

Derleme-Review

<http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.2178>

Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut

Moral distress: An issue not on the agenda in the field of health in Turkey

Gülay Yıldırım*, Dilek Özden, Şerife Karagözoğlu

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı (Yrd. Doç. Dr. G. Yıldırım), Hemşirelik Bölümü (Yrd. Doç. Dr. D. Özden, Doç. Dr. Ş. Karagözoğlu) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, TR-58140 Sivas

Özet

Ahlaki sıkıntı (moral distress) sağlık bakım alanlarında çalışan profesyoneller ve yöneticilerde yaygın olarak yaşanan bir problemdir. Ahlaki sıkıntı, bir profesyonelin yapılacak doğru eylemi bildiği halde engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirememesi durumunda yaşadığı bir sızıdır. Bireysel ve kurumsal birçok durumun neden olduğu ahlaki sıkıntı, sağlık profesyonellerinde öfke ve engellenme duygusundan iş doyumunda azalmaya, tükenmişlik ve meslekten ayrılmaya kadar önemli sonuçlar doğurmaktadır. Böylelikle sağlık çalışanları hasta ve ailesinden uzaklaşmakta, tedavi ve bakım kalitesi de azalmaktadır. Bu makalede sağlık profesyonellerinin sıklıkla yaşadığı, ancak çok da dile getiremediği ahlaki sıkıntı kavramını analiz etmek, nedenlerini ortaya koymak, bireysel-kurumsal yansımalarını tartışmak ve sağlık çalışanlarının dikkatini çekerek Türk literatüründe bu konuyu gündeme getirmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ahlaki sıkıntı, sağlık profesyonelleri, etik ikilem

Abstract

Moral distress is a common problem among professionals and managers working in the field of health care. Moral distress is the distress experienced by a professional when he/she cannot fulfill the correct action due to several obstacles although he/she is aware of what it is. Moral distress caused by several individual and institutional factors leads to important consequences among health professionals ranging from a sense of anger and frustration to a decrease in job satisfaction and burnout as a result of which they may leave the profession. Thus, health care professionals lose their interests in the patient and the patient’s family, and thus the quality of the treatment and care they provide decrease. This review article is intended to bring the issue of moral distress frequently experienced but not voiced by health care professionals onto the agenda in Turkish literature by analyzing the concept of moral distress, putting forward the causes of moral distress, discussing its reflections on individuals and institutions and drawing health care workers’ attention to the issue.

Keywords: Moral distress, health professionals, ethics dilemma

Geliş tarihi/Received: 03 Haziran 2013; **Kabul tarihi/Accepted:** 05 Haziran 2013

***İletişim adresi:**

Dr. Gülay Yıldırım, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, TR-58140 Sivas. E-posta: gyildirim@gmail.com

Giriş

Sağlık bakım ortamlarının bilim ve teknolojik gelişmelerle paralellik gösteren değişken yapısı, ölümlü yaşam çizgisinin başlangıcı veya bitişinin belirsizliği evrensel tıbbi etik ilkeler, sağlık çalışanlarının yükümlülükleri, bilgilendirilmiş onam alma, resüsitasyon, beyin ölümü, organ transplantasyonu, yaşam desteğini başlatmak ve sürdürmek, sınırlı kaynakların adil dağıtımı gibi konular sağlık profesyonellerinin etik ikilem ile yüz yüze gelmesine [1, 2] ve ahlaki sıkıntı (moral distress) yaşamasına yol açabilmektedir [3].

Ahlaki sıkıntı kavramı sağlık bakım ortamlarında son 30 yılda daha fazla gündeme gelen, bakım ve tedavinin niteliğini, niceliğini ve maliyetini etkileyen etik bir problemdir [4-9]. Amerikan Hemşirelik Üniversiteler Birliği (AACN) 2008’de hemşirelikte ahlaki sıkıntının önemini vurgulayarak, ahlaki sıkıntı kavramının sağlık bakım çevresinde sıklıkla ihmal edilen önemli bir problem olduğunu belirtmiştir. Ahlaki sıkıntıyı hemşirelik bakımının niteliğini, niceliğini ve maliyetini ayrıca hemşirelerin fiziksel ve duygusal sağlığını etkileyen önemli bir profesyonel problem olarak tanımlamaktadır [10].

Yapılan çalışmalarda ahlaki sıkıntının sağlık bakım alanlarında çalışan sağlık profesyonelleri ve sağlık yöneticilerinde yaygın olarak yaşanan bir problem olduğu [6, 11-15] bununla birlikte özellikle kritik bakım alanlarında çalışan hemşirelerin daha fazla ahlaki sıkıntı yaşadığı bildirilmektedir [11-13, 16-21]. Bu durum hemşirelerin hastayla daha fazla zaman geçirmesi ve hastaların sorunlarına birebir tanık olması ile ilişkilendirilebilir [5].

Uluslararası düzeyde yapılan birçok çalışmada özellikle hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşadıkları [5, 15, 18, 21], bu durumun hemşirelerde öfke, engellenme duygusu ve emosyonel sıkıntı yarattığı, hasta bakımından uzaklaşma ve bakım kalitesini düşürmeye yol açtığı ve tüm bu durumların, tükenmeye [2, 13, 22, 23], iş doyumunda azalmaya [13, 24], işten hatta meslektan ayrılmaya neden olduğu bildirilmektedir [11, 13, 16, 17]. Bununla birlikte ahlaki sıkıntının etkilerini azaltacak ve ahlaki bütünlüğü koruyacak faktörler hakkında çok az şey bilindiği de ifade edilmektedir [25].

Ülkemizde sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin bu konuda birçok sorun yaşadığı söylenebilir. Ancak yaşanan bu sıkıntılara rağmen ahlaki sıkıntı kavramının henüz Türk literatüründe ele alınmadığı görülmektedir. Bu derleme makalede ahlaki sıkıntı kavramını analiz etmek, nedenlerini ortaya koymak, bireysel-kurumsal yansımalarını tartışmak ve sağlık çalışanlarının dikkatini çekerek Türk literatüründe bu konuyu gündeme getirmek amaçlanmıştır.

Ahlaki sıkıntı kavramının analizi

Ahlaki sıkıntı ile ilgili yapılan birçok araştırma bu konunun önemini ve uluslararası boyutunu ortaya koymaktadır. Hamric [26] çalışmasında literatürdeki ahlaki sıkıntıya ilişkin tanımların birbiri ile tutarlı olmadığına dikkati çekmekte ve bu alandaki çalışmalara rehberlik edecek evrensel bir tanıma gereksinim olduğunu ileri sürmektedir.

Ahlaki sıkıntı kavramını ilk kez Jameton [27] 1984’te “bir sağlık profesyonelinin yapılacak doğru eylemi bildiği halde kurumsal engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirmesinin neredeyse hiç mümkün olmadığı durumlarda yaşanan sıkıntı” olarak tanımlamıştır. Jameton’un tanımı hemşirelik ve sağlık bakımında yaygın olarak kullanılmakta ve etik olarak uygulama için hemşirelerin eylemlerinde kurumsal ve dış engelleri vurgulamaktadır. Bu tanım hemşirelerin bireysel kontrolleri veya çeşitli kurum ve kuruluşlardaki çalışma şekillerinin ötesinde ahlaki yeterliliklerindeki engelleri yansıtmaktadır. Wilkinson [28] ise 1988’ de Jameton’un tanımını revize ederek, ahlaki sıkıntıyı “Bir profesyonelin ahlaki bir karar aldığı fakat bu karara yönelik davranışı ortaya koyamadığında yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygu” olarak tanımlamış ve Ahlaki Sıkıntı Modelini geliştirmiştir. Jameton 1993’de ahlaki sıkıntı kavramını daha da ayrıntılandırmış, ilk ve reaktif ahlaki sıkıntı arasındaki ayrımı yapmıştır. İlk ahlaki sıkıntıda; kişinin değerler hakkında kurumsal engeller ve bireysel çatışmalar ile yüz yüze geldiğinde engellenme, öfke ve anksiyete hissettiğini, reaktif ahlaki sıkıntının ise ilk sıkıntı üzerine eylemin gerçekleştirilememesi durumunda geliştiğini belirtmiştir [6, 20]. Daha sonra Webster ve Bayliss [29] tarafından bu durum “moral residue” olarak adlandırılmıştır.

Kalvemark ve ark. [30] Jameton’un ahlaki sıkıntı tanımını “etik karar vermeyi gerektiren durumlarda yaşanan ikilemlerde sağlık profesyonellerinin mesleki değerlerini koruyamadığını hissettiğinde meydana gelen negatif stres belirtileri” olarak farklı bir bakış açısı ile ele almıştır. Stres değişim için motive edici bir etki olabilmesine rağmen, ahlaki sıkıntı iş ortamındaki problemlere negatif tepkiyi gösterir.

Webster ve Baylis [29] daha özel olarak bireysel bütünlüğün tehlikeye girdiği durumlarda kişileri eylemden alıkoyan ve kişisel başarısızlığa yol açan bireyin algıladığı engellere dikkati çekmiştir. Lutzen ve ark. [20] bireylerin yeterince etik bilgiye sahip olmadığı ve engelleyici dış faktörlerle karşılaştığı durumlarda daha sıklıkla ahlaki sıkıntı yaşayabileceğini belirtmiştir. Lutzen ve ark. [20] aynı zamanda tek bir tanımı benimsemekten çok ahlaki sıkıntı araştırmalarına rehberlik edecek bir alternatif yaklaşım olarak kavramsal bir model oluşturulması gerekliliğini savunmuştur. Epstein ve Hamric [31] ise yaşanan bu engeller nedeniyle çözüme ulaşmamış etik sorunların ve bu sorunların tekrarlı olarak yaşanmasının ahlaki sıkıntının kaynağını oluşturduğunu, yaşanan tekrarlı ahlaki sıkıntının çözülememesi halinde de ahlaki duyarsızlaşma gelişebileceğini belirtmektedir. Hanna [32] ahlaki sıkıntının başarılı bir şekilde yönetilmesinin kişisel gelişim için bir fırsat olabileceğini ileri sürmüştür, Webster ve Baylis [29] de ahlaki sıkıntının çözümünün gelecekte etik uygulamanın güçlendirilmesiyle mümkün olacağını vurgulamıştır. Bununla birlikte ahlaki sıkıntının başarılı bir şekilde yönetimi için bireysel çabanın yanı sıra organizasyonel ve kurumsal destek de gereklidir [6].

Amerikan Hemşirelik Üniversiteleri Birliği (AACN) ise ahlaki sıkıntıyı, hemşirelerin yapacakları uygun eylemi bildiği halde kişisel ve profesyonel değerlerine tamamen zıt olan bir eylemi yapmak zorunda kaldığı durumda yaşadıkları bir sıkıntı olarak tanımlamıştır [10]. Kanada Hemşireler Birliği (CNA) de sağlık bakım ortamlarında etik ikilem ve ahlaki sıkıntı arasındaki farkları vurgulamıştır. Etik ikilemi, birbirine karşıt durumlar ile yüz yüze gelindiğinde farklı değerleri koruyan eylemlerin tümünün gerçekleştirilmesinin mümkün olmadığı koşullarda doğru eylemin seçiminde yaşanan kararsızlık durumu olarak tanımlarken, ahlaki sıkıntıyı doğru eylemin ve kararın ne olduğunun bilindiği fakat engeller nedeniyle eylemin gerçekleştirilememesi durumunda yaşanan sıkıntı olarak tanımlamıştır [33].

Bu tanımlardan anlaşılacağı üzere ahlaki sıkıntı etik ikilemlerin çözümünde karar verme sürecinde yaşanan sıkıntıyı ifade etmektedir.

Ahlaki sıkıntıya neden olan faktörler

Sağlık bakım ortamlarında sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı birçok faktör ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda, ahlaki sıkıntıya bireysel ve kurumsal olarak birçok durumun neden olduğu belirtilmektedir [3, 4, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 34].

Bireysel nedenlerin başında etik sorunları tanımlayamama, etik duyarlılıkta artma, güçsüzlük hissetme, kendinden kuşku duyma, atılganlıkta yetersizlik, kendini ekibin bir üyesi olarak görememe nedeniyle değersizlik hissetme ve motivasyon eksikliği gelmektedir [4, 5, 11, 13, 22, 28]. Gutierrez [35] de çalışmasında hemşirelerin ekip içinde girişken davranışlar sergileyememesi, etkin olmayan hasta, hemşire ve hekim iletişimi, zaman sınırlılığı nedeni ile ahlaki sıkıntı yaşadıklarını belirtmektedir. Bununla birlikte ahlaki sıkıntıya neden olan faktörlerin sıklıkla kurumsal faktörler olduğu vurgulanmaktadır.

Kurumsal faktörlerin başında ekip üyeleri arasında iletişim ve işbirliği yetersizliği, profesyonellerin etik sorunlara yönelik farklı bakış açıları, personel yetersizliğine bağlı iş yükünde artma, kaynakların sınırlı olması, yönetsel destek eksikliği, kurum ve sağlık politikaları arasındaki uyumsuzluk ve olumsuz etik iklim gelmektedir [3-5, 13, 15, 22, 34, 36].

Literatürde ahlaki sıkıntı ile hemşirelerin iş deneyimi arasında ilişki olduğunu vurgulayan birçok çalışma bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda iş deneyimi fazla olan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yoğunluğunun daha yüksek olduğu [2, 3, 11] bazılarında ise daha düşük olduğu bildirilmektedir [5, 15, 16, 21, 23, 30]. Genç ve deneyimi az olan hemşireler meslek yaşamlarının başında etik karar vermede kendilerini daha ön planda görmeyip daha az stres yaşarken, deneyimleri ve sorumlulukları arttıkça etik karar verme sürecinde daha yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir. Bu durum özellikle kritik alanlarda önemli sorumluluklar üstlenmesi gereken genç yaşta hemşirelerin etik

ikilemleri ve yaşadığı sorunları fark etmesi, doğru karar vermesi ve sorunlarla başetme sürecinde sahip olduğu bilgi ve becerilerin sınırlılığı ile ilişkilendirilebilir. Maluwa ve ark. [5] bu düşüncelerimizle paralel olarak daha az deneyimli hemşirelerin ahlaki sıkıntı konusunda etkili baş etme mekanizmalarını kullanamadığını araştırma sonuçları ile desteklemektedir. Aynı zamanda etik problem çözme sürecinde karşılaşılan kurumsal engel ve çözümsüzlükler deneyimli hemşirelerin zamanla daha az duyarlılık göstermesine [31] ve bu paralelde daha az stres yaşamasına da neden olabilmektedir. Bununla birlikte artan deneyim ve problem çözme becerilerinin getirdiği duyarlılık da hemşirelerde daha az ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir.

Bununla birlikte çalışılan kliniğin özellikleri de ahlaki sıkıntıyı etkileyebilmektedir. Özellikle yoğun bakım, transplantasyon ve onkoloji kliniklerinde çalışan profesyoneller daha fazla ahlaki sıkıntı yaşamaktadırlar [3, 11, 37]. Bu kliniklerde terminal dönemde ölüm sürecini uzatan nafile ve agresif tedavi uygulamaları ile sıklıkla karşılaşılması, ağrı semptomunu kontrol edememe, hasta otonomisini göz ardı eden uygulamalar, hasta ve yakınına dürüst davranmama, yetersiz aydınlatılmış onam, yeterli ve yetkin olmayan profesyoneller ile çalışma ve görev tanımlarındaki belirsizlik çoğunlukla ahlaki sıkıntıya neden olabilmektedir [2-4, 8, 11, 13, 14, 16, 18, 34, 37, 38]. Gutierrez [35] de çalışmasında hemşirelerin %92'si yaşam yükünü arttıran agresif tıbbi tedavileri, %75'i sağlık bakım kaynaklarının uygunsuz kullanımını, %67'si ise hekimler tarafından hasta isteklerine saygı gösterilmemesini ve hasta/ailesine yeterli ve uygun bilgi verilmemesini ahlaki sıkıntı nedeni olarak bildirmiştir.

Diğer yandan, uygulama alanlarının etik iklim açısından olumsuz olması da sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntı düzeylerini etkileyebilmektedir. Etik iklim; profesyonellerin etik tutum ve davranışlarını etkileyen çalıştıkları kuruma ait etik içeriğe sahip örgütsel uygulamalarının, prosedürlerinin ve değerlerinin çalışanlar tarafından algılanışı olarak tanımlanmaktadır [39]. Çalışmalarda ahlaki sıkıntı ile etik iklim arasında ilişki olduğu vurgulanmakta ve olumsuz etik iklimin ahlaki sıkıntı yoğunluğunu arttırdığı bildirilmektedir [8, 11, 12, 16, 40].

Ahlaki sıkıntıya neden olan bireysel ve kurumsal faktörler bakım ve tedavinin istendik düzeyde verilememesine yol açabilmektedir [3, 11-13, 15, 18, 35, 37, 41]. Aynı zamanda yetersiz tedavi ve bakım da sağlık profesyonellerinde ahlaki sıkıntının kaynağını oluşturabilmektedir [3, 5, 8, 18, 21, 35]. Silen ve ark. [8], hastalara güvenli ve uygun bir bakım verilmediğinde hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin yükseldiğini ve kurumsal engellerin bu bakımın verilmesini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Gutierrez [35] çalışmasında ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin hastalara bakım yapmak istemediklerini, hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmada zorlandıklarını ve verdikleri bakımdan memnun olmadıklarını bildirmiştir. Sağlık profesyonellerinin etik iklim algısı ve verdikleri hizmetten memnuniyeti arasındaki farklılık yaşanan ahlaki sıkıntı düzeyini etkileyebilmektedir [12]. Hemşireler hastalara verdikleri bakımın hastaya yarar sağlamadığı ve bununla birlikte sınırlı kaynakların etkin kullanılmadığı, hasta ve yakınlarının otonomisinin dikkate alınmadığı algısı içinde olmaları, hastaya verdiği hizmetin değersiz olduğunu düşünmelerine ve ahlaki sıkıntı yaşamalarına yol açabilmektedir.

Hamric ve Blackhall [12] hemşirelerin hekimlere göre ahlaki sıkıntı düzeyinin yüksek olduğunu, ekip iş birliği ve etik iklimi daha olumsuz algıladıklarını ve bakım kalitesinden daha az memnun olduklarını bildirmektedir. Aynı zamanda ahlaki sıkıntı ile mesleki sorumluluk arasında da negatif ilişki olduğuna vurgu yapılmaktadır [36]. Hemşireler üstlendikleri sorumluluklara rağmen daha az yetkiye sahip olduklarını düşünmekte ve hekimin hastaya yönelik kararını sadece uygulayan kişi olarak kendilerini algılayabilmektedirler. Bu algı ile kendilerini daha yetersiz ve güçsüz konumda hissetmelerine ve daha yüksek düzeyde ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir [18]. Gutierrez [35] çalışmasında da hemşireler, sağlık bakım sisteminin hiyerarşik güç yapısının ve hekim ile aynı fikirde görünme isteğinin ahlaki sıkıntıya neden olduğunu

bildirmiştir. Buna karşın, hekimlerin güçlü pozisyona sahip olması ve kendini daha özerk algılaması da daha az oranda ahlaki sıkıntı yaşamalarına yol açabilmektedir [11]. Ferrand ve ark. [42] yaşam sonu kararlar ile ilgili hekim ve hemşirelerin algılarını incelediği çalışmada, hekim ve hemşirelerin %90'ının karar verme sürecinde iş birliğinin olması gerekliliğine inandıkları ancak hemşirelerin sadece %27'sinin bu kararlara dahil olabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ahlaki sıkıntının etkileri

Birçok faktöre bağlı olarak gelişen ahlaki sıkıntı kurumda çalışan profesyonellerde baş ağrısı, kalp çarpıntısı ve kusma gibi fiziksel semptomlara [35, 43, 44], aynı zamanda anksiyete, depresyon, suçluluk, üzüntü, endişe, çaresizlik, güçsüzlük, hayal kırıklığı ve öz-değer kaybı gibi psikolojik etkilere [13, 35, 43-46] ve aile üyeleri ile çatışma, aile ilişkilerinde bozulma gibi sosyal problemlere neden olabilmektedir [3-5, 9, 11, 15, 18, 21, 22, 35, 47].

Yapılan çalışmalar da hemşirelerin önemli bir kısmı yaşadıkları ahlaki sıkıntı ile baş etmede aile ve arkadaşlarından aldıkları desteği, hekim ve diğer ekip üyelerinden alamadıklarını bildirmiştir [3, 15, 35]. Bu çalışmalarda, hemşirelerin hekim ve diğer ekip üyelerinden destek alamamaları, etik problemlerin tartışılması ve çözülmesi sürecinde kendilerini ekip içinde güvende hissetmemeleri, işlerini ve ekonomik güvencelerini kaybetme korkuları ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte literatürde kurum yöneticilerinin de hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıdan haberdar olmadığı ve hemşirelerin bu anlamda yönetimden yeterli desteği alamadığı bildirilmektedir [5, 35].

Aynı zamanda moral sıkıntı yaşayan hemşireler profesyonel olarak da etkilenmektedir [3, 5, 9, 11, 15-18, 21, 48]. Bu süreçte hemşirelerde işe gitmede isteksizlik, iş doyumunda azalma, tükenmişlik, ahlaki sıkıntıya neden olabilecek hastalara bakım vermeme, klinik değişikliği, işten ve meslekten ayrılma durumları ile karşılaşmaktadır [6, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 28, 35, 40, 44, 45]. Çalışmalarda pozisyon değiştirmeyi düşünen hemşirelerin ahlaki sıkıntı düzeyinin daha yüksek olduğu vurgulanmış olup, Lazzarin ve ark. [37] hemşirelerin %13,7'sinin ahlaki sıkıntıdan dolayı ünite ya da hastane değiştirmeyi, Cavaliere ve ark.[18] hemşirelerin %10'unun, Hamric ve ark. [11] ise %20,0' sinin işten ayrılmayı düşündüğünü bildirmiştir. Ayrıca Corley ve ark. [17]'da hemşirelerin %15,0'inin ahlaki sıkıntıdan dolayı istifa etiklerini saptamıştır.

Gutierrez [35], ahlaki sıkıntının etkilerini incelediği çalışmada, ahlaki sıkıntının en fazla duygusal ve profesyonel etkisi olduğunu belirtmektedir. Elpern ve ark. [13]'nın yaptıkları çalışmada hemşireler, ahlaki sıkıntının iş doyumlarını, işte kalmalarını, psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerini, benlik saygılarını ve spiritualitelerini olumsuz olarak etkilediğini bildirmiştir.

Türkiye' de sağlık bakım kurumlarında çalışan hemşireler hasta ve ailesini bilgilendirme ve karar verme mekanizmasına katılamama, hasta sözcülüğünü üstlenememe, yetersiz hekim hemşire iletişimi gibi hasta ve ailesine bakım verirken pek çok konuda etik problemler ile karşılaşmaktadır. Ayrıca ülkemizde yetersiz sayıda olan hemşirelerin olumsuz fiziksel ortamlarda yoğun ve nöbet sistemi ile çalışması, terfi ve ücret olanaklarının yetersizliği, adil ve şeffaf yönetim anlayışının olmaması, rol ve iş tanımındaki belirsizlikler-eşitsizlikler ve uygun olmayan sağlık ve kurum politikaları nedeni ile yaşadıkları sorunlar da çaresizlik, ümitsizlik, tükenmişlik ve iş doyumunda azalma, işten hatta meslekten ayrılma düşüncesine yol açmakta [49, 50] ve ahlaki sıkıntıya zemin hazırlamaktadır.

Ahlaki sıkıntının değerlendirilmesi

Ahlaki sıkıntı sadece sağlık bakımı verenleri değil aynı zamanda sağlık sistemini de tehdit eden ve değerlendirilmesi gereken önemli bir etik problemdir [6, 11]. Ancak uluslararası düzeyde ahlaki sıkıntıyı değerlendirmeye yönelik geçerli ve güvenilir olan sınırlı sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır [11]. Ahlaki Sıkıntı Ölçeği (Moral Distress

Scale) ilk kez 1995'te Corley tarafından bir değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir [35]. Corley ve ark. [17] yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı ölçmek için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmış, bu ölçeğin yetişkin yoğun bakım hemşirelerinde ahlaki sıkıntıyı ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmiştir. Ölçeğin son revizyonu Hamric ve ark. [11] tarafından yapılmış, hekim ve hemşirelerde ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir.

Farklı ülkelerde ölçeğin farklı versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır [15, 18, 37, 40, 51].

En son olarak Wocial ve Weaver [52], son iki hafta içinde klinik uygulamalarda yaşanan ahlaki sıkıntı düzeyini ve nedenlerini belirlemek için "Ahlaki Sıkıntı Termometresi"ni geliştirmiştir. Bu termometre hızlı ve kolay uygulanabilen görsel analog tipte bir ölçme aracı olup Corley'in orijinal ölçeğiyle tutarlılık ve paralellik göstermektedir.

Sağlık personellerinde ahlaki sıkıntının sık görülmesi, çeşitli etkilerinin olması nedeniyle, ahlaki sıkıntıyı anlamak, stresörleri tanımlamak ve önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi kurum ve meslek adına çok önemli olması nedeniyle [34, 53] kültürel bağlamda ulusal ve uluslararası çalışmaların artırılmasına gereksinim vardır [40, 51]. Ancak Türk literatüründe sağlık çalışanlarının yaşadığı ahlaki sıkıntıyı ölçmeye yönelik bir ölçüm aracı ve yapılan bir çalışma bulunmamaktadır.

Günümüzde ahlaki sıkıntı sağlık bakım ortamlarında daha fazla gündeme gelen, bakım ve tedavinin niteliğini, niceliğini ve maliyetini etkileyen ve sağlık profesyonellerinin sıklıkla yüz yüze geldiği bir sorundur. Bu nedenle sağlık profesyonellerinde ahlaki sıkıntının belirlenmesi ve olumsuz sonuçlarının azaltılmasına yönelik bireysel ve kurumsal stratejilerin geliştirilmesi önemlidir. Bu bağlamda; 1) ahlaki sıkıntıya neden olan bireysel ve kurumsal faktörlerin tespit edilmesi ve tanımlanması, işdoymu, tükenmişlik ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; 2) sistematik eğitimlerle ve yönetsel destek mekanizmalarıyla çalışanlarda ahlaki duyarlılık ve farkındalığın geliştirilmesi; 3) sağlık kurumlarında yaşanan ahlaki sıkıntının çözümü için geniş tabanlı disiplinler arası danışma kurullarının oluşturulması; 4) kurumda yaşanan sorunlara yönelik kurum içi grup tartışma oturumlarının oluşturulması; 5) hasta, aile ve ekip içinde iletişim ve işbirliğinin geliştirilmesi; 6) sağlık çalışanları ve hasta /ailesi arasında duyguların ve farklı görüşlerin kolay paylaşılacağı bir ortam oluşturulması ve karar verme becerisinin geliştirilerek kararlara eşit katılımın sağlanması; 7) meslek örgütleri ve kurum yöneticilerinin profesyonellerde yaşanan ahlaki sıkıntıya duyarlı olmaları ve önlemeye ilişkin stratejiler ve çalışanlarla birlikte kurum politikalarının geliştirilmesi; 8) ülkemizde sağlık çalışanlarında ahlaki sıkıntı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Faber-Langendoen K, Lancken PN. Dying patients in the intensive care unit: forgoing treatment, maintaining care. *Ann Intern Med* 2000; 133: 886-93.
2. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23: 256-63.
3. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16: 360-73.
4. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2012; 24: 91-100.
5. Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nurs Ethics* 2012; 19: 196-207.
6. Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum* 2012; 24: 1-11.

7. Russell AC. Moral distress in neuroscience nursing: An evolutionary concept analysis. *J Neurosci Nurs* 2012; 44: 15-24.
8. Silén M, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs* 2011; 20: 3483-93.
9. Repenshek M. Moral Distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity? *Nurs Ethics* 2009; 16: 734-42.
10. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Moral distress. Available at: <http://www.aacn.org/aacn/pubpolcy.nsf/vwdoc/pmp>. Accessed January 23, 2008.
11. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress. *AJOB Primary Research* 2012; 3: 1-9.
12. Hamric BL, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35: 422-9.
13. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14: 523-30.
14. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 80.e7-13.
15. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. *AANA J* 2011; 79: 39-45.
16. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12: 381-90.
17. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33: 250-6.
18. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Adv Neonatal Care* 2010;10: 145-56.
19. Shepard A. Moral distress: A consequence of caring. *Clin J Oncol Nurs* 2010; 14: 25-7.
20. Lützn K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral Stress: Synthesis of a Concept. *Nurs Ethics* 2003; 10: 312-22.
21. DeKeyser Ganz F, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1516-25.
22. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics* 2012; 19: 479-87.
23. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004; 13: 202-8.
24. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yıldırım G. Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics* 2013.
25. Hamric AB. Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges, and Opportunities. *HEC Forum* 2012; 24: 39-49.
26. Hamric AB. Moral distress and nurse-physician relationships. *Virtual Mentor* 2010; 12: 6-11.
27. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Engle wood Cliffs, NJ: PrenticeHall, 1984.
28. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1988; 23: 16-29.
29. Webster GC, Baylis FE. Moral residue. In Sb. Rubin, I. Rolloth (eds) *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine* Hoggerstown:Unversity Publishing Group. 2000; pp: 217-30.
30. Kalvemarm S, Höglund A, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1075-84.
31. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect.

- J Clin Ethics 2009; 20: 330-42.
32. Hanna DR. Moral distress: The state of the science. *Res Theory Nurs Pract* 2004; 18: 73-93.
 33. Canadian Nurses Association (CAN). Ethical distress in health care environments. http://www.cnanurses.ca/can/documents/pdf/publications/ethics_Pract_Ethical_Issues_June_1998_e.pdf. Published June, 1998. Accessed January 23, 2008.
 34. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nurs Ethics* 2012; 19: 464-78.
 35. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24: 229-41.
 36. Lawrence LA. Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum* 2011; 46: 256-68.
 37. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19: 183-95.
 38. Raines ML. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Health Law Ethics Reg* 2000; 2: 29-41.
 39. Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. *Adm Sci Q* 1988; 33: 101-25.
 40. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16: 561-73.
 41. Austin W. Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *HEC Forum* 2012; 24: 27-38.
 42. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, Jaber S, Chagnon JL, Renault A, Robert R, Pochard F, Herve C, Brun-Buisson C, Duvaldestin P; French RESSENTI Group. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:1310-5.
 43. Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9: 373-87.
 44. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28: 419-38.
 45. Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract* 1999; 5: 8-13.
 46. Kelly B. Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28: 1134-45.
 47. Erlen JA. Moral distress: A pervasive problem. *Orthop Nurs* 2001; 20: 76-80.
 48. Cronqvist A, Nyström M. A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *J Nurs Manag* 2007; 15: 458-65.
 49. Karakuş H. Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2011; 6: 46-57.
 50. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14: 52-60.
 51. Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development. *J Adv Nurs* 2009; 65: 885-92.
 52. Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *J Adv Nurs* 2013; 69: 167-74.
 53. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 2002; 9: 636-50.