

COVID-19 Pandemisi ve Ahlaki Sıkıntı

COVID-19 Pandemic and Moral Distress

Emine KORKMAZ^a, Sevda KORKUT^b

Özet: Yeni keşfedilen bir korona virüsün neden olduğu şiddetli akut solunum yolu hastalığı olan COVID-19, 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel bir pandemi olarak ilan edilmiştir. Salgın hastalıklar insanlık tarihinin çeşitli dönemlerinde farklı insan toplulukları arasında beslenmeden mimariye, yaşam değişikliklerine hatta imparatorlukların yıkımına ve yönetim değişikliklerine kadar birçok konuda yeni gelişmelere yol açan ve global etkileri olan sağlık olaylarıdır. Tarih boyunca yaşanan afetler, savaşlar ve salgınlarda olduğu gibi COVID-19 pandemisiyle mücadelede sağlık profesyonelleri sağlık bakım hizmetleri sunumunda ön cephede yer almaktadır. Gerek sağlık sistemini ve gerekse sağlık profesyonellerini derinden etkileyen bu süreçte bilgi, beceri ve deneyimleri ile sağlık sistemine yön veren profesyoneller pandemi nedeni ile sağlık hizmetlerini yürütürken sıklıkla etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmekte ve ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir. Ahlaki sıkıntı, sağlık bakım hizmetlerini direkt ya da indirekt olarak etkileyen, sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak yaşanan, sunulan bakım ve tedavinin bütünlüğünü etkileyen önemli bir etik sorundur. Sağlık profesyonellerinin yaşadığı ahlaki sıkıntının bireysel ve kurumsal birçok faktörden kaynaklandığı bilinmektedir. Hemşirelerin rollerine dair algıları, etik sorunları tanımlayamama, artan etik duyarlılık, kendinden şüphe etme, girişken olmama ve kendini ekibin bir üyesi olarak hissetmeme önde gelen bireysel faktörler arasında yer almaktadır. Kurumsal faktörlerin başında ise; ekip üyeleri arasında iletişim ve işbirliği eksikliği, sağlık profesyonellerinin farklı etik bakış açıları, personel eksikliği nedeniyle artan iş yükü, sınırlı kaynaklar, idari destek eksikliği, kurumlar ve sağlık politikaları arasında tutarsızlık ve olumsuz etik iklim gelmektedir. Sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntıyı çözümlayebilmeleri ve ahlaki sıkıntıya neden olacağı sorunları önleyebilmeleri için öncelikle mesleki alanda yaşadıkları ahlaki sıkıntı belirtilerini tanıyabilmeleri, kaynaklarını belirleyebilmeleri ve bu durumun istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; pandemi; ahlaki sıkıntı

--

Abstract: COVID-19, a severe acute respiratory disease caused by a newly discovered corona virus, was declared a global pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020. As in disasters, wars and epidemics throughout history, healthcare professionals are at the forefront of providing healthcare services in the fight against the COVID-19 pandemic. This process in which deeply affected both the health system and health professionals, the entire health community has come face to face with moral distress. Moral distress is an important ethical problem that affects healthcare services directly or indirectly, commonly experienced by healthcare professionals, and affecting the integrity of treatment and care provided. It is known that the moral distress experienced by healthcare professionals is caused by many individual and institutional factors. Nurses' perceptions of their roles, inability to define ethical problems, increased ethical sensitivity, self-doubt, not being sociable and not feeling oneself as a member of the team are among the leading individual factors.

^aKayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sertifikalı Eğitim Koordinatörlüğü Kayseri, Türkiye ✉ eminebes@gmail.com

^bErciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Gönderim Tarihi: 08.01.2021 • Kabul Tarihi: 19.03.2021

The leading institutional factors are lack of communication and cooperation between team members, different ethical perspectives of health professionals, increased workload due to lack of personnel, limited resources, lack of administrative support, inconsistency between institutions and health policies, and a negative ethical climate. In order to solve and prevent problems caused by moral distress, health professionals must first be able to recognize the symptoms of moral distress that they experience in the professional field, identify the sources of moral distress, and learn strategies that can reduce the unwanted consequences of this situation.

Keywords: COVID-19; pandemic; moral distress

GİRİŞ

Pandemi, dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkları adlandırmada kullanılan genel bir terimdir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre bir hastalığın pandemi sayılabilmesi için, yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir etken olması, insandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması gibi üç kriterin olması gerekmektedir. Dünya 16. yüzyıldan bu yana 10-50 yıl arasında değişen aralıklarla etkisi ve şiddeti değişerek tekrarlayan influenza pandemilerine maruz kalmıştır (1).

Salgın hastalıklar insanlık tarihinin çeşitli dönemlerinde farklı insan toplulukları arasında beslenmeden mimariye, yaşam değişikliklerine hatta imparatorlukların yıkımına ve yönetim değişikliklerine kadar birçok konuda yeni gelişmelere yol açan ve global etkileri olan sağlık olaylarıdır (1,2). Bugüne kadar görülen salgın hastalıklardan insanlık tarihine en çok etki edenlerin veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola ve grip olduğu bilinmektedir (3). Ayrıca Avrupa, Avrasya ve Kuzey Amerika'da tam rakam bilinmemekle birlikte 1300'ler de İtalya'da yaşanan Kara Veba (Black Death) yüzünden 75-125 milyon kişinin hayatını kaybettiği, yirminci yüzyılda ise 1918 yılında görülen İspanyol Gribi'nin (Spanish Flu) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık yarım milyon, tüm dünyada 20 milyondan fazla kişinin hayatını kaybetmesine sebep olduğu bildirilmektedir (1). Yeni Koronavirüs hastalığı (COVID-19), İspanyol Gribi sonrasında dünyanın karşı karşıya kaldığı bu kapsam ve büyüklükteki ilk bulaşıcı hastalık salgınıdır (3). Bu bağlamda Koronavirüsün yayılma hızı ve insan sağlığı üzerindeki etkileri değerlendirilmiş ve bu salgın 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından COVID-19 pandemisi olarak ilan edilmiştir (3,4).

Zoonotik bir virüsün neden olduğu koronavirüs ilk olarak 31 Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'nin Hubei eyaleti Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır. Bu virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV gibi koronavirüs ailesinden olup ciddi bir solunum yetmezliğine neden olabilen zarflı bir RNA virüsüdür. Bu virüs insanların basit soğuk algınlığından ağır akut solunum yetmezliğine kadar değişkenlik gösterebilen hastalık tablolarını deneyimlemelerine neden olmaktadır (4,5). Dünya genelinde COVID-19 pandemisine bağlı, Haziran ayı verileri doğrultusunda vaka sayısının 6.626.374'e, vefat eden hasta sayısının 389.197'ye ve iyileşen hasta sayısının 3.200.7002'e ulaştığı bildirilmiştir (3).

Küresel bir salgın olan COVID-19 nedeni ile ülkeler tıbbi, mesleki, sosyal, politik, ekonomik, etik ve ahlâki birçok soruna maruz kalmıştır (4). Bu bağlamda sağlık profesyonelleri COVID-19 pandemisinde yaşanan sorunlar nedeni ile sıklıkla etik ikilemler ve ahlaki sıkıntı ile yüz yüze gelmişlerdir. Bu makalede, COVID-19 pandemisi özelinde sağlık profesyonellerinin deneyimledikleri ahlaki sıkıntı ve çözüm önerileri ele alınmıştır.

AHLAKİ SIKINTI

İngilizce "moral distress" ten dilimize 'ahlaki sıkıntı' olarak çevrilen kavram, halk sağlığı ile ilgili acil durumlar, hasta bakımı ve sağlık çalışanlarının güvenliğini etkileyen aşırı kaynak sınırlamalarının olduğu durumlarda ortaya çıkması muhtemel olan ahlaki bir çatışma veya ahlaki kısıtlama deneyimine verilen psikolojik bir tepkidir (6). Ahlaki sıkıntı kavramını ilk tanımlayan kişi Jameton'dur. Jameton, ahlaki sıkıntıyı "Bir profesyonelin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal engeller nedeniyle doğru eylemi gerçekleştirmesinin

neredeyse imkansız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı” olarak tanımlamıştır (7). Daha sonra ahlaki sıkıntı kavramı 1988 yılında Wilkinson tarafından revize edilerek, “Bir profesyonelin ahlaki bir karar aldığı fakat bu karara yönelik davranışı ortaya koyamadığında yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygu” olarak tanımlanmıştır (8).

Hamric (2014) ise Jameton’un tanımını genişleterek, ahlaki sıkıntı “Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe veya eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olması nedeni ile ortaya çıkan sıkıntı” olarak tanımlamıştır (9). Başka bir ifade ile ahlaki sıkıntı herhangi bir durum karşısında ahlaki açıdan doğru eyleme karar verilmesine rağmen kurumsal ve bireysel engeller nedeniyle uygun olan ahlaki davranış yerine getirilmediğinde yaşanan olumsuz duygu durumu ve psikolojik sıkıntı halidir (10,11).

Kalvemark ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ahlaki sıkıntı kavramı ahlaki doğru ve ahlaki yanlış olarak iki grupta incelenmiştir (12). Aynı çalışmada ahlaki sıkıntı kavramı yasal doğru ve yasal yanlış kavramlarıyla ilişkilendirilerek ifade edilmeye çalışılmış ve yasal bir doğru ile ahlaki bir yanlışın ya da yasal bir yanlış ile ahlaki bir doğrunun karşı karşıya gelmesi durumunun ahlaki sıkıntı ile sonuçlanacağı belirtilmiştir (12). Aynı zamanda ahlaki sıkıntının kanun ve mevzuat kaynaklı engeller nedeniyle meydana geldiği bildirilmiştir (12). Literatürde sıklıkla kullanılan bu tanımlarda sağlık profesyonellerinin etik bir sorun ile karşılaştıkları zaman yaşadıkları ahlaki sıkıntının bireysel, kurumsal ve dış engellerden kaynaklandığı vurgulanmaktadır (13,14).

AHLAKİ SIKINTIYA NEDEN OLAN FAKTÖRLER

Günümüzde ahlaki sıkıntı, sağlık bakım hizmetlerini direkt ya da indirekt olarak etkileyen, sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak yaşanan, sunulan bakım ve tedavinin bütünlüğünü etkileyen önemli bir etik sorundur (15,16). Yapılan çalışmalarda ahlaki sıkıntıya, sağlık sisteminin, sağlık profesyonelinin ve hizmet alan bireyin özelliklerine göre birçok faktörün sebep olduğu belirtilmektedir (17). Bu faktörler, dışsal (kurumsal), klinik ve bireysel faktörler olmak üzere üç grupta incelenebilir (18,19).

Dışsal faktörler ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına sebep olan, politik, idari ve kurumsal durumları içermektedir (17). Literatürde, ekip üyeleri arasındaki iletişim ve işbirliği eksikliği, profesyonellerin etik sorunlar hakkında farklı bakış açılarına sahip olmaları, kurumlar ve sağlık politikaları arasında tutarsızlık, kurumun gereksinimlerinin öncelikli olarak ele alınması, ekonomik kaygının ön planda olması, yeterli sağlık çalışanı istihdamının yapılmaması nedeniyle artan iş yükü, sağlık sistemi içerisindeki hiyerarşi gibi durumların kurumsal faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (14,20-22).

Klinik faktörler ise yürütülen sağlık hizmetlerinin yapısı ile ilişkilidir. Yoğun bakım, organ nakli ve onkoloji gibi özellikli birimlerde çalışan profesyoneller daha yoğun ahlaki sıkıntı yaşamaktadır. Literatürü incelediğimizde, faydasız ve agresif bir tedavi ile ölüm sürecinin uzatılması, hastaları yetersiz bilgilendirme, tedavi planı ile ilgili fikir birliğinin olmaması, yetkin olmayan bakım sağlayıcılarla çalışmak, bakımın bütünlüğünün ve sürekliliğinin olmaması, hasta ve yakınlarına boş umut vermek, hastanın otonomisini göz ardı etmek, görev tanımındaki belirsizlik gibi durumların ahlaki sıkıntı ile ilişkili olduğu görülmektedir (10,14,15,18,20-22).

Bireysel faktörlerin başında; sağlık profesyonelinin rolüne dair algısı, etik sorunları tanımlayamama, ahlaki duyarlılık düzeyi, artan etik duyarlılık, girişken olmama ve kendini ekibin bir üyesi olarak hissetmeme nedeniyle değersizlik ve motivasyon eksikliği gelmektedir (15). Ayrıca sağlık profesyonelinin problem çözme becerisi, bakım algısı, kültürü, hayat görüşü gibi bireyden bireye farklılık gösteren faktörler ahlaki sıkıntı düzeyini etkilemektedir (23,24). Bununla birlikte ahlaki sıkıntıya neden olan faktörlerin daha çok kurumsal faktörler olduğu vurgulanmaktadır (22).

Ahlaki sıkıntıya neden olan faktörler incelendiğinde bireysel, klinik ve kurumsal birçok faktörün bu durumun gelişmesine neden olduğu görülebilmektedir (10). Piers ve arkadaşlarının (2012) Belçikalı 222 hemşire

üzerinde yapmış oldukları çalışmada, ahlaki sıkıntıya neden olan durumların başında yararsız tedaviler, uygun olmayan yaşam desteği ve ekip içi yetersiz iletişimin geldiği belirtilmiştir (25). Aynı çalışmada ahlaki sıkıntının çalışanlarda işten ayrılma ve tükenmişliğe yol açtığı belirtilmiştir (25). Yıldırım ve ark. (2013) çalışmasında hasta savunuculuğunu yapamama, ekip içi iletişim eksikliği gibi durumların çalışanlarda ahlaki sıkıntıyı arttırdığını belirtmiştir (22). Langley ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada, ahlaki sıkıntıya neden olan durumların mesleki yetersizlik ve deneyimsizlik, sınırlı kaynaklar, iletişim eksikliği ve yaşam sonu bakımla ilişkili olduğu saptanmıştır (26). Ohnishi ve ark.'nın çalışmasında, hasta yatış süresinin uzaması, hasta haklarına yeterince saygı duyulmaması ve hastaları dinlemek için yeterince zaman ayrılmaması durumları ahlaki sıkıntı nedeni olarak belirtilmiştir (19). Sannino ve arkadaşlarının (2015) yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelerin yaşam sonu bakım ve solunum cihazına bağımlı çocuğun bakımıyla ilgili uygulamalarda ahlaki sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (27).

Barlem ve ark.'nın çalışmasında ahlaki sıkıntıya neden olan faktörleri, çalışma ekibinin yeterli olmaması, hasta otonomisinin göz ardı edilmesi, uygun olmayan çalışma şartları ve hemşirelerin savunucu rollerinin engellenmesi olarak belirlemişlerdir (28). Bunlara ek olarak literatürde ahlaki sıkıntı ile sağlık profesyonellerinin yaş ve çalışma yılı arasında ilişki olduğunu vurgulayan birçok çalışma bulunmakla birlikte araştırma sonuçlarında farklılık gözlenmektedir. Ohnishi ve ark. (2010) çalışma yılı ile ahlaki sıkıntı arasında bir ilişki bulamazken, Maluwa ve ark. çalışma yılı ile ahlaki sıkıntı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (29).

Ahlaki sıkıntıya neden olan bireysel, klinik ve kurumsal faktörler bakım ve tedavinin beklenen düzeyde verilememesine yol açabilmekte ve sağlık profesyonellerinde ahlaki sıkıntının kaynağını oluşturabilmektedir (22).

Pandemi döneminde sağlık bakım sisteminde temel amaç çok sayıda hastaya, beklenebilecek en büyük yararın sağlanmasıdır (30). Aynı zamanda pandemiden etkilenmiş hastaların olabildiğince tıbbi tedaviye erişme ve tedavi görme konusunda eşit ve adil imkana sahip olması gerekmektedir (31,32). Fakat sınırlı kaynakların adil kullanımı söz konusu olduğunda triyaj yaparak kimin kritik bakım (örn; yoğun bakım yatakları, ventilatörler gibi) alacağı konusunda zor kararlar almak gerekebilir (32). COVID-19 pandemisi gibi halk sağlığını tehdit eden acil durumlarda çatışan eylem planlarıyla karşılaşıldığında etik kararlar daha karmaşık hale gelebilmektedir. Sınırlı kaynakların adil dağıtılması özellikle sağlık profesyonellerinin kendi kontrolleri dışındaki koşullar tarafından dikte ettirilen kararları vermeleri gerektiğinde ahlaki sıkıntıya yol açabilmektedir (32,33).

COVID-19 pandemisi sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntıya neden olan bir takım sorunlar ile yüzleşmesine sebep olmuştur. Bu sorunların başlıcaları aşağıda yer almaktadır (31,32,34);

- COVID-19 şüphesi olan bireylerin tedavi ve bakım süreci en doğru nasıl yönetilmelidir?
- Yoğun bakım ünitesi yatakları gereksinimi karşılayamadığında, sınırlı kaynakların adil kullanımı sağlanabiliyor mu?
- Pandemi sırasında hemşirelerin rolü nedir?
- Hemşirelerin pandemiye yönetebilme beceri düzeyleri yeterli midir?
- COVID-19 tanısı almış hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının hem kendi sağlıklarını hem de ailelerinin sağlığını riske atmayacak şekilde ne gibi sorumlulukları vardır?
- Kişisel koruyucu ekipmanlar yeterli midir?
- Pandemi süreci daha şiddetli seyrettiği dönemlerde hastalar için yeterli yatak veya solunum cihazı olacak mıdır?
- Sahada çalışan hemşire sayısı süreci yönetmede yeterli olacak mı?

Üzülerek söylemek gerekirse bu sorular ve bu soruların cevaplarının müphem olması etik sorunların oluşmasına ve ahlaki sıkıntı yaşanmasına sebep olmaktadır.

AHLAKİ SIKINTI NEDEN ÖNEMLİDİR?

Literatürde ahlaki sıkıntının sağlık kurumunu, sağlık çalışanlarını ve bakım alan bireyi olumsuz etkilediği bildirilmiştir (15,35). American Association Critical-Care Nurses (AACN), ahlaki sıkıntının önemli bir problem olduğunu, çalışma ortamına ilişkin memnuniyetsizliğin sağlık profesyonellerinde fiziksel ve duygusal strese neden olduğunu, bu durumun sağlık bakım hizmetlerinin nitelik, nicelik ve maliyetini etkilediğini, hatta tükenmişlik, merhamet yoksunluğu, depresyon, hasta bakımında hatalar, hastalardan uzaklaşma ve azalmış iş tatmini ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (10,36). Yıldırım ve arkadaşları çalışmasında sağlık alanında ahlaki sıkıntının önemli bir sorun olduğunu belirtmiş, ahlaki sıkıntının bireysel ve kurumsal bir çok sıkıntıyı beraberinde getirdiğini ve bu durumda sağlık profesyonelinin iş doyumunun azaldığını, tükenmişlik ve işten ayrılma düşüncesine neden olabileceğini ifade etmiştir (22). Wiegand ve Funk'un çalışmasında ahlaki sıkıntı yaşayan sağlık çalışanlarında engellenme, üzüntü, öfke, depresyon ve çaresizliğin olduğu bildirilmiş ve bu durumun iş doyumunu azalttığı ifade edilmiştir (37). Ahlaki sıkıntı yaşayan kişinin iş doyumunun düşmesi ve tükenmişlik yaşamaya ise bakım kalitesinde düşmeye yol açmakta, hastaya ve kuruma zarar vermektedir (13,14,38). Kurumun ahlaki sıkıntıyı önlemede başarısız olması iş stresine ve personel değişimine sebep olarak sağlık bakımını olumsuz yönde etkileyebilir. Bununla birlikte sık personel değişimi sunulan sağlık bakımın kalitesini olumsuz etkileyerek kurumun itibarı ve güvenilirliğine zarar verebilir (10). Bunların yanı sıra bazı araştırmalarda ahlaki sıkıntının sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin fiziksel (kalp atışında artış, uykusuzluk, baş ağrısı, gastrointestinal problemleri yorgunluk), psikolojik (çaresizlik, korku, kaygı, suçluluk, endişe, hayal kırıklığı) ve davranışsal düzeyde olabileceği bildirilmiştir (36,39,40). Başka bir çalışmada hemşireler, ahlaki sıkıntının mesleki doyumlarını, duygusal ve fiziksel iyilik hallerini, benlik saygılarını ve manevi duygularını olumsuz olarak etkilediğini bildirmiştir (22).

AHLAKİ SIKINTI YAŞADIĞIMI NASIL ANLARIM?

Bireye ve yaşanan olaya bağlı olarak, kolayca yönetilebilen ya da tamamen zarar verici düzeyde deneyimlenebilen ahlaki sıkıntı her birey tarafından farklı düzeylerde yaşanabilir (32). Austin ve ark. ahlaki sıkıntıyı, çoğu zaman ahlaki sıkıntı yaşayan kişinin kendisinin bile fark edemediği öznel bir deneyim olduğunu ve ahlaki sıkıntı yaşantısı kadar, ahlaki sıkıntıya verilen tepkilerin de bireyden bireye farklılık gösterebileceğini bildirmiştir (41).

Peki ahlaki sıkıntı yaşayan bir sağlık profesyoneli bu durumu nasıl anlayabilir? Bu durumu çözümleyebilmesi için aşağıdaki soruları kendisine sormalıdır (32);

- Doğru şeyi yapamayacak gibi mi hissediyorsun?
- Değerlerinizin tehlikeye atıldığını veya zayıflatıldığını düşünüyor musun?
- Mesleki yükümlülüklerini yerine getiremeyeceğini veya doğru olanı yapmanın gerektiğini bildiğin durumlarda engellendiğini düşünüyor musun?
- Etik açıdan sıkıntı olan veya son derece karmaşık sorunlarla karşı karşıyasın ve nasıl ilerleyeceğinden emin değil misin?

NASIL YÖNETEBİLİRİM?

Ahlaki sıkıntı ile mücadelede bireysel ve kurumsal yaklaşımların birlikte yürütülmesi önem arz etmektedir (22,35). Sağlık profesyonellerinin ahlaki sıkıntıyı çözümleyebilmeleri ve ahlaki sıkıntının neden olacağı sorunları önleyebilmeleri için öncelikle mesleki alanda yaşadıkları ahlaki sıkıntı belirtilerini tanıyabilmeleri,

kaynaklarını belirleyebilmeleri ve bu durumun istenmeyen sonuçlarını azaltabilecek stratejileri öğrenmeleri gerekmektedir (10). AACN, ahlaki sıkıntının önlenmesini öncelikli bir amaç olarak belirlemiş ve ahlaki sıkıntıyı azaltmak için 4A yaklaşımını önermiştir (35). İlk aşama olan “sormak” (ask), ahlaki sıkıntının tanımlanması ve konuşulmasını içeren sorgulama aşamasıdır. İkinci aşama olan “doğrulamak” (affirm), ahlaki sıkıntıya neden olan tüm faktörlerin ayrıntılı olarak konuşulduğu ve tartışıldığı aşamadır. Üçüncü aşama “değerlendirme” (assess), ise ahlaki sıkıntıyı önlemeye yönelik çözüm yollarının belirlenmesinde yol göstericidir ve doğru eylemi uygulamaya odaklanır. Son aşama olan “harekete geç” (action), aşamasında ise belirlenen eylemler için planlar oluşturulur ve gerekli adımlar atılır (13,24,35,42).

Ahlaki sıkıntıya neden olan tüm durumları ortadan kaldırmak mümkün değildir, ancak her zorlu durumda olduğu gibi ahlaki sıkıntının etkilerini hafifletmenin bireysel, birim yöneticisi ve kuruluş bazında bir çok yolu bulunmaktadır (32,33). Bu çözüm önerileri aşağıda kısaca özetlenmiştir:

Bireysel olarak (14,32,34,35);

- Kendini tanıma, ahlaki sıkıntıya neden olan olayı ve kendi üzerindeki etkilerini tanımlayın.
- Meslektaşlar, liderler ve akran destek grubu gibi çeşitli kaynaklardan destek isteyin.
- Bir sorunun ahlaki sıkıntıya yol açma olasılığı olduğunda, sorunlu durumu çözmeye yardımcı olması için bir etik uzmanına danışın.
- Ekip toplantılarında deneyimlerinizi (sıkıntı, suçluluk, adaletsizlik duygusu) paylaşın.
- Mesleki bilgi ve becerinin geliştirilmesi ve etik konulara yönelik yeterlilikleri artırın.

Birim yöneticisi şunları yapabilir (22,32,34);

- Ahlaki sıkıntı deneyimini ve önemini tanımalı ve doğrudan ele almalıdır.
- Ekip uyumu oluşturmak, iletişimi ve ortak karar vermeyi geliştirmek ve herkesin deneyimlerini paylaşmasına izin vermeyi sağlamak için düzenli olarak birimler arası toplantılar yapılmalıdır.
- Sistemik eğitimlerle ve yönetsel destek mekanizmalarıyla çalışanlarda ahlaki duyarlılık ve farkındalık geliştirilmelidir.
- Sağlık kurumlarında yaşanan ahlaki sıkıntının çözümü için disiplinler arası danışma kurulları oluşturulmalıdır.
- Ahlaki sıkıntıya neden olabilecek durumları çözmeye yardımcı olması için bir etik uzmanıyla birlikte çalışılmalıdır.

Kuruluş ise aşağıdakileri yapabilir (17,22,32,34):

- Kurumda yaşanan sorunlara yönelik kurum içi grup tartışma oturumları oluşturulmalı ve dayanışma duygusu geliştirilmeli (“bu işte birlikteyiz”, “arkanızdayız”).
- İşyerinde etik sorunları ele almak, süreçleri ve mekanizmaları netleştirmek için etik komisyonlar kurulmalı.
- Durum hakkında dürüst ve şeffaf olunmalı ve değişen politika ve prosedürler konusunda açık rehberlik sağlanmalı.
- Meslek örgütleri ve kurum yöneticilerinin profesyonellerde yaşanan ahlaki sıkıntıya duyarlı olmaları ve önlemeye ilişkin stratejiler ve çalışanlarla birlikte kurum politikaları geliştirilmeli.
- Bireylerin kendilerini ifade edebilecekleri ve çözüm üretebilecekleri multidisipliner bir yaklaşım sergilemeli.

Sonuç olarak; bilgi, beceri ve deneyimleri ile sağlık sistemine yön veren profesyoneller bugün pandemi nedeni ile sağlık hizmetlerini yürütürken sıklıkla etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmekte ve ahlaki sıkıntı yaşayabilmektedir. Ayrıca yaşanan ahlaki sıkıntı sağlık profesyonelleri ve sağlık bakım hizmetlerinde olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Kurumsal kısıtlamaların ahlaki sıkıntı gelişimini büyük ölçüde etkilediği göz önüne alındığında, kurumun politikaları ile sağlık profesyonellerine yönelik iletişim ve yaklaşımının çok önemli olduğu görülmektedir. COVID-19 pandemisinde ahlaki sıkıntının yaşanma durumu, ahlaki sıkıntı kaynakları ile ilişkili faktörler ve ahlaki sıkıntının etkili bir şekilde çözümü üzerine odaklanan çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz. Ayrıca bu alanda hizmet veren sağlık profesyonellerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinin sunulan hizmetlerin niteliğinin artırılmasında önemli olduğunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. https://grip.gov.tr/depo/saglikcalisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf. Erişim tarihi:18.10.2020.
2. Kaplan M. Covid-19 Küresel Salgın Sürecinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. *Milli Folklor* 2020;127:35-45.
3. Türkiye Bilimler Akademisi (2020). COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/T%C3%9CBA%20COVID-19%20Raporu%203.%20G%C3%BCncelleme.pdf>. Erişim tarihi:18.10.2020.
4. Üstün Ç, Özçiftçi S. COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2020;25:142-153.
5. Parr J. Pneumonia in China: lack of information raises concerns among Hong Kong health workers. *British Medicine Journal* 2020;368:56.
6. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* 2019;26:646-662.
7. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA journal of ethics* 2017;19: 617-628.
8. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1988;23:16-29.
9. Hamric AB. A case study of moral distress. *Journal of Hospice Palliative Nursing* 2014;16: 457-463.
10. Kızıltepe SK, Koç Z. Hemşirelikte Ahlaki Sıkıntı ve Nedenleri (Moral Distress in Nursing and Its Causes). *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2019;6(1):5-12.
11. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, Hamric A, Rodney P, Stewart M, Alden L. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care* 2016;31(1):178-82.
12. Kalvemark 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.
13. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics* 2015;22(1):15-31.
14. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* 2015;22:131-152.
15. Hamric B. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *Hec Forum* 2012;24:39-49.
16. Karagozolu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing Ethics* 2018;24(2):209-224.
17. Kovancı MS, Özbaş A. Psikiyatri hizmetleri ve moral distress. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:355-363.
18. Ozbas AA. Onkoloji Hemşireliğinde Etik İkilem ve Moral Distres. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing Special Topics* 2017;3:19-26.

19. Ohnishi K, Ohgush Y, Nakano M, Fuji H, Tanaka H, Kitaoka K, Nakahara J, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 2010;17(6):726-740.
20. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. *Nursing Ethics* 2012;19:464-478.
21. Kertchok R. Ethical Issues and Moral Distress in Psychiatric and Mental Health Nursing: a Literature Review. *Journal of Health Research* 2015; 29: 227-234.
22. Yildirim D, Ozden D, Karagozoglu S. Moral distress: An issue not on the agenda in the field of health in Turkey. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013;35:318-325.
23. Wallis L. Moral distress in nursing. *The American Journal of Nursing* 2015;115:19-20.
24. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics* 2009;20:330-342.
25. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *Journal of The American Medical Directors Association* 2012;13:80.e7-13.
26. Langley G, Kisorio L, Schmollgruber S. Moral distress experienced by intensive care nurses. *Southern African Journal of Critical Care* 2015;31(2):36-41.
27. 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.
28. 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.
29. Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing Ethics* 2012;19:196-207.
30. Büken NÖ. Salgın ve etik. <https://www.birikimdergisi.com/guncel/9999/salgin-ve-etik> Erişim tarihi: 19.10.2020.
31. Palandöken A. COVID-19 Pandemisi ve Hemşireler için Etik Sorunlar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020;5(2):139-142.
32. COVID-19 and MoralDistress. Canadian Medical Association. <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Moral-Distress-E.pdf>. Erişim Tarihi: 18.10.2020.
33. Savel R, Munro C. Moral distress and moral courage. *American Journal of Critical Care* 2015;24(4):276-279.
34. Cacchione PZ. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Clinical Nursing Research* 2020;29(4):215-216.
35. Lievrouw A, Vanheule S, Deveugele M, Vos M, Pattyn P, Belle V, Benoit DD. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncology Nursing Forum* 2016;43:505-512.
36. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Moral distress. Available at: <http://www.aacn.org/aacn/pubpolcy.nsf/vwdoc/pmp>. Accessed January 23, 2008.
37. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics* 2012;19(4):479-487.
38. Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lützén K, Pergert P. To change or not to change-translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale 494 Revised (MDS-R). *BMC Medical Ethics* 2017;18:14.
39. Radzvin C. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA Journal* 2011;79(1):39-45.
40. Yildirim G, Kadioglu S, Sumer H. The concept of "Medical Ethics" according to doctors and nurses and their demands from Ethicists in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Science* 2011;27(1):28-32.
41. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lerner G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior* 2005;15:197-212.
42. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is "moral distress" A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* 2017;26(3):646-662.