


Medical Ethics and Law  
Research Center

# Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): 9

Shahid Beheshti  
University of Medical Sciences

## Moral Disengagement in Medicine and Nursing: A Narrative Review

Alireza Azimpour<sup>1\*</sup>, Navid Karimian<sup>1</sup>, Maryam Azarniushan<sup>2</sup>, Leila Johari<sup>3</sup>

1. Department of Psychology, Literature and Humanity Faculty, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran.

2. Department of Psychology, Education and Psychology Faculty, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3. Department of Pediatrics, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Moral disengagement includes the cognitive mechanisms which are formed in the doer's mind while performing unethical actions or deciding not to perform ethical actions, which influences the occurrence of unethical actions or not performing ethical behaviors. The Present study aims to narratively review the studies that have examined the role of this variable in medical and nursing settings.

**Methods:** Through Google scholar and PubMed databases, besides using the search section of the websites of the journals related to medical and nursing ethics, the keywords moral disengagement, medical ethics and nursing ethics were searched; the articles which had studied moral disengagement in medicine and nursing until 2022 were reviewed.

**Ethical Considerations:** The results of the studies have been mentioned without bias, while observing trustworthiness in reporting the contents of the articles.

**Results:** Moral disengagement was found to be prevalent among the nurses and the physicians. Moral disengagement was accompanied by decreasing moral reasoning, behaviors and traits, as well as increasing unethical and unproductive behaviors among the physicians and the nurses. In addition, these mechanisms increased in the medical environments with higher levels of stress, more perceived injustice and higher power. On the other hand, they decreased in managerial conditions in the form of moral leadership. These mechanisms were more prevalent among the physicians and the nurses who had stress, unstable moods, negative emotions, as well as the desire for power.

**Conclusion:** Considering the modifiability of moral disengagement through certain educational interventions, it is necessary to add some lessons or courses in order to introduce and reduce the mechanisms of moral disengagement in academic programs and the in-service courses of doctors and nurses. In addition, considering the role of variables such as job stress, perceived injustice and having uncontrolled power, it can be possible to reduce the aforementioned variables and consequently, moral disengagement through applying certain management reforms such as applying ethical leadership.

**Keywords:** Moral Disengagement; Medical Ethics; Nursing Ethics

**Corresponding Author:** Alireza Azimpour; **Email:** [a.azimpour@kazerunsfu.ac.ir](mailto:a.azimpour@kazerunsfu.ac.ir)

**Received:** May 10, 2022; **Accepted:** September 12, 2022; **Published Online:** October 24, 2022

### Please cite this article as:

Azimpour A, Karimian N, Azarniushan M, Johari L. Moral Disengagement in Medicine and Nursing: A Narrative Review. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2022; 16(47): e9.



## مجله اخلاق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و هفتم، ۱۴۰۱



### تعهدگریزی اخلاقی در پزشکی و پرستاری: مروری روایتی

علی‌رضا عظیم‌پور<sup>۱\*</sup>، نوید کریمیان<sup>۱</sup>، مریم آذرنیوشان<sup>۲</sup>، لیلا جوهری<sup>۳</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

#### چکیده

**زمینه و هدف:** تعهدگریزی اخلاقی شامل سازوکارهایی شناختی است که هنگام انجام اعمال غیر اخلاقی و یا تصمیم به عدم انجام اعمال اخلاقی، در ذهن فرد شکل گرفته و در بروز رفتارهای غیر اخلاقی یا عدم انجام رفتارهای اخلاقی تأثیر دارد. پژوهش حاضر به مرور روایتی تحقیقاتی می‌پردازد که نقش این متغیر در موقعیت‌های پزشکی و پرستاری را بررسی کرده‌اند.

**روش:** از طریق پایگاه‌های داده Google Scholar، Pubmed و همچنین با مراجعه به قسمت جستجوی تارنمای مجلات مرتبط با اخلاق پزشکی و پرستاری، واژه کلیدی Moral Disengagement در کنار Medical Ethics و Nursing Ethics جستجو شد و مقالاتی که تا سال ۲۰۲۲ تعهدگریزی اخلاقی را در پزشکی و پرستاری بررسی کرده بودند، بازبینی شد.

**ملاحظات اخلاقی:** نتایج پژوهش‌ها بدون سوگیری و با رعایت امانتداری در گزارش محتوای مقالات، ذکر شد.

**یافته‌ها:** مرور مطالعات نشان داد تعهدگریزی اخلاقی در بین پزشکان و پرستاران رایج بود. تعهدگریزی اخلاقی با کاهش استدلال‌ها، رفتارها و صفات اخلاقی و افزایش رفتارهای غیر اخلاقی و غیر مولد پزشکان و پرستاران همراه بود، به علاوه این سازوکارها در محیط‌های درمانی با استرس و احساس بی‌عدالتی بیشتر و همچنین قدرت بالاتر افزایش یافته و در شرایط مدیریتی به شکل رهبری اخلاقی کاهش می‌یافت. این سازوکارها در پزشکان و پرستارانی با استرس، ناستواری خلق، عاطفه منفی و همچنین میل به قدرت، بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به قابل اصلاح بودن تعهدگریزی اخلاقی از طریق برخی مداخلات آموزشی، لازم است با اضافه کردن برخی دروس یا دوره‌های آموزشی به آشناسازی و کاهش سازوکارهای تعهدگریزی اخلاقی در دوره‌های تحصیلی و ضمن خدمت پزشکان و پرستاران مبادرت ورزید، به علاوه با توجه به نقش متغیرهایی چون استرس کاری، بی‌عدالتی ادراک شده و داشتن قدرت بی‌حد و حصر، شاید بتوان با اعمال برخی اصلاحات مدیریتی چون اعمال رهبری اخلاقی، متغیرهای فوق و به تبع آن تعهدگریزی اخلاقی را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** تعهدگریزی اخلاقی؛ اخلاق پزشکی؛ اخلاق پرستاری

نویسنده مسئول: علی‌رضا عظیم‌پور؛ پست الکترونیک: [a.azimpour@kazerunsfu.ac.ir](mailto:a.azimpour@kazerunsfu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Azimpour A, Karimian N, Azarniushan M, Johari L. Moral Disengagement in Medicine and Nursing: A Narrative Review. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e9.

## مقدمه

انسان‌ها در طی فرآیند اجتماع‌پذیری به بعضی معیارهای اخلاقی مقید می‌شوند؛ معیارهایی که راهنمای آن‌ها در رفتارهای اجتماعی‌شان خواهد شد. با این وجود صرف باور به معیارهای اخلاقی همیشه منجر به عمل اخلاقی نمی‌شود (۲-۱). روان‌شناسان نشان داده‌اند که انسان گاه علی‌رغم داشتن معیارها و تفکرات سطح بالای اخلاقی، به دلایل مختلف طبق این معیارها عمل نمی‌کند و برای گریز از احساس ناخوشایند ناشی از عملی خلاف این معیارها به سازوکارهای یا ماکنیسم‌های شناختی موسوم به تعهد‌گریزی اخلاقی (Moral Disengagement) متوسل می‌شود (۳). تعهد‌گریزی اخلاقی شامل هشت سازوکار شناختی است که باعث می‌شود فرد به راحتی، عمل غیر اخلاقی را مکرراً انجام دهد، بدون آنکه ناخوشایندی و بازدارنده شود (۴-۶). نقش مؤثر تعهد‌گریزی اخلاقی در تسهیل اعمال غیر اخلاقی و بازدارندگی اعمال اخلاقی در حوزه‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. شواهد نشان می‌دهد تمایل به تعهد‌گریزی اخلاقی با رفتارهای منفی از جمله رفتارهای مجرمانه (۷)، رفتارهای ضد اجتماعی، پرخاشگری، قلدری، قلدری سایبری و رفتارهای بزه‌کارانه مانند دزدی، تقلب و دروغ‌گویی (۸-۱۰)، سوءرفتار در محیط کار (۳)، سوءمصرف مواد، قماربازی (۱۱)، تجاوزات جنسی (۱۲)، توجیه تخلفات ورزشی توسط ورزشکاران (۱۳)، حمایت از مداخلات نظامی در کشمکش‌های بین‌المللی (۱۴)، حمایت از مجازات مرگ برای دشمنان (۱۵-۱۳) و حمایت از صنایع مضر برای سلامت انسان (۱۶)، مرتبط بوده است. این متغیر همچنین با متغیرهای اخلاقی مانند همدلی و هویت اخلاقی (۸) و هیجانان اخلاقی (۱۷) دارای رابطه منفی است. همچنین به نظر می‌رسد تعهد‌گریزی اخلاقی نه فقط در سطوح فردی، بلکه حتی با عواقب فراگیرتری، در سطوح نظام‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های کلان عمل کرده و منجر به تصمیمات غیر اخلاقی می‌شود (۱۸).

تعهد‌گریزی اخلاقی نخستین‌بار توسط Bandura و در چارچوب نظریه شناختی - اجتماعی او ارائه شد (۱). این سازوکارها به ۸ دسته اصلی قابل تقسیم‌اند؛ در توجیه اخلاقی (Moral Justification)، فرد رفتار غیر اخلاقی خود را به دلیل وجود ارزشی اجتماعی یا هدفی اخلاقی قابل توجیه قلمداد می‌کند (۴-۶)، مثلاً چشم‌پزشکی که باید درخواست تمدید گواهی‌نامه رانندگی فردی سالخورده از خویشاوندان خود که مبتلا به اختلال بینایی است را رد کند، این کار را انجام نمی‌دهد و این‌گونه عمل خود را توجیه می‌کند که او برای کسب درآمد خانواده نیازمند شغل رانندگی است. یا پرستاری تجسم شود که از فردی که سال‌ها دچار زندگی نباتی است، مراقبت می‌کند و لازم است به این فرد که هم‌اینک به دلیل افت اکسیژن خون نیازمند تخلیه ترشحات است، کمک کند. پرستار به طور پنهانی، در انجام این کار تعلل می‌کند و باعث مرگ بیمار می‌شود، با این توجیه که با این کار هزینه و استرس خانواده را پایان داده است.

در برچسب‌زدن مدبرانه (Euphemistic Labeling) با شیوه نامگذاری و استفاده از عبارات و کلمات اخلاقی عملی غیر اخلاقی موجه نشان داده می‌شود (۴-۶). به عنوان مثال پزشکی با یک آزمایشگاه تبانی کرده تا بیماران مطب خود را به آنجا ارجاع دهد و به ازای ارجاع بیمار در درآمد آزمایشگاه سهیم شود. وی وقتی بیمارانی که ضرورتی برای ارجاع به آزمایشگاه ندارند را به آنجا ارجاع می‌دهد، برای التیام وجدان‌اش به خود و همکاران تأکید می‌کند که او در حال «ارزیابی کامل» و «رد» همه بیماری‌هایی است که در تشخیص افتراقی مطرح می‌شوند.

در سازوکار جا به جایی مسئولیت (Displacement of Responsibility) افراد مسئولیت رفتار غیر اخلاقی خود را به گردن مقام صاحب قدرت که به آن‌ها دستور داده، می‌اندازند (۴-۶)، مثلاً پزشک کشیک با وجود اینکه می‌داند دارویی که در نامه ارجاع نوشته شده اشتباه بوده و به ضرر بیمار است، اقدام به اصلاح دارویی که در برگ ارجاع نوشته شده نکرده نمی‌کند و مسئولیت آن را به گردن پزشکی می‌اندازد که نسخه را نوشته است یا پرستاری که متوجه

در سازوکار انسانیت‌زدایی (Dehumanization) با تنزل فرد قربانی به موجودی فاقد عواطف و احساسات و آرزوهای انسانی، به نحوی حس همدلی فرد خاطی نسبت به قربانی کاهش می‌یابد (۴-۶). به عنوان مثال یک پزشک متخصص اطفال در اتاق عمل اقدامات احیایی برای نوزادی که در سونوگرافی دوران جنینی‌اش دارای Ventriculomegaly و Intracerebral Hemorrhage (ICH) بوده را انجام نمی‌دهند؛ با این استدلال که این نوزاد عقب‌مانده ذهنی، کور و فلج است یا پرستاری که باید به دستور پزشک در درمانگاه زندان به بیمار مبتلا به سرطان استخوان، مسکن تزریق کند، اما این کار را انجام نمی‌دهد با این استدلال که نامبرده سارق و متجاوز است و رسیدگی به وی ضروری نیست.

در نسبت‌دادن سرزنش (Attribution of Blame) فرد خاطی، قربانی را مسئول اصلی بروز عمل خطای خود جلوه می‌دهد (۴-۶)، مثلاً یک فوق تخصص قلب اطفال، در مراجعه والدین کودک، شربت Digoxin را تجویز می‌کند، ولی چگونگی مصرف و هشدار در مورد لزوم مصرف در مقدار مشخص را به مادر بیمار توضیح نمی‌دهد و به دلیل عدم توضیح وی، والدین مقدار بالایی به کودک داده و کودک با ایست قلبی فوت می‌کند. پزشک در دفاع از خود بدون اشاره به عدم هشدار در مورد دوز مصرفی، مقصر را خود والدین می‌داند که مقدار بالایی از دارو را به کودک خورانده‌اند.

در سازوکار مقایسه سودمند (Advantageous Comparison) فرد با مقایسه وضعیت یا عمل خود با وضعیت یا عملی منفی‌تر، مجوز انجام عمل غیر اخلاقی را به خود می‌دهد (۶-۴)، مثلاً به یک متخصص زنان گوش به زنگ (On-Call) خبر می‌دهند، خانم حامله‌ای با درد زایمان و پارگی کیسه آمنیون، تب و علائم سپتی سمی به بیمارستان مراجعه کرده است. نوزاد دارای برادی کاردی است و مکونیموم دفع کرده است. پزشک با ۴۵ دقیقه تأخیر به بیمارستان آمده و به دلیل دیرشدن عمل سزارین، نوزاد دچار فلج مغزی می‌شود. پزشک در دفاع از خود می‌گوید، برخی از همکاران در این موارد حتی با دو ساعت تأخیر مراجعه کرده و جان مادر را نیز به خطر

اشتباه پزشک در مقدار دوز (Dose) تجویزی به بیمار بستری می‌شود، به جای صحبت با پزشک نامبرده یا سایر پزشکان، دارو را به بیمار می‌خوراند؛ با این استدلال که مسئولیت این کار با پزشکی است که دستور تجویز با این دوز را صادر کرده است.

در تقسیم مسئولیت (Diffusion of Responsibility)، افراد نقش خود را به عنوان عضوی از گروه در بروز رفتار غیر اخلاقی گروهی ناچیز تلقی می‌کنند (۴-۶)، مثلاً هیأت پیوند اعضا متشکل از جراحان و متخصصین داخلی تصمیم گرفته‌اند که قبل از پیوند، دارویی برای ریشه‌کنی Epstein-Bar Virus (EBV) تجویز نکنند، ولی بیمار بعد از پیوند دچار عفونت با این ویروس (EBV) شده و فوت می‌کند. یکی از متخصص داخلی عضو هیأت با وجودی که می‌دانسته آن دارو قبل از پیوند باید تجویز می‌شده است، در برابر تصمیم جمع مقاومت نکرده و بعد از فوت بیمار اقدام خود را به تصمیم هیأت نسبت می‌دهد.

در تحریف یا بی‌توجهی نسبت به پیامدها (Disregard or Distortion of Consequences) فرد صرفاً به انجام عمل مبادرت می‌ورزد، بدون اینکه به نتایج سهمگین آن توجه کند و یا به نحوی می‌کوشد آن را ناچیز بشمارد (۴-۶)، مثلاً بیماری بعد از اصرار به منشی به عنوان آخرین مریض به مطب پزشک فوق تخصص ریه مراجعه می‌کند و با وجود اینکه بیمار علائم تب و کاهش وزن و تعریق شبانه و خلط خونی دارد و پزشک می‌داند که این علائم از علائم احتمالی سرطان ریه است، ولی به دلیل خستگی زیاد اقدام به نوشتن آزمایش خون و عکس قفسه صدری برای بیمار نمی‌کند و به بیمار اطمینان می‌دهند که با خوردن مولتی‌ویتامین حال بیمار رو به بهبود می‌رود و بعد با خود می‌گوید که شیوع سرطان ریه بسیار اندک است و مصرف مولتی‌ویتامین هم برای بسیاری افراد مفید است یا به طور مثال پرستاری که به دلیل خستگی، از دستور پزشک مبنی بر گرفتن فشار خون بیمار بعد از عمل جراحی معده تبعیت نکرده و با نگاهی اجمالی به ظاهر بیمار می‌گوید حال مریض خوب است.

انداخته‌اند؛ من لاقول خود را زودتر رساندم تا مادر فوت نشود یا پرستاری که لازم است پوشک نوزادی بستری را به دلیل اسهالی اسیدی زود عوض کند، اما این کار را با تأخیر انجام می‌دهد. نوزاد دچار قرمزی و سوختگی ناحیه تناسلی می‌شود و نیازمند استفاده از پماد می‌شود. پرستار پماد را برای ناحیه دچار سوختگی استفاده می‌کند و در دفاع از خود می‌گوید بقیه همکارها بعد از این سوختگی و قرمزی حتی پماد هم استفاده نکرده‌اند.

تعهد‌گزینی اخلاقی چنانکه گفته شد، مفهومی در دل نظریه شناختی اجتماعی Bandura است. این نظریه، با تأکید بر نقش محرک‌های موقعیتی، یادگیری مشاهده‌ای از الگوهای بیرونی و فرایندهای شناختی درونی میانجی محرک‌ها و پاسخ‌ها، توانسته است گستره وسیعی از رفتارها، از جمله رفتارهای اخلاقی را تبیین نماید. این رویکرد بر انعطاف‌پذیری رفتارها و شناخت‌های انسان و تأثیر متغیرهای بیرونی و درونی تأکید دارد. در نتیجه به متغیرهای روان‌شناختی به چشم صفات شخصیتی وراثتی غیر قابل تغییر نگاه نکرده و تأثیر عوامل اجتماعی بر تغییر این متغیرها را مد نظر دارد (۱). در چارچوب این نگاه می‌توان انتظار داشت که تعهد‌گزینی اخلاقی نیز قابل تغییر و اصلاح باشد. بر اساس این انتظار، کوشش‌هایی برای کاهش تعهد‌گزینی اخلاقی انجام شده است. اقداماتی مانند استفاده از روزنامه‌هایی حاوی داستان‌هایی در تقبیح تعهد‌گزینی اخلاقی (۱۹)، تشریح ساده فرایندهای تعهد‌گزینی اخلاقی (۲۰)، استفاده از اینترنت برای معطوف کردن توجه مشارکت‌کننده‌ها بر تعهد‌گزینی اخلاقی در چالشی اخلاقی (۲۱) انواعی از این کوشش‌ها می‌باشد. علاوه بر مداخله به شکل آموزش مستقیم در مورد تعهد‌گزینی اخلاقی شیوه‌هایی دیگر مانند برجسته‌کردن آسیبی که رفتارهای به شدت خودخواهانه ایجاد می‌کند یا آموزش تفکر انتقادی در این بین موفق بوده‌اند (۲۲-۲۳). علاوه بر این مداخلات که معطوف به تغییر ذهنیت و طرز تفکر افراد بوده، مداخلات موفقی نیز در متغیرهای موقعیتی و محیطی و مدیریتی در سطح سازمان‌ها و گروه‌ها، انجام شده است. اعمال

سطوح بالاتر مشارکت در تعیین اهداف عملکردی در محیط کار (۲۴) یا تغییر جو رهبری (۲۷-۲۵) نمونه‌ای از این مداخلات می‌باشد. به طور کلی القای احساس تسلط و تأثیر به کارکنان و نه صرفاً تأکید بر تقویت و تنبیه و کنترل بیرونی آن‌ها، توانسته باعث کاهش تعهد‌گزینی اخلاقی آن‌ها شود (۲۸)، هرچند تحقیقات فوق تأثیرات آموزش‌ها و مداخلات در متغیرهای محیطی و مدیریتی بر تعهد‌گزینی اخلاقی را نشان داده است، اما تا به آنجا که توسط نویسندگان این مقاله جستجو شد تحقیقی که این تأثیر را در زمینه پزشکی و پرستاری بررسی کند، یافته نشد. شاید تحقیقات آینده بتوانند به این مهم نائل شوند، البته با توجه به وجود برخی پرسشنامه‌های معدود به زبان فارسی برای سنجش تعهد‌گزینی اخلاقی (۳۱-۲۹) شاید پژوهشگران ایرانی در آینده بتوانند این مفهوم را در زمینه خدمات سلامت بیشتر مورد بررسی قرار دهند، اما پیش از انجام چنین تحقیقاتی لازم است مفهوم و ابعاد تعهد‌گزینی اخلاقی به صورت مروری در زمینه پزشکی و پرستاری بررسی شوند.

پزشکان و پرستاران در ارتباط روزانه با مسائل مهمی چون مرگ و زندگی، ناخوشی و سلامت دیگران قرار دارند و به دلیل مسئولیت قانونی و اخلاقی که متوجه آن‌ها است، مجبورند در این مسائل، با چالش‌های اخلاقی مواجه شوند. این تصمیم‌ها در حوزه‌هایی چون مراقبت و درمان، تقسیم منصفانه منابع محدود، رضایت آگاهانه، مراقبت فوری و همچنین مسائل مربوط به همکاران نمود پیدا می‌کند. فرآیند تصمیم‌گیری در مورد این مسائل به دلیل وجود مشکلاتی همچون ابهام، مسائل مربوط به بافت و زمینه موجود، نیاز به برقراری ارتباط حرفه‌ای مراقب سلامت با بیش از یک نفر (به جز بیمار)، دخالت متغیرهای بیرونی، وجود مسائل اضطراری و رویدادهای مرتبط، ممکن است از روند مشخص و واضحی پیروی نکرده و بنابراین تصمیم‌گیری و تبعیت از دستورات اخلاقی را دشوارتر سازد (۳۲-۳۳). با این اوصاف، وجود اصول اخلاقی واضح جهت مساعدت در تعیین درست و غلط بودن یک تصمیم یا عمل از اهمیت زیادی برخوردار است (۳۴). این اهمیت باعث

شده پرستاران و پزشکان در طول دوره دانشجویی دروسی را در مورد اخلاق پزشکی و پرستاری بگذرانند. با وجود این دروس و تأکید بر توجه به اخلاق در دوران تحصیلی پزشکان و پرستاران، تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که نوعی واپسروی اخلاقی در پزشکان و دانشجویان پزشکی (۳۸-۳۵) پس از شروع دوره بالینی و مواجهه با دشواری‌های محیط درمانی، بروز می‌کند (۳۹-۳۸).

در مقاله حاضر پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با وجود و تأثیر عوامل مؤثر بر تعهد‌گزینی اخلاقی پزشکان و پرستاران بررسی شده‌اند و بر این اساس پیشنهادهای برای تقلیل این عوامل ارائه گردیده است. این بررسی مروری می‌تواند با مشخص کردن متغیرهای مؤثر بر تعهد‌گزینی اخلاقی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی و انجام و ارزیابی مداخلاتی جهت تقلیل آن در پزشکان و پرستاران فراهم آورد.

## روش

روش تحقیق حاضر از نوع مرور روایتی (Narrative Review) است. در ابتدا از طریق پایگاه‌های داده Google Scholar و Pubmed، واژه کلیدی Moral Disengagement در کنار Medical Ethics و Nursing Ethics مورد جستجو واقع

شد، به علاوه در قسمت جستجوی تارنمای مجلات فارسی و انگلیسی مرتبط با اخلاق پزشکی و پرستاری Moral Disengagement مورد جستجو واقع شد. پس از حذف مقالات نظری، در نهایت ۱۶ مقاله پژوهشی در این باره یافته شد. از این تحقیقات یک پژوهش در ایران (به زبان انگلیسی) و بقیه در سایر جوامع انجام شده بود. یک مقاله به زبان ایتالیایی بود که از چکیده انگلیسی آن استفاده شد و بقیه مقالات به زبان انگلیسی بودند. با توجه به محتوا، این مقالات در چهار بخش توصیف وجود تعهد‌گزینی اخلاقی در استدلال‌ها و تصمیمات اخلاقی پزشکان و پرستاران، پیامدهای تعهد‌گزینی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای مرتبط با اخلاق پزشکان و پرستاران، عوامل شخصیتی مرتبط با تعهد‌گزینی اخلاقی در میان پزشکان و پرستاران و در نهایت عوامل موقعیتی مرتبط با تعهد‌گزینی اخلاقی در پزشکان و پرستاران، شرح داده شد و مورد جمع‌بندی قرار گرفت، البته برخی پژوهش‌ها با توجه به محتوای مورد بررسی‌شان در بیش از یک بخش طبقه‌بندی شدند. جدول ۱ این مقالات، روش پژوهش آن‌ها، نمونه آماری و دسته‌بندی موضوعی هر یک از آن‌ها را خلاصه می‌نماید.

جدول ۱: توصیف و طبقه‌بندی مقالات پژوهشی به کار گرفته‌شده

دسته‌بندی موضوعی پژوهش‌ها	نمونه آماری	روش پژوهش	نویسندگان و سال انتشار مقاله
توصیف وجود تعهد‌گزینی اخلاقی	۲۰ پزشک آمریکایی	روش کیفی (مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته)	Schulman-Green (2003)
توصیف وجود تعهد‌گزینی اخلاقی	۹۸ پزشک عراقی	روش پیمایشی و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته	Reis, et al (2004)
عوامل موقعیتی مرتبط/ عوامل شخصیتی مرتبط با تعهد‌گزینی اخلاقی	۵۰ دانشجوی هلندی	روش آزمایشی (تجسم اینکه یک پرستارند یا یک جراح ارشدند)	Lammers & Stapel (2011) (مطالعه سوم)
توصیف وجود تعهد‌گزینی اخلاقی	۸۹ مقاله منتشرشده انگلیسی توسط پزشکان در مورد یک چالش در اخلاق پزشکی	تحلیل محتوا	Rys, et al (2013)
پیامدهای تعهد‌گزینی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی	۴۶۰ پرستار ایتالیایی	روش همبستگی (تحلیل عامل)	Sili, et al (2014)

نویسندگان و سال انتشار مقاله	روش پژوهش	نمونه آماری	دسته‌بندی موضوعی پژوهش‌ها
Christian, et al (2014)	همبستگی	۴۴ پرستار آمریکایی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی
Fida, et al (2016) (دو مطالعه)	یک مطالعه تحقیق کیفی و یک مطالعه روش همبستگی	۶۰ پرستار ایتالیایی ۴۳۴ پرستار ایتالیایی	توصیف وجود تعهدگریزی اخلاقی/ پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی
Fida, et al (2018)	همبستگی (مدل معادلات ساختاری)	دو مطالعه یکی بر ۴۳۹ پرستار و دیگری بر ۴۱۶ پرستار ایتالیایی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی/ عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Kuilman, et al (2019)	روش پیمایشی	۶۷ پرستار و ۸۸ پزشک هلندی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی/ عوامل شخصیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Głębocka (2019)	پیمایش	۹۶ پرستار لهستانی	عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Zhao & Xia (2019)	روش همبستگی (رگرسیون و تحلیلی میانجی)	دو مطالعه بر ۳۲۳ و ۳۱۷ پرستار چینی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی/ عوامل شخصیتی مرتبط/ عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Antes, et al (2020)	روش همبستگی	۳۱۶ دانشجوی پزشکی آمریکایی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی
Hakimi, et al (2020)	پژوهش کیفی (مصاحبه)	۲۷ پرستار ایرانی (تهران و رشت)	عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Sarwar, et al (2021)	روش همبستگی (تحلیل عامل)	۲۹۵ پرستار پاکستانی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی/ عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Fontesse, et al (2021)	روش همبستگی	۳۳۶ پرستار فرانسوی‌زبان	عوامل موقعیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی
Kuilman, et al (2022)	روش همبستگی	۸۸ پزشک متخصص و ۶۷ پرستار متخصص هلندی	پیامدهای تعهدگریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای اخلاقی/ عوامل شخصیتی مرتبط با تعهدگریزی اخلاقی

### یافته‌ها

۱. توصیف وجود تعهدگریزی اخلاقی در محتوای استدلالی و اخلاقی پزشکان و پرستاران: در پژوهشی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بر ۲۰ پزشک آمریکایی که به طور معمول با بیماران در حال مرگ سروکار داشتند، مشخص شد که این پزشکان بیشتر از سازوکارهای

تعهدگریزی اخلاقی، از جمله انسانیت‌زدایی و برچسب‌زدن مدیرانه استفاده می‌کردند. استفاده از این سازوکارها و فاصله‌گیری از بیماران، احساسات ناخوشایندی که به واسطه برخی رفتارهایشان ایجاد شده بود را تسکین می‌داد، رفتارهایی مثل استفاده کمتر از مسکن‌ها یا تلاش اندک برای کاهش افسردگی افراد در حال مرگ (۴۰). در پژوهشی به بررسی ۹۸

پزشک عراقی زمان صدام پرداخته شد، پزشکانی که در نقض حقوق بشر شامل طیف وسیعی از شیوه‌ها، از جمله قطع جزئی یا کامل گوش‌ها به عنوان نوعی مجازات، تحریف گزارش‌های پزشکی قانونی در مورد شکنجه‌های گزارش‌شده و جعل گواهی‌های مرگ مشارکت داشتند. نتایج این بررسی نشان داد بسیاری از این افراد مجرم‌بودن خود را انکار کرده و به عنوان نوعی سازوکار تعهد‌گریزی اخلاقی این اعمال را به ترس از قدرت رژیم سرکوب‌گر صدام و جا به جایی مسئولیت نسبت دادند (۴۱). در پژوهشی به روش تحلیل محتوا، ۸۹ مقاله منتشرشده توسط پزشکان در مجلات علمی انگلیسی زبان در مورد مسأله اخلاقی و چالش‌برانگیز استفاده مداوم از آرام‌بخش‌ها تا زمان مرگ مورد بررسی واقع شد. در این بررسی مشخص گردید که در ۷۳ درصد موارد پزشکان از توجیه اخلاقی در نوشته‌هایشان در مورد این عمل استفاده کرده بودند (۴۲). در دو پژوهش، یکی کیفی (بر ۶۰ پرستار ایتالیایی) و دیگری کمی (بر ۴۳۴ پرستار ایتالیایی) برای ساخت مقیاسی جهت سنجش تعهد‌گریزی اخلاقی پرستاران، پژوهشگران نشان دادند که پرستاران در تجارت روزمره خود گاه به تعهد‌گریزی اخلاقی متوسل می‌شوند تا دستورالعمل‌های اخلاق پرستاری را کنار بگذارند (۲۸). این چهار تحقیق با استفاده از سه روش متفاوت نشان داد که استفاده از تعهد‌گریزی اخلاقی در مسائل اخلاقی مرتبط با موقعیت‌های پزشکی رایج است.

**۲. پیامدهای تعهد‌گریزی اخلاقی بر تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای مرتبط با اخلاق پزشکان و پرستاران:** در پژوهشی بر ۶۷ پرستار و ۸۸ پزشک هلندی مشخص شد که تعهد‌گریزی اخلاقی، می‌تواند منجر به کاهش استدلال اخلاقی شود و رابطه برخی صفات شخصیتی با کاهش استدلال اخلاقی پزشکان و پرستاران را میانجی‌گری کند (۴۳). نتایج پژوهشی بر ۴۶۰ پرستار نشانگر رابطه مثبت تعهد‌گریزی اخلاقی با رفتارهای غیر مولد محیط کاری بود (۴۴). نتایج پژوهشی بر ۲۹۵ پرستار پاکستانی نشان داد که انسانیت‌زدایی به عنوان نوعی تعهد‌گریزی اخلاقی می‌تواند رفتار انحرافی

پرستاران را افزایش دهد (۴۵). در دو مطالعه یکی بر ۴۳۹ پرستار و دیگری بر ۴۱۶ پرستار مشخص شد که تعهد‌گریزی اخلاقی می‌تواند رابطه آماج قلدری‌های محیط کار قرار گرفتن و بروز رفتارهای غیر مولد محیط کاری در پرستاران را میانجی‌گری کند (۴۶). در دو مطالعه بر ۳۲۳ و ۳۱۷ پرستار چینی تعهد‌گریزی اخلاقی توانست رابطه خلق منفی و رفتارهای غیر اخلاقی پنهان‌سازی دانش (Knowledge-Hiding Behaviors: اینکه مثلاً پرستار بداند که باید در ارتباط با بیمار چه کند، اما برای شانه‌خالی کردن از کار ابراز بی‌اطلاعی کند) را میانجی‌گری کند. بر اساس این پژوهش پرستارانی با تعهد‌گریزی اخلاقی، رفتار پنهان‌سازی دانش را بیشتر انجام می‌دادند (۴۷).

در تحقیقی دیگر بر ۴۴ پرستار آمریکایی مشخص شد که تعهد‌گریزی اخلاقی به طور مستقیم با رفتارهای منحرف سازمانی، از جمله دزدی، تخریب‌گری، دیرحاضرشدن در محل کار و خروج زودهنگام از کار مرتبط است (۴۸). در بررسی ذکرشده برای ساخت مقیاس تعهد‌گریزی اخلاقی پرستاران در میان ۴۳۴ پرستار ایتالیایی، رابطه منفی تعهد‌گریزی اخلاقی با نوع‌دوستی، وجدانی‌بودن و فضیلت‌های مدنی تأیید شد (۲۸). در مطالعه‌ای جهت طراحی آزمونی برای سنجش تصمیم‌گیری تخصصی در موقعیت‌های پزشکی، بر ۳۱۶ دانشجوی سال چهارم پزشکی آمریکایی نشان داده شد که تصمیم‌گیری‌های صحیح پزشکی با تعهد‌گریزی اخلاقی دارای رابطه منفی است، به علاوه در این تحقیق تعهد‌گریزی اخلاقی با ابعاد دیگر مرتبط با تصمیم‌گیری صحیح شامل جوابگویی (Accountability)، نوع‌دوستی، غنا یا پرمایگی انصاف، امانت و احترام، وظیفه و احترام دارای رابطه منفی بود (۴۹). در مطالعه‌ای دیگر بر ۸۸ پزشک متخصص و ۶۷ پرستار متخصص هلندی نشان داده شد که تعهد‌گریزی اخلاقی با تأمل‌گری اخلاقی (Moral Deliberation) دارای رابطه منفی است (۵۰).

پژوهش‌های فوق نشان داد که در محیط‌های درمانی و در میان کادر درمان نیز مانند محیط‌ها و نمونه‌های دیگر، تعهد‌گریزی اخلاقی علاوه بر احتمال تقلیل استدلال اخلاقی،



ضعیف، کار بیش از حد، ساعات طولانی کاری و رضایت ناکافی ایجاد شده باشد (۵۲).

علاوه بر استرس و اضطراب، احساس بی‌عدالتی متأثر از مسائل محیط کار نیز در این فرایند مؤثر است. در دو مطالعه ذکر شده بر ۴۳۹ پرستار و دیگری بر ۴۱۶ پرستار و پس از استفاده از مدل معادلات ساختاری در تحلیل آماری، مشخص شد که وقتی پرستاران آماج قلدری در محیط کار می‌شوند دچار هیجان‌های منفی، از جمله ترس و خشم و غم می‌گردند. این هیجان‌ها به نوبه خود باعث تعهد‌گریزی اخلاقی و این تعهد‌گریزی منجر به سوءرفتارهایی در پرستاران می‌گردد (۴۶). در تحقیق اشاره‌شده بر پرستارانی که با بیماران روان‌پزشکی کار می‌کردند، مشخص شد پرستارانی که از سوی مافوق‌هایشان رفتاری انسانیت‌زدایی شده را می‌دیدند بیشتر بیماران روان‌پزشکی را انسانیت‌زدایی می‌کردند (۵۱). در پژوهشی کیفی بر ۲۷ پرستار ایرانی در تهران و رشت نیز مشخص شد که تنبیه‌شدن یا مورد انتقاد واقع شدن به دلیل عملکرد اخلاقی و مورد قضاوت اشتباه قرار گرفتن به خاطر انجام کار درست، می‌تواند به رضایت شغلی پایین منجر شود. این رضایت شغلی پایین در طول زمان باعث عادی‌سازی اعمال خلاف اخلاقی و تسلیم در برابر فشارهای شغلی محیط شده و در نهایت منجر به توجیه اعمال برای آسوده‌کردن وجدان و از دست‌دادن حساسیت نسبت به ابعاد اخلاقی اعمال می‌گردد (۵۳). داشتن شرایط توأم با عدالت در محیط کادر درمان به شکل رهبری اخلاقی محیط درمانی، توانست باعث تقلیل تعهد‌گریزی اخلاقی شود. در تحقیق مورد اشاره بر ۳۲۳ و ۳۱۷ پرستار چینی رهبری اخلاقی محیط درمانی توانست تا حدودی روابط تعهد‌گریزی اخلاقی و رفتارهای غیر اخلاقی پنهان‌سازی این رابطه را کمتر کند (۴۷).

علاوه بر اضطراب و مورد بی‌عدالتی واقع شدن که معمولاً در سلسله مراتب پایین‌تر یک سازمان دیده می‌شود، حس قدرت در سلسله مراتب بالاتر سازمان‌هایی چون بیمارستان‌ها نیز احتمالاً بتواند منجر به تعهد‌گریزی اخلاقی (بیشتر به شکل انسانیت‌زدایی) شود. در سه پژوهش بر دانشجویان ابتدا (در

نوع‌دوستی، فضائل مدنی، وجدانی‌بودن و تصمیم‌گیری‌های صحیح در موقعیت‌های تخصصی می‌تواند باعث افزایش رفتارهای غیر اخلاقی و کم‌کاری شود، البته باید به این محدودیت نیز اشاره داشت که با توجه به ماهیت همبستگی تحقیقات فوق با قطعیت نمی‌توان از تأثیرگذاری علی صحبت کرد، چه بسا افرادی با این رفتارها و ویژگی‌ها همزمان تعهد‌گریزی اخلاقی بالاتری نیز داشته باشند. با این حال به عنوان یک احتمال و با عنایت به چارچوب نظریه شناختی اجتماعی تأثیر علی تعهد‌گریزی اخلاقی بر رفتارها و استدلال‌ها فوق به عنوان یک احتمال قوی قابل طرح است.

**۳. عوامل موقعیتی مرتبط با تعهد‌گریزی اخلاقی:** در نظریه شناختی اجتماعی Bandura که مفهوم تعهد‌گریزی نیز از آن گرفته شده است؛ عوامل موقعیتی و بی‌ثبات می‌توانند تفکر و رفتار انسان را تحت تأثیر قرار دهند (۱). در مورد تعهد‌گریزی اجتماعی در میان پزشکان و پرستاران نیز برخی تحقیقات، به تأثیرات متغیرهای موقعیتی و محیطی بر کاهش و افزایش تعهد‌گریزی اخلاقی اشاره داشته‌اند. در پژوهشی بر ۱۳۶ پرستار فرانسوی‌زبان مشخص شد پرستارانی که در بیمارستان‌ها یا بخش‌های روان‌پزشکی کار می‌کنند بیش از پرستاران سایر بیمارستان‌ها و بخش‌ها دست به برچسب‌زدن و غیر انسانی‌سازی بیماران می‌زنند. این را شاید بتوان به استرس بالاتری نسبت داد که در بخش‌های روان‌پزشکی توسط پرستاران احساس می‌شود. در واقع یکی از عواملی که می‌تواند در محیط گاه افزایش و گاه کاهش یابد استرس کاری است (۵۱). در نتایج پژوهش بر ۲۹۵ پرستار پاکستانی مشخص شد که انسانیت‌زدایی به عنوان نوعی تعهد‌گریزی اخلاقی به طور مستقیم و غیر مستقیم (با نقش تعدیل‌گر خودکارآمدی شغلی) می‌تواند متأثر از استرس‌های شغلی پرستاران باشد (۴۵). یافته‌های پژوهشی بر ۹۶ پرستار لهستانی حاکی از افزایش گرایش به انسانیت‌زدایی بیماران توسط پرستاران تحت تأثیر استرس‌های موجود در محیط کار پرستاران بود. این استرس‌ها می‌تواند تحت تأثیر شرایط کاری

پژوهش اول) نشان داده شد که حس قدرت می‌تواند منجر به انسانیت‌زدایی شود، سپس (در پژوهش دوم) نشان داده شد حس قدرت از طریق القا و تجسم می‌تواند منجر به تصمیمات انسانیت‌زدایی شده برای کشوری خیالی گردد. در پژوهش سوم پژوهشگران، دانشجویان را به دو گروه تقسیم کردند، از یک گروه خواستند تجسم کنند که پرستاری با جایگاه تصمیم‌گیری محدودند و از گروه دیگر خواسته شد که تجسم کنند یک جراح ارشدند و بعد قرار شد در مورد یک معما برای تصمیم‌گیری پزشکی قضاوت کنند. افرادی که جایگاه جراح ارشد را به عهده گرفته بودند، در تصمیم‌گیری خود انسانیت‌زدایی بیشتری را از خود بروز می‌دادند (۵۴).

سه پژوهش (۴۵، ۵۲-۵۱) از هفت پژوهش مورد اشاره در این بخش نشان دادند عوامل موقعیتی که باعث استرس شغلی و پایین‌آمدن رضایت شغلی می‌شوند، می‌توانند به عنوان متغیر موقعیتی، باعث افزایش تعهد‌گریزی اخلاقی شوند، به علاوه چهار پژوهش دیگر از هفت پژوهش‌های فوق نقش عواملی مثل نبود رهبری اخلاقی در مدیریت محیط‌های درمانی (۴۷) مشاهده رفتار غیر اخلاقی دیگران (۵۱) و مورد پرخاشگری (۴۶) و رفتار و قضاوت غلط قرارگرفتن (۵۳) بر افزایش تعهد‌گریزی اخلاقی کادر درمان را نشان دادند. در یک پژوهش نیز با سه مطالعه (۵۴) اثر داشتن حس قدرت بالاتر بر تصمیم‌گیری‌های انسانیت‌زدایی‌شده تأیید شد. به طور خلاصه می‌توان از استرس و احساس بی‌عدالتی و اجحاف و همچنین حس قدرت بالا به عنوان عوامل موقعیتی که می‌تواند منجر به تعهد‌گریزی اخلاقی در کادر درمان شود نام برد. شاید بتوان این احتمال را مطرح کرد که در بهیاران و پرستاران و دانشجویان پزشکی استرس و حس بی‌عدالتی و در میان پزشکان عالی‌رتبه و متخصصان و مدیران، داشتن قدرت بی‌حد و حصر می‌تواند منجر به تعهد‌گریزی اخلاقی شود.

**۴. عوامل شخصیتی مرتبط با تعهد‌گریزی اخلاقی:** شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که تعهد‌گریزی تا حدی متغیری با ثبات نیز به شمار می‌رود و در نتیجه می‌توان به عنوان متغیری شخصیتی به آن نگاه کرد (۳). به عنوان متغیری باثبات،

تحقیقات انجام‌شده بر افراد غیر کادر درمان توانسته روابط این متغیر با برخی متغیرهای شخصیتی دیگر را نشان دهد، مثلاً رابطه منفی تعهد‌گریزی اخلاقی با متغیرهایی چون هویت اخلاقی و همدلی و روابط مثبت با متغیرهایی چون صفت بدبینی، جایگاه مهار نسبت‌داده‌شده به شانس و جایگاه مهار نسبت‌داده‌شده به قدرت در بسیاری تحقیقات تأیید شد (۸). تحقیقات معدودی نیز در مورد تعهد‌گریزی اخلاقی بر کادر درمان انجام شده است. در مطالعه انجام‌شده بر ۸۸ پزشک متخصص و ۶۷ پرستار متخصص هلندی نشان داده شد که تعهد‌گریزی اخلاقی با نگرش‌های پدرسالارانه (Paternalism) دارای رابطه مثبت است (۵۰). هم‌راستا با تحقیقاتی که برتری زنان را در کمک‌رسانی و نوع‌دوستی نشان می‌دهند، شاید نگرش مردانه و سنتی پدرسالاری را بتوان خلاف جهت احساس مسئولیت در کمک‌رسانی در نظر گرفت و به این طریق رابطه مثبت تعهد‌گریزی اخلاقی و پدرسالاری را درک کرد (۵۵). از سوی دیگر شاید با توجه به میل به قدرت در نگرش‌های پدرسالارانه بتوان این رابطه را درک کرد. در واقع برخی تحقیقات که در ادامه به آن بیشتر پرداخته خواهد شد بر رابطه میل به قدرت و تعهد‌گریزی اخلاقی اشاره داشته‌اند.

در پژوهش ذکرشده بر دانشجویان هلندی در مورد القا حس قدرت و تصمیم‌گیری پزشکی، هرچند حس قدرت به عنوان متغیری موقعیتی به افراد القا شد، اما در تحقیق مقدماتی قبل از آن (در همان مقاله)، رابطه داشتن حس قدرت به عنوان متغیری شخصیتی و انسانیت‌زدایی (البته در موضوعی غیر پزشکی) تأیید شد (۵۴). از آنجایی که میل به قدرت در افراد متفاوت است، شاید بتوان انتظار داشت پزشکانی با میل به قدرت بالاتر مثلاً به شکل خودشیفتگی بیشتر (۵۶) از انسانیت‌زدایی و سایر انواع تعهد‌گریزی اخلاقی بیشتر استفاده کنند.

در پژوهش انجام‌شده بر ۶۷ پرستار و ۸۸ پزشک هلندی، روابط دو صفت شخصیتی پایداری و انعطاف‌پذیری بر تعهد‌گریزی اخلاقی و استدلال اخلاقی مورد بررسی واقع شد. پایداری در مقابل روان‌رنجورخویی قرار می‌گیرد. انعطاف‌پذیری

عبارت است از میزانی که فرد تجارت پاداش بخش را جستجو می‌کند و در مواجهه با نوجویی به لحاظ عقلی و عاطفی سازگار است. در پژوهش مورد اشاره هر دو صفت توانستند به طور منفی تعهد‌گزینی اخلاقی را پیش‌بینی کنند. هر دوی این صفات، از طریق سطوح پایینی از تعهد‌گزینی اخلاقی بر استدلال اخلاقی تأثیر داشتند. این پژوهش نشان داد که پزشکان و پرستارانی با پایداری کمتر (در نتیجه روان‌رنجوری بالاتر) و همچنین انعطاف‌پذیری اندک، بیش از سایرین به تعهد‌گزینی اخلاقی مبادرت می‌ورزند (۴۳). در تحقیقی که بر ۳۲۳ و ۳۱۷ پرستار چینی انجام شد نیز نقش عاطفه منفی (تقریباً معادل خلق پایین) بر تعهد‌گزینی اخلاقی تأیید شد و نتایج نشان داد پرستارانی با خلق پایین، بیشتر از تعهد‌گزینی اخلاقی استفاده می‌کنند و به تبع استفاده از این سازوکارها، رفتار پنهان‌سازی دانش در آن‌ها بیشتر اتفاق می‌افتد (۴۷).

در دو تحقیق فوق مشخص شد که خلق پایین (۴۷) و بی‌ثباتی خلق به شکل پایداری اندک (۴۳) می‌تواند منجر به افزایش استفاده از تعهد‌گزینی اخلاقی شود. هم داشتن خلق و عاطفه پایین و هم داشتن خلق بی‌ثبات، به شکل افراطی در اختلالات خلق و شخصیت دیده می‌شود (۵۶). بنابراین شاید بتوان انتظار داشت پزشکان و پرستارانی با اختلالات خلق و سایر اختلالات روان‌شناختی مؤثر بر خلق چون اختلال شخصیت مرزی بیشتر ممکن است از این سازوکارها در محیط پرتنش درمان استفاده کنند.

**بحث**

هشت سازوکار تعهد‌گزینی اخلاقی می‌توانند توضیح دهند که چرا افراد با حالتی حق به جانب دست به رفتارهای غیر اخلاقی می‌زنند و یا اینکه رفتارهای اخلاقی را انجام نمی‌دهند. در محیط‌های درمانی و خدمات سلامت با چالش‌ها و استرس روزمره و مسائل حیاتی مرتبط با مرگ و زندگی، این سازوکارها می‌توانند تأثیرات مخربی چون تداوم بیماری، تشدید آسیب و حتی مرگ بیماران را به همراه داشته باشند. با این حال استفاده از این سازوکارها در تصمیم‌گیری‌های

اخلاقی پزشکان و پرستاران رایج است (۸، ۴۲-۴۰) و باعث بروز رفتارها و تصمیمات غیر اخلاقی در آن‌ها می‌شود (۲۸، ۴۵-۴۳، ۴۸)، چه بسا رواج این سازوکارها دلیلی برای توضیح واپس‌روی‌های اخلاقی پزشکان (۳۸-۳۵) به خصوص پس از شروع دوره بالینی (۳۹-۳۸) باشد. تحقیقات آینده شاید بتواند نقش این سازوکارها را در این واپس‌روی نشان دهند. پیشنهاد می‌شود نقش به کارگیری این عوامل متعاقب شروع دوره‌های بالینی و استرس‌های این دوران مورد بررسی قرار گیرد.

تحقیقات انجام‌گرفته نشان دادند متغیرهایی موقعیتی چون استرس شغلی و پایین‌بودن رضایت شغلی (۴۵، ۵۲-۵۱)، مشاهده رفتار غیر اخلاقی دیگران (۵۱) و مورد پرخاشگری (۴۶) و رفتار و قضاوت غلط قرارگرفتن (۵۳) و داشتن حس قدرت بالاتر (۵۴) می‌تواند باعث تعهد‌گزینی اخلاقی در پرستاران و پزشکان شود. به نظر می‌رسد مدیریت ناکارآمد بخش‌ها و بیمارستان‌ها اگر باعث تمرکز قدرت در یک بخش و استرس و بی‌عدالتی ادراک‌شده در بخش‌های دیگر شود، تعهد‌گزینی اخلاقی را تسهیل و متعاقب آن جان و سلامت بیماران را به خطر می‌اندازد. شواهدی نشان دادند که رهبری اخلاقی محیط درمان توانست از میزان تعهد‌گزینی اخلاقی بکاهد (۲۷-۲۵). به نظر می‌رسد تغییراتی در سبک مدیریت برخی مراکز درمانی و بررسی تأثیرات آن در کاهش تعهد‌گزینی اخلاقی و متغیرهای موقعیتی مرتبط با آن چون استرس، احساس بی‌عدالتی و تمرکز قدرت، می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده باشد. در صورت تأیید این تأثیر می‌توان نتایج این مطالعات را برای سیاست‌گذاری‌های کلان در مدیریت محیط‌های درمانی و بهداشتی به کار برد.

تحقیقات انجام‌شده بر افرادی غیر از کادر پزشکی (۸) و در معدود پژوهش‌های انجام‌گرفته بر کادر پزشکی (۴۳، ۴۷، ۵۴)، به نقش برخی عوامل شخصیتی چون ناپایداری خلق (۴۳)، (۴۷) و میل به قدرت بالا (۵۴) بر تعهد‌گزینی اخلاقی اشاره داشته‌اند. به نظر می‌رسد توجه به صفات شخصیتی افرادی که قرار است جذب محیط‌های درمانی شوند بتواند از به کارگیری افرادی که تناسب شخصیتی با ملاحظات اخلاقی محیط

مجله اخلاق پزشکی، دوره شانزدهم، شماره چهل‌وهفتم، ۱۴۰۱

نوید کریمیان و مریم آذرنیوشان: جستجوی بسیاری از مقالات و فیش‌نویسی از آن‌ها و نگارش مقدماتی. لیلیا جوهری: پیشنهاد اولیه، ذکر و نگارش مثال‌هایی از تعهد‌گریزی اخلاقی در محیط‌های درمانی، جستجوی تعدادی از مقالات و همچنین ارائه برخی اصلاحات و بازنگری متن. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

### ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

پراسترس درمانی ندارند پیش‌گیری نماید. همچنین با توجه به رابطه این صفات با نشانه‌شناسی برخی اختلالات روانی (۵۶)، توجه به سلامت روانی افراد داوطلب کار در این محیط‌ها، در مصاحبه‌ها و بررسی‌ها برای جذب کادر پزشکی حائز اهمیت می‌باشد. با ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی پس از جذب کادر پزشکی، از بروز مشکلاتی که باعث استرس بالا و خلق پایین و به تبع آن افزایش تعهد‌گریزی اخلاقی در کارکنان درمان می‌شود، می‌توان جلوگیری کرد.

### نتیجه‌گیری

تعهد‌گریزی اخلاقی متغیری قابل اصلاح و ترمیم است و روش‌هایی مانند تشریح این سازوکارها در کاهش این مشکل تأثیرگذار است، به نظر می‌رسد اگر در مرحله آموزش علوم پایه ضمن درس اخلاق پزشکی و اخلاق پرستاری این سازوکارها به طور عملی و با مثال‌هایی عینی تشریح شود، می‌توان انتظار تأثیر بیشتری را از دوره‌های آموزش اخلاق در تأثیرگذاری بر رفتار واقعی اخلاقی پزشکان و پرستاران آینده داشت. از سوی دیگر از آنجایی که تحقیقات نشان داده‌اند واپس‌روی اخلاقی دانشجویان پزشکی متعاقب شروع دوره بالینی و احتمالاً به واسطه درگیری در استرس‌های این دوره شروع می‌شود؛ شاید بتوان آموزش‌هایی جدا از برنامه درسی برای حفظ اخلاق در این دوره و یا به شکل ایجاد دوره‌های ضمن خدمت ارائه نمود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود تا تحقیقات تجربی بعدی به منظور بررسی اثربخشی برگزاری این دوره‌ها انجام پذیرد. شایان ذکر است مناسب‌سازی یا اعتباریابی پرسشنامه‌هایی خاص سنجش تعهد‌گریزی اخلاقی در کار پزشکان و پرستاران پیش‌نیاز این قبیل از مطالعات می‌باشد.

### مشارکت نویسندگان

علی‌رضا عظیم‌پور: پیشنهاد عنوان و موضوع دقیق پژوهش، بازبینی یافته‌های مقالات، جستجوی برخی مقالات و نگارش و ویرایش نهایی مقاله.

## References

1. Bandura A. Social cognitive theory of moral thought and action. *Handbook of moral behavior and development*. New York: Psychology Press; 2014. p.69-128.
2. Azimpour A, Neisi A, Arshadi N, Shehni Yailagh M, Beshlideh K. Designing and testing a model of important precedents of prosocial behavior in students of Shahid Chamran University. *Journal of Psychological Achievements*. 2012; 19(2): 15-44. [in Persian]
3. Moore C. Moral disengagement. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 6: 199-204.
4. Bandura A. Mechanisms of moral disengagement. *Origins of terrorism: Psychologies, ideologies, theologies, states of mind*. Washington, D.C: Woodrow Wilson Center Press; 1990. p.161-191.
5. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 71(2): 364-374.
6. Bandura A. Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*. 1999; 3(3): 193-209.
7. DeLisi M, Peters DJ, Dansby T, Vaughn MG, Shook JJ, Hochstetler A. Dynamics of psychopathy and moral disengagement in the etiology of crime. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2014; 12(4): 295-314.
8. Detert JR, Treviño LK, Sweitzer VL. Moral disengagement in ethical decision making: A study of antecedents and outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 2008; 93(2): 374-391.
9. Gini G, Pozzoli T, Hymel S. Moral disengagement among children and youth: A meta-analytic review of links to aggressive behavior. *Aggressive Behavior*. 2014; 40(1): 56-68.
10. Azimpour A, Karimian N, Azarniushan M, Paston A, GoleHamisheBahar Z. University students' reasoning about cheating within moral disengagement mechanisms framework. *The Journal of Ethics in Science and Technology in Press*. In Press; 18(1). [Persian]
11. Barnes GM, Welte JW, Hoffman JH, Dintcheff BA. Shared predictors of youthful gambling, substance use and delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2005; 19(2): 165-174.
12. Carroll JA. Impact of moral judgment and moral disengagement on rape-supportive attitudes in college males. *Tuscaloosa: The University of Alabama*; 2009.
13. Long T, Pantaléon N, Bruant G, d'Arripe-Longueville F. A qualitative study of moral reasoning of young elite athletes. *The Sport Psychologist*. 2006; 20(3): 330-347.
14. McAlister AL, Bandura A, Owen SV. Mechanisms of moral disengagement in support of military force. *The impact of Sep.11. Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006; 25(2): 141-165.
15. Aquino K, Reed IIA, Thau S, Freeman D. A grotesque and dark beauty: How moral identity and mechanisms of moral disengagement influence cognitive and emotional reactions to war. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2007; 43(3): 385-392.
16. White J, Bandura A, Bero LA. Moral disengagement in the corporate world. *Accountability in Research*. 2009; 16(1): 41-74.
17. Thornberg R, Pozzoli T, Gini G, Jungert T. Unique and interactive effects of moral emotions and moral disengagement on bullying and defending among school children. *The Elementary School Journal*. 2015; 116(2): 322-337.
18. Bandura A, Caprara GV, Zsolnai L. Corporate transgressions through moral disengagement. *Journal of Human Values*. 2000; 6(1): 57-64.
19. McAlister AL, Ama E, Barroso C, Peters RJ, Kelder S. Promoting tolerance and moral engagement through peer modeling. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2000; 6(4): 363-373.
20. McAlister AL. Moral disengagement: Measurement and modification. *Journal of Peace Research*. 2001; 38(1): 87-99.
21. Howard BH, Shegog R, Grussendorf J, Benjamins LJ, Stelzig D, McAlister AL. development, implementation and evaluation of a web-based war-prevention program in a time of war. *Journal of Peace Research*. 2007; 44(5): 559-571.
22. Kish-Gephart J, Detert J, Treviño LK, Baker V, Martin S. Situational moral disengagement: Can the effects of self-interest be mitigated? *Journal of Business Ethics*. 2014; 125(2): 267-285.
23. Bustamante A, Chaux E. Reducing moral disengagement mechanisms: A comparison of two interventions. *Journal of Latino/Latin American Studies*. 2014; 6(1): 52-54.
24. Barsky A. Investigating the effects of moral disengagement and participation on unethical work behavior. *Journal of Business Ethics*. 2011; 104(1): 59-75.

25. Hodge K, Lonsdale C. Prosocial and antisocial behavior in sport: The role of coaching style, autonomous vs. controlled motivation and moral disengagement. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 2011; 33: 527-547.
26. Moore C, Mayer DM, Chiang FF, Crossley C, Karlesky MJ, Birtch TA. Leaders matter morally: The role of ethical leadership in shaping employee moral cognition and misconduct. *Journal of Applied Psychology*. 2019; 104(1): 123-145.
27. Huang GH, Yan MN. Why groups engage in collective deviance? The role of unethical leadership. In *Academy of Management Proceedings*. 2014; 2014(1): 13365.
28. Fida R, Tramontano C, Paciello M, Kangasniemi M, Sili A, Bobbio A, et al. Nurse moral disengagement. *Nursing Ethics*. 2016; 23(5): 547-564.
29. Souri H, Kadivar P, Keramati H, Hassanabadi H. The study of factor structure, reliability and validity of Persian version of the moral disengagement scale. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2019; 7(12): 17-32. [Persian]
30. Khodaei A, Shokri O. Confirmatory Factor Analysis and Internal Consistency of the Civic Moral Disengagement Scale-Farsi Version among University Students. *Social Cognition*. 2019; 8(1): 25-38. [Persian]
31. Azimpour A, Karimian N, Mohammadi N, Azarnioushan M, Rahmani F. Validation of the Moral Disengagement Scale among Some Iranian University Students. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2020; 14(4): e106381.
32. Yıldız E. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing Ethics*. 2019; 26(4): 1128-1148.
33. Kangasniemi M, Pakkanen P, Korhonen A. Professional ethics in nursing: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(8): 1744-1757.
34. Harkin D. Ethics for surgeons during the Covid-19 pandemic. *Journal of British Surgery*. 2020; 107(9): e324.
35. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educacao Médica*. 2000; 24(3): 24-33.
36. Helkama K, Uutela A, Pohjanheimo E, Salminen S, Koponen A, Rantanen VA, Rantanen-Vantsi L. Moral reasoning and values in medical school: A longitudinal study in Finland. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2003; 47(4): 399-411.
37. Hren D, Marušić M, Marušić A. Regression of moral reasoning during medical education: Combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PloS One*. 2011; 6(3): e17406.
38. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011; 86(8): 996-1009.
39. Nandifa VNP, Jena Y, Joewana S. Beneficence is the highest moral imperative of a doctor dealing with the poor quality of patient autonomy. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*. 2020; 9(1): 44-51.
40. Schulman-Green D. Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2003; 47(3): 253-264.
41. Reis C, Ahmed AT, Amowitz LL, Kushner AL, Elahi M, Iacopino V. Physician participation in human rights abuses in southern Iraq. *JAMA*. 2004; 291(12): 1480-1486.
42. Rys S, Mortier F, Deliens L, Deschepper R, Battin MP, Bilsen J. Continuous sedation until death: Moral justifications of physicians and nurses-a content analysis of opinion pieces. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013; 16(3): 533-542.
43. Kuilman L, Jansen G, Middel B, Mulder L, Roodbol PF. Moral reasoning explained by personality traits and moral disengagement: A study among Dutch nurse practitioners and physician assistants. *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75(6): 1252-1262.
44. Sili A, Fida R, Zaghini F, Tramontano C, Paciello M. Counterproductive behaviors and moral disengagement of nurses as potential consequences of stress-related work: Validity and reliability of measurement scales. *La Medicina Del Lavoro*. 2014; 105(5): 382-394.
45. Sarwar A, Khan J, Muhammad L, Mubarak N, Jaafar M. Relationship between organisational dehumanization and nurses' deviant behaviours: A moderated mediation model. *J Nurs Manag*. 2021; 29(5): 1036-1045.
46. Fida R, Tramontano C, Paciello M, Guglielmetti C, Gilardi S, Probst T, et al. "First, do no harm": The role of negative emotions and moral disengagement in understanding the relationship between workplace aggression and misbehavior. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9(671): 1-17.

47. Zhao H, Xia Q. Nurses' negative affective states, moral disengagement and knowledge hiding: The moderating role of ethical leadership. *J Nurs Manag.* 2019; 27(2): 357-370.
48. Christian JS, Ellis AP. The crucial role of turnover intentions in transforming moral disengagement into deviant behavior at work. *Journal of Business Ethics.* 2014; 119(2): 193-208.
49. Antes AL, Dineen KK, Bakanas E, Zahrl T, Keune JD, Schuelke MJ, et al. Professional decision-making in medicine: Development of a new measure and preliminary evidence of validity. *PloS One.* 2020; 15(2): e0228450.
50. Kuilman L, Jansen GJ, Mulder LB, Roodbol PF. The predictive values of a deliberative and a paternalistic attitude towards two situations of moral conflict: A study among Dutch nurse practitioners and physician assistants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2022; 36(3): 863-873.
51. Fontesse S, Rimez X, Maurage P. Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Arch Psychiatr Nurs.* 2021; 35(2): 153-161.
52. Głębocka A. Stress and dehumanizing behaviors of medical staff toward patients. *Advances in Medicine and Medical Research.* New York: Springer; 2019. p.97-104.
53. Hakimi H, Joolae S, Ashghali Farahani M, Rodney P, Ranjbar H. Moral neutralization: Nurses' evolution in unethical climate workplaces. *BMC Medical Ethics.* 2020; 21: 1-10.
54. Lammers J, Stapel DA. Power increases dehumanization. *GPIR.* 2011; 14(1): 113-126.
55. Azimpour A, Abbasi M, Afrozpour S, Abbasi Sabuki S. Gender differences in some moral-related variables among the Iranian university students. *International Journal of Technical Research and Applications.* 2015; 26: 1-16.
56. American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.