al. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Soc Work Health Care*, 46(3), 29-51.
24. Rosenbaum, K.E.F. (2022). A Brief Theory Critique: The Theory of Moral Reckoning. *J. Nurs Dr Stud Scholarsh*, 8, 46-52.
25. Sandeberg, M., Bartholdson, C. & Pergert, P. (2020). Important situations that capture moral distress in paediatric oncology. *BMC Med. Ethics*, 21, 6 <https://doi.org/10.1186/s12910-020-0447-x>

26. Ventovaara, P., af Sandeberg, M., Petersen, G., Blomgren, K., & Pergert, P. (2022). A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate – Situations in paediatric oncology care that involve children’s voices. *Nursing Open*, 9, 2108. – 2116. <https://doi.org/10.1002/nop2.1221>
27. Webster, G., Bayliss, F. (2000). Moral residue. In: Rubin S., Zoloth L. (eds) Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine. *Hagerstown, MD: University Publishing Group Inc*, 208.
28. Wilkinson, J. M. (1987-1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*, 23(1), 16-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3454003/>
29. Zasiakina, L., & Zasiakin, S. (2020). Verbal Emotional Disclosure of Moral Injury in Holodomor Survivors. *Psycholinguistics*, 28(1), 41-58. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2020-28-1-41-58>

## References

1. Boreiko, Yu. (2014). Povsiakdenni relihiini praktyky yak skladova sotsialnykh vzaïemovidnosyn [Everyday religious practices as a component of social relations]. *Ukrainske relihiieznavstvo - Ukrainian Religious Studies*, 71-72, 46-54. [in Ukrainian].
2. Boreiko, Yu. (2015). Relihiina identychnist yak konstrukt povsiakdennosti [Religious identity as a construct of everyday life]. *Relihiia ta sotsium - Religion and Society*, 4, 79-84. [in Ukrainian].
3. Zasiakina, L., Kozihora, M. (2022). Kros-kulturna adaptatsiia ta standartyzatsiia shkaly symptomiv moralnoi travmy [Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of Moral Injury Symptoms Scale]. *Psykhologichni perspektyvy - Psychological Prospects Journal*, 39, 139-152. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>
4. American Association of Critical-Care Nurses. (2006). *AACN Public Policy Position Statement: Moral Distress*. Aliso Viejo, CA: American Association of Critical-Care Nurses (AACN). <https://www.aacn.org/policy-and-advocacy/aacn-position-statement-moral-distress-in-times-of-crisis>
5. Boyle, D.A., Bush, N.J., (2018). Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: four decades of perspectives and potential. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 63-73.
6. Campbell, S.M., Ulrich, C.M. and Grady, C. A. (2016). Broader understanding of moral distress. *Am J. Bioeth*, 16, 2-9.
7. Canadian Nurses Association (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa; <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>
8. Chesnut, R. P., Richardson, C. B., Morgan, N. R., Bleser, J. A., Perkins, D. F., Vogt, D., ... Finley, E. (2020). Moral injury and social well-being: a growth curve analysis. *Journal of traumatic stress*, 33(4), 587-597.
9. Corley, M.C., Elswick, R.K, Gorman, M and Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J adv Nurs*, 33, 250-256.
10. Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *Am J. Crit Care*, 4, 280-285.
11. Corley M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
12. Epstein, E., Hamric, A. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J. Clin Ethics*, 20, 330-342.
13. Epstein, E.G, Whitehead, P.B, Prompahakul, C., Thacker, L.R., Hamric, A.B. (2019). Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empir Bioeth*, 10(2), 113-124. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>
14. Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29, 91-97.

15. Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350-362.
16. Hanna D. R. (2004). Moral distress: the state of the science. Research and theory for nursing practice, 18(1), 73–93. <https://doi.org/10.1891/rtnp.18.1.73.28054>
17. Jameton, A. A. (2013). Reflection on Moral Distress in Nursing Together With a Current Application of the Concept. *Bioethical Inquiry*, 10, 297-308. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
18. Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*, 4, 542-551.
19. Jameton, A. (1984). Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
20. Jalmsell, L., Lovgren, M., Kreicbergs, U., Henter, JI., Frost, B.M. (2016). Children with cancer share their views: tell the truth but leave room for hope. *Acta Paediatr.* 105(9),1094-1099.
21. McCarthy, J. (ed.). (2013) Nursing ethics and moral distress: the story so far (Online special issue). *Nurs Ethics*. [http://nej.sagepub.com/site/special\\_issues/special\\_issue.xhtml](http://nej.sagepub.com/site/special_issues/special_issue.xhtml)
22. Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *West J. Nurs Res.*, 28(4), 419-38.
23. O'Donnell, P., Farrar, A., BrintzenhofeSzoc, K., Conrad, A.P., Danis, M., Grady, C., et al. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Soc Work Health Care*, 46(3),29-51.
24. Rosenbaum, K.E.F. (2022). A Brief Theory Critique: The Theory of Moral Reckoning. *J. Nurs Dr Stud Scholarsh*, 8,46-52.
25. Sandeberg, M., Bartholdson, C. & Pergert, P. (2020). Important situations that capture moral distress in paediatric oncology. *BMC Med. Ethics*, 21, 6 <https://doi.org/10.1186/s12910-020-0447-x>
26. Ventovaara, P., af Sandeberg, M., Petersen, G., Blomgren, K., & Pergert, P. (2022). A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate – Situations in paediatric oncology care that involve children’s voices. *Nursing Open*, 9, 2108. – 2116. <https://doi.org/10.1002/nop2.1221>
27. Webster, G., Bayliss, F. (2000). Moral residue. In: Rubin S., Zoloth L. (eds) Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine. *Hagerstown, MD: University Publishing Group Inc*, 208.
28. Wilkinson, J. M. (1987-1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*,23(1), 16-29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3454003/>
29. Zasiiekina, L., & Zasiiekin, S. (2020). Verbal Emotional Disclosure of Moral Injury in Holodomor Survivors. *Psycholinguistics*, 28(1), 41-58. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2020-28-1-41-58>

Received: 04.09.2022

Accepted: 26.09.2022