

akhirnya sebanyak 15 jurnal saja dari tahun 2001-2011 yang memenuhi kriteria sebagai sudah di singgung di atas.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Jenis penelitian yang digunakan pada 15 artikel adalah kebanyakan fenomenologi heurmenetik, meta analisis. Kebanyakan penelitian ini dilakukan di luar negeri seperti California, Belgia, Texas, Chicago, Thailand, Norwegia dan Indonesia. Setiawan (2004), menyatakan makna dilema etik bagi perawat, sebagai : (1) Bagaimana memilih antara dua pilihan. Kondisi ini terjadi jika perawat merasa berada di dalam konflik ketika mereka dihadapkan dengan dua pilihan yang sulit dimana mereka tidak yakin pilihan mana yang lebih baik, (2) Masalah yang tidak bisa dipecahkan , situasi ini terjadi ketika perawat tidak memiliki *guidline* untuk memutuskan tindakan yang benar. Kondisi lain adalah mereka merasa tidak memiliki kekuatan dan keterbatasan pengetahuan terkait etik dan bagaimana membuat keputusan etik. Bunch (2001) menemukan bahwa dilema etik merupakan kondisi yang kompleks dimana di satu sisi perawat ingin memberikan perawatan yang baik , di sisi lain perawat merasa tidak punya hak untuk menentukan *quality of life* pasien yang akan datang terutama jika *clinical outcomenya* tidak jelas.

Setiawan (2004), menemukan kasus-kasus dilema etik yang dialami perawat di

ICU antara lain: (1) melanjutkan atau menghentikan terapi,dalam kondisi ini perawat mempersepsikan konflik yang terjadi antara tanggung jawab menolong pasien dan peraturan untuk tidak mengambil hak hidup seseorang. Mereka merasa ketika keluarga pasien meminta untuk tidak melanjutkan terapi pada pasien karena masalah biaya mereka mengalami dilema, (2) siapa seharusnya yang melepaskan ventilator, dilema ini terjadi ketika jumlah ventilator yang terbatas di ICU. Ketika ada dua pasien yang membutuhkan ventilator tetapi hanya ada satu perawat dipaksa untuk memutuskan pasien mana yang mendapat ventilator. Perawat mengasumsikan setiap pasien punya hak yang sama untuk mendapatkan perawatan terbaik dan semua harus diperlakukan sama, (3) keinginan untuk melakukan intervensi tapi tidak memiliki wewenang. Pada kondisi ini Perawat merasa mereka memiliki tanggung jawab untuk menyelamatkan pasien dalam keadaan emergensi, terkadang mereka berada dalam situasi yang sulit untuk mengambil tindakan karena tidak memiliki wewenang, (4) mengatakan atau tidak mengatakan kebenaran, ketika perawat mengatakan kebenaran, itu akan menyakiti pasien. Jika tidak mengatakan kebenaran mereka merasa bersalah karena terjadi konflik dengan nilai personal. (5) bertidak sebagai advokat pasien atau menjaga hubungan dengan tim kesehatan . ketika merawat pasien di ICU terkadang

mereka menganggap pengobatan yang diberikan oleh tim kesehatan kurang adekuat untuk pasien. Perawat mempersepsikan mereka harus memberikan pasien hak mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas. Di waktu yang bersamaan jika mereka tidak memperhatikan pengobatan yang diberikan oleh dokter itu akan menyebabkan hubungan yang kurang baik dengan tim kesehatan.

Bilajac & collegoeus (2011), menemukan bahwa dilema etik personal yang paling sering dialami oleh perawat adalah terkait *near the end of life decision* (11%), keadilan (7%), dan hubungan profesional (6%). Bagi dokter dilema etik yang sering dialami adalah: *near the end of life decisions* (27%), keadilan (11%), dan mengatakan kebenaran (11%). Adapun isu etik yang sering muncul terkait situasi adalah *limiting life-sustaining therapy* (perawat 15%:dokter 24%) dan bunuh diri yang dibantu oleh dokter (dokter 16%, dokter 9%).

Bunch (2001), menemukan ada 6 dilema etik yang dialami perawat di ICU, antara lain: (1) isu *end of life*; (2) adakah batasan usia dalam melaksanakan operasi koroner; (3) bagaimana mendistribusikan sumber daya yang minimal; (4) bagaimana mengalokasikan sumber daya yang ada untuk kemajuan staff; (5) situation dimana perawatan lebih menyakitkan daripada menguntungkan untuk

melanjutkan terapi; (6) mengirimkan pasien ke instalasi lain.

Manosilapakorn (2003), mengidentifikasi bagaimana perawat di Thailand memberikan perawatan end-of-life care, dan dilema etik dan *clinical judgments* terkait *end-of-life care*. Tema yang diangkat perawat antara lain menolong pasien untuk meninggal dengan damai, bagaimana menempatkan diri antara pasien dan tenaga kesehatan lain, perawatan rumah versus rumah sakit, pengurangan nyeri versus euthanasia, DNR versus CPR, kepercayaan dalam memberikan perawatan terbaik, praktik keperawatan dalam keperawatan profesional, bersamaan dengan rekan dalam memandu membuat *clinical judgment*, mendukung kebudayaan dan agama, kepercayaan, menghormati hak pasien dan meningkatkan inovasi dalam klinik dan pelayanan.

Penelitian yang dilakukan Sprung (2003), terkait dilema etik pada kondisi *End of Life Care* di ICU didapatkan hasil dari 31417 pasien yang di rawat di ICU 13.5% meninggal karena keterbatasan dalam perawatan *Life Sustaining*. Penyebabnya adalah 72.6% karena pegurangan dalam pengobatan, 20% karena gagal dalam Resusitasi Jantung Paru, 8% kematian otak, 38% *withholding therapy*, 33% *withdrawing therapy*, 2% *shortening dying process*. *Shortening dying process* dilakukan terkait opioid dan benzodiadepine ,pengambilan

keputusan terkait pengurangan atau melanjutkan *life sustaining therapy* dilakukan berdasarkan pertimbangan usia, penyakit akut atau kronik, lama rawat di ICU, daerah atau agama.

Perawat ICU mengalami banyak rasa sakit dan penderitaan karena mereka menemani pasien selama berminggu-minggu dan berbulan-bulan dimana perawatan yang diberikan perawat dianggap tidak menguntungkan (Erlen, 2004). Kemajuan teknologi dan perubahan dalam pemberian layanan kesehatan membuat pengambilan keputusan dalam perawatan semakin sulit. Hal ini menambah tanggung jawab baru untuk perawat dimana perawat harus berperan tidak hanya sebagai penyedia layanan tetapi juga sebagai advokat pasien (Meltzer & Huckabay, 2004; Elpern & Kleinpell, 2005). Selain itu, stres yang tinggi terkait isu-isu *life and death* yang perawat sering hadapi bisa berkontribusi terhadap distress moral (Corley, 1995).

Setiawan (2004), mengkaji bagaimana perasaan yang dialami perawat ketika menghadapi dilema etik, adapun hasilnya adalah perawat merasa: (1) bingung, terjadi ketika perawat dihadapkan pada dua pilihan tetapi tidak yakin mana pilihan yang terbaik, (2) tidak nyaman, situasi terjadi akibat mereka harus membuat keputusan tetapi tidak diakukan karena terbentur dengan pengobatan yang diberikan oleh dokter dan tidak ingin melanggar aturan, tetapi disisi

lain mereka ingin menolong pasien, (3) tidak yakin, banyak hal yang menyebabkan ketidakyakinan. Sebagai perawat mereka harus bekerja cepat dalam menolong pasien tetapi disisi lain mereka kebingungan karena terbentur dengan otoritas. disisi lain perawat tidak yakin karena mereka tidak memiliki *guidline* untuk panduan dalam mengambil keputusan, (4) tidak berdaya, ini terjadi ketika resolusi dilema tidak melibatkan kemampuan perawat. Penelitian lain yang dilakukan oleh Pavlish, Saltzman, Hersh, Shirk dan Marie mengemukakan hal yang serupa bahwa perasaan yang muncul adalah menyesal, putus asa, tidak berdaya, dan punahnya *caring* perawat terhadap pasien.

Dilema etik merupakan salah satu penyebab stress pada perawat yang dikenal dengan distress moral. Menurut Jameton (1984 hal 6) Distres moral adalah ketidakmampuan perawat untuk bertindak yang menurut mereka benar karena batasan aturan institusi. Definisi lain menurut Nathaniel :

*“Moral distress is the pain or anguish affecting the mind, body or relationships in response to a situation in which the person is aware of a moral problem, acknowledges moral responsibility, and makes a moral judgment about the correct action; yet, as a result of real or perceived constraints, participates in perceived moral wrongdoing”*.

Berdasar definisi tersebut distres moral terjadi tidak hanya karena adanya aturan yang membatasi perawat untuk bertindak, tetapi lebih luas lagi karena perawat harus mampu mengenal dilema etik yang dihadapi, bertanggung jawab dan mengambil keputusan yang tepat terkait dilema etik yang ada. *American Assosiation of Critical Care Nurse* menyatakan distres moral sebagai :

“ *Psichological disequilibrium that occurs when the ethically right course of action is known but can not be acted upon*” (Zuzelo PR, 2007).

Zuzelo (2007), menemukan kejadian yang menyebabkan distres moral pada perawat antara lain: bekerja dengan staf yang dinilai membahayakan pasien, mengikuti apa yang diinginkan keluarga, berharap pada kesembuhan pasien meskipun perawat tidak setuju dengan rencana pengobatan, melanjutkan *life support therapy* meskipun prognosanya jelek, dan memberikan tes dan pengobatan yang tidak dibutuhkan. Berdasarkan hasil penelitian kualitatifnya perawat menyatakan bahwa kejadian yang membuat perawat mengalami distres moral adalah keputusan dokter dalam menentukan kematian pasien , merasa frustasi dengan peran subordinat dimana, melawan dokter, mengabaikan keinginan pasien, frustasi dengan anggota keluarga, memperlakukan pasien sebagai alat eksperimen , bekerja dengan staf yang dianggap tidak adekuat .

Elpern's (2005), menyebutkan ada 6 tema distres moral yang dialami perawat, antara lain:

- 1) Melanjutkan berpartisipasi dalam perawatan pasien yang tidak ada harapan yang sudah mengalami ketergantungan terhadap ventilator, dimana tidak ada seorangpun yang akan membuat keputusan untuk “pull the plug”
- 2) Mengikuti keinginan keluarga untuk melanjutkan terapi *life support* walaupun ini bukan yang terbaik untuk pasien
- 3) Memberikan tindakan *life saving* semaksimal mungkin meskipun mperawat menganggap hal ini hanya akan memperpanjang kematian
- 4) Mengikuti keinginan keluarga dalam merawat pasien meskipun perawat tidak setuju karena alasan administrasi rumah sakit
- 5) Melaksanakan permintaan dokter melakukan tes dan tindakan yang tidak diperlukan pada pasien terminal
- 6) Memberikan perawatan pada pasien yang tidak menghilangkan penderitaan pasien karena ketahutan dokter jika menambah dosis dalam pengobatan nyeri akan menyebabkan kematian

Distres moral yang dialami perawat menimbulkan efek yang besar terhadap perawat. Corley menggambarkan efeknya sebagai “*unrelieved distress*”. Dimana pada kondisi ini perawat membahayakan dirinya,

hubungan personal dan profesional terganggu, dan mengalami perubahan psikologi, manifestasi perilaku dan simptom fisik terjadi. Dalam kondisi ini perawat dalam mencapai tujuan perawatan terkadang harus mengambil resiko (contoh: kehilangan pekerjaan) dan terkadang menjadi “*moral heroes*”. Dampak lain yang timbul adalah marah, frustrasi, merasa bersalah dan keluar dari organisasi atau yang paling buruk meninggalkan profesi .

Zeitzer dan Ulrich (2009), memperoleh hasil yang hampir sama dalam hal efek distres moral terhadap perawat termasuk mengancam emosi, fisik, kehidupan dan konsekuensi terhadap aturan profesi, mengancam asuransi, kehidupan dan sistem pelayanan kesehatan dan disosiasi otoritas dan kognitif

Tidak ada jawaban yang jelas bagaimana mengatasi isu-isu etika atau dilema etik yang muncul pada pasien ICU karena begitu banyak faktor dan personil yang terlibat dalam hal ini termasuk tim dokter , tim multidisiplin dalam kesehatan, petugas kesehatan yang lain , pasien dan keinginannya , orang pengganti dalam pengambil keputusan dan pihak keluarga . Namun kita harus menetapkan tujuan tertentu terapi , intervensi , keputusan mengenai nasib pasien secepat mungkin untuk menghindari masalah etika yang berkembang menjadi dilema etika yang kompleks (Anwar, 2012).

Ketika menghadapi dilema etik, mau tidak mau perawat harus melakukan tindakan/respon terhadap keadaan yang ada. Casterle, Izumi, Nelda S, Godfrey dan Denhaerynck (2008), mengeksplorasi respon perawat dalam menghadapi dilema etik di Belgia, Switserlan, USA dan Jepang menemukan bahwa perawat melihat lingkungan kerja sebagai penghalang dalam melaksanakan praktek etik dimana perawat mengorbankan kemampuan mereka untuk menyediakan perawatan yang kompeten, kedua perawat cenderung beralasan secara konvensional dalam menghadapi dilema etik sehari hari yang dipandu oleh aturan kerja dan norma konvensional daripada menggunakan kreativitas dan refleksi kritis, ketiga perawat kesulitan menerapkan keputusan etis dalam konteks yang lebih menantang, yang menyatakan bahwa faktor lingkungan cenderung untuk membimbing mereka dalam praktik etik.

Manosilapakorn (2003), mengeksplorasi bagaimana respon perawat Thailand memberikan *end of life care*. Berdasarkan studi kualitatif dari 20 perawat menyatakan bahwa pada intinya adalah bagaimana menolong pasien meninggal dengan damai. Pavlish, Saltzman, Hersh, Shirk dan Rounkle (2011), menyatakan bahwa yang menjadi prioritas dalam merespon dilema etik yang pertama adalah *quality of life* (31,4%), yang dinyatakan sebagai obligasi untuk mengobati

simptom distres, nyeri dan penderitaan. Kedua mendukung otonomi pasien (21,4%) dalam keadaan ini perawat harus mendahulukan keinginan pasien dibandingkan keinginan keluarga atau tim kesehatan. Substandar perawatan kesehatan merupakan prioritas ketiga (14,3%), diagnosa yg jujur dan prognostik informasi (7%), harapan pengobatan yg tidak realistis dari keluarga (4.3%), menjaga kerahasiaan pasien (2.9%), dan memutuskan terkait pengobatan untuk pasien yang anggota keluarganya tidak ada (2.9%).

Pola penalaran perawat dalam respon dilema etik sehari-hari tampaknya menjadi fenomena internasional. Penalaran konvensional dan praktik keperawatan merupakan hambatan untuk menciptakan suatu lingkungan di mana perawat melakukan apa yang terbaik bagi setiap pasien . Keprihatinan saat ini yang terjadi adalah tentang perilaku etis perawat yang tampaknya dibenarkan . Hal itu terkait dengan pola perawat dalam penalaran etika dan etika praktek sepanjang waktu dan antar negara menunjukkan bahwa perawat pendidik , pemimpin dan peneliti perlu memberikan prioritas tinggi untuk pengembangan kompetensi etika perawat. Dalam iklim kesehatan postmodern perubahan yang cepat dan berkembangnya kompleksitas, perawat akan semakin dihadapkan dengan dilema etika, oleh karena itu, mendesak kita untuk

menemukan cara untuk mempromosikan pengembangan etika perawat untuk melampaui konvensional dan beralih ke berlatih praktek postconventional , yang lebih individual dimana prakteknya berpusat pada pasien . Perawat harus dirangsang melalui pendidikan dan lingkungan profesional mereka untuk merefleksikan secara kritis dan kreatif pada pekerjaan mereka dalam kaitannya dengan kesejahteraan pasien . Selain itu, mereka harus secara pribadi dan profesional diberdayakan agar mampu menerapkan sulit keputusan etis pribadi dalam praktek.

Bunch (2001), menemukan bahwa cara yang paling banyak digunakan perawat dalam pendekatan dilema etika adalah melalui diskusi tim. Untuk pasien yang masih bertahan, memiliki lintasan *roll coaster* atau beberapa peristiwa yang tak terduga, para dokter dan perawat mengadakan konferensi tim, yang tidak hanya membantu untuk mengklarifikasi nilai klinis tetapi juga membagikan beban kerja, tanggung jawab dan pengambilan keputusan di antara penyedia layanan kesehatan. Kewajiban hukum dari dokter untuk memberikan perawatan medis dan menandatangani arahan medis tidak pernah dipertanyakan. Misalnya, ketika staf memutuskan untuk tidak melanjutkan pengobatan, mereka tidak pernah menggunakan tenaga untuk berdebat terkait keputusan tersebut. Selama percakapan tim

perawat dan dokter berbicara tentang pilihan pengobatan, hasil yang mungkin dan apa yang harus dilakukan pada kasus yang memerlukan resusitasi pasien. Adapun faktor yang mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dalam menghadapi dilema etik dimulai dari kondisi fisik, protokol yang berlaku sampai insting yang dimiliki perawat (Ulrich CM, 2009 & Zeitzer MB, 2009).

Todres, Guillemin, Catlin dan Marlow (2000), mengindikasikan bahwa situasi finansial keluarga tidak akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan dalam *life-sustaining treatment*. Prosedur *live saving* dilakukan berdasar pertimbangan psychosocial. Perawat menyatakan menolak bahwa dokter dan orang tua sebagai pembuat keputusan dalam kasus, tetapi menggunakan tim multidisiplin dalam pembuatan keputusan. Perawat harus berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan *review committee* harus punya peranan penting dalam pembuatan keputusan kasus yang bersifat kontroversi. Review committee memegang peran sebagai supervisi dibanding membuat keputusan atau peran *quality assurance*. Zeitzer dan Ulrich (2009), mencari faktor terkait yg mempengaruhi keputusan etik pada kondisi resusitasi dimulai dari faktor fisiologis, protokol atau untuk lebih dianggap tangibel.

Palvish, Slatzman, Hersh, Shirk, Rounkle (2011), menemukan ada 7 prioritas

perawat dalam mencari solusi dilema etik: (1).*quality of life* untuk mengobati distress, nyeri dan penderitaan. Perawat selalu mempertanyakan keuntungan dan kerugian pemberian pengobatan yang agresif terutama pada fase *end of life*, (2) Menghargai otonomi pasien, keinginan pasien harus diutamakan dibanding permintaan keluarga atau tim kesehatan, (3) Standar pelayanan kesehatan tim kesehatan tidak mengacu pada standar perawatan dimana terjadi konflik dalam pemilihan perawatan., (4) masalah etik lain termasuk memberikan informasi yang jujur tentang diagnosa dan prognosa, memberikan penjelasan pada keluarga tentang harapan pengobatan yang tidak realistis, melakukan koreksi kegagalan sistem kesehatan seperti komunikasi yang buruk atau rendahnya dukungan manajemen terhadap perawat yang melaporkan masalah etik, menjaga kerahasiaan pasien, dan membuat keputusan terkait pasien yang tidak memiliki anggota keluarga. Ada 3 peran perawat dalam menghadapi dilema etik, yaitu: *ethic specific voice* menjelaskan tindakan dengan jelas begitupun dengan situasi lain, *ethics diffuse voice*: perawat hanya mempertimbangkan satu dimensi dari kondisi etik, *ethics subjective voice*: apa yang harus dan tidak harus dikerjakan. *Ethic pro active voice*: mengerjakan apa yang harus dikerjakan. 83% perawat melakukan *ethic diffuse voice* dalam menghadapi dilema etik.

Dalam melakukan pemecahan dilema etik perawat membutuhkan sumber daya yang mendukung dalam menyelesaikan masalah. Sumber dukungan yang diperlukan perawat ketika menghadapi distress moral adalah manager dan supervisor, konsultan komite etik, pemuka agama, teman sejawat, manager dan dokter sebagai pendukung dalam menghadapi kondisi stress. Dalam menanggapi isu meningkatnya stres dan konflik situasi sulit dalam *End of Life (EOL)*, para peneliti yang terdiri dari Crump, Schaffer dan Schulte (2010), melakukan penelitian untuk mengidentifikasi kendala yang dirasakan, dukungan, dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan EOL yang berkualitas. Hasil yang didapat adalah sebagai berikut: (1) keluarga dan pasien harus mendapat informasi jelas, langsung, dan konsisten untuk membuat keputusan EOL, (2) masalah dokter terkait bagaimana mempengaruhi perawat untuk memberikan perawatan EOL yang berkualitas, (3) perawat ICU perlu lebih banyak pengetahuan, keterampilan, dan rasa kompetensi budaya untuk memberikan perawatan berkualitas, dan petunjuk terlebih dahulu tentang apa yang harus dilakukan pada pasien (4) telah memiliki petunjuk terlebih dahulu dengan baik dapat mengurangi kebingungan tentang tujuan perawatan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Temuan penelitian ini mencerminkan pengalaman nyata perawat menghadapi dilema etika ketika bekerja di ICU. Makna dan isu dilema menyoroti pentingnya situasi yang dimana perawat harus mempertimbangkan, mengambil keputusan sebelum perawat mengalami distress moral dan kelelahan. Kode etik, teori etika atau prinsip-prinsip etik, dan melanjutkan studi di program etik diperlukan untuk memberikan jalan bagi perawat untuk menyegarkan dan meningkatkan keterampilan mereka dalam menangani dilema etika. Model pengambilan keputusan etis harus dimasukkan dalam program tersebut karena mereka dapat membimbing perawat untuk mendapatkan solusi yang paling tepat untuk setiap situation. Untuk penelitian lebih lanjut, semua tema penelitian ini harus digunakan sebagai kerangka kerja untuk pengembangan skala dilema etis untuk menilai dilema etika yang dihadapi oleh perawat ICU di Indonesia.

1. *Mahasiswa Pascasarjana Universitas Padjajaran*
2. *Dosen Pascasarjana Universitas Padjajaran*  
*Email: okyherdia@yahoo.co.id*

## DAFTAR PUSTAKA

- Bunch, E.H. 2001. *Ethical Dilemmas in The Context Of Ambiguity*. University of Oslo: Norway.
- Bilajac et al. 2001. *How Nurses and physicians Face Ethical Dilemmas – The Croatian experience*. *Nursing Ethic* 18(3): 341–355

- Bunch, EH. 2000. *Ethical Dilemmas in The Context of Ambiguity on a Critical Care Unit in Norway*. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 10: 37-40.
- Bratianu, P. 2013. *Nursing Ethics - Ethical Dilemma Faced By Nurses Everyday*.
- Casterle.BA', Izumi. S, Godfrey. NS & Denhaerynck.K. 2008. *Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis*. JAN <http://www.nursingworld.org/>. [11/11/2013 ].
- Casterle et al. 2008. *Nurses' Responses To Ethical Dilemmas In Nursing Practice: Meta-Analysis*. JAN.
- Elpern et al. 2005. *Moral Distress Of Staff Nurses In A Medical Intensive Care Unit*. *American Journal of Critical Care Nurses* 14:523.
- Elpern, Barbara & Kleinpell. 2005. *Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit*. *American Association of Critical-Care Nurses* 14:523-530.
- Jameton A. 1984. *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Jameton, A. 1993. *Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice*. *Clinical Issues in Perinatal and Womens' Health Nursing* 4: 542-551.
- Kemenkes, 2010. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit*.
- Kim Y, Park J, You M, Seo Y, Han S. *Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses*. *Nurs Ethics* 2005; 12: 595–605.
- Manosilapakom, C. 2003. *Related to End-of-Life Care in Thailand*. George Mason University Fairfax Virginia.
- Meltzer , Susana L & Huckabay L.M. 2004. *Critical Care Nurses' Perceptions Of Futile Care And Its Effect On Burnout*. *American Journal of Critical Care Nurses* 13: 202.
- Setiawan, 2004. *Ethical Dilemmas Experienced By Nurses In Providing Care For Critically Ill Patients In Intensive Care Units*, Medan, Indonesia. *Songkla med j* 22(4):221-229.
- Settle, PG. 2014. *Nurse Activism in the newborn intensive care unit: Actions in response to an ethical dilemma*. *Nursing Ethics* 2014, Vol. 21(2) 198–209.
- Sprung et al, 2003. *End of Life Practices in European Intensive Care Units*. George Mason University : Fairfax Virginia.
- Zeitzer, MB. 2009. *Ethical Issues And Decision Making Related To Resuscitation Of Severely Injured Patients*. UMI: Pennsylvania.
- Zieber et al. 2008. *Moral Distress: An Emerging Problem For Nurses In Long-Term Care? Pavilion Journals (Brighton) Quality in Ageing* Volume 9.
- Zuzelo,P.T. 2007. *Exploring themoral distress Of registered nurses*. *Nursing Ethics* 14: 3.