

NIEPOKÓJ MORALNY W PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO – ZARYS PROBLEMATYKI

MORAL DISTRESS IN THE WORK OF MEDICAL PERSONNEL – AN OUTLINE OF THE ISSUES

Patrycja Zurzycka, Teresa Radzik

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.20>

STRESZCZENIE

Prowadzenie terapii i sprawowanie opieki nad pacjentami wymaga szerokiej wiedzy, wysokich kompetencji i umiejętności oraz niezbędnej współpracy w zespole terapeutycznym. Jednak proces ten nie zawsze przebiega w sposób tak idealny, jak życzyliby sobie tego personel medyczny. Towarzyszyć mu mogą liczne dylematy, w tym także te natury moralnej, które mogą prowadzić do powstania niepokoju moralnego. Jest on związany z sytuacjami, w których personel nie jest w stanie zapewnić pacjentom opieki, która jego zdaniem w danej sytuacji byłaby adekwatna do potrzeb i zgodna z najlepszym interesem pacjenta. Powstanie niepokoju moralnego może być związane ze stanem zdrowia pacjenta, czynnikami wewnętrznymi dotyczącymi osoby opiekującej się, a także ograniczeniami zewnętrznymi. Może on prowadzić do niekorzystnych następstw pojawiających się u osób go doświadczających, ale także może mieć negatywny wpływ na jakość opieki nad pacjentami. Pojawianie się niepokoju moralnego w pracy personelu medycznego jest zjawiskiem niekorzystnym, ale często występującym w codziennej praktyce. Dlatego ważne jest zarówno przeciwdziałanie jego występowaniu, jak i zapobieganie jego negatywnym skutkom. Celem pracy jest przedstawienie zjawiska niepokoju moralnego występującego w pracy personelu medycznego i opiekuńczego.

Słowa kluczowe: niepokój moralny, opieka medyczna.

ABSTRACT

Managing a therapy and taking care of patients will requires extensive knowledge, high competence, skills as well as the necessary cooperation within a therapeutic team. However, this process will not always go as smoothly as the medical personnel would like. It may be accompanied by numerous dilemmas, including those of moral nature which can lead to moral anxiety. It is associated with such situations in which the staff are not able to provide a patient with a care which – in their opinion in the present situation would be adequate to the needs and consistent with the best interests of the patient. The occurrence of moral distress may be related to the state of health of the patient, internal factors related to a person who looks after as well as to external constraints. It can lead to adverse effects which appear in anyone experiencing it, but also can have a negative impact on the quality of the patient's care. The occurrence of moral distress in the work of medical personnel is a negative phenomenon, but often encountered daily practice. Therefore, it is important to prevent both its occurrence and its negative effects. The study is aimed at presenting the phenomenon of moral anxiety occurring in the work of medical and caring personnel.

Keywords: moral distress, health care.

Wstęp

Sprawowanie opieki nad pacjentami wymaga od personelu szerokiej wiedzy, wysokich kompetencji i umiejętności oraz niezbędnej współpracy w zespole terapeutycznym. Jednak proces ten nie zawsze przebiega w sposób tak idealny, jak życzyliby sobie tego personel medyczny. Towarzyszyć mu mogą liczne trudności i dylematy, w tym także te natury moralnej, które mogą prowadzić do powstania u osób zaangażowanych w proces terapeutyczny i opiekuńczy niepokoju moralnego (ang. *moral distress*). Zjawisko niepokoju moralnego po raz pierwszy zidentyfikowano w grupie zawodowej pielęgniarek, jednakże jego występowanie zaobserwowano wśród wszystkich zawodów i profesji związanych z opieką zdrowotną [1–4]. Niepokój moralny może prowadzić do powstania cierpienia moralnego będącego

reakcją na trudne sytuacje wynikające z zaistniałego konfliktu lub przymusu moralnego [5, 6]. Jednak przez wielu autorów cierpienie moralne jest utożsamiane z niepokojem moralnym, który pojawia się w codziennej praktyce leczenia i opieki, a kluczowym jego elementem jest poczucie bezsilności wobec zaistniałych sytuacji [3, 6].

Celem pracy jest przedstawienie zjawiska niepokoju moralnego występującego w pracy personelu medycznego.

Niepokój moralny

Prowadzenie procesu terapeutycznego i opieka nad pacjentami jest skomplikowanym i trudnym zadaniem przebiegającym w obliczu licznych i złożonych dylematów, w tym także tych natury etycznej. Niepokój moralny rozumiany

jest jako swego rodzaju poczucie bezsilności jednostki względem występującego problemu etycznego. Może on pojawić się w momencie, gdy personel nie jest w stanie zapewnić pacjentom opieki, która jego zdaniem w danej sytuacji byłaby adekwatna do potrzeb i zgodna z najlepszym interesem pacjenta oraz powinnościami zawodowymi [7–9]. W takich okolicznościach jednostka wie, jaką decyzję bądź kierunek działania należy podjąć, jednakże nie jest to możliwe ze względu na występujące ograniczenia zewnętrzne, wewnętrzne lub sytuacyjne [3, 5, 8, 10–13]. Niepokój moralny może być także utożsamiany z doświadczeniem dysonansu poznawczego i emocjonalnego, który powstaje, gdy człowiek w obliczu sprawowania opieki nad pacjentem czuje się zmuszony do działania wbrew swoim wymaganiom moralnym [14].

Niepokój moralny wynika z rozbieżności pomiędzy tym, co może zostać zrobione, a tym, co w osądzie profesjonalisty opieki medycznej powinno być wykonane [3]. Ważne jest dostrzeżenie, że niepokój moralny jest odmienny od sytuacji klasycznego dylematu etycznego. W przypadku dylematu etycznego możliwy jest wybór spośród różnych alternatyw rozwiązania powstałego problemu (podjęcia działania), aczkolwiek nie zawsze możliwe będzie dokonanie w pełni satysfakcjonującego wyboru. Natomiast niepokój moralny występuje wówczas, kiedy w obliczu problemu jednostka jest w stanie określić, jakie poprawne etycznie działania należałoby podjąć, lecz nie jest zdolna – z różnych powodów – do ich podjęcia [1, 4, 15, 16]. Istotne jest także odróżnienie niepokoju moralnego od niepokoju emocjonalnego, który jest bardziej ogólny, może być związany ze środowiskiem pracy, ale nie zawiera komponentu związanego z etyką [1, 6].

Powstawanie niepokoju moralnego

Niepokój moralny związany jest często z koniecznością postępowania przedstawicieli personelu medycznego wbrew temu, co jest ich zdaniem słuszne i właściwe dla danego pacjenta. Sytuacje te dotyczą skomplikowanych i trudnych decyzji klinicznych, jak prowadzenie uporczywej terapii, wdrażanie terapii eksperymentalnej czy stosowanie różnych form przymusu, ale także zagadnień związanych z łamaniem praw pacjenta, na przykład kwestii zatajania prawdy (przywilej terapeutyczny) czy podejmowania działań bez jego zgody (działań paternalistycznych) lub utrudnień w zapewnieniu mu poczucia intymności i prywatności oraz realizacji prawa do autonomii w czasie udzielania świadczeń. Na powstanie moralnego niepokoju wpływ mają często także ograniczenia wynikające ze zjawisk pozamoralnych, takich jak fizyczne i organizacyjne środowisko pracy, brak zasobów czy uregulowania i wy-

tyczne formułowane przez unormowania prawne i przełożonych [3, 9, 17].

Niepokój moralny pojawiający się w praktyce zawodowej pracowników opieki medycznej może być wynikiem zaburzeń w jednym z trzech głównych obszarów profesjonalnej aktywności. Po pierwsze może wynikać z sytuacji klinicznej – stanu zdrowia pacjenta, podejmowanych wobec niego działań terapeutycznych i opiekuńczych (np. zaniechanie terapii podtrzymującej życie, odmowa pacjenta poddania się leczeniu czy żądania pacjenta prowadzenia terapii nieskutecznej), a także z ograniczeń jego kompetencji i autonomii. Drugi obszar stanowią ograniczenia wewnętrzne polegające na braku kompetencji poszczególnych pracowników do rozwiązywania powstałych dylematów. To również kwestie związane z pojmowaniem pozycji i roli autonomii zawodowej, a także poczuciem osobistej odpowiedzialności w obliczu powstałych sytuacji problemowych. Trzeci obszar związany jest z ograniczeniami zewnętrznymi związanymi z organizacją pracy, obowiązującym prawodawstwem, hierarchią władzy decyzyjnej, funkcjonującymi zwyczajami oraz nieprawidłową komunikacją i konfliktami w zespole terapeutycznym. Obszar ten obejmuje również kwestie związane z deprecjonowaniem roli i kompetencji przedstawicieli różnych zawodów opieki medycznej [3, 4, 6, 17, 18]. Na pojawienie się niepokoju moralnego wpływać może również niezdolność personelu do ochrony niekompetentnego pacjenta przed szkodliwymi posunięciami innych osób. Istotny wpływ mają też ograniczenia w realizacji autonomicznej roli zawodowej i nadmierna kontrola podejmowanych działań uniemożliwiająca postępowanie w sposób, który zdaniem personelu jest właściwy [3, 18, 19].

Reasumując, niepokój moralny zazwyczaj pojawia się w momencie, gdy wewnętrzne przekonania personelu, jego wartości i postrzeganie zobowiązań zawodowych są niezgodne z przekonaniami i praktyką panującą w środowisku pracy. Wobec takich sytuacji problemowych, pojawiających się podczas codziennego leczenia i sprawowania opieki, tradycyjna edukacja etyczna, która skupia się na koncepcjach i zasadach etycznych, a także klasycznych dylematach etycznych, może okazać się niewystarczającą podstawą do zapobiegania powstaniu niepokoju moralnego.

Konsekwencje występowania niepokoju moralnego

Niepokój moralny może przybrać jedną z dwóch postaci. Formę pierwotną, w której dochodzi do powstania negatywnych odczuć w obliczu ograniczeń stawianych wobec konfliktów wartości i powstających dylematów, oraz for-

mę wtórną (reaktywną), polegającą na pojawiającym się dyskomforcie wynikającym z braku możliwości podjęcia prawidłowego postępowania, nawet po ustąpieniu czy zakończeniu sytuacji, która wywołała pierwotne zaburzenie [1–3, 6, 14, 20]. Konsekwencje powstałego niepokoju moralnego mogą być ujmowane z perspektywy psychologicznej oraz fizjologicznej. Zjawisko to może wywoływać u doznających go ludzi odczucia złości, frustracji, niechęci, niepokoju i smutku, poczucia winy i apatii, a także odczucia bezradności, bezsilności i utraty poczucia własnej wartości. Natomiast fizjologiczny wymiar zaburzeń obejmować może głównie bóle głowy, zaburzenia snu, biegunkę i kołatanie serca oraz inne dolegliwości [6, 8, 18, 21].

Niepokój moralny związany z pracą zawodową prowadzić może do obniżenia wrażliwości etycznej i braku poczucia konieczności angażowania się w sytuacje trudne etycznie, ale również do powstania swego rodzaju sprzeciwu sumienia u osoby opiekującej się [1, 14, 22, 23]. Ponadto liczne i powtarzające się sytuacje wywołujące niepokój moralny mogą prowadzić do nawarstwienia się negatywnych odczuć (wtórny niepokój), co może przyczynić się do wypalenia zawodowego, zmiany miejsca pracy czy całkowitej rezygnacji z wykonywanego zawodu [1–3, 5–7, 24]. Niezwykle istotne jest zwrócenie uwagi na to, że skutkiem narastającego niepokoju moralnego może być obniżenie jakości sprawowanej opieki [1, 21], a także dehumanizacja i uprzedmiotowienie pacjenta [17].

Przeciwdziałanie powstawaniu i skutkom niepokoju moralnego

Powstawanie niepokoju i cierpienia moralnego jest powszechnym i niepokojącym, ale także nieuniknionym zjawiskiem w opiece zdrowotnej, wpływającym negatywnie na doświadczający go personel oraz – w sposób pośredni – na pacjentów [14]. Dlatego też pożądaną działalnością jest zarówno minimalizowanie ryzyka powstania niepokoju i cierpienia moralnego, jak i przeciwdziałanie jego negatywnym skutkom [1, 3].

Przeciwdziałanie powstawaniu i skutkom niepokoju moralnego rozpocząć należy od jasnego określenia istnienia problemu i identyfikacji jego źródeł. Istotne jest podjęcie działań w zakresie zarówno rozpoznawania zjawiska, identyfikacji czynników go wywołujących, jak i stworzenia planu rozwiązania sytuacji problemowych czy przeciwdziałania ich powstawaniu w przyszłości. Konieczne jest zbadanie, czy niepokój moralny wynika z konkretnych sytuacji klinicznych związanych z opieką nad danym pacjentem czy też jest rezultatem szerszego kontekstu polityki organizacyjnej lub zaburzeń w organizacji pracy (np. kwestie uzyskiwania zgody, zapewnienia poufności, podejmo-

wania działań ratujących życie, współpracy w zespole). Niezwykle ważnym elementem zapobiegania i przeciwdziałania jest podjęcie dialogu na temat istniejącego problemu ze współpracownikami – członkami zespołu terapeutycznego spośród różnych grup zawodowych, jak i osobami zajmującymi stanowiska kierownicze, istotne są współpraca i wzajemne wsparcie, a także świadomość, że konieczne może być wprowadzenie zmian w środowisku i organizacji pracy. Pożądane jest opracowanie kompleksowych rozwiązań na poziomie danej placówki minimalizujących ryzyko powstania niepokoju moralnego i negatywnych jego skutków, a także radzenia sobie z nimi. Wskazane jest także zapewnienie pracownikom dostępu do opieki minimalizującej ryzyko powstania u nich negatywnych skutków niepokoju moralnego obejmujących zarówno psychologiczny, jak i biologiczny wymiar zaburzeń [1–3, 25–30].

W zapobieganiu zjawisku niepokoju moralnego oraz w skutecznym radzeniu sobie z nim niezbędne jest prowadzenie otwartego dialogu między profesjonalistami opieki różnych grup zawodowych mających bezpośrednią styczność z pacjentami a personelem zarządzającym, administracją, ustawodawcami oraz z samymi pacjentami i ich bliskimi [10, 31, 32]. Istotną rolę odgrywa również wspólne i interdyscyplinarne kształcenie, w tym w formach dyplomowych, pracowników opieki zdrowotnej, pomagające zrozumieć istotę powstających problemów oraz opracować możliwości współpracy dla wspólnego ich rozwiązania [10].

Podsumowanie

Niepokój moralny, definiowany niekiedy także jako cierpienie moralne, związany jest z leczeniem i sprawowaniem opieki nad pacjentami w sytuacjach, gdy przedstawiciele personelu są świadomi, jakie działania należy podjąć dla dobra pacjenta, ale jest to niemożliwe ze względu na różnorodne ograniczenia. Zjawisko to stanowi istotny problem związany z wykonywaniem zawodów medycznych, a zwłaszcza zawodu lekarza i pielęgniarki, najliczniej reprezentowanych i cechujących się znaczną bliskością i intensywnością kontaktów z pacjentami i ich bliskimi. Złożone i trudne etycznie sytuacje kliniczne, oczekiwania i postawy chorych i ich bliskich, niewystarczająca liczba personelu i środków, nieprawidłowa organizacja pracy oraz błędy w komunikowaniu się sprawiają, że zaspokojenie potrzeb pacjentów i ich rodzin staje się dla personelu sprawującego opiekę często problematyczne.

Konieczne jest podjęcie działań zarówno minimalizujących ryzyko powstawania niepokoju moralnego, jak i ograniczających jego ewentualne niekorzystne skutki.

Rozwiązywanie problemów związanych z niepokojem moralnym obejmuje przede wszystkim udzielenie odpowiedzi na pytanie o jego źródło. Istotne jest zbadanie, czy problematyczna kwestia dotyczy jednej osoby, czy też wielu członków zespołu terapeutycznego, a także czy jest ona wynikiem sprawowania opieki nad określonym pacjentem, czy też związana jest z szerszym kontekstem systemowym organizacji opieki i dotyczy wielu pacjentów i ich bliskich lub konkretnych sytuacji związanych z prowadzonym procesem terapeutycznym. Dążenie do ograniczenia sytuacji generujących wystąpienie niepokoju moralnego, a także udzielenie wsparcia osobie go doświadczającej powinny stanowić istotny element funkcjonowania opieki zdrowotnej. Niepokój moralny nie jest bowiem jedynie jednostkowym problemem osób go doświadczających, lecz wpływa istotnie na jakość opieki nad pacjentem.

Odnotować należy, że nauczanie etyki w zawodach medycznych skupia się zazwyczaj na przekazywaniu istoty teorii i zasad etycznych obowiązujących w opiece zdrowotnej oraz rozwiązywaniu klasycznych dylematów etycznych. Są to zagadnienia niezwykle istotne, jednakże w konfrontacji z realiami opieki zdrowotnej i koniecznością rozwiązywania rzeczywistych problemów, w tym także tych, których wynikiem są niepokój i cierpienie moralne, stosowanie się w praktyce do poznanych teoretycznych zasad może dla wielu osób stanowić trudność.

W procesie nauczania na poziomie zarówno podstawowym, jak i podyplomowym pomijany jest aspekt niepokoju moralnego, jego skutków oraz sposób zapobiegania mu i radzenia sobie z nim. Ze względu na rozpowszechnienie tego zjawiska i możliwe jego negatywne konsekwencje dla samego personelu oraz osób powierzanych jego opiece wskazane byłoby pochylenie się nad tym problemem.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Epstein E, Hamric A. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009;20(4):330–342.
2. Epstein E, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3).
3. Johnstone M, Hutchinson A. 'Moral distress' – time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics*. 2015;22(1):5–14.
4. Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636–650.

5. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*. 2015;29(2):91–97.
6. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):131–152.
7. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics*. 2008;15(3):304–321.
8. Ganske K. Moral distress in Academia. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010;15(3):1–11.
9. Huffman D, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2012;24(1):91–100.
10. Ulrich C, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2510–2519.
11. Corley M, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):381–390.
12. Reid L. Moral distress and moral disorientation in the context of social accountability. *J Grad Med Educ*. 2014;6(3):583–584.
13. Barlem E, Ramos F. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015;22(5):608–615.
14. Berger J. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med*. 2014;29(2):395–398.
15. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Biotech Inq*. 2013;10(3):297–308.
16. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993;4(4):542–551.
17. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2015;8(2):2–8.
18. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med*. 2014;7(3):2–8.
19. Redman B. Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics*. 2007;21(5):243–250.
20. Johnstone M. Moral distress. *Aust Nurs J*. 2013;21(1):25–29.
21. Edmonson C. Strengthening moral courage among nurse leaders. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2015;20(2).
22. Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nurs Ethics*. 2007;14(2):141–155.
23. Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;62(5):607–618.
24. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):15–31.
25. Hamric A, Davis W, Childress M. Moral distress in health care professionals. *Pharos*. 2006;69(1):16–23.
26. Ulrich C, Hamric A, Grady C. Moral distress: a growing problem in the health professions? *Hastings Cent Rep*. 2010;40(1):20–22.
27. Mobley M, Rady M, Verheijde J, Patel B, Larson J. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:256–263.
28. Lütznén K, Kvist B. Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum*. 2012;24(1):13–25.

29. Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum*. 2012;24(1):1–11.
30. Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):8.
31. Rich L, Ashby M. "Speak what we feel, not what we ought to say": moral distress and bioethics. *J Bioeth Inq*. 2013;10:277–281.
32. Berlinger N. Writing wrongs: on narratives of moral distress. *Narrat Inq Bioeth*. 2013;3(2):131–137.
33. Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nurs Ethics*. 2012;19(4):488–500.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Patrycja Zurzycka
ul. Mikołaja Kopernika 25
31-501 Kraków
tel.: 12 421 41 60
fax: 12 429 48 72
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl