

# Psikiyatri hizmetleri ve moral distres

## *Psychiatry services and moral distress*

Mustafa Sabri Kovancı<sup>1</sup>, Azize Atlı Özbaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Araş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0002-9656-7858

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara, Türkiye  
https://orcid.org/0000-0001-7614-6354

### ÖZET

Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların sık sık gündeme geldiği bilinmektedir. Etik sorunlarla karşılaşan sağlık profesyonelleri yasa, yönetmelik ve kurumsal düzenlemeler yardımıyla bu durumların üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Fakat bu sistemler karşılaşılan her zaman sorunların çözümünde etkili olamamakta ve kişilerde moral bütünlükleri zarar görmektedir. Bir sağlık personelinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmenin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı olarak adlandırılan moral distres psikiyatri alanı uygulamalarında sıklıkla karşılaşılan bir olaydır. Moral Distres, sağlık hizmet sistemine, sağlık çalışanına ve hizmet alan grubun özelliklerine göre dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörden etkilenmektedir. Ayrıca, moral distres, sağlık personellerinin sağlığını, bakım kalitesini, hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Hem sağlık çalışanın sağlığı hem de hizmetin kalitesi üzerine önemli etkileri olan moral distres kavramına dikkat çekmek ve moral distres kavramının psikiyatri alanına özgü olarak ele almak amacıyla bu derleme yazılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Ahlak, sıkıntı, etik konular, sağlık çalışanları, akıl sağlığı hizmetleri

### SUMMARY

It is known that ethical issues frequently become the main topic of conversation in psychiatry services. Healthcare professionals, who face ethical problems, seek to overcome them via laws, regulations and institutional legislations. However, these systems are not always influential in solving the problems and moral integrity of the individuals are negatively affected. Moral distress was originally defined as occurring when a healthcare personnel knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action and it is common event in psychiatric field. Moral distress is affected by external (institutional), clinical and individual factors depending on the characteristics of healthcare service system, healthcare personnel and service receiver group. Furthermore, moral distress negatively affects the health, care quality of the healthcare personnel and patient safety. This review has been prepared with a view to drawing attention to the concept of moral distress, which has significant effects on the health of healthcare personnel and service quality, analyzing it specifically in psychiatry field.

**Key Words:** Moral, distress, ethical issues, medical staff, mental health services

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:355-363)

DOI: 10.5505/kpd.2019.05706

## GİRİŞ

Pek çok etik konuyu bünyesinde barındıran sağlık hizmetleri, tarih boyunca etik kaygıların ve tartışmaların süregeldiği bir alan olmuştur. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birey ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki, etik kaygıları gündeme getirmiş, bu kaygılar sonucunda da toplumsal ve akademik çevrelerde farklı tartışmalar yürütülür hale gelmiştir. Tıbbi uygulamaların ve tutumların iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin belirli ilkelere oturtulması girişimi ise “tıp etiği” olarak kavramlaştırılmış ve sağlık hizmetlerini büyük ölçüde etkilemiştir (1). Tıp etiği, tıp etiğinin kurucusu sayılan Yunanlı hekim Hippokrates zamanından beri (M.Ö. 5. yüzyıl), tıbbın bir parçası olarak kabul edilmekle birlikte (2), bu alanda daha bilinçli söylemlerin ortaya çıkması 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır.

Tıp etiği, günümüze değin çok ilerleme kaydetmiş, bazı etik ilke, kural ve kodlarda büyük ölçüde anlaşma sağlanmıştır. Ancak, henüz tüm alanlarda, bir fikir birliğine varılabildiğini söylemek mümkün değildir. Sağlık hizmet uygulamalarının incelenmesinde, çatışmalı durumların çözümlenmesinde ve çözüm basamaklarının uygulanmasında halen “değerler” sorununu yaşamaktadır (3). Etik konular sağlık hizmetlerinin hemen hemen tüm alanlarında görülmekle birlikte, bazı alanlarda görüş farklılıkları, tartışmalar ve etik sorunlar daha yoğun yaşanmaktadır. Psikiyatri etik konuların özelleştiği bu alanlardan biridir (6).

Sağlık hizmetlerinde etik ilkelerin saptanması ve bu ilkelerin uygulamaya geçirilmesinde yaşanan zorluklara ek olarak, ilkeleri belirlemek ve bu ilkeleri uygulamak psikiyatri hizmetlerinde daha zordur. Çünkü hizmet verdikleri bireylerin özellikleri, verilen hizmetin doğası ve hizmetin uygulanma şekli psikiyatri hizmetlerini özellikli kılmaktadır (3,4). Psikiyatrik bakım ve tedavi, hasta, toplum ve sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü tarafından tartışılan, kabul edilebilirliği hem hasta hem de hasta yakını için sorgulanabilir müdahaleleri içermektedir. Dahası bu hizmeti alan/alacak grup ise kendine özgü özellikleri olan, istismar ve ihmale uğrama riski taşıyan, incinebilirliği yüksek

bireylerdir (5). Dolayısıyla psikiyatri hizmeti sunan sağlık profesyonelleri, çalışma ortamlarında belki de hemen her gün etik durumlarla karşılaşabilmektedirler (5,6). Bu etik durumların büyük bir bölümünde de sağlık çalışanının ciddi kararlar alması gerekmektedir.

Etik karar alma süreci ise şüphesiz çalışanların oldukça zorlandığı, bir karar verebildikten sonra bile, kararlarına yönelik içsel sorgulamalarının devam ettiği bir süreçtir. Bu güçlüklerin üstesinden gelmede, etik teoriler, etik yönelimler, etik ilkeler, mesleki etik kodlar, hasta hakları vb. yasal ve etik düzenlemeler sağlık çalışanlarına yol gösterici olmaktadır. Ancak, sağlık çalışanlarının, benzer eğitime, aynı kurum kültürüne ve sosyal çevreye sahip oldukları, aynı etik kılavuzları kullandıkları durumlarda bile, aynı düşünceleri ve hissetmeleri her zaman mümkün olmayabilir (7). Tüm sağlık çalışanlarının, aynı değerleri, aynı öncelik ile kabul etmeleri mümkün değildir. Benimsemiş oldukları değer farklılıkları, benzer durumları farklı değerlendirmelere yol açabilir. Sağlık çalışanları, etik durumlara yönelik hem kendi içlerinde hem de diğer çalışanlarla yaşadıkları çatışmalara rağmen bir karar almış olsalar bile, bu kararın tüm ekip tarafından benimsenmesi her zaman mümkün değildir. Çalışanlar zor da olsa bir kararda uzlaşmış olsalar bile, bu kararın uygulanması, kurumsal ve yasal koşullara bağlıdır. Bazı durumlarda, çevresel faktörler ekip tarafından alınan kararın uygulanmasını zor, hatta imkânsız hale getirebilmektedir. Çalışanların aslında sıklıkla deneyimledikleri bu durum, literatürde “moral distress” olarak karşılık bulmuştur (7, 8). “Moral distress” kavramının, Türkçe literatürde hem “ahlaki sıkıntı” hem de “moral distress” olarak kullanıldığı görülmektedir (9, 10). Ancak distress kavramının sıkıntı yaşantısından çok daha geniş bir anlam barındırması (50) nedeniyle yazarlar tarafından, bu çalışmada kavramın “moral distress” olarak ifade edilmesi uygun bulunmuştur.

1980’li yıllardan beri ve literatürde tartışılır hale gelen, tükenmişlik (11,12) işi bırakma (10,13,14), iş memnuniyetinde azalma (15-17) ile yakından ilişkili bulunan moral distress kavramı maalesef ülkemizde çok fazla gündeme gelmemiştir (6,9,10, 17). Moral distress kavramı sağlık alanında çok da eski olmayan bir tarihi olmakla birlikte psikiyatri

alanında ise son 10-15 yıldır tartışılmaya başlanmıştır. Bu derleme, hem sağlık çalışanlarının sağlığı (18-20) hem de verilen hizmetin kalitesi (21) üzerine önemli etkileri olan moral distres kavramına dikkat çekmek ve moral distres kavramının psikiyatri alanına özgü olarak ele almak amacıyla yazılmıştır.

### **Moral Distres**

Moral distres (MD) ilk olarak, 1984 yılında Jameton tarafından “Bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlanmıştır (9,14,22). Hamric (2014) ise, Jameton’un bu tanımını daha da genişleterek, moral distresi; “Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı” olarak tanımlamıştır (23). Sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmalarda, sıklıkla Jameton ve Hamric’in tanımları kullanılmaktadır. Her iki tanım da, çalışanların etik bir durum ile karşılaştıkları zaman, doğru olduğuna inandıkları girişimleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engeller vurgulanmaktadır (10,16,21).

Moral distres kavramı ilk olarak yetişkin yoğun bakım servislerinde ve sağlık çalışanı olarak da hemşirelerle çalışılan bir kavramdır. Zaman içerisinde bu kavramın, sağlık hizmetlerinin pediatri (13,24), acil servis (25), psikiyatri (12, 26) ve onkoloji (8,27) gibi pek çok farklı alanını ve hekim (8, 27-29), eczacı (30), psikolog (31) ve ebe (32) gibi farklı disiplinlere mensup sağlık çalışanlarını da etkilediği görülmüştür. Moral distres kavramı psikiyatri alanında 2000’li yılların başlarından beri ilgi odağı olmaya başlamıştır.

Moral distres kavramını inceleyen araştırmacılar, bu durumun anlık ortaya çıkan ve kaybolan bir durum olabileceği gibi, yaşanan durum üzerinden uzun bir süre geçse dahi kişi üzerindeki etkisini koruyan, bazı kırılma noktaları ile karşılaştığı zaman ise etkilerini tekrar gösterebilen bir durum

olabileceğini de vurgulamaktadır. Jameton, moral distres sürecini “initial moral distres” ve “reaktif moral distres” olarak ikiye ayırmaktadır. Jameton’a göre, kişi kendinde moral distres yaşatan bir durumla ilk karşılaştığında başlangıç (initial) moral distresi yaşamaktadır. Fakat kişi bu duruma herhangi bir şekilde müdahale etmediğinde, moral distres kişi üzerinde pasif (reaktif) moral distres denilen bir etki bırakmaktadır. Bu etkiye göre moral distrese neden olan durumun üzerinden zaman geçse bile bu etkinin kalıntısı devam etmektedir. Epstein ve Hamric, bu durumu “moral kalıntı” olarak adlandırmıştır (20). Bu kavram doğrultusunda, kişi ilerleyen zaman içinde moral distresi tekrar deneyimlediğinde, moral kalıntı “kreşendo etkisi” adı verilen bir modelde hızla ivme kazanır. Bu durum ise, kişide etik duyarsızlaşmaya kadar giden bir döngüyü başlatabilmekte, kişilerde zor vakalarda geri çekilme, vicdani red yaşama, işlerinden ayrılma ve iş doyumunda azalma gibi durumlarla sonuçlanabilmektedir (20).

### **Psikiyatri Hizmetleri ve Moral Distres**

Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların sık sık gündeme geldiği bilinmektedir. Psikiyatri hizmetlerinde etik konuların gündeme gelme sıklıkları incelendiğinde, yapılan çalışmaların büyük ölçüde tedavi edici hizmetlerde yöneldiği hemşireleri hedef aldığı görülmektedir. Grace ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, 162 psikiyatri hemşiresinin %41’inin, günlük klinik uygulamalarında etik sorunlarla karşı karşıya kaldıkları ve hasta haklarıyla ilgili güçlük yaşadıkları bulunmuştur (33). Eren tarafından 2014 yılında 5 psikiyatri hastanesinde gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşireler, yetersiz personelle çalışmak, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, danışmanlık alacak birimlerin ve hizmet içi eğitim eksikliği gibi faktörlerin varlığından bahsetmiş ve bu faktörlerin etik olmayan davranışlara yol açtığını ifade etmiştir (5). Literatürde, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının, psikiyatrik hizmetleri yürütürken etik sorunlarla ne oranda karşı karşıya kaldıklarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak psikiyatri alanında görülen pek çok etik konunun spesifik olarak incelendiği çalışmalara rastlamak mümkündür (4,6,34-37). Bu durum hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının da

psikiyatri alanında yaşanan etik konulara maruz kaldıkları ve bu konuları gündeme alan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanabilir.

Literatür incelendiğinde psikiyatri hizmetlerinde karşılaşılan etik konular; hastayı ihmal etme, damgalama, kısıtlama, hastaya kaba davranma, otoriter tutum sergileme, insan haklarına ve onuruna saygı çerçevesinde yer almayacak davranışlar sergileme, olaylara seyirci kalma, hastayla uygun şekilde iletişim kurmama, kısıtlama uygulamalarında hastalara fiziksel müdahalede bulunulması, izin istememe, hasta mahremiyetine özen göstermeme, açık ve dürüst davranmama, fiziksel olarak sağlıksız ve güvenlik ihmalinin olduğu fiziksel koşullar olarak sıralanabilir (3,4,6, 28,31,34,37,38). Sağlık çalışanları tarafından sıklıkla dile getirilen etik problemler hastanın özerkliğine saygı, gizlilik, yararlılık, adalet ilkeleri ile ilişkilendirilmiştir (5,37).

### **Psikiyatri hizmetlerinde moral distrese yol açan durumlar**

Literatürde, psikiyatri alanında moral distresi odak alan çalışmalar, diğer sağlık bakım alanlarında yapılan çalışmalara benzer şekilde, çoğunlukla tedavi edici hizmetler ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmalarda, nitel modelin sıklıkla tercih edildiği görülmektedir (13,17,21,39). Çalışmalar, moral distresin, sağlık hizmet sisteminin, sağlık çalışanının ve hizmet alan grubun özelliklerine göre pek çok faktörden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu faktörler, dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörler olmak üzere üç ana kategoride toplanabilir (14,22). Dışsal faktörler moral distresin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan, politik, idari ve kurumsal faktörleri işaret ederken, klinik faktörler orada yürütülen sağlık hizmetlerinin doğası ile ilişkilidir. Bireysel faktörler ise, hizmet vericiler ve hizmet alıcılara yönelik bireysel, kültürel, değer ve kişilik farklılıklarını tarif etmektedir.

**Dışsal faktörler:** Dışsal faktörlerin moral distres ile ilişkisi, 1984 yılında, Jameton tarafından yapılmış olan tanımında açıkça ortaya konmuştur. Hatta Jameton moral distrese yol açan birincil faktörü “politik, idari ve kurumsal yapının, duruma uygun

eylemin uygulanmasını engellemesi” olarak belirtmiştir (40). Literatürde, moral distresin politik, idari ve kurumsal yapının, hasta ve çalışanların isteklerine yanıt vermediği, finansal kaygının ön planda olduğu, kurumun ihtiyaçlarının öncelikli olarak ele alındığı, güç dağılımının dengesiz ve görev tanımının belirsiz olduğu, yeterli sağlık çalışanının istihdamının yapılmadığı, dolayısıyla da bakımda niteliğin sağlanamadığı sağlık sistemlerinde yaşanma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,15,41,42). Ayrıca, sağlık sistemi içinde bulunan hiyerarşi, meslek içi ve meslekler arası çatışmaların da moral distres nedeni olabileceği bilinmektedir (12, 14-16, 18, 24, 41, 43). Özetle, belirtilen bütün bu olumsuz durumlar sonucunda, bakımından sorumlu olduğu kişilerin gerekli bakımı alamadığını ve acı çektiğini görmek de sağlık çalışanlarının moral distres yaşamasına neden olmaktadır (16,17,22).

Sağlık çalışanlarının, mevcut uygulamadan hasta adına rahatsızlık duymaları ve bunu ifade etmeleri, bu alanda kaygı duyduklarının bir göstergesi olabilir. Samancı, Türkiye’deki sağlık sigortalarını psikiyatri hastaları bağlamında incelemiş ve psikiyatri hastalarının özel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulmasının eşitlik ilkesine aykırı bulmuştur (36). Austin (2003), gerçekleştirdiği çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin, hastalarının ihtiyaçlarına cevap veremedikleri zaman moral distres hissettiklerini belirtmiştir (38). Deady ve McCarthy (2010), İrlanda’da yine psikiyatri hemşireleri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların, mevcut hiyerarşik yapı ve mevzuat kaynaklı yaşanan çatışmalar, mesleki özerkliklerini koruyamama, hastanın otonomisinin göz ardı edilmesi ve bakım standartlarını istedikleri düzeyde sürdürememe nedenleri sonucunda moral distres yaşadıklarını bulmuştur (19).

**Klinik faktörler:** Bakım alan hasta grubunun özellikleri, yürütülen sağlık bakım uygulamaları, uygulanan tedaviler ve kliniğin yapısı, sağlık çalışanlarındaki moral distres düzeyini etkilemektedir (14,16). Özellikle pediatrik onkoloji ve pediatri yoğun bakım kliniklerinde hizmet veren, sağlık çalışanları, diğer kliniklerde çalışanlara oranla daha yüksek moral distres yaşamaktadır (44). Literatür incelendiğinde, agresif tedavi yöntemleri ile hayatı uzatmak (10,29,41,45), ekip içi yetersiz

iletişim (10,41), gereksiz/faydasız tedavi (10,14,41, 45), bakım için yetkin olmayan kişiler ile çalışmak (10), görevlerde çatışma (12,15,41), hastaları yeter-siz bilgilendirme (12,14,15,45), hasta otonomisini göz ardı etme (12,15,41), hasta ve ailelere yersiz umut verme (24) vb. durumların moral distresle ilişkili olduğu görülmektedir. Ohnishi ve ark.'nın gerçekleştirdiği çalışmada, uzun zamanlı hasta yatışı, psikiyatrik tablosu hastane bakımını gerektirecek şiddette olmayan hastaların, uzun süre boyunca hastanelerde tutulması, hasta otonomisine yeterince saygı duyulmaması ve sorun çıkarmayan hastaları dinlemek için zaman ayrılmaması durumları psikiyatri hemşireleri tarafından moral distres nedeni olarak belirtilmiştir (12).

Psikiyatrik bozukluğu olan bazı hastaların, gönül-süz olarak hatta zorla hastaneye yatırılmaları ve aydınlatılmış onam alınmadan tedavi edilmeleri günlük uygulamada sıklıkla karşımıza çıkan durumlardır. Hastalığın doğası gereği, hastanın psikiyatri kliniğine yatırılması, tecrit ve/veya tespit edilmesi, EKT (Elektrokonvülfiz Tedavi) uygulanması, grup çalışmalarına dahil edilmesi ve ilaç tedavisi uygulanması gibi pek çok uygulama, hastanın onamı olmadan da gerçekleştirilebilmektedir (42). Hastanın bireysel özgürlüğünün kısıtlanmasına, aydınlatılmış onam hakkının engellenmesine, otonomisinin göz ardı edilmesine ve tedavide yarar sağlama ilkesinin sarsılmasına neden olan bu durumlar, sağlık çalışanlarının bu uygulamaları gerçekleştirme konusunda karar vermede güçlük yaşamasına yol açmaktadır (37). Her ne kadar, yasa ve yönetmelikler, etik ilkeler ve meslek etik kodları gibi düzenlemeler, yaşanan etik durumların yönetiminde yol gösterici olsa da zorla tedavi konusu etik bir sorun olmaya devam etmektedir.

Deady ve ark. tarafından yapılan çalışmada (2010), psikiyatri kliniğinde hastalarının aydınlatılmış onam hakkının bazen göz ardı edilebildiği, psikiyatri hastalarına ve ailelerine erişebilecekleri tedaviler veya hizmetler konusunda nadiren seçenekler sunulduğu sonucuna ulaşılmıştır (19). Uzun ve ark. (2015), tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise psikiyatri kliniklerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tespit uygulamasının yasal ve etik yönüne ilişkin birbirine yakın cevap verdikleri ancak, hasta ve hasta yakınından onam alınması

konusunda çekimser oldukları belirlenmiştir (35). Benzer şekilde, Balcıoğlu da EKT ve psikiyatrik tedavilerin, bu tedaviyi uygulayan psikiyatri çalışanlarında, bazı çekince ve sıkıntılara yol açtığını ifade etmiştir (34).

Psikiyatri hizmetlerinde özelleşen diğer bir etik durum ise gizlilik ilkesinin sınırları konusunda yaşanan zorluktur. Gizlilik hasta ile güven ilişkisi oluşturmada son derecede önemli bir yere sahiptir ve tedavinin de bir parçasıdır. Fakat bazı özel durumlar gizlilik ilkesinin sürdürülmesini imkânsız hale getirmektedir. Hastanın, üçüncü bir kişinin ve/veya toplumun güvenliğini riske atacak durumlar söz konusu olduğunda etik ikilemlerin yaşanması kaçınılmazdır. Hastanın gizliliği ihlal edildiğinde ise hasta tedaviyi reddedebilmekte, sağlık personeliyle olan güven ilişkisi bozulabilmekte ve planlanan tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilenebilmekte, kısaca hasta zarar görebilmektedir. Bu nedenle gizlilik, psikiyatri çalışanları için etik bakımdan rahatsızlık oluşturan başlıca durumlardan biridir (4).

Bireysel faktörler: Psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda, özellikle yaş ve çalışma yılı faktörlerine odaklanılmıştır. Fakat araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmüştür (12, 15, 16, 26). Ohnishi ve ark. (2010), çalışma yılı ile moral distres arasında bir ilişki bulamazken, Hamaideh'in psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada ise yaş ve tecrübe arttığında moral distres düzeyinde azalma olduğu sonucuna ulaşmıştır (12, 15).

Subjektif özellikler ise literatürde, sağlık çalışanlarının değerleri, problem çözme becerileri, baş etme becerileri, kendilerini bir birey ve bir sağlık profesyoneli olarak algılama şekilleri olarak yer almaktadır (7). Sağlık çalışanının dünya görüşü, bakım algısı, kültürü, ahlaki duyarlılık düzeyi, etik algısı gibi kişiden kişiye değişim gösteren faktörler moral distres seviyesini etkilemektedir (7,20). Austin (2005), moral distresin öznel bir yaşantı olduğunu belirtmiştir. Austin (2005)'e göre, bir birey belirli bir eylem, eyleminin sonucu veya aldığı kararlardan dolayı moral distres yaşarken, başka bir bireyin aynı süreçte moral distres yaşamayabilir (31). Moral distres yaşantısı kadar, moral distrese verilen tepkiler de kişiden kişiye farklılık göster-

mektedir.

### **Moral Distres Sonuçları**

Moral distresin, sağlık kurumunu sağlık çalışanlarını ve bakım alan bireyleri olumsuz etkilediği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (27,45,46). Moral distresin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri fiziksel, psikolojik ve sosyal ve manevi seviyelerde görülmektedir. Bu etkiler, kavramının doğası gereği birdenbire ortaya çıkan ya da kaybolan nitelikten ziyade, aşamalı olarak ilerleyen, moral distresi tetikleme potansiyeli olan durumlarda ise artarak, patlak verir tarzda ortaya çıkmaktadır (20). Moral distres, ilk olarak bireyde hayal kırıklığı, öfke, suçluluk ve endişe, korkma, yas çökkünlük gibi görülebilmektedir (16,20,38,46). Fiziksel olarak, kalp atışında artış, uykusuzluk, baş ağrısı, GİS problemleri gibi problemler oluşabilmektedir (16). Bunlar dışında, çaresizlik (19), stres, tükenmişlik (12), iş tatminsizliği (15), manevi (11) ve işten ayrılma isteği (14,15) gibi durumlarla sonuçlanmaktadır. Moral distres yaşayan kişinin iş doyumunun düşmesi ve tükenmişlik yaşaması ise bakım kalitesinde düşmeye yol açmakta ve hem hastaya hem de kuruma zarar vermektedir (16,21,24).

### **Moral Distresin Değerlendirmesi**

Moral distresi değerlendirmek için ilk gereç Corley (2001) tarafından, yoğun bakım hemşireleri üzerinde geliştirilmiştir (43). Bu ölçek yine Corley tarafından 2005 yılında ağrı yönetimini, sağlık personelinin bakımını ve yetkinliğini içeren 6 madde daha eklenerek yeniden oluşturulmuştur (47).

Hamric ve ark. (2012) tarafından, moral distres ölçeği zamana uygun olmadığı düşünülen bazı maddeler çıkarılarak ve diğer maddelerde de düzenlemeler yapılarak yenilenmiştir (14). Ayrıca bu çalışma ile birlikte ölçeğin, hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları ve bunların pediatri uyarlamalarını içeren, altı paralel formu geliştirilmiştir. Ohnishi ve ark. (2010) ise, Corley (2005) tarafından geliştirilen ölçeği temel alarak psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmiştir (12). Ülkemizde ise, Karagözoğlu ve ark. (2017)

tarafından Hamric ve ark. (2012) tarafından yenilenen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (10). Moral distresin ölçülmesini de içeren hemen hemen tüm çalışmalarda Corley ve ark. (2005) tarafından geliştirilen moral distres ölçeği ya da Hamric ve ark. tarafından oluşturulmuş sağlık profesyonelleri moral distres ölçekleri kullanılmaktadır.

### **Moral Distresi Önleme**

Son dönemde literatürde moral distresi azaltmaya ve önlemeye yönelik öneriler sunan çalışmalara rastlamak mümkündür. Moral distresin tanımı ve neden olan faktörleri düşünüldüğünde, mücadelede hem bireysel hem de kurumsal yaklaşımların bir arada yürütülmesi gerektiği görülmektedir (17, 20, 27). Moral distres genellikle, konuşulmayan, konuşulamayan, hatta kişinin kendi kendine bile itiraf etmesi zor bir durum olduğu için moral distresi, açığa çıkarmak hatta konuşulabilir kılmak bile oldukça zordur. Bu nedenle moral distresin önlenmesinde ilk adım, yaşanan durumun ifade edilmesi ve konuşulabilir hale gelmesidir.

Yaşanılan moral distresin ifade edilebilmesi için kurumsal boyutta bir zemin hazırlanması gerekmektedir. Bireylerin kendilerini ifade edebileceği bir ortam hazırlanmalı ve çözüm üretilebilecekleri multidisipliner bir yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bu doğrultuda, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, moral distresin önlenmesini öncelikli bir hedef kabul ederek, moral distresi ele alma konusunda öneriler sunmaktadır. Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği tarafından dört aşamalı bir yaklaşım olan 4A (ask, affirm, assess, act) modeli önerilmektedir (20). İlk basamak olan “sormak” (ask), moral distresin tanımlaması ve durum isimlendirilirken bu konunun konuşulması ve diyalogun sürdürülmesi konusunda ısrarcı olunmasıdır. İkinci basamak olan “doğrulamak”, “beyan etmek” (affirm), tanımlanan moral distresin tüm boyutları ile konuşulduğu aşamadır. Bu aşamada, moral distrese neden olan faktör veya faktörler belirlenerek konu tartışılır ve detaylandırılır. Bir diğer basamak olan “değerlendirme” (assess) basamağında ise, tanımlanan, konuşulan ve bütün açılımları ile

değerlendirilen moral distresi önlemeye yönelik çözüm yolları düşünülür, tartışılır ve en uygun çözüm yoluna karar vermeye odaklanılır. Çözüme ulaşabilmek için, ortamda çalışan tüm multidisipliner ekip üyeleri ve kurumsal yapıda bulunan yöneticiler değerlendirme basamağına katılabilmektedir. Son basamak olan “harekete geçme” (act) basamağında ise, belirlenen çözüm için gerekli adımlar atılmaya başlanır. Bu modelde göz önünde bulundurulması gereken en önemli olan nokta, bulunan çözümün geçici bir çözüm olmamasıdır. Bu model, kurum temelli yeni politika ve uygulamalar geliştirerek, gelecekte moral distrese neden olabilecek, yaşanması muhtemel durumların önüne geçme potansiyeli açısından son derece önemlidir (16,18,21,27).

Moral distresi önlemede amacıyla, geniş kapsamlı bir politika ve uygulamalar geliştirmek her zaman mümkün olmamaktadır. Mümkün olduğunda ise bu önlemlerin hayata geçirilmesi hem zaman almakta hem de bazı uygulamalar bürokratik engellere takılabilmektedir. Bu nedenle, moral distresi önlemede, kurum temelli çözümler ön plana çıkmaktadır. Etik komisyonlar, kurum temelli çözümlerin en yaygın örneğidir ve moral distres çözümünde etkili olabilmektedir. Bu komisyonlar, özellikle gerekli politikaların geliştirilemediği ya da çözümün süreç gerektirdiği durumlarda, kurum bazlı müdahaleler moral distresin çözümü üzerinde etkili olması açısından önemlidir. Bu komisyonların en iyi örneklerinden biri, Amerika Virginia’da bulunan Moral Distres Danışma Merkezi (Moral Distress Consult Service) dir. Merkez, etik komisyon şeklinde çalışmakta fakat burada etik sorunlardan daha çok kişilerin yaşadığı moral distres üzerine odaklanılmaktadır. Merkez temel olarak moral distresin konuşulabilmesi ve çözümleri üzerine çalışmaktadır. Bu nedenle merkezde bireysel ve grup odaklı görüşmeler yapılmaktadır. Gerekli görüldüğü zaman ise konu, birim yöneticileri ile birlikte kurumun etik komisyonuna gönderilmekte ve çözüm yolu aranmaktadır (20). Bu merkez sayesinde moral distrese neden olan sorunlar açığa çıkmakta ve yaşanan sorunlar incelenmektedir. Bu şekilde bireylerde oluşan ve oluşabilecek moral distres sorunlarının önüne geçilebilmektedir.

Kurumsal boyutta gerçekleştirilen müdahaleler, moral distresin önlenmesi ve azaltılmasında önemli

bir etkindir. Ancak kurumsal müdahalelerin, bireysel müdahalelerle desteklenmesi çok daha etkili sonuçlara yol açmaktadır. Bireysel müdahaleler, kendini tanıma, moral distrese neden olan olayı ve kendi üzerindeki etkilerini tanımlayabilmedir. Ayrıca duruma yönelik baş etme mekanizması geliştirilmeye odaklanılmalıdır (22,48). Bireysel olarak, mesleki bilgi ve becerinin geliştirilmesi yoluyla yaşanan moral distresin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (27). Ayrıca çalışanların, moral distres ile ilgili eğitim alması ve etik konulara yönelik yeterliliklerinin artırılması da moral distres ile bireysel baş etmede önemli bir faktör olarak görülmektedir (15,27). Konuyla ilgili olarak Beumer (2008), moral distresi azaltmaya yönelik yaptığı workshop çalışmasının sonucunda, katılımcıların moral distres seviyelerinde azalma olduğunu belirtmiştir (49). Hamaideh (2014), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, moral distres workshopuna ve eğitimlere katılan hemşirelerin, eğitim sonrası daha az moral distres yaşadıklarını ifade etmiştir (15).

Sonuç olarak; sağlık çalışanları psikiyatrik hizmetleri yürütürken sıklıkla etik konularla karşı karşıya kalmakta ve moral distres yaşayabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, psikiyatrik hizmet sunan çalışanlarda moral distres yaşantısının, orta düzeyin üzerinde bir sıklıkta ortaya çıktığı ve distresin yüksek yoğunlukta yaşandığı bulunmuştur. Ayrıca yaşanan moral distres sağlık profesyonelleri, sağlık bakım kalitesinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Psikiyatri alanında özellik gösteren moral distresin yaşanma durumu, ilişkili faktörler ve etkin bir şekilde çözümü üzerine odaklanan çalışmaların, bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının sağlığının korunması, geliştirilmesinde ve sunulan hizmetlerin niteliğinin arttırılmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

---

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Mustafa Sabri Kovancı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye sabri.kovanci@hotmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Etik Tanimi ve Tarihi. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Etik>. Erisim Tarihi: Agustos 20, 2018.
2. Tip etigi el kitabı. [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip\\_etigi\\_2017.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi_2017.pdf). Erisim Tarihi: Agustos 18, 2018.
3. Arslantas H. Ruh Sagligi ve Psikiyatri Hemsireliginde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 2015;6(1): 47-56.
4. Caykoylu A. Psikiyatride Gizlilik Ilkesi. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5: 248-56.
5. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014;21: 359-73.
6. Yildirim S, Dulgerler S. Psikiyatride Etik ve Psikiyatri Hemsireligi Uygulamasina Yansimasi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2010;18: 103-8.
7. Wallis L. Moral distress in nursing. *AJN*. 2015;115: 19-20.
8. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics*. 2012;19: 183-95.
9. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13: 202-8.
10. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, Nakahara J, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010;17: 726-40.
11. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;36: 42-8.
12. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3: 1-9.
13. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Cinar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2017;24: 209-24.
14. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in J ordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23: 33-41.
15. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015;22: 131-52.
16. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is "moral distress" A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2017;26(3): 646-662: Doi: 0969733017724354.
17. Yildirim D, Ozden D, Karagozoglu S. Moral distress: An issue not on the agenda in the field of health in Turkey. *Cumhuriyet Tip Dergisi*. 2013;35: 318-25.
18. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2013;20: 312-24.
19. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46: 209-20.
20. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009;20: 330.
21. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22: 15-31.
22. Ozbas AA. Onkoloji Hemsireliginde Etik Ikilem ve Moral Distres. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing/Special Topics*. 2017;3: 19-26.
23. Hamric AB. A case study of moral distress. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16: 457-63.
24. Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lutzén K, Pergert P. To change or not to change-translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale Revised (MDS-R). *BMC medical ethics*. 2017;18: 14.
25. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs*. 2016;42: 37-46.
26. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nurs ethics*. 2018: 0969733017751264.
27. Lievrouw A, Van Belle M, Benoit DD, editors. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Society* 2016: 43: 505-512.
28. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008;11: 89.
29. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag*. 2017;25: 477-85.
30. Sporrang SK, Høglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs ethics*. 2006;13: 416-27.
31. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lemermeyer G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav*. 2005;15: 197-212.
32. Oelhafen S, Monteverde S, Cignacco E. Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nurs ethics*. 2018;1-14: Doi: 0969733018761174.
33. Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2003;9: 17-23.
34. Balcioglu I, Balcioglu YH. Elektrokonvulzif Terapi ile Ilgili Turkiye'deki ve Dunyadaki Yasal Uygulamalar ve Sorunlar. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2018;11: 80-4.
35. Uzun Y, Gurhan N, Kaya B. Psikiyatri Kliniginde Calisan Hemsirelerin ve Hekimlerin Hasta Kisitlama Yontemleri ile Ilgili Gorusleri. *Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi*. 2015;17: 10-20.
36. Samanci A. Psikiyatride Saglik Sigortalarinda Yasanan Etik Problemler. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law*

and History-Special Topics. 2015;1: 32-6.

37. Er Aydın R, Sehrialti M. Cozumlenmemis Bir Konu: Psikiyatrik Bozuklugu Olan Hastanın Gonulsuz/Zorla Tedavi Edilmesi. Psikiyatri Hemsireligi Dergisi. 2010;1: 39-42.

38. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress.

Nurs Inq. 2003;10: 177-83.

39. Wilson MA. Analysis and evaluation of the moral distress theory. Nursing forum; 2018;53(2): 259-266.

40. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. AMA journal of ethics. 2017;19: 617.

41. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. Nurs Ethics. 2012;19: 464-78.

42. Kertchok R. Ethical Issues and Moral Distress in Psychiatric and Mental Health Nursing: a Literature Review. J Health Res. 2015; 29: 227-34.

43. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs. 2001;33: 250-6.

44. Sweeney CD. A DAISY Nurse: Moral Distress and End-of-Life Decisions in the Pediatric Setting. Can J Nurs Adm. 2017;47: 82-4.

45. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. CCE. 2007;35: 422-9.

46. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HEC Forum. 2012;24: 39-49.

47. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs ethics. 2005;12: 381-90.

48. Green MM, Wicclair MR, Wocial LD, Kondrat A, Mukherjee D. Moral Distress in Rehabilitation. PM&R. 2017;9: 720-6.

49. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. Dimens Crit Care Nurs. 2008;27: 263-7.

50. The National Comprehensive Cancer Center Network (Nccn) guidelines for patients. Distress 2017. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>. Erisim tarihi: Ekim 20, 2018.