

# MORAALINEN AHDISTUS HOITOTYÖSSÄ JA SITÄ VÄHENTÄVÄT TEKIJÄT

Juntunen Milka-Maaria  
2597388  
Kandidaatin tutkielma 352114A 6 op  
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen  
tutkimusyksikkö  
Hoitotieteen tutkinto-ohjelma  
Oulun yliopisto  
Huhtikuu 2020

Oulun yliopisto  
LTK, Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö/Hoitotieteiden tutkinto-  
ohjelma

## TIIVISTELMÄ

Juntunen Milka-Maaria:

Moraalinen ahdistus hoitotyössä  
ja sitä vähentävät tekijät

Kandidaatin tutkielma: 28 sivua,  
1 liite  
Huhtikuu 2020

Moraalinen ahdistus on merkittävä ongelma hoitotyöntekijöiden ammatissa. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla tekijöitä, jotka vähentävät hoitotyöntekijöiden kokemaa moraalista ahdistusta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyöntekijöiden moraalisen ahdistuksen vähentämiseen liittyvistä tekijöistä, jotta hoitotyössä voitaisiin välttyä ilmiön huonoilta vaikutuksilta. Tutkimuksessa saadun tiedon avulla voidaan kehittää toimintatapoja, jotka tukevat hoitotyöntekijöiden työssä jaksamista vähentämällä moraalista ahdistusta.

Työ on katsaustyyppiltään kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineistonkeruu toteutettiin Cinahl (EBSCO), Scopus, ProQuest ja Medic tietokannoista maaliskuussa 2020. Katsaukseen valikoitui viisi vertaisarvioitua tutkimusta, jotka oli julkaistu 2013-2018. Tutkimuksen aineiston käsittelyssä käytettiin soveltaen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Koulutuksen avulla voitiin lisätä sekä hoitotyöntekijöiden tietoa ja osaamista eettisten ongelmien käsittelyssä sekä ilmiön tiedostamista, tunnistamista ja toimimista sen estämiseksi. Kommunikaation lisääminen eri ammattiryhmien välillä sekä hoitotyöntekijöiden kesken auttoi saavuttamaan yhteisymmärrystä annettavasta hoidosta, jolla oli positiivinen vaikutus hoitotyöntekijöiden moraalisen ahdistuksen määrään. Johtamisella voitiin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi tukemalla työntekijöitä hankalien kliinisten tilanteiden aikana olemalla saatavilla sekä kuuntelemalla heidän huolenaiheitaan. Työympäristön parantaminen lisäsi joustavuutta, luottamusta ja hyvinvointia sekä työympäristön eettisyyttä tukevat käytännöt vähensivät moraalista ahdistusta. Työntekijöiden työhyvinvoinnista huolehtiminen sekä itsehoidolliset aktiviteetit vähensivät moraalisen ahdistuksen kokemista.

Moraalisen ahdistuksen vähenemiseen voidaan vaikuttaa hoitotyöntekijöitä kouluttamalla ja lisäämällä kommunikaatiota työyhteisössä. Hankalien kliinisten tilanteiden aikana johtamisella voidaan vaikuttaa ongelmien syntymiseen ennaltaehkäisevästi. Lisäksi eettisyyttä tukevat käytännöt työympäristössä sekä työhyvinvoinnista huolehtiminen ovat tärkeitä moraalisen ahdistuksen vähentämisen kannalta.

Asiasanat: moraalinen ahdistus, hoitotyö, hoitotyön etiikka

# Sisältö

## Tiivistelmä

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>4</b>
<b>2. TUTKIMUKSEN TAUSTA</b> .....	<b>5</b>
2.1 ETIIKKA JA MORAALI HOITOTYÖSSÄ .....	5
2.2 MORAALINEN AHDISTUS .....	6
2.3 MORAALISTA AHDISTUSTA AIHEUTTAVAT TEKIJÄT .....	8
2.4 MORAALISEN AHDISTUKSEN MITTAAMINEN .....	9
<b>3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTAVOITE</b> .....	<b>10</b>
<b>4. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>11</b>
4.1 AINEISTON KERUU JA VALINTA .....	11
4.2 AINEISTON ANALYYSI JA KUVAUS .....	15
<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	<b>16</b>
5.1 KOULUTUS .....	17
5.2 KOMMUNIKAATIO .....	18
5.3 JOHTAMINEN JA TYÖYMPÄRISTÖ .....	18
5.4 TYÖHYVINVOINTI .....	19
<b>6. POHDINTA</b> .....	<b>20</b>
6.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU .....	20
6.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS .....	22
6.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET .....	23
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>25</b>

## 1. JOHDANTO

Moraalinen ahdistus tarkoittaa kokemusta, joka esiintyy tilanteessa, jossa henkilö joutuu toimimaan oikeaksi kokemansa toimintatavan ja arvojensa vastaisesti (Husted ym. 2015). Ilmiö nähdään merkittävänä ongelmana hoitotyöntekijöiden ammatissa (Corley 2002). Hoitotyöntekijät kohtaavat jatkuvasti työssään eettisiä kysymyksiä (Oh & Gastmans 2015). Ne kuuluvat hoitotyöhön ja kertovat sitoutuneesta sekä potilaista välittävästä hoitohenkilökunnasta. Tilanteet voivat kuitenkin aiheuttaa arvoriitoja ja niiden jatkuva läsnäolo kuormittaa hoitotyöntekijöitä, minkä seurauksena he voivat kokea moraalista ahdistusta. (Epstein & Delgado 2010.) Moraalisen ahdistuksen vähentäminen vaatii toimenpiteitä, joilla voidaan tukea hoitotyöntekijöiden työssä jaksamista.

Moraalista ahdistusta on tutkittu paljon hoitotyöntekijöiden keskuudessa niin kriittisen ja akuutin hoidon kontekstissa (Dodek ym. 2016, Fumis ym. 2017, Yeganeh ym. 2019), syöpäpotilaiden hoidossa (Newman ym. 2018) kuin vanhustyössä (Burston ym. 2017). Hoitotyöntekijöiden moraalista ahdistusta on tutkittu osana hoitajien kokemaa stressiä (Galdikiené 2016) ja Mänttari-van der Kuip (2015) on tutkinut sosiaalityöntekijöiden kokemuksia moraaliseen ahdistukseen johtavista tekijöistä. Turun yliopistossa on käynnissä useita tutkimusprojekteja liittyen moraaliseen rohkeuteen, jonka nähdään moraalisen ahdistuksen estävänä tekijänä (Numminen ym. 2018). Koska ongelman olemassaolon toteaminen ja tiedostaminen ei riitä, haluan tällä tutkimuksella tuoda esille millaiset tekijät vähentävät hoitotyöntekijöiden kokemaa moraalista ahdistusta.

Terveystieteiden henkilökunnan siirtyminen muille aloille on tunnistettu globaaliksi ongelmaksi (Fernet ym. 2017). Suomessa arviolta viidennes sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen saaneista työskentelee muilla aloilla (THL 2015). Erityisesti nuorten hoitajien työhön sitoutuminen ja työssä jaksaminen aiheuttaa huolta (Helander ym. 2019, Bong 2019). Koska hoitohenkilöstö on tärkeä voimavara terveydenhuollon palvelujen tarjoamisessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014), hoitajapula on yhteiskunnallisesti merkittävä ongelma, joka voi aiheuttaa kestävämmän tilanteen terveydenhuoltojärjestelmälle (Oh & Gastmans 2015). Hoitotyöntekijöiden moraalinen ahdistus nähdään merkittäväksi syyksi alan vaihtoon (Hatamizadeh ym. 2019) sekä sen tiedetään olevan vahvasti yhteydessä uupumisoireyhtymään (Oh & Gastmans 2015).

## 2. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Tutkimuksen tausta käsittelee kirjallisuuskatsauksen pääkäsitteitä, jotka ovat etiikka ja moraalit hoitotyössä sekä moraalinen ahdistus. Moraalisen ahdistuksen määritelmää, sen taustalla olevia tekijöitä ja sen tutkimiseen käytettyjä mittareita käsitellään tarkemmin.

### 2.1 Etiikka ja moraalit hoitotyössä

Etiikka tulee kreikan kielen sanasta *ethos* ja moraalit tulee latinan kielen sanasta *mos* (monikossa *mores*). Sanoilla tarkoitetaan vakiintunutta tapaa tai käytöstä ja molemmat viittaavat siihen mikä on hyvää ja oikein. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, Molander 2014.) Etiikalla ja moraalilla tarkoitetaan arkikielessä usein samaa asiaa eli asioiden hoitamista oikealla ja hyväksyttävällä tavalla. Käsitteiden välisenä erona voidaan nähdä se, että etiikka eli moraalifilosofia tutkii moraalit. Moraalit taas on empiirinen ilmiö, joka on yhteisön jäsenien toiminnan piirre, josta voidaan tehdä huomioita. (Pietarinen & Poutanen 2005.) Molander (2014) tarkentaa näkemystä etiikasta kokonaisvaltaisena harkintana, miten toimitaan. Hoitotyössä tästä ovat esimerkkinä ammattikuntien eettiset ohjeet, jotka toimivat sääntöinä yleisesti hyväksytyistä tai toivottavista toimintatavoista (Leino-Kilpi & Välimäki 2014). Moraalit voi puolestaan näyttäytyä käytännön tekona tai tekemättä jättämisinä, johon voidaan suhtautua hyväksyen tai paheksuen (Molander 2014). Tätä käytännössä edustaa hoitotyössä tehtävät hoitamiseen liittyvät ratkaisut.

Terveysthuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauden ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen (Etene 2001).

Nämä ihmiselämän perusasiat kytkevät terveydenhuollon tiivisti etiikkaan ja moraalit ja tulevat hyvin konkreettisiksi ja käytännöllisiksi (Etene 2001). Näiden tavoitteiden saavuttamiseen ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti oikeita ratkaisuja. Kysymykset mikä on oikein ja mikä väärin ovat perusta eettisille ongelmille, jotka muodostuvat arvojen ollessa ristiriidassa. Arvot ovat yksilön tekemiä päätelmiä, mikä on toiminnan kannalta oikein. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014.) Jos hoitotyöntekijä joutuu toimimaan hoitotilanteessa omien arvojen vastaisesti, hän voi kokea työnsä raskaaksi ja kuormittavaksi.

Hoitotyöllä tarkoitetaan tässä työssä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneiden ammatillista toimintaa, jossa he hoitavat palveluiden käyttäjiä hyödyntäen ammatillista tietoaan. Hoitotyö tuo hoitamiseen ammatillisen näkökulman, mutta silti säilyttää pyrkimyksen edistää toisen ihmisen hyvää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014.) Oikeudenmukaisuuden etiikka ja hoidon etiikka ovat periaatteita hoitotyön eettisen päätöksenteon taustalla (Haho 2006) ja nämä molemmat näkyvät esimerkiksi sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa (Sairaanhoitajaliitto 1996). Ensimmäinen keskittyy yksilöiden oikeuksiin, joita voidaan perustella esimerkiksi ihmisoikeuksilla. Toisessa periaatteessa korostuu toiseen ihmiseen kohdistuvan hyvän toteuttaminen eli muiden tarpeisiin vastaaminen ja kivun välttäminen. (Haho 2006, Juujärvi ym. 2010.) Lait, asetukset ja ohjeet sekä hoitotyön ammatillisuus luovat kontekstin ihmisen hoitamiseksi (Haho 2006), mutta näiden välillä voi olla ristiriitaa. Jos hoitotyön ammatilliset tavoitteet ovat estyneet, moraaliset päämäärät ovat myös estyneet ja tuloksena hoitajat kokevat moraalista ahdistusta (Tigard 2018).

## 2.2 Moraalinen ahdistus

Moraalisella ahdistuksella tarkoitetaan kärsimystä, jota koetaan tilanteessa, jossa henkilö joutuu toimimaan oikeaksi kokemansa toimintatavan ja arvojen vastaisesti (Husted ym. 2015). Hoitotyössä moraalisen ahdistuksen on osoitettu liittyvän virheisiin potilaan hoidossa, etäntymiseen potilaista sekä harkintaan työn jättämisestä (Wocial & Weaver 2012). Fyysisillä ja emotionaalisilla sairauksilla, uupumuksella (Burston & Tuckett 2012, Oh & Gastmans 2015) sekä stressireaktioilla on nähty olevan yhteys moraaliseen ahdistukseen (Guthrie 2014).

Jameton (1984) määritteli ensimmäisenä moraalisen ahdistuksen tapahtumaksi, jossa henkilö tiesi kuinka toimia oikein, mutta institutionaaliset rajoitukset estivät toimimasta tällä tavalla. Tätä määritelmää käytetään edelleen ilmiön tutkimisessa. Moraalisen ahdistuksen alkuperäinen määritelmä on saanut kritiikkiä sen liiallisesta avoimuudesta (Rodney 2017, Tigard 2018) ja että ulkoiset rajoitukset ovat vain yksi näkökulma moraaliseen ahdistukseen johtavista syy-suhteista (Tigard 2018). Myöhemmin Jametonin määritelmä laajeni vielä sisältämään sisäiset rajoitukset kuten voimattomuuden sekä tiedon ja ymmärryksen puutteen (Guthrie 2014). Nykyään Morley ym. (2019) haluaisivat vielä jaotella moraalisen ahdistuksen alaryhmiin riippuen ahdistusta aiheuttavasta tilanteesta.

Tämä voisi auttaa kehittämään interventioita, jotka voisivat lievittää moraalista ahdistusta (Morley ym. 2019).

Moraalisen ahdistuksen ja eettisten ongelmien välille on hyvä tehdä ero. Eettisen ongelman voidaan nähdä olevan tilanteessa, jossa on kaksi tai useampia eettisesti perusteltuja ratkaisuja, joita voidaan toteuttaa. Usein näissä ratkaisuissa on kuitenkin huomattavia epäkohtia, koska monimutkaisissa ongelmatilanteissa ei aina ole yksiselitteisesti oikeita tai vääriä ratkaisuja. Moraalisessa ahdistuksessa puolestaan tekijä tietää eettisesti oikean toimenpiteen, mutta hän ei pysty toteuttamaan sitä syystä tai toisesta. (Corley 2002.) Moraalisen ahdistuksen kokemus eroaa myös yleisesti työhön liittyvän stressin kokemuksesta. Esimerkiksi hoitotyöntekijä voi tuntea stressiä suuresta työmäärästä johtuen, mutta hän tuntee moraalista ahdistusta, jos hän kokee sen vaikuttavan työn laatuun negatiivisesti. (McCarthy & Deady 2008.) Kuitenkin työstressiä aiheuttavat tekijät kuten huonot vaikutusmahdollisuudet työhön ja sosiaalisen tuen puute (Juvani 2019) voivat olla myös moraalisen ahdistuksen taustalla (Corley 2002, Papathanassoglou ym. 2012).

Vaikka moraalinen ahdistus nähdään pääasiassa negatiivisena ilmiönä, Tigart (2019) nostaa esille sen kyvyn paljastaa ja vahvistaa tärkeitä moraalisia huolenaiheita. Tietyissä olosuhteissa se voi mahdollistaa moraalisen kypsymisen (Tigard 2019). Corley (2002) nostaa esille moraalisen ahdistuksen kokemuksen myönteiset vaikutukset henkilökohtaisessa ja ammatillisessa kasvussa sekä myötätuntoisessa hoidossa. Kokemukset voivat olla myös opettavaisia. Ne sisältävät esimerkkejä hyvästä potilaan hoidosta sekä niihin sisältyvistä mahdollisista epäonnistumisista voi oppia. Hoitaja-potilassuhteen monimutkaisuudesta johtuen erehdyksiltä ei voi kokonaan välttyä. (Epstein & Delgado 2010.) Ahdistus kertoo usein tärkeistä mahdollisuuksista, miten järjestelmää tulisi parantaa. Tämän mahdollistamiseksi työntekijöiden ja organisaation johdon välille tulisi luoda ilmapiiri, jossa huolenaiheet voidaan ilmaista pelkäämättä seurauksia. (Sabin 2017.)

Englanninkielessä kirjallisuudessa käytetty termi *moral distress* tarkoittaa käännösten mukaan ahdistusta, kärsimystä, hätää tai häiriötä. Suomenkielisessä aineistossa ilmiöstä käytetään termiä moraalinen kuormitus (Numminen ym. 2018), moraalinen stressi tai eettinen stressi (Molander 2014). Tässä tutkimuksessa käytetään termiä moraalinen ahdistus, joka viittaa termin negatiiviseen sävyyn. Moraalisella ahdistuksella tarkoitetaan tässä

tutkimuksessa subjektiivista kokemusta, jossa hoitotyöntekijä tietää mikä on oikea tapa toimia, mutta ei syystä tai toisesta voi toimia tällä tavalla.

### **2.3 Moraalista ahdistusta aiheuttavat tekijät**

Tutkimuksien mukaan hoitotyön kontekstissa moraalista ahdistusta aiheuttavia tekijöitä on useita. Merkittävimmiksi aiheuttajiksi nähdään potilaalle aiheutettu kipu, terveyspoliittiset rajoitukset, kuoleman lääketieteellinen pitkittäminen, riittämätön henkilökunta ja pyrkimys hallita menoja. Lisäksi ajan ja ohjaajan tuen puutteella sekä laillisilla rajoituksilla nähdään olevan vaikutusta moraalisen ahdistuksen ilmenemiseen. (Corley 2002.) Työpaikan negatiivinen eettinen ilmapiiri saa työntekijät kokemaan moraalista ahdistusta useammin (Oh & Gastmans 2015). Moraalista ahdistusta lisää huonolaatuisen tai hyödyttömän hoidon tarjoaminen, hoidon epäonnistunut kannattavuus ja epärealistinen toivo (Schluter ym. 2008). Pergertin ym. (2019) tutkimuksessa moraalisen ahdistus nähtiin olevan voimakkaasti kohonnut, kun hoitotyöntekijöiden osaamisessa ja henkilöstön jatkuvuudessa oli puutteita. Lisäksi kollegoiden osaamisen puute nähtiin aiheuttavan moraalista ahdistusta (Hirsch ym. 2014, Sauerland ym. 2014).

Hoitotyöntekijöiden nähdään kokevan moraalista ahdistusta enemmän verrattuna lääkäreihin. Tätä perustellaan hoitopäätöksien määräysvallan puutteella yhdistettynä potilaan hoitoon. (Papathanassoglou ym. 2012, Dodek ym. 2016.) Moraalisen ahdistuksen ilmenemistä hoitotyöntekijöillä on selitetty heidän läheisellä suhteellaan potilaaseen, jonka seurauksena he näkevät eettisten epäonnistumisten seuraukset ja ahdistuvat tästä kokemuksesta (McCarthy & Deady 2008). Tutkimuksien mukaan korkean moraalisen ahdistuksen riskiin liittyy terminaalivaiheen potilaiden hoito, kollegoiden antamat epäpätevät tai riittämättömät hoidot sekä institutionaalisen tuen puute (McCarthy & Deady 2008). Rajalliset resurssit voivat aiheuttaa sen, että säästöt ja suoritteet ovat arvokkaampia kuin paras mahdollinen hoito, mikä aiheuttaa ristiriitaa ammattietiikan ja organisaation välillä (Molander 2014). Wolfen ym. (2016) mukaan sairaanhoitajien moraalisen ahdistuksen syyt ovat tapauskohtaisuuden sijaan ympäristölähtöisiä, joihin liittyy tarkka ja korkeita vaatimuksia sisältävä tekninen ympäristö, jolla on puutteelliset resurssit.



## 2.4 Moraalisen ahdistuksen mittaaminen

Moraalinen ahdistus on täysin subjektiivinen kokemus, joten sitä ei voida suoraan havainnoida (Wocial & Weaver 2012). Moraalisen ahdistuksen tunnistamiseen on kehitetty mittari (moral distress scale, MDS), jonka avulla voidaan tunnistaa moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevia tekijöitä (Corley 2002). Se mittaa moraalisen ahdistuksen ilmene-  
misen yleisyyttä ja voimakkuutta. Mittarin kehityksen ohjauksessa käytettiin Jametonin moraalisen ahdistuksen käsitteen määritelmää, Housen ja Rizzollin roolikonfliktiteoriaa sekä Rokeachin arvoteoriaa. Mittarin kohdat kehitettiin tutkimuksen perusteella, joka tutki sairaanhoitajien kokemia moraalisia ongelmia sairaalan käytännöissä. Mittari koostuu 32 kohtaisesta 7 pisteisestä Likert-taulukosta, jonka korkeimmat pistemäärät peilaa-  
vat ahdistuksen korkeampaa tasoa. (Corley ym. 2001.)

Moraalisen ahdistuksen mittaamiseen on kehitetty muitakin mittareita, jotka ovat lähtöisin alkuperäisestä MDS-mittarista. Moraalisen ahdistuksen mittaamiseen on kehitetty 21 osainen työkalu (MDS-R), jonka tarkoituksena on ollut parantaa mittarin kykyä havaita erilaisia juurisyitä, joihin mahdollisten interventioiden olisi hyvä kohdistua. Lisäksi tämä lyhennetty mittari soveltuu paremmin monimuuttujien tutkimiseen. Mittarista on kehi-  
tetty modifioituja versioita, riippuen käytetäänkö sitä lasten tai aikuisten hoitoympäris-  
toistä. Moraalisen ahdistuksen lämpömittari (MDT) perustuu puolestaan nopeaan ja help-  
poon mittaustapaan, jossa tutkittava arvioi moraalisen ahdistuksensa tasoa ja syitä val-  
miista vastausvaihtoehdoista. (Hamric 2012.) Se on työkalu, jonka 11 kohtainen asteikko  
sekä sanalliset kuvaukset auttavat moraalisen ahdistuksen määrän arvioinnissa. Tällainen  
reaaliaikainen mittaus antaa tietoa, jonka kautta interventioita on helpompi kohdentaa eh-  
käisemään moraalista ahdistusta. (Hamric 2012, Wocial & Weaver 2012.)

### **3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTAVOITE**

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla tekijöitä, jotka vähentävät hoitotyöntekijöiden kokemaa moraalista ahdistusta. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyöntekijöiden moraalisen ahdistuksen vähentämiseen liittyvistä tekijöistä, jotta hoitotyössä voitaisiin välttyä ilmiön huonoilta vaikutuksilta. Tutkimuksessa saadun tiedon avulla voidaan kehittää toimintatapoja, jotka tukevat hoitotyöntekijöiden työssä jaksamista vähentämällä moraalista ahdistusta. Tutkimuksessa pyritään vastaamaan kysymykseen:

1. Millaiset tekijät vähentävät hoitotyöntekijöiden kokemaa moraalista ahdistusta?

## 4. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa yleisellä tasolla kolmeen luokkaan: kuvailevaan ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä meta-analyysiin (Salminen 2011, Suhonen ym. 2016). Tämä tutkimus tehdään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää mukailien keskittyen vertaisarvioitujen tutkimusten tarkasteluun. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on näyttöön perustuen tiivistää, selittää ja tulkita tutkimusaihetta (Schaepe & Bergjan 2015) tähdäten tutkittavan ilmiön ymmärtämiseen (Polit & Beck 2017). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuutena pidetään sen kykyä kuvailla tutkittavaa ilmiötä laaja-alaisesti ja luokittelemaan sen ominaisuuksia. Lisäksi se auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa. (Salminen 2011.) Menetelmää on puolestaan kritisoitu satumanvaraisuuden ja subjektiivisuuden vuoksi (Green ym. 2006). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen voi jakaa neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksien tarkastaminen (Kangasniemi ym. 2013).

### 4.1 Aineiston keruu ja valinta

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perusta on tutkimuskysymys, jonka tehtävänä on tuottaa aiheesta kuvaileva vastaus (Kangasniemi ym. 2013). Tutkimuskysymyksen tulee olla relevantti ja tarkka, mutta se ei myöskään saa olla liian suppea (Niela-Vilén & Hamari 2016). Tutkimuksen tiedonhaku suoritettiin maaliskuussa 2020. Sopivien hakusanojen selvittämiseksi tutustuttiin aiheeseen kirjallisuuden kautta ja tehtiin alustavia hakuja. Näiden perusteella muodostettiin hakusanat ja fraasit. Informaatikko oli apuna tietokantojen käytössä sekä hakusanojen suunnittelussa. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin seuraavia hakukoneita: Cinahl, Scopus, ProQuest ja Medic. Tietokantojen valintaan vaikutti niiden soveltuvuus aihetta kohtaan. Taulukossa 1. on esitelty käytetyt hakusanat.

Taulukko 1. Käytetyt hakusanat tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat
Cinahl	<p>”moral distress” OR ”moral stress” OR ”ethical stress” AND interventio* OR reduc* OR decreas* AND nurs* OR healthcare OR ”health care”</p> <p>myös asiasanahaun (MH "Health Personnel+") tulokset yhdistettiin hakuun nurs* OR healthcare OR ”health care” OR operaattorilla</p>
Scopus	<p>”moral distress” OR ”moral stress” OR ”ethical stress” AND interventio* OR reduc* OR decreas* AND nurs* OR healthcare OR ”health care”</p>
ProQuest	<p>”moral distress” OR ”moral stress” OR ”ethical stress” AND interventio* OR reduc* OR decreas* AND nurs* OR healthcare OR ”health care”</p>
Medic	moraali OR etiikka AND ahdi* OR stressi OR kärsi* AND hoit*

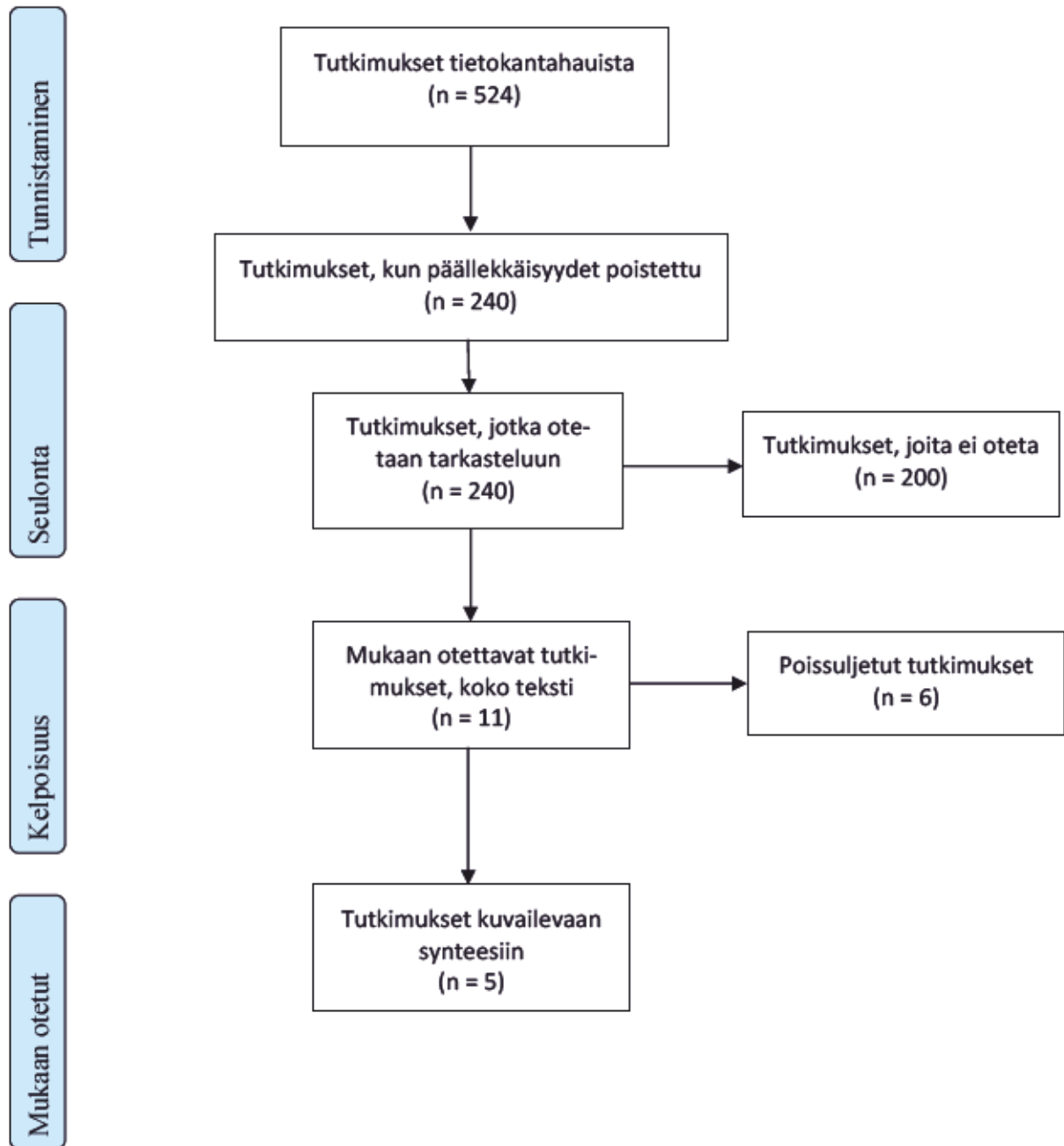
Hakutulosten sisäänotto kriteerit on esitelty taulukossa 2. Lamianin ym. (2017) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käy ilmi, että 2011 jälkeen aihetta käsittelevä tutkimus on lisääntynyt huomattavasti, joten käytin tämän jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Lisäksi näin saadaan käyttöön ajantasaista tutkimustietoa. Tutkimuksien tuli olla vertaisarvioituja. Kirjallisuuskatsaukset suljettiin pois. Tutkimuksien tuli olla julkaistu englannin- tai suomenkielellä. Tutkimuksen tuli olla toteutettu hoitotyön kontekstissa ja sen tuli vastata tutkimuskysymykseen.

Taulukko 2. Tutkimuksen sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit
Tutkimuksien julkaisuvuosi 2011-2020
Suomenkielellä tai englanninkielellä julkaistut tutkimukset
Tutkimukset ovat vertaisarvioituja
Tutkimus on toteutettu hoitotyön kontekstissa
Tutkimuksen tulee vastata tutkimuskysymykseen
Koko tekstin saatavuus maksuttomasti

Kaikissa tietokannoissa pystyi tekemään joidenkin sisäänottokriteerien mukaisia rajauksia kuten julkaisuvuoden ja kielen osalta. Tarkentavana hakuna käytettiin myös rajausta vertaisarvioituihin tutkimuksiin, jos se oli mahdollista. Muita sisäänottokriteerejä käytettiin arvioimaan hakutulosten soveltuvuutta otsikko-, tiivistelmä ja kokoteksti tasolla. Otsikko tasolla karsiutuivat pois tutkimukset, jotka kuvasivat moraalisen ahdistuksen suhdetta johonkin muuhun ilmiöön. Lisäksi muut kuin moraaliseen ahdistukseen liittyvät eettisyyttä käsittelevät tutkimukset jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimukset, jotka käsitelivät täysin muiden kuin hoitotyöntekijöiden moraalista ahdistusta, jätettiin pois.

Tietokannoista löytyi yhteensä 524 tutkimusta. Cinahl (n=192), Scopus (n=216) ja PrpQuest (n=96) tietokannoissa oli paljon päällekkäisyyttä, joten niiden poistamisen jälkeen jäljelle jäi 240 tutkimusta. Otsikoiden luvun jälkeen 40 tutkimusta jäi tiivistelmän lukuun ja näistä 11 koko tekstin lukuun. 11 tutkimuksesta koko teksti oli maksuttomasti saatavilla kuudesta, joista 5 valikoitui katsaukseen. Yksi poisjätetty tutkimus ei vastannut tutkimuskysymykseen. Medicin (n=20) hakutuloksista ei löytynyt sisäänottokriteereitä täyttäviä alkuperäistutkimuksia. Aineiston valintaprosessi on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Aineiston valintaprosessi

## 4.2 Aineiston analyysi ja kuvaus

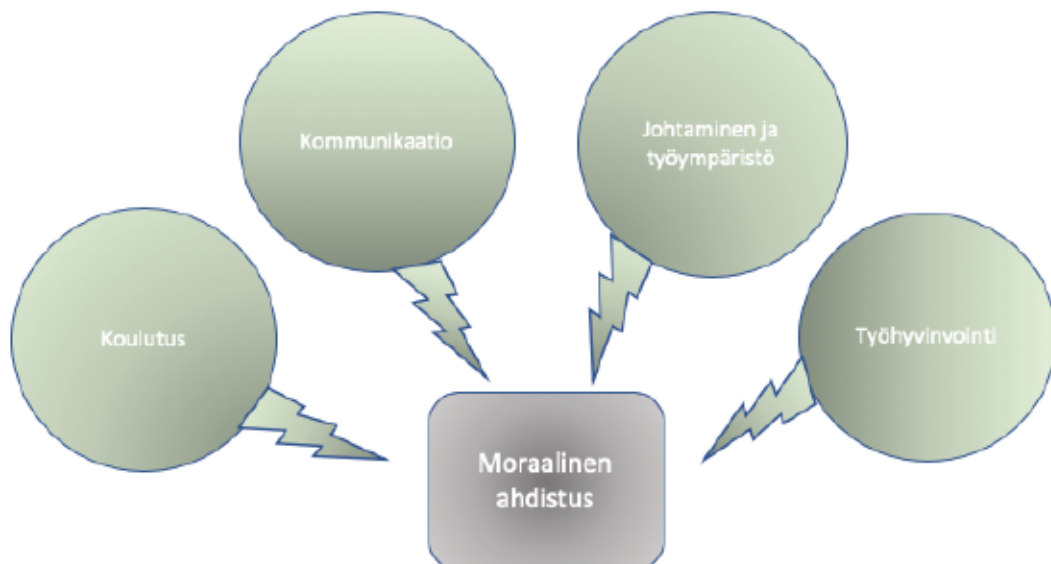
Aineiston kuvailussa analysoidaan ja yhdistetään sisältöä kriittisesti sekä tehdään tutkimuksista saadusta tiedosta synteesi. Analyysin tavoitteena on luoda aineiston sisäistä vertailua, analysoida tiedon heikkouksia ja vahvuuksia sekä lopuksi tehdä laajempi päätelmä. (Kangasniemi ym. 2013.) Tässä tutkimuksessa aineiston analysointiin käytettiin kuvailevaa synteisiä, joka sisältää tutkimustulosten taulukoinnin ja tekstimuotoisen kuvailun (Mikkonen ym. 2018). Niillä pyritään luomaan perusta arvioijan tekemiin johtopäätöksiin (Evans 2002).

Tutkimuksen aineiston käsittelyssä käytettiin soveltaen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Prosessin aineistolähtöisyys vaatii syvää aineostoon perehtymistä (Kangasniemi ym. 2013, Elo & Kyngäs 2008). Aineistoa luetaan tehden samalla muistiinpanoja. Tämän jälkeen tekstistä poimitaan tutkimuskysymystä apuna käyttäen ilmiön suhteen merkityksellisiä kuvauksia. Määrällisin menetelmin tehtyjen tutkimusten käsittely menetelmäksi soveltuu kuvaileva luokittelu. Kuvailevassa luokittelussa aineisto jäsennellään ja ryhmitellään kokonaisuuksiksi. (Kangasniemi & Pölkki 2016.)

Lopulliseen aineistoon valikoitui viisi alkuperäistutkimusta, jotka oli julkaistu vuosina 2013-2018. Tutkimuksista neljä (n=4) oli kvantitatiivisia (Brandon ym. 2014, Molazem ym. 2013, Wocial ym. 2017, Vaclavik ym. 2018) ja yksi (n=1) kvalitatiivinen (Pavlish ym. 2016). Otoskoot vaihtelivat 28 henkilöstä 413 henkilöön. Neljä (n=4) tutkimuksista oli tehty Yhdysvalloissa (Brandon ym. 2014, (Pavlish ym. 2016), Wocial ym. 2017, Vaclavik ym. 2018) ja yksi (n=1) Iranissa (Molazem ym. 2013). Katsaukseen valikoituneista viidestä tutkimuksesta laadittiin taulukko (Liite 1.), josta tulee esille tutkimuksen nimi, tekijät, julkaisuvuosi, tarkoitus, aineisto, otos, menetelmä ja keskeisimmät tulokset.

## 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistoon valikoituneista viidestä tutkimuksesta nousi esille tekijöitä, joilla voidaan nähdä olevan vaikutusta hoitotyöntekijöiden kokeman moraalisen ahdistuksen vähenemiseen. Tutkimusten mukaan moraalisen ahdistuksen vähenemiseen vaikuttivat koulutus (Molazem ym. 2013, Brandon ym. 2014, Pavlish ym. 2016, Wocial ym. 2017), kommunikaation lisääminen (Brandon ym. 2014, Pavlish ym. 2016, Wocial ym. 2017, Vaclavik ym. 2018), johtamisen ja työympäristön parantaminen (Molazem ym. 2013, Pavlish ym. 2016, Vaclavik ym. 2018) sekä työhyvinvoinnista huolehtiminen (Brandon ym. 2014, Pavlish ym. 2016, Vaclavik ym. 2018). Nämä on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Moraalista ahdistusta vähentävät tekijät (Milka-Maaria Juntunen 2020)

Neljässä tutkimuksessa on mitattu intervention tai toiminnan käyttöönoton vaikutusta koettuun moraaliseen ahdistukseen (Molazem ym. 2013, Brandon ym. 2014, Wocial ym. 2017, Vaclavik ym. 2018). Yhdessä tutkimuksessa puolestaan kartoitettiin kokemuksia moraalista ahdistuksesta esimiesten näkökulmasta ja heidän toimintamallejaan näissä tilanteissa. Tämän pohjalta kehitettiin malli, jolla esimiehet voivat tukea hoitotyöntekijöitä selviämään moraalisen ahdistuksen kanssa. (Pavlish ym. 2016.)



Tutkimukset sijoittuivat hoidollisesti erilaisille osastoille ja tutkimusasetelmat poikkesivat toisistaan. Molazemin ym. (2013) tutkimuksessa kardiologisella osastolla tutkittiin moraalista ahdistusta lieventävän koulutus mallin vaikutusta interventio ryhmässä ja tulosta verrattiin kontrolliryhmään. Wocialin ym. (2017) tutkimuksessa lasten palliatiivisella osastolla työskentelevien hoitotyöntekijöiden moraalisen ahdistuksen tasoa arvioitiin ennen eettisiä PEACE-kokouksia ja niiden jälkeen. Brandonin ym. (2014) tutkimuksessa lasten tehohoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden moraalista ahdistusta arvioitiin mittaamalla moraalista ahdistusta ennen elämänlaatua parantavan hoito-ohjelman toteutusta ja sen jälkeen. Vaclavicin ym. (2018) tutkimuksessa tutkittiin tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) pohjautuvan intervention vaikutusta koetun moraalisen ahdistuksen määrään onkologisen osaston hoitotyöntekijöillä. Pavlishin ym. (2016) tutkimuksessa taas käsiteltiin esimiesten kokemuksia moraalista ahdistuksesta ja heidän toimiaan sen vähentämiseksi. Vastaajat olivat Kalifornialaisen esimiesyhdistysten jäseniä, joten he edustivat todennäköisesti useita eri erikoisalojen osastoja.

## **5.1 Koulutus**

Koulutus oli yksi keskeinen intervention muoto osassa tutkimuksia, jolla nähtiin olevan vaikutusta moraalisen ahdistuksen vähenemiseen. Sen avulla voitiin lisätä hoitotyöntekijöiden tietoa ja osaamista eettisten ongelmien käsittelemisestä (Brandon ym. 2014, Pavlish ym. 2016) sekä moraalisen ahdistuksen ilmiön tiedostamista, tunnistamista ja toimimista sen estämiseksi (Molazemin ym. 2013). Koulutuksen avulla lisättiin hoitotyöntekijöiden tietämystä, millaisella hoidolla kärsimystä voidaan vähentää ennemmin kuin pidentää elämää tarpeettomilla hoidoilla (Brandon ym. 2014) sekä autettiin hoitotyöntekijöitä tunnistamaan omaa moraalista ahdistusta ja sen lähteitä sekä toimimaan sen estämiseksi (Molazemin ym. 2013). Eettisen koulutuksen tarjoaminen nähtiin myös esimiesten mielestä ratkaisuna eettisen kapasiteetin kehittämiseen (Pavlish ym. 2016). Lisäksi moraalisen ahdistuksen tunnistaminen reaaliaikaisesti voi auttaa tunnistamaan henkilöt, jotka voisivat hyötyä koulutuksesta (Wocial ym. 2017).

## 5.2 Kommunikaatio

Kommunikaation lisäämisellä nähtiin tutkimuksissa positiivinen vaikutus moraalisen ahdistuksen määrään hoitotyöntekijöillä. Keskustelun lisääminen auttoi saavuttamaan yhteisymmärrystä annettavasta hoidosta sekä hoitotyöntekijöiden kesken (Vaclavik ym. 2018) että muiden ammattiryhmien ja perheen välillä (Brandon ym. 2014, Wocial ym. 2017). Brandonin ym. (2014) tutkimuksen interventio pyrki vaikuttamaan viestinnän monimutkaisuuden käsittelyyn, päätösten tekoon ja hoidon hallintaan koko hoitotiimin välillä. Kommunikaatiohäiriöiden käsittely vaikutti siihen, että hoitotyöntekijöillä oli enemmän mukavuutta sekä pätevyyttä elämänlaatuun keskittyvän hoidon tarjoamiseen. Lisäksi tunne, että annettu hoito ei ole potilaan etujen mukaista, ilmaantui harvemmin. (Brandon ym. 2014.)

Wocialin ym. (2017) tutkimuksen tulokset osoittivat, että interventio paransi kommunikaatiota eri ammattiryhmien välillä. Keskustelu realististen hoitotavoitteiden asettamisesta sekä eettisistä asioista teki hoidon toteuttamista selkeää ja yksimielistä (Wocial ym. 2017). Kaikkien hoitoon osallistuvien kuuleminen koettiin tärkeäksi (Pavlish ym. 2016, Wocial ym. 2017). Kommunikaation merkitys nousee esille Brandonin ym. (2014), Pavlishin ym. (2016) ja Vaclavikin ym. (2018) tutkimuksissa psykologisen jälkipuinnin (debrief) muodossa. Pelkojen ja huolien jakamisella kriisin kohtaamisen jälkeen oli positiivinen vaikutus hoitajien moraalisen ahdistuksen kokemiseen (Brandon ym. 2014, Vaclavik ym. 2018). Pavlishin ym. (2016) tutkimuksesta nousee psykologisen jälkipuinnin (debrief) merkitys käsiteltäessä eettisesti vaikeita tilanteita.

## 5.3 Johtaminen ja työympäristö

Molazemin ym. (2013) ja Pavlishin ym. (2016) tutkimukset nostavat esille johtamisen merkityksen moraalisen ahdistuksen vähentämisessä. Ongelmien ennaltaehkäisyllä voidaan välttää mahdolliset moraalisen ahdistuksen aiheuttamat peruuttamattomat vaikutukset (Molazem ym. 2013). Pavlishin ym. (2016) tutkimuksessa nousee esimiesten toimet, joilla he tukivat työntekijöitään hankalien kliinisten tilanteiden aikana esimerkiksi olemalla saatavilla, kärsivällisiä ja rauhallisia sekä kuuntelemalla heidän huolenaiheitaan.

Muutamista vastauksista nousi ehdotus käytäntöjen kehittämisestä, jotka tukisivat eettistä toimintaa (Pavlish ym. 2016).

Vaclavikin ym. (2018) tutkimuksen interventio kohdistui monelta osin työympäristön parantamiseen. Interventiossa mukana olleet toiminnot muodostivat tukea antavan työympäristön, joka lisäsi joustavuutta ja luottamusta (Vaclavik ym. 2018). Pavlishin ym. (2016) tutkimuksessa työympäristö arvioiminen koettiin tärkeäksi moraalista ahdistusta aiheuttavien tilanteiden varalta. Työympäristön parantamiseksi ja hoitotyöntekijöiden välisen arvostuksen lisäämiseksi toisiaan kohtaan luotiin ja otettiin käyttöön eettisyyttä tukevia käytäntöjä. Tutkimuksen tulosten perusteella tehdyssä mallissa yhtenä vaiheena on edistää vastaanottavaa ympäristöä, johon työyhteisö olisi sitoutunut. (Pavlish ym. 2016.)

#### **5.4 Työhyvinvointi**

Moraalisen ahdistuksen vähentämisen kannalta Vaclavikin ym. (2018) ja Pavlishin ym. (2016) tutkimukset nostavat hoitotyöntekijöiden omasta hyvinvoinnista huolehtimisen tärkeäksi. Hyvinvoinnin huomioivat tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) perustuvat toimintamallit vaikuttivat moraalisen ahdistuksen vähenemiseen (Vaclavik ym. 2018). Pavlishin ym. (2016) tutkimuksessa esimiehet pyrkivät kehittämään hoitotyöntekijöiden kestävyyttä kohdata moraalista ahdistusta aiheuttavia tilanteita tukemalla heitä itse hoidollisiin aktiviteetteihin (Pavlish ym. 2016). Lisäksi työn ja muun elämän tasapainottaminen koettiin tärkeäksi. Tiimityön merkityksen vahvistaminen tilanteessa, joka oli vähemmän stressaava kuin työympäristö, loi yhteishenkeä myös työn tekemiseen (Vaclavik ym. 2018). Brandonin ym. (2014) tutkimuksessa nousi esille, että nykyisessä työpaikassa jatkamisen todennäköisyys lisääntyi intervention jälkeen. Hoitotyöntekijöiden todennäköisyyteen irtisanoutua seuraavan kuuden kuukauden aikana väheni merkittävästi.

## 6. POHDINTA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa tietoa tekijöistä, jotka vähentävät hoitotyöntekijöiden kokemaa moraalista ahdistusta. Tutkimustulosten tarkastelussa peilataan tämän tutkimuksen tuloksia tausta teoriaan ja aiempiin tutkimustuloksiin.

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen keskeisimpinä tuloksina nähtiin, että koulutus lisäsi hoitotyöntekijöiden tietoa eettisten ongelmien käsittelemisestä vähentäen moraalista ahdistusta. Aiempien tutkimuksien mukaan moraalisen ahdistuksen nähtiin olevan voimakkaasti kohonnut, kun hoitotyöntekijöiden omassa (Pergert ym. 2019) tai kollegoiden osaamisessa oli puutteita (Hirsch ym. 2014, Sauerland ym. 2014). Eettinen koulutus on tärkeää selviytymiskyvyn rakentamisen kannalta (Burston & Tuckett 2013) ja se vähentää moraalisen ahdistuksen voimakkuutta ja toistuvuutta (Sauerland ym. 2014). Toisesta näkökulmasta koulutus lisäsi ilmiön tiedostamista ja tunnistamista hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Aiemmasta tutkimuksesta nousee tarve luoda tietoisuutta moraalisen ahdistuksen tunnistamiseksi ja hallitsemiseksi, jonka nähdään auttavan hoitotyöntekijöitä laadukkaan hoidon tarjoamisessa ja moraalisen ahdistuksen hallinnassa (Maluwa ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa kommunikaation nähtiin olevan yhteydessä moraalisen ahdistuksen vähenemiseen. Kommunikaatiota lisäämällä sekä hoitotyöntekijöiden kesken että muiden ammattiryhmien ja perheen välillä auttoi saavuttamaan yhteisymmärrystä annettavasta hoidosta. Jos hoitotyöntekijöiden ei ollut mahdollista resursseista tai käytänteistä johtuen kommunikoida lääkäreiden, potilaan tai omaisien kanssa toteutettavasta hoidosta, he kokivat, etteivät tulleet kuulluksi. Monitieteellisen viestinnän on aiemman tiedon pohjalta nähty lisäävän hoitotyöntekijöiden kuulemista hoitoon liittyen, joka on johtanut voimaantumisen tunteeseen ja vähentänyt moraalisen ahdistuksen tasoa (Rushton ym. 2016). Tässä tutkimuksessa kommunikaation lisääminen mahdollisti kaikkien hoitamiseen osallistuvien kuulemisen sekä se nosti eettisesti ongelmallisia asioita keskusteluun. Näin hoitotiimin välinen kommunikaatio oli vaikuttavaa. Aiemmista tutkimuksista nousee suositus poikkitieteelliselle keskustelulle ammattien välisen ymmärryksen parantamiseksi (Rushton ym. 2016). Lisäksi kommunikaation merkitys nousee esille tässä tutkimuksessa

psykologisen jälkipuinnin (debrief) muodossa, jossa peloista ja huolista kertominen kriisin kohtaamisen jälkeen oli suuri vaikutus hoitotyöntekijöihin. Psykologisen jälkipuinnin on aiemman tutkimuksen mukaan nähty auttavan hoitajia saavuttamaan itsetietoisuutta sekä parantamaan heidän kykyään selvitä moraalisen ahdistuksen kanssa (Fontenot 2017).

Tästä tutkimuksesta nousee esille johtamisen ennaltaehkäisevän vaikutuksen merkitys hoitotyöntekijöiden moraalisen ahdistuksen kokemiseen. Aiemmasta teoriasta nousee esille, että hoitotyöntekijöiden johtajat ovat ainutlaatuisessa asemassa kiinnittämään huomiota moraalisen ahdistuksen syntymiseen ja tarvittavien muutoksien tekemiseen, jotta ilmiön haitallisilta vaikutuksilta voidaan välttyä (McCue 2010). Tästä tutkimuksesta nousi esille, että hankalien kliinisten tilanteiden aikana esimiehen oli tärkeää olla saatavilla sekä kuuntelemalla hoitohenkilökunnan huolia. Tausta teorian mukaan institutionaalisen tuen puute vaikuttaa moraalisen ahdistuksen syntymiseen (McCarthy & Deady 2008). Tästä voidaan päätellä, että johtajien ja esimiesten antamalla tuella voidaan vaikuttaa moraalisen ahdistuksen syntymisen ehkäisemiseen.

Työympäristön parantaminen nousi tässä tutkimuksessa esille tekijänä, jolla voidaan vaikuttaa moraaliseen ahdistukseen vähentävästi. Teorian mukaan sairaanhoitajien moraalisen ahdistuksen syyt ovat usein ympäristölähtöisiä, joihin liittyy tarkka ja korkeita vaatimuksia sisältävä tekninen ympäristö (Wolf ym. 2016). Lisäksi työpaikan negatiivinen eettinen ilmapiiri saa työntekijät kokemaan moraalista ahdistusta useammin (Oh & Gastmans 2015). Tästä tutkimuksesta nousi esille toimia, jotka lisäsivät joustavuutta ja luottamusta ympäristössä. Luomalla ja ottamalla käyttöön eettistä toimintaa tukevia käytäntöjä voitiin vaikuttaa työympäristöön.

Tästä tutkimuksesta nousi esille, että sekä omasta että hoitotyöntekijöiden hyvinvoinnista huolehtiminen vähensi moraalista ahdistusta. Teoriasta nousee, että moraalinen ahdistus on osoitettu liittyvän fyysisiin ja emotionaalisiin sairauksiin, uupumukseen (Burston & Tuckett 2013) sekä stressireaktioihin (Guthrie 2014). Tässä tutkimuksessa omasta hyvinvoinnista huolehtiminen tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) pohjautuvilla harjoituksilla ja itse hoidollisilla aktiviteeteillä oli vaikutusta moraalisen ahdistuksen kokemisen vähenemiseen. Aiemmasta teoriasta nousee esille, että tietoista läsnäoloa (mindfulness) ja itse

reflektiota sisältävät käytännöt sekä tekniikat, jotka lisäävät yleistä hyvinvointia, voivat vähentää moraalisen ahdistuksen haitallisia vaikutuksia (Moffat 2014, Rushton ym. 2016). Lisäksi henkilöstön vaihtuvuus aiheuttaa kirjallisuuden mukaan moraalista ahdistusta (Pergert ym. 2019). Tutkimuksista tuli esille, että interventiolla oli myönteisiä vaikutuksia hoitotyöntekijöiden työhön sitoutumiseen.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kirjallisuuskatsaus suoritettiin noudattamalla hyvän tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Tutkimuksessa pyrittiin noudattamaan toimintatapoja kuten yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten esittämisessä sekä tutkimusten tulosten arvioinnissa (Tieteellinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo asianmukaiset viittaukset käytettyihin lähteisiin (Polit & Beck 2017), joita tässä katsauksessa toteutettiin. Luotettavuutta voisi parantaa useamman tutkijan yhteistyö (Kangasniemi & Pölkki 2016), mutta tämä ei kandidaatin tutkielmassa ollut tarkoituksenmukaista.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuskysymyksen perustelu ja prosessin johdonmukaisuus (Kangasniemi ym. 2013). Tämä pyrittiin huomioimaan valitsemalla tutkimuskysymys, joka osoittaa tiedon aukon ilmiön tutkimisessa. Tutkimusprosessi eteni johdonmukaisesti. Ensinnäkin tehtiin suunnitelma tiedonhausta ja hakusanoista, joiden valintaa ohjasi tutkimuskysymys. Informaatikko oli apuna hakusanojen suunnittelussa ja tietokantojen käytössä. Haku suoritettiin kattavasti eri tietokantoja ja hakusanoja käyttäen. Haku-prosessi on pyritty kuvaamaan niin tarkasti ja johdonmukaisesti, että se voidaan tarvittaessa toistaa. Vertaisarviointi lisää tutkimuksen luotettavuutta (Niela-Vilén & Hamari 2016) ja sitä käytettiin rajauksena tutkimuksien valinnassa. Sisäänottokriteerit ohjasivat tutkimuksien valintaa otsikkotasolla, tiivistelmätasolla ja koko tekstiä tarkasteltaessa. Aineiston käsittelyllä voidaan keskeisesti vaikuttaa katsauksen luotettavuuteen (Kangasniemi & Pölkki 2016). Katsauksessa aineisto käytiinkin läpi monta kertaa muistiinpanoja tehden ja yhdistelemällä samansuuntaisia tutkimustuloksia. Nämä teemat nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Lopuksi tutkimustuloksista muodostettiin synteesi eli yksittäisistä tutkimustuloksista luotiin yleisempi kuva.

Tutkimukset, jotka käsittelevät intervention vaikuttavuutta, voivat jäädä julkaisematta, jos niillä ei saavuteta haluttua lopputulosta (Niela-Vilén & Hamari 2016). Näin ollen

katsauksessa käytettyjen interventioiden vaikuttavuus on voitu virheellisesti yliarvioida mikä voi vaikuttaa tulosten luottavuuteen. Lisäksi rajaukset kielivalinnassa ovat voineet aiheuttaa virhepäätelmiä, koska katsauksesta suljetaan pois muut kuin englanninkieliset ja suomenkieliset tutkimukset. Vuosirajaus ja tutkimuksien maksullisuus on myös voinut jättää katsaukseen sopivia tutkimuksia pois. Käytetyissä tietokannoissa oli aineiston osalta paljon päällekkäisyyttä, joten useampien tietokantojen käyttö olisi voinut tuoda lisätuloksia. Käännöstyö on haaste tulosten tulkinnan kannalta, joten silläkin voi olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

Katsauksessa käytettyjen tutkimusten otoskoilla on vaikutusta tulosten luotettavuuteen (Polit & Beck 2017). Vaihtelu tutkimuksien otoskokojen välillä oli suurta: Pienin otos oli 28 henkilöä (Vaclavik ym. 2018) ja suurin 413 henkilöä (Brandon ym. 2014). Tutkimuksissa, joissa käytettiin interventiota edeltävää ja sen jälkeistä mittausta, jälkeen saatujen vastausten määrä oli osassa tutkimuksista huomattavasti pienempi. Osassa tutkimuksista myös raportoitiin kaksiosaisen mittauksen ongelmaksi se, ettei voida olla varmoja vastaavatko samat henkilöt ennen ja jälkeen mittaukseen johtuen esimerkiksi työntekijöiden vaihtuvuudesta. Tuloksien yleistettävyyteen voi vaikuttaa tutkimuksien painottuminen Yhdysvaltoihin. Arvoilla on kulttuurisia eroja ja nämä heijastuvat etiikkaan (Molander 2014), joten moraalista ahdistusta ei välttämättä koeta kaikkialla samalla tavalla tai siihen vaikuttavat eri asiat. Lisäksi tutkimukset oli toteutettu erilaisissa hoitotyön konteksteissa, jolla voi olla vaikutusta moraalista ahdistusta aiheuttaviin tekijöihin.

### **6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet**

Tämän tutkimuksen mukaan moraalista ahdistusta voidaan vähentää hoitotyöntekijöitä kouluttamalla ja lisäämällä kommunikaatiota työyhteisössä. Hankalien kliinisten tilanteiden aikana johtamisella voidaan vaikuttaa ongelmien syntymiseen ennaltaehkäisevästi. Lisäksi eettisyyttä tukevat käytännöt työympäristössä sekä työhyvinvoinnista huolehtiminen ovat tärkeitä moraalisen ahdistuksen vähentämisen kannalta. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiepiin tutkimuksiin ja teoriaan peilaten.

Moraalista ahdistusta ja siihen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu kansanvälisesti paljon erityisesti hoitotyön kontekstissa (Lamiani ym. 2017), joten ymmärrys ilmiöstä on kattavaa. Moraalisen ahdistuksen käsitteen määritelmä tulee varmasti vielä laajenemaan uuden

tutkimustiedon valossa. Tästä kertoo Morleyn ym. (2019) tahtotila jaotella moraalisen ahdistuksen alaryhmät ahdistusta aiheuttavan tilanteen mukaan, jonka avulla voidaan kehittää interventioita lievittämään moraalista ahdistusta.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä tulee muuttumaan tulevina vuosina sosiaali- ja terveysuudistuksen myötä, joka luo hoitotyölle uudenlaisen toimintaympäristön. Tämä voi luoda uudenlaisia haasteita hoitotyön eettiselle päätöksenteolle. Musto ym. (2015) toteavat tarpeen tutkimukselle, joka selvittää yhteiskuntapoliittisten rakenteiden vaikutuksen moraaliseen ahdistukseen. Tämän avulla voitaisiin mahdollisesti osoittaa, että ongelma ei ole ainoastaan yksilön kokemuksessa vaan laajemmin terveydenhuollon rakenteissa (Musto ym. 2015). Tämän tiedon valossa moraalisen ahdistuksen ilmiöön, sen tiedostamiseen, tunnistamiseen ja ymmärtämiseen, tulisi kiinnittää huomiota.

Suomessa moraalista ahdistusta ei ole tiettävästi tutkittu tai niitä ei tämän tutkimuksen hakukriteereillä löytynyt. Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä kartoittaa kuinka hyvin tunnistettu ilmiö on Suomessa. Lisäksi tutkimusta voisi kohdistaa Morleyn ym. (2019) esittämään tietystä tilanteesta johtuvan moraalisen ahdistuksen tutkimiseen. Moraalista ahdistusta olisi hyvä tutkia erikseen esimerkiksi tehohoidon, vanhustyön tai syöpähoidon kontekstissa. Erilaisissa konteksteissa kuvattu tieto mahdollistaisi tarkemman ja yksityiskohteisemmän kuvan moraalista ahdistuksesta ja sen ilmenemisestä tietyssä ympäristössä. Tutkimusta voisi lisätä uusilla erikoisaloilla kuten mielenterveyden ja pitkäaikaishoidon alueella. Lisäksi uusien interventioiden kehittäminen moraalisen ahdistuksen vähentämiseen on hyödyllinen jatkotutkimusaihe.



## LÄHTEET

Katsaukseen valitut tutkimukset (5) on tummennettu.

- Bong HE (2019) Understanding moral distress: How to decrease turnover rates of new graduate pediatric nurses. *Pediatric nursing* 45(3): 109-114.
- Brandon D, Ryan D, Sloane R & Docherty SL (2014) Impact of a Pediatric Quality of Life Program on Providers Moral Distress. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing* 39(3): 189-197.**
- Burston AS & Tuckett AG (2013) Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing ethics* 20(3): 312-324.
- Burston A, Eley R, Parker D & Tuckett A (2017) Validation of an instrument to measure moral distress within the Australian residential and community care environments. *International Journal of Older People Nursing* 12(2).
- Corley MC (2002) Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics* 9(6): 636-650. SAGE Publications Ltd.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M & Clor T (2001) Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)* 33(2): 250-256.
- Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, Hamric A, Rodney P, Stewart M & Alden L (2016) Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, 31(1), 178–182.
- Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62(1): 107-115.
- Epstein EG & Delgado S (2010) Understanding and Addressing Moral Distress. *Online Journal of Issues Nursing* 15(3).
- ETENE (2001) Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. [www-dokumentti <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>](https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf).  
Luettu 2020/2/20.
- Evans D (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26.
- Fernet C, Trépanier S, Demers M & Austin S (2017) Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. *Nursing outlook* 65(4): 444-454.
- Fontenot NM (2017) Using Evidence-Based Debriefing to Combat Moral Distress in Critical Care Nurses. Georgetown University.
- Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A & Vieira Junior JM (2017) Moral Distress and its Contribution to the Development of Burnout Syndrome among Critical Care Providers: Springer Verlag. *Annals of Intensive Care* 7, 71. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
- Galdikienė N (2016) Nurses' Occupational Stress in Primary Health Care: Evaluated in Connection to Organizational Social Context. Väitöskirja. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Green BN, Johnson CD & Adams A (2006) Writing Narrative Literature Reviews for Peer-Reviewed Journals: Secrets of the Trade.

- Guthrie M (2014) A Health Care Chaplain's Pastoral Response to Moral Distress. *Journal of health care chaplaincy* 20(1): 3-15.
- Haho, A (2006) Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Hamric AB (2012) Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum* 24(1): 39-49.
- Hatamizadeh M, Hosseini M, Bernstein C & Ranjbar H (2019) Health care reform in Iran: Implications for nurses' moral distress, patient rights, satisfaction and turnover intention. *Journal of nursing management* 27(2): 396-403.
- Helander M, Roos M & Suominen T (2019) Nuorten sairaanhoitajien näkemyksiä ammattista lähtemisestä. *Hoitotiede* 31(3): 180-190.
- Hirsch, CD, Barlem ELD, de Almeida LK, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL & Pereira LA (2014) Occurance of moral distress in nurses' professional routine. *Moral suffering in nursing*. PDF-dokumentti. [https://www.researchgate.net/profile/Vale-ria\\_Lunardi/publication/284436269\\_Occurrence\\_of\\_moral\\_distress\\_in\\_nurses'\\_professional\\_routine/links/56545bba08aefe619b19d9c2/Occurrence-of-moral-distress-in-nurses-professional-routine.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vale-ria_Lunardi/publication/284436269_Occurrence_of_moral_distress_in_nurses'_professional_routine/links/56545bba08aefe619b19d9c2/Occurrence-of-moral-distress-in-nurses-professional-routine.pdf) Luettu 2020/4/7
- Husted GL, Husted JH, Scotto CJ & Wolf KM (2015) *Bioethical Decision Making in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Jameton A (1984) *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall cop.
- Juujärvi S, Pessa K & Myyry L (2010) Care-based ethical reasoning among first-year nursing and social services students. *Journal of advanced nursing* 67(2): 418-427.
- Juvani A (2019) Työstressin vaikutus työuriin. *Duodecim* 135(21): 2057-2063.
- Kangasniemi M & Pölkki T (2016) Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. University of Turku. 80-93.
- Kangasniemi M, Utriainen K, Ahonen S, Pietilä A, Jääskeläinen P & Liikanen E (2013) Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4): 291-301.
- Lachman VD (2010) Strategies Necessary for Moral Courage. *Online Journal of Issues in Nursing* 15(3).
- Lamiani G, Borghi L & Argentero P (2017) When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology* 22(1): 51-67.
- Leino-Kilpi H & Välimäki M (2014) *Etiikka hoitotyössä*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E (2012) Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics* 19(2): 196-207.
- McCarthy J & Deady R (2008) Moral Distress Reconsidered. *Nursing ethics* 15(2): 254-262.
- McCue C (2010) Using the AACN Framework to Alleviate Moral Distress. *Online Journal of Issues in Nursing* 16(1): C1-C7.
- Mikkonen K, Ojala T, Sjögren T, Piirainen A, Koskinen C, Koskinen M, Koivula M, Sormunen M, Saaranen T, Salminen L, Koskimäki M, Ruotsalainen H, Lähteenmäki M-L, Wallin O, Mäki-Hakola H & Kääriäinen M (2018) Competence Areas of Health Science Teachers – A Systematic Review of Quantitative Studies. *Nurse Education Today* 70, 77-86.
- Moffat M (2014) Reducing moral distress in case managers. *Professional Case Management* 19(4): 173-186.

- Molander G (2014) Hoidanko oikein? eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S & Ghadakpour S (2013) Effect of education based on the "4A model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 6:5.**
- Morley G (2016) Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: What can the NHS learn from the USA? Part 2. *British Journal of Nursing* 25(3): 156-161.
- Morley G, Bradbury-Jones C & Ives J (2019) What is 'moral Distress' in Nursing? A Feminist Empirical Bioethics Study: SAGE Publications Ltd.
- Musto LC, Rodney PA & Vanderheide R (2015) Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. *Nursing Ethics* 22(1): 91-102.
- Mänttari-van der Kuip M (2015) Work-related well-being among Finnish frontline social workers in an age of austerity. Väitöskirja. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.
- Newman AR, Callahan MF, Lerret SM, Oswald DL & Weiss ME (2018) Pediatric Oncology Nurses' Experiences With Prognosis-Related Communication. *Oncology nursing forum* 45(3): 327-337.
- Niela-Vilén H & Hamari L (2016) Kirjallisuuskatsauksen Vaiheet. Teoksessa: Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. University of Turku. 23-34.
- Numminen O, Gustafsson N & Leino-Kilpi H (2018) Moraalista Rohkeutta Hoitotyön Johtoon. *Pro terveys* 45(5).
- Oh Y & Gastmans C (2015) Moral Distress Experienced by Nurses: A Quantitative Literature Review. *Nursing ethics* 22(1): 15-31. SAGE Publications Ltd.
- Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C & Albarran JW (2012) Professional Autonomy, Collaboration with Physicians, and Moral Distress among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care* 21(2): 41-52.
- Pavlish C, Brown-Saltzman K, So L & Wong J (2016) SUPPORT: An evidence-based model for leaders addressing moral distress. *Journal of Nursing Administration* 46(6): 313-320.**
- Pergert P, Bartholdson C, Blomgren K & af Sandeberg M (2019) Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences. *Nursing ethics* 26(7-8): 2351-2363.
- Pietarinen J & Poutanen S (2005) Etiikan teorioita. Gaudeamus, Helsinki.
- Polit DF & Beck CT (2017) Nursing research. generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodney PA (2017) What we know about moral distress. *The American Journal of Nursing* 117(2):7-10.
- Rushton CH, Caldwell M & Kurtz M (2016) CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *American Journal of Nursing* 116(7): 40-49.
- Sabin JE (2017) Using Moral Distress for Organizational Improvement. *Journal of Clinical Ethics* 28(1): 33-36.
- Sairaanhoitajaliitto (1996) Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. PDF-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf> Päivitetty 1996/9/28. Luettu 2020/3/21.
- Salminen A (2011) Mikä kirjallisuuskatsaus? johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa. PDF-dokumentti

- [https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1) Luettu 2020/3/10
- Sarvimäki A & Stenbock-Hult B (2009) *Hoitotyön etiikka*. EDITA, Helsinki.
- Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A & Robichaux C (2014) Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimensions of Critical Care Nursing* 33(4): 234-245.
- Schaepe C & Bergjan M (2015) Educational Interventions in Peritoneal Dialysis: A Narrative Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies* 52(4): 882-898.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K & Henderson A (2008) Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A Literature Review. *Nursing ethics* 15(3): 304-321. SAGE Publications Ltd.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2015) *Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014*. www-dokumentti. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126388/Tr16\\_15\\_kokonaisraportti.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126388/Tr16_15_kokonaisraportti.pdf?sequence=4&isAllowed=y). Luettu 27.2.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus epäilyjen käsitteleminen Suomessa*. PDF -dokumentti. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 2020/4/13.
- Tigard D (2018) Rethinking moral distress: conceptual demands for a troubling phenomenon affecting health care professionals. *Medicine, Health Care & Philosophy* 21(4): 479-488.
- Tigard D (2019) The positive value of moral distress. *Bioethics* 33(5): 601-608.
- Vaclavik EA, Staffileno BA & Carlson E (2018) Moral distress: Using mindfulness-based stress reduction interventions to decrease nurse perceptions of distress. *Clinical journal of oncology nursing* 22(3): 326-332.**
- Wocial L, Ackerman V, Leland B, Benneyworth B, Patel V, Tong Y & Nitu M (2017) Pediatric Ethics and Communication Excellence (PEACE) Rounds: Decreasing Moral Distress and Patient Length of Stay in the PICU. *HEC Forum* 29(1): 75-91.**
- Wocial L & Weaver M (2012) Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of advanced nursing* 69(1): 167-174.
- Wolf AT (2016) Palliative care and moral distress in the intensive care unit: An integrative literature review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 18(5): 405-412.
- Yeganeh MR, Pouralizadeh M & Ghanbari A (2019) The relationship between professional autonomy and moral distress in ICU nurses of Guilan University of Medical Sciences in 2017. *Nursing Practice Today* 6(3): 133-141.

Kirjoittajat, julkaisu- vuosi, tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja ai- neisto (n=)	Keskeiset tulokset
Brandon D, Ryan D, Sloane R & Dochert S L (2014) Impact of a Pediatric Quality of Life Program on Providers' Moral Distress. YHDYSVALLAT	Arvioida uuden QoL-palliatiivisen hoito-ohjelman käyttöönoton vaikutusta moraaliseen ahdistukseen.	Ennen ja jälkeen poikkeileikkaustutkimus, jonka avulla voidaan arvioida QoL-ohjelman vaikutusta. Web-pohjainen kysely sisälsi modifioitun (lyhennetty, lapsia hoitaville suunnattu) version MDS:stä. Aineisto koostui pediatrian osaston terveydenhuollon henkilöstöstä, joista sairaanhoitajia oli noin puolet. (pre n=413 ja post n=364)	Tulokset viittaavat siihen, että pediatrian QoL-ohjelman toteuttaminen voi vaikuttaa moraaliseen ahdistukseen. Palliatiivisen hoidon ohjelmat akuutisti ja kroonisesti sairailta lapsilla, jotka käsittelevät ryhmäviestinnän monimutkaisuutta, päätöksen tekoa ja QoL-ohjelman tehokasta toteuttamista, voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnan moraaliseen ahdistukseen.
Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S & Ghadakpour S (2013) Effect of education based on the "4A model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. IRAN	Selvittää 4A malliin perustuvan koulutusintervention vaikutusta moraalisen ahdistuksen tasoon sydänhoitoyksikössä.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa interventiona toimi moraalista ahdistusta käsittelevä 4A mallinen koulutuksellinen työpaja sydänosaston hoitajille. Moraalisen ahdistuksen kysely toteutettiin sekä interventio että kontrolliryhmillä ennen ja jälkeen intervention. (n=60, joista 30 kontrolliryhmässä ja 30 interventioyhmässä). Mitarina toimi MDS.	Interventio ryhmässä, jolle annettiin koulutusta, moraalinen ahdistus väheni, kun taas kontrolli ryhmässä se kohosi. Ero oli tilastollisesti merkittävä. 4A mallin mukainen koulutus ja tietoisuus moraalisen ahdistuksen ilmiöstä vähentää moraalista ahdistusta hoitotyöntekijöillä.
Pavlish C, Brown-Saltzman K, So L & Wong J (2016) SUPPORT: An evidence-based model for leaders addressing moral distress. YHDYSVALLAT	Selvittää hoitotyön esimiesten kokemuksia työskentelystä vaikeissa eettisissä tilanteissa sekä luoda vastausten pohjalta malli, joka auttaa esimiehiä tukemaan työntekijöitä selviytymään moraalisen ahdistuksen kanssa.	Kriittisen tapaustekniikan kysymyksiä avulla kerättiin sairaanhoidon esimiehiltä tarinoita eettisesti monimutkaisista tilanteista ja heidän ratkaisuksistaan niihin. Vastaukset koodattiin laadullisesti, jaoteltiin kategorioihin ja laskettiin. (n=100 esimiestä).	Keskeisimmät toimet puuttua moraaliseen ahdistukseen olivat sen tiedostaminen, välittämisen kulttuurin luominen ja hoitajien sinnikkyuden lisääminen vaikeissa tilanteissa koulutuksen, tuen ja yhteistyön avulla. Tutkimuksen pohjalta luotiin SUPPORT-malli ohjaamaan esimiehiä olemaan ennakkoivia moraalisen ahdistuksen suhteen.
Vaclavik E.A, Staffileno B.A & Carlson E (2018) Moral distress: Using mindfulness-based stress reduction interventions to decrease nurse perceptions of distress. YHDYSVALLAT	Tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) perustuvan stressiä vähentävän prosessin implementointi, jonka avulla pyritään parantamaan henkilökunnan pärjäämistä moraalisen ahdistuksen kanssa.	Moraalisen ahdistuksen mittaamiseen käytettiin 21 kohtaista MDS-R-mittaria jaettiin 56 onkologian hoitajalle moraalisen ahdistuksen arviointiin. Hoitajat täyttivät mittarin ennen interventiota ja sen jälkeen. Myöskin psykologisen jälkipuinnin (debrief) istunnoista nousseita asioita käytettiin arvioimaan interventioiden vaikuttavuutta. 28 vastasi ensimmäiseen kyselyyn ja 18 jälkimmäiseen.	Tietoiseen läsnäoloon (mindfulness) perustuvan intervention nähtiin laskevat hoitajien moraalisen ahdistuksen havaintoja. Intervention jälkeiset MDS-R-mittarin tulokset heijastivat ahdistuksen laskua.

<p>Wocial L, Ackerman V, Leland B, Benneyworth B, Patel V, Tong Y &amp; Nitu M (2017) Pediatric Ethics and Communication Excellence (PEACE) Rounds: Decreasing Moral Distress and Patient Length of Stay in the PICU. YHDYSVALLAT</p>	<p>Arvioida viikoittain pidettävien PEACE (Pediatric Ethics and Communication Excellence)-kokousten vaikutusta vähentää hoitohenkilökunnan kokemaa moraalista ahdistusta.</p>	<p>Moraalista ahdistusta mitattiin kahdella instrumentilla: MDS-R:llä (Moral Distress Scale Revised) sekä MDT:llä (Moral Distress Thermometer). Osallistujat pyydettiin täyttämään MDS-R ennen projektin implementoimista sekä 12 kk tiedon keräämisen jälkeen. Intervention aikana terveydenhuollon ammattilaisia pyydettiin kahden kuukauden välein arvioimaan moraalisen ahdistuksen tasoa MDT-mittarilla. Aineisto kerättiin lasten tehohoitoon osallistuvilta henkilöiltä, joista yli puolet oli hoitajia. (pre n=131 ja post n=89)</p>	<p>Tutkimuksen mukaan PEACE—interventioilla oli moraalista ahdistusta vähentävä vaikutus kaikissa luokissa, mutta lasku oli merkittävä vain osassa. Tutkimus osoitti, että PEACE-interventiolla oli positiivinen vaikutus joihinkin moraalista ahdistusta aiheuttaviin tekijöihin. Reaaliaikainen moraalisen ahdistuksen mittaus voi antaa mahdollisuuden tunnistaa henkilöt, jotka voivat hyötyä interventiosta. PEACE-kierroksilla oli suurempi vaikutus hoitajiin kuin lääkäreihin.</p>
---	---	--	--