

Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı ve Nedenleri

Moral Distress in Nursing and Its Causes

Selin KESKİN KIZILTEPE^a, Zeliha KOÇ^b

Özet: Ahlaki sıkıntı, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Derneği tarafından “hemşirelerin yapacakları uygun eylemi bildiği halde kişisel ve profesyonel değerlerine tamamen zıt olan bir eylemi yapmak zorunda kaldığı durumlarda yaşadıkları bir sıkıntı” olarak tanımlanmıştır. Hemşirelerde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olabilecek faktörler: bakım sağlayıcılara ilişkin içsel faktörler, klinik durumlar ve çevredeki dışsal faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Ahlaki sıkıntı, hemşirelik mesleğinin profesyonel gelişimini, sunulan bakım, tedavi ve uygulamaların kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilişkili durumları çözümlayebilmeleri için mesleki yaşamlarında ahlaki sıkıntı belirtilerini tanıyabilmeleri, ahlaki sıkıntı kaynaklarını belirleyebilmeleri ve ahlaki sıkıntının istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik, ahlak, ahlaki sıkıntı

Summary: According to the definition of the American Association Critical Care Nurses, moral distress occurs when “nurses know the ethically appropriate action to take, but are unable to act upon it and they act in a manner contrary to their personal and professional values.” Factors that may cause moral distress in nurses can be examined under three titles as internal factors related to care providers, clinical conditions and external factors in the environment. moral distress may also adversely affect the professional development of nursing profession and the quality of care, treatments and practices provided. In order to solve the situations related to moral distress, nurses need to be able to identify the symptoms of moral distress in their professional lives, to identify the causes of moral distress, and to learn the strategies that may reduce the undesirable consequences of moral distress.

Keywords: Nursing, moral, moral distress

GİRİŞ

Günümüzde ahlaki sıkıntı sağlık bakımı sistemini doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak etkileyen, sağlık ekibi üyeleri tarafından zaman zaman deneyimlenebilen, sunulan bakım ve tedavinin bütünlüğünü tehdit eden oldukça önemli bir problemdir (1,2). Ahlaki sıkıntı kavramının birçok tanımı yapılmış olmakla birlikte, bu kavramı ilk açıklayan kişi Jameton’dur. Corley’in (2001) aktardığı üzere Jameton (1984) ahlaki sıkıntıyı: “hemşirenin kurumsal kısıtlamalar nedeniyle gerekli ve uygun gördüğü görevleri yerine getirmesi engellendiğinde ortaya çıkan rahatsız edici ve acı verici duyguların bir deneyimi” olarak tanımlamıştır (3). Jameton hemşirelerde ahlaki sıkıntının, kurumsal kısıtlamalar nedeniyle hemşirelerin doğru olduğuna inandıkları bir dizi eylemi izlemelerinin neredeyse imkansız olduğu bir durumda ortaya çıktığını bildirmiştir (3).

^aÖğr. Gör. Dr., Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Düzce, Türkiye, ✉ selinkeskin@gmail.com

^bDoç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Samsun, Türkiye

Gönderim Tarihi: 04.10.2019 • Kabul Tarihi: 28.10.2019

Hemşirelerde ahlaki sıkıntının etkilerini inceleyen ilk araştırmacılardan biri olan Wilkinson (1987) ise ahlaki sıkıntıyı duyuşsal bir olay olarak ele almış, “bir kişinin ahlaki bir karar verdiğinde ahlaki davranışları izleyememesi nedeniyle deneyimlediği negatif duyuş durumu ve psikolojik sıkıntı hali” olarak tanımlamıştır (4). Wilkinson (1987), ahlaki sıkıntının durumsal, bilişsel, eylem ve his olmak üzere birçok boyutta ele alınabileceğini, her durumun bir deneyime ve etkiye sahip olduğunu bildirmiştir (4). Corley (2002), ahlaki sıkıntıyı iç ve dış koşulların varlığıyla açıklamış; iç koşulların psikolojik etki, dış koşulların ise çalışma ortamı odaklı olduğunu vurgulamıştır. Bu kavramların oluşturduğu etki ve birbirleri ile nasıl etkileşim kurduklarının ise ahlaki sıkıntıya ya da ahlaki davranışa yönelmeye neden olduğunu belirtmiştir (5).

Hamric ve arkadaşları (2006) ahlaki sıkıntının hemşirelerin klinik ve etik açıdan doğru hareket tarzını bildiğinde meydana geldiğini, ancak örgütsel engeller, politikalar, hiyerarşik güç yapıları, yetersiz kaynak ve destek mekanizmaları, yasal kısıtlamalar ve bilgi eksikliği nedeniyle hemşirelerin doğru bildiklerini uygulayamadıklarını, bu nedenle hemşirelerin kendilerini güçsüz hissettiklerini bildirmiştir (6). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (AACN) 2008 yılındaki Kamu Bildirgesi’nde ahlaki sıkıntı kavramını: “ahlaki açıdan doğru olduğunu bildiğiniz halde, bu eylemi gerçekleştirmediğinizde, kişisel ve profesyonel değerlerinize ters düşen eylemi yapmanız durumunda ortaya çıkan bir deneyimdir” olarak tanımlamıştır (7). Çok sayıda hemşirenin deneyimlediği bu durum, 2005 yılında hemşirelik tanısı olarak önerilmiş ve Mart 2006’da Philadelphia’da Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği tarafından, Hemşirelik Girişimleri ve Hemşirelik Bakımı Sonuçlarını Sınıflandırma Konferansı’nda hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir (8).

Kalvemark ve arkadaşları da (2004) “ahlaki bir yanlış” ile “yasal bir doğrunun” veya “ahlaki bir doğru” ile “yasal bir yanlış” çatışması durumunun ahlaki sıkıntı ile sonuçlanacağını; ahlaki sıkıntının yasa ve mevzuat kaynaklı engeller nedeniyle meydana geldiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte ahlaki sıkıntı ikilemini, davranışları “ahlaki doğru” ve “ahlaki yanlış” olmak üzere iki gruba ayırarak; “yasal doğru” ve “yasal yanlış” ile ilişkilendirerek açıklamaya çalışmışlardır. Eğer bir davranış hem ahlaki olarak hem de yasal olarak doğruysa “sadece yap”, hem ahlaki hem de yasal olarak yanlış ise “yapma” şeklinde ahlaki davranış komutlarını belirlemişlerdir (9).

AHLAKİ SIKINTIYA NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Hemşirelerde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olabilecek faktörler: bakım sağlayıcılara ilişkin içsel faktörler, klinik durumlar ve çevredeki dışsal faktörler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir. Ahlaki sıkıntının yaşanmasına neden olan ve bireylerden kaynaklanan içsel stres faktörleri;

- Algılanan güçsüzlük
- Artmış ahlaki duyarlılık
- Etik konuların belirlenememesi
- Durumun tamamını anlayamama
- Kendinden şüphe etme
- Girişken olmama ve
- Alternatif tedavi planlarına yönelik bilgi eksikliği olarak sıralanabilir (1).

Ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olan klinik kaynaklı durumlar ise:

- Yararı olmayan bir tedavi sunarak ölüm sürecini uzatmak
- Yetersiz bilgilendirilmiş onam
- Kaynakları uygunsuz bir şekilde kullanmak

Hasta yararına en iyi hizmeti verecek şekilde bakım sunmamak
Bakımın gerektirdiği ölçüde yetkin olmayan bakım vericilerle çalışmak
Tedavi planı hakkında fikir birliğinin olmaması
Bakımın devamlılığının olmaması
Görevlerin birbirleriyle çelişmesi
Hasta ve ailesine boş umut vermek
Hasta ve ailesine gerçeğin söylenmemesi ve
Hastanın isteklerini gözardı etmeyi içermektedir (1,6,8,9,10,11,12).

Dışsal stres faktörleri ise hastalar ve sağlık bakım hizmeti sunucularını etkileyen ve değişikliğe neden olan faktörler olmakla birlikte doktorlar, sağlık yöneticileri, diğer çalışanlar ile yasal sistem ve sağlık hizmeti geri ödemelerinden kaynaklanabilmektedir (1,13). Sağlık bakım sistemi içinde yer alan ve bakım ihtiyaçlarıyla çelişen dışsal stres faktörleri;

Ekip üyeleri arasındaki yetersiz iletişim
Mesleklerin farklılık göstermesi
Personel kadrosunun yetersiz olması ve personel devir oranının yüksek olması
Maliyetleri düşürmek için yapılan baskılar nedeniyle uzlaşmacı bir bakım sunulması
Yönetimsel destek eksikliği
Hemşirelerin karar verme mekanizmalarına dahil edilmemesi
Politika ve önceliklerin bakım ihtiyaçları ile çelişmesi ve
Sigorta baskısı ya da dava açılma korkusu nedeniyle hastanın bakımına ilişkin istekleri yerine getirme gibi durumları içermektedir (9,10,11,13).

Bununla birlikte ekip üyeleri arasındaki iletişim ve işbirliği eksikliği, profesyonellerin etik sorunlar hakkında farklı bakış açılarına sahip olmaları, personel yetersizliğine bağlı iş yükünde artış, kaynakların sınırlı olması, yönetimsel destek eksikliği, kurum ve sağlık politikaları arasındaki uyumsuzluk, olumsuz etik iklim ve uygun olmayan politikalar ahlaki sıkıntıya neden olan kurumdan kaynaklı dışsal faktörlere örnek olarak verilebilir (14,15,16,17).

Ahlaki sıkıntıya neden olan faktörler incelendiğinde bireysel ve kurumsal birçok faktörün bu durumun gelişmesine neden olduğu görülebilmektedir. Shoorideh ve arkadaşlarının (2012) İranlı hemşireler üzerinde nitel olarak yürütmüş oldukları bir çalışmada, kurumsal engeller ve kısıtlamalar, iletişimden kaynaklanan sorunlar, gereksiz yapılan uygulamalar, malpraktis ve tıbbi bakım hatalarının ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hastalara güvenli ve uygun bir bakım sunulmadığında, hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin arttığı ve kurumsal engellerin de bakımın verilmesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (18,19).

Maluwa ve arkadaşları (2012), hemşirelerde ahlaki sıkıntıya neden olan faktörleri personel eksikliği, hastaları korumak amacıyla kuralların ihlal edilmesi, saygısızlığa maruz kalma, kaynakların yetersiz olması, meslektaşların davranışları, amir ve üstlerin olumsuz yönetim şekli olmak üzere altı başlık altında toplamışlardır. Aynı çalışmada ahlaki sıkıntıya yol açan temel unsurların hasta bakımı, iş arkadaşlıkları ve yönetimsel sorunlar ile ilgili olduğu; bu sorunların ilaç, zaman, personel ve ekipman yönünden yetersiz kaynaklarla çalışan hemşirelerin hasta bakımı ile ilgili önemli problemler yaşamalarına neden olduğu bildirilmiştir (20). Langley ve arkadaşları

(2015)'nın, 100 hemşirenin katılımıyla yapmış oldukları diğer bir nitel çalışmada, ahlaki sıkıntı kaynakları mesleki yetersizlik ve deneyimsizlik, kaynak kısıtlamaları, danışma/iletişim/görüşme eksikliği, yaşam sonu bakım uygulamalarında yararı olmadığı düşünülen tedavi olarak saptanmıştır (21).

Fernandez Parsons ve arkadaşları (2013)'nin çalışmasında ise “yetkili olmayan diğer sağlık görevlileri ile çalışmak” ve “ailenin yaşam desteğini sürdürme isteğinin yerine getirilmesi” gibi durumların hemşirelerde ahlaki sıkıntının üst düzeyde yaşanmasına neden olduğu bildirilmiştir (22). Barlem ve arkadaşları (2014) da hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşamalarına neden olan faktörleri, çalışma ekibinin yetersizliği, hasta isteklerinin göz ardı edilmesi, yetersiz çalışma koşulları, hemşirelerin ölüme yaklaşan hastalarıyla ilgili savunucu rollerinin engellenmesi olarak belirlemişlerdir (23). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin iş durum değişikliklerine bağlı olarak değişik düzeylerde ahlaki sıkıntı yaşadıkları; kurumsal kısıtlamalar nedeniyle kalitesiz ve yararı olmayan bir bakım sunmaya zorlanan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (22,24,25).

Bu konuda yapılan çalışmalarda hemşirelerin hissettikleri ahlaki sıkıntının genellikle yaşam sonu bakım ve yararı olmadığı düşünülen tedaviye ilişkin uygulamalar nedeniyle geliştiği bildirilmiştir (26,27,28,29). Sannino ve arkadaşlarının (2015) neonatal yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım ve ventilatöre bağımlı çocuğun bakımıyla ilgili uygulamalarda ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (30). Meltzer ve Huckabay (2004) tarafından yürütülen diğer bir çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin yararı olmadığını düşündükleri bakım ve tedavi sunduklarında ahlaki sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (31). Benzer şekilde Elpern ve arkadaşları da (2005) “bakım verdikleri hastalarına yararı olmayan tedaviler uygulandığına” inanan hemşirelerin yüksek düzey ahlaki sıkıntı yaşadıklarını saptamışlardır (32).

Kalvemark ve arkadaşlarının (2004), kardiyoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada ise, hastalara yeterli zaman ayıramama, hastanedeki kaynakların sınırlı olması, bazı hastaların ekonomik nedenlerle tedavi görememesi, profesyoneller arası iletişim eksikliği, destek yapılarının yetersizliği nedeniyle doktor ve hemşirelerin rahatsızlık hissettiği ve bu faktörlerin onlarda strese neden olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda stres faktörlerinin birçoğunun iş yükü, görev tanımındaki belirsizlikler, beceri geliştirme eksikliği, yöneticilerin net olmayan direktifleri ile ilişkili olduğu ve bu faktörlerin psikososyal nitelik taşıdığı bildirilmiştir. Diğer yandan ahlaki sıkıntı etik açıdan doğru olanı yapamamaya bağlı olarak ortaya çıkmasına karşın, kurumsal ve yapısal kısıtlamalar nedeniyle istenilen eylemin yapılamaması durumunda bireylerin hayal kırıklığı, öfke, kaygı, baş ağrısı ve duygusuzluk gibi psikolojik ve fizyolojik belirtiler yaşayabilecekleri vurgulanmıştır (9).

AHLAKI SIKINTININ ETKİLERİ

AACN 2008 yılında, ahlaki sıkıntının önemli bir problem olduğunu, çalışma ortamına ilişkin memnuniyetsizliğin hemşirelerde fiziksel ve duygusal strese neden olduğunu, bu durumun hemşirelik bakımının nitelik, nicelik ve maliyetini etkilediğini, hatta hemşirelerde mesleğini bırakma düşüncesine neden olabileceğini bildirmiştir. Nathaniel (2006), 2025 yılına kadar Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi'nin bir milyon hemşirenin görevden çekileceğini öngördüğünü; “ahlaki sıkıntının, hemşirelerin çalışma ortamından, hatta mesleklerinden ayrılmalarının önemli bir nedeni” haline gelebileceğini belirtmiştir. Aynı zamanda ahlaki sıkıntının olumsuz etkilerinin hasta, hemşire ve kurum olmak üzere üç düzeyde ortaya çıkabileceği, hasta boyutunda ele alındığında hastaların yaşadıkları ya da maruz kaldıkları ağrıya artışa, hastanede kalış süresinin uzamasına, hastalara yetersiz ve uygun olmayan bir bakım sunulmasına neden olabileceği bildirilmiştir (3,5,9,15).

Ahlaki sıkıntı yaşayan hemşireler ile yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin bu süreçte kalp çarpıntısı, ishal, baş ağrısı, mide ağrısı, kas ağrısı ve ağlama gibi fiziksel tükenmişlik belirtileri ile birlikte (15,33,34), hayal

kırıklığı, sinirlilik, suçluluk, güçsüzlük, umutsuzluk, pişmanlık ve anksiyete ile karakterize psikolojik semptomlar yaşadıkları saptanmıştır. (10,24,27,32,35,36,37,38). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda, ahlaki sıkıntı yaşayan hemşirelerin acı çekme, öfke, gücenme, keder, çaresizlik, bozulmuş bütünlük, utanç, mahçubiyet, yas, üzüntü, korku ve ıstırap duyguları deneyimledikleri (5,24,32,34,35,36,37) hatta hastanın çektiklerine ya da yaşadıklarına tanıklık ettiklerinde ise bazı hemşirelerin kabus gördükleri belirtilmiştir (39). Ahlaki sıkıntı hemşirelerin kişisel yaşamını etkilediği gibi mesleki yaşamını da etkileyebilmektedir (40). Ahlaki sıkıntıyla sonuçlanabilen durumlarla sürekli baş etmek durumunda kalan hemşireler, bu mesleği isteksiz bir şekilde yapmaya devam edebilmekte ya da hemşirelik mesleğini bırakabilmektedir. Nitekim bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ahlaki sıkıntı nedeniyle pozisyonunu terk etmeyi düşünen hemşirelerde ahlaki sıkıntı düzeyinin oldukça yüksek olduğu (32,35,41,42), hemşirelerin %6,6'sının bir önceki görevinden ahlaki sıkıntı nedeniyle ayrıldığı (22), hemşirelerde görülen ahlaki sıkıntının tükenmişlik, malpraktis, hastalardan uzaklaşma ve mevcut pozisyonunu terk etme düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (10,35,42,43,44).

Kurumun ahlaki sıkıntıyı önlemede başarılı olamaması, iş stresine ve personel değişimine neden olarak hasta bakımını olumsuz yönde etkileyebilir. Aynı zamanda kurumun itibarı ve güvenilirliği tehlike altına girebilir. Hemşirelerin sık iş değiştirmesi ve yeni hemşirelerin işe alınması kurumun yaptığı harcamaları artırabilir. Mali yükün artmasının yanı sıra yeni gelen hemşirelerin yeterli beceri düzeyine sahip olmaması hasta bakım kalitesini ve memnuniyetini etkileyebilir. Personel değişimi özellikle sağlıklı/hasta bireye sunulan bakımın kalitesini azaltabilir. Kurumun itibarına zarar verebilir. Kurumun personel ve hastalar tarafından daha az tercih edilmesine yol açabilir. Kurumsal kısıtlamaların ahlaki sıkıntı gelişimini etkilediği göz önüne alındığında, kurumsal politikalar ile kurumun sağlık profesyonellerine yönelik iletişim ve yaklaşımının oldukça önemli olduğu görülebilmektedir (31,44,45).

AHLAKI SIKINTI İLE BAŞ ETME YOLLARI

Hemşirelerin ahlaki sıkıntı ile ilişkili durumları çözümlayebilmeleri için mesleki yaşamlarında ahlaki sıkıntı belirtilerini tanıyabilmeleri, ahlaki sıkıntı kaynaklarını belirleyebilmeleri ve ahlaki sıkıntının istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri son derece önemlidir. AACN, 2004 yılında, ahlaki sıkıntıyı öncelikli alan olarak belirlemiş ve ahlaki sıkıntıyı azaltmak için kritik bakım ortamlarında uygulanmak üzere 4A yaklaşımını geliştirmiştir:

Ask (Sor): Ahlaki sıkıntının tanımını ve semptomlarını gözden geçirme ve hissedilen durumun ahlaki sıkıntı olup olmadığını sorgulama aşamasıdır. Bu aşamada ahlaki sıkıntı yaşadığınız durumu meslektaşlarınızla paylaşabilirsiniz.

Affirm (Doğrula): Bu durumla ilgili duygularınızın doğrulanıp, ahlaki bütünlüğünüzün hangi yönünün tehdit altında olduğunun sorgulandığı aşamadır. Bu durumda hangi rolü oynayabilirsiniz ya da oynamalısınız?

Assess (Değerlendir): Ahlaki sıkıntınızın kaynağının ne olduğunun belirlenmesinde ve uygulanacak doğru eylemin seçilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Act (Harekete Geç): Eylem için bir plan oluşturmanızda ve bunu uygulamaya geçirmenizde yol gösterici olan aşamadır. Bu aşamada aynı zamanda geliştirebileceğiniz ya da geliştirdiğiniz yeni stratejiler üzerinde düşünmelisiniz (46).

SONUÇ

Kurum yöneticilerinin, hemşirelerin bakım ortamında karşılaştıkları iş ve çalışma ortamına bağlı stresörleri tanılamada aktif bir duruş sergilemesi ve çalışanların yaşadıkları stres kaynaklarını azaltabilmek için uygun girişimler planlaması büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte hemşirelik liderleri, hemşirelerin yaşadığı

stresi hafifletmeye yardımcı olabilmek amacıyla, çalışılan kurum ve içinde bulunulan kültürü değerlendirmelidir. Yöneticiler çalışanlara yönelik destek sistemleri geliştirmelidir. Çalışanların karşılaştıkları stresli durumları daha rahat ifade edebilmelerine fırsat verilmelidir. Ayrıca hemşirelik yöneticileri çalışanların hissettiği kaygıyı hafifletmeye yardımcı olmalıdır. Bu doğrultuda, hemşirelik yöneticilerinin işyerinde strese neden olan faktörlerin farkında olmaları ve uygun girişimlerde bulunmaları son derece önemlidir (25,31,40).

KAYNAKLAR

1. Hamric B. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum* 2012;24:39-49.
2. Ulrich C, Hamric B, Grady C. Moral distress: a growing problem in the health professions. *Hastings Center Report* 2010:21-22.
3. Corley C, Elswick R. K, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(2):250-256.
4. Wilkinson M. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing forum Wiley Online Library* 1987;23:16-29.
5. Corley C, Minick P. Moral distress or moral comfort. *Bioethics Midwest Bioethics* 2002;18 (1):7-14.
6. Hamric B, Walter D, Childress. Moral distress in health care professionals; what is it and what can we do about it. *The Pharos* 2006 (1):16-26.
7. AACN. 2008. Couragenous Care. Erişim: <https://www.aacn.org/wd/chapter/chapterdocs/0312585/websites/docs/2016>. Erişim tarihi: 01.10.2019.
8. Scroggins M. Diagnosis development committee Report. *International Journal of Nursing Knowledge* 2006;17(2):119.
9. Kalvemarm S, Höglund T, Hansson G, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine* 2004;58(6):1075-1084.
10. Gutierrez MK. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2005;24(5):229-241.
11. Epstein E, Hamric B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics* 2009;20(4):330.
12. Sannino P, Gianni M, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology* 2015;35(3):214-217.
13. Hamric B, Borchers T, Epstein E. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 2012;3(2):1-9.
14. Lawrance L. Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. Faculty of college of Nursing, The University of Arizona, United States, Doctoral Thesis, 2009;11-46.
15. Radzvin C. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal* 2011;79(1):39-45.
16. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics* 2012;19(4):479-487.
17. Shoorideh AF, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics* 2015;22(1): 64-76.
18. Shoorideh Atashzadeh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses moral distress: a content analysis. *Nursing Ethics* 2012;19(4):464-478.

19. Silen M. Encountering ethical problems and moral distress as a nurse Experiences, contributing factors and handling. School of Health Sciences Jönköping University, Jönköping, Master Thesis, 2011;12-54.
20. Maluwa M, Andre J, Ndebele P. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics* 2012;19(2):196-207.
21. Langley G, Kisorio L, Schmollgruber S. Moral distress experienced by intensive care nurses. *Southern African Journal of Critical Care* 2015;31(2):36-41.
22. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2013;39(6):547-552.
23. Barlem D, Lunardi V, Lunardi L. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto and Contexto-Enfermagem*, 2014;23(3):563-572.
24. Rice E, Rady Y, Hamrick A, Verheijde L, Pendergast K. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 2008;16(3):360-373.
25. Cummings L. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. University of North Florida, US, Master Thesis, 2009;2-66.
26. Jenkins L, Elliott R, Harris J. R. Identifying ethical issues of the department of the army civilian and army nurse corps certified registered nurse anesthetists. *Military Medicine* 2006;171(8):762-769
27. Pavlish C, Brown, Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Rounkle A. Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship* 2011;43(4):385-395.
28. Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics* 2012;19(4):488-500.
29. Wiegand D. L, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics* 2012;19(4):479-487.
30. Sannino P, Gianni M, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *Journal of Perinatology* 2015;35(3):214-217.
31. Meltzer S, Huckabay M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004;13(3):202-208.
32. Elpern E. H, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2005;14(6):523-530.
33. Fry S, Harvey M, Hurley C, Foley J. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics* 2002;9(4):373-387.
34. Ohnishi K, Ohgush Y, Nakano M, Fuji H, Tanaka H, Kitaoka K, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 2010;17(6):726-740.
35. Hamric B, Blackhall J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine* 2007;35(2):422-429.
36. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 2009;16(5):561-573.
37. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Social Science and Medicine* 2010;71(9):1687-1691.
38. Austin W. Contemporary healthcare practice and the risk of moral distress. *Healthcare management SAGE Publications* 2016;(29);131-133.
39. Zuzelo R. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 2007; 14(3):344-359.
40. McClendon H, Buckner B. Distressing situations in the intensive care unit:a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2007; 26(5), 199-206.

41. Cavaliere T, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Advances in Neonatal Care* 2010;10(3):145-156.
42. Piers D, Azoulay E, Ricou E, Ganz D, Decruyenaere J, Max A, Rubulotta F. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama* 2011;306(24):2694-2703.
43. Fogel, KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses. *Nursing Ethics* 2007; 8(4):73-87.
44. Zuzelo R. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 2007; 14(3):344-359.
45. Pendry P. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nursing Economics* 2007; 25(4):217-221.
46. Savel R, Munro C. Moral distress and moral courage. *American Journal of Critical Care* 2015;24(4):276-279.