



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

IL MORAL DISTRESS NELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA

Relatore: Dott.ssa Erica Girotto

Laureando: Sebastiano Tringali

Anno Accademico 2014-2015

Indice

Premessa.....	5
Introduzione.....	7
Capitolo I: Problema.....	9
1.1 Aspetti generali del moral distress.....	9
1.2 Principali cause.....	11
1.3 Conseguenze e correlazioni.....	19
Capitolo II: Materiali e metodi.....	24
Capitolo III: Risultati della ricerca.....	37
Capitolo IV: Discussione.....	45
Bibliografia.....	51
Allegati.....	57

Premessa

Il moral distress, nell'ambiente sanitario, è stato identificato come una preoccupazione crescente ed è obiettivo di ricerca. Ricercatori e teorici sono giunti alla conclusione che il moral distress ha conseguenze sia a breve sia a lungo termine. Esso influenza negativamente la soddisfazione degli operatori sanitari e ha implicazioni sulla qualità delle cure erogate, mettendo a rischio l'integrità del paziente. In più di un decennio di ricerca sulla pratica etica, i sanitari hanno manifestato preoccupazione e richiesto azioni concrete per contrastare tale fenomeno.

In primis farò un'introduzione sull'argomento esplicitando le sfide associate ai costrutti concettuali e teoretici del moral distress; discuterò gli ostacoli per lo sviluppo della ricerca, dell'educazione e della politica che potrebbe, se indirizzata, incentivare azioni di contrasto sul moral distress in ambito sanitario.

Tratterò, quindi, il tema della sofferenza morale e le sue implicazioni per l'infermieristica, poi discuterò tutte le cause e le conseguenze del moral distress, argomentando concetti come il salvataggio del concetto di difesa dell'utente e le possibilità di maggiore autonomia e competenza nell'erogazione delle pratiche professionali dal punto di vista morale. Inoltre proporrò delle soluzioni alle problematiche in merito, sfruttando gli studi scientifici da me considerati idonei, col fine ultimo di erogare un'assistenza sempre più di qualità e affinché si gravi sempre meno sulla salute psicofisica dei professionisti che sono soggetti ai vari dilemmi morali. Infine analizzerò gli aspetti critici che creano situazioni di contrasto in ambito lavorativo, proponendo possibili soluzioni che riducano il rischio di incorrere a moral distress.

Introduzione

Ho scelto di affrontare questo argomento poiché, conoscere gli aspetti critici che possono creare situazioni di contrasto in ambito lavorativo, migliorerà sicuramente l'angoscia morale degli infermieri.

Oggi giorno siamo spettatori di come la tecnologia ha ormai invaso le nostre vite. Se da un lato l'invasione tecnologica ha modificato i rapporti tra le persone mettendone in crisi la genuinità, dall'altra ha notevolmente migliorato le nostre esistenze sotto ogni aspetto. Il progresso tecnologico non ha risparmiato neanche il campo medico: negli ospedali, specialmente nelle terapie intensive e semi-intensive, i macchinari hanno invaso i reparti fornendo un valido supporto per il monitoraggio del paziente e la sua gestione in toto, tuttavia non sostituiscono l'esperienza clinica dell'operatore nel riconoscere eventuali segni e sintomi patologici. Destreggiarsi con i più svariati dispositivi tecnologici è diventato quindi di fondamentale importanza per tutti gli operatori sanitari.

L'introduzione di alcuni macchinari, come ad esempio il ventilatore meccanico, ha aperto scenari e creato controversie di natura bioetica che fino agli anni 70' disconoscevamo. Certamente i vari dispositivi tecnologici, in uso nelle terapie intensive, hanno contribuito nel tempo a focalizzare l'assistenza sulla singola disfunzione d'organo del paziente (parcellizzazione) e nell'esecuzione delle mere tecniche procedurali sminuendo il modello olistico e la visione del paziente nel suo complesso.

Nonostante le preoccupazioni dei ricercatori sanitari, e i loro studi condotti negli ultimi decenni a riguardo, molti infermieri devono ancora affrontare grandi sfide, causa di controversie, nell'esercizio delle loro funzioni.

Capitolo I:

Problema

1.1 Aspetti generali del moral distress

Jameton (1984) definì il moral distress come una sensazione dolorosa e/o uno squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell'azione morale più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali la mancanza di tempo, la carenza di supporto direttivo, per l'esercizio del potere medico, per limiti dovuti a politiche istituzionali e limiti legali. Più recentemente Western e Bayliss ampliano la definizione di moral distress considerandolo il mancato perseguimento del giusto corso d'azione per errori di giudizio, mancanze individuali, circostanze fuori dal proprio controllo⁴.

Oggi, si discute se definire la sofferenza morale come l'incapacità di agire in situazioni in cui sembra che ci sia una sola possibilità di azione o come un disagio connesso alla soggettività morale degli infermieri, soggettività che potrebbe essere associata alla necessità di esercitare la difesa del paziente.

La Canadian Nurses Association nel documento "Il distress morale nei luoghi di cura" (CNA, 2003) si riferisce alla situazione in cui gli infermieri non possono adempiere al loro dovere e impegno etico, cioè alla loro peculiarità di agenti morali, o non riescono a perseguire quello che ritengono essere il giusto corso d'azione, oppure non sono all'altezza delle proprie aspettative riguardo una pratica infermieristica etica, per uno o più dei seguenti motivi: errore di giudizio, insufficiente determinazione personale o circostanze esterne al loro effettivo controllo, di conseguenza provano senso di colpa, preoccupazione e disgusto⁴. Gli aggettivi etico e morale, nel documento delle infermiere canadesi, così come in questa tesi, sono considerati equivalenti. È doveroso comprendere a pieno le diverse problematiche morali prima di andare ad analizzare le cause e le conseguenze che esso comporta.

In base alle sensazioni provate Jameton distingue il moral distress o sofferenza morale dall'incertezza e dal dilemma morale. La prima è una situazione in cui il professionista sa

cosa è giusto e che cosa dovrebbe essere fatto, ma si trova impossibilitato nel seguire la propria coscienza¹. La seconda si presenta quando il professionista non è in grado di sapere agire in maniera eticamente corretta, ma prova una sensazione di incertezza, la sensazione che qualcosa non va. La terza situazione si ha quando il professionista identifica le diverse scelte possibili, ma può sceglierne una sola¹.

L'origine di dilemmi morali può anche trovare una spiegazione nei valori e nelle credenze dei singoli infermieri, poiché la capacità di individuare situazioni conflittuali, come possibili problemi morali, influenza il modo di affrontarli e risolverli. L'esperienza di vita di ognuno di noi è strettamente correlata con la propria convinzione morale poiché, la sua unicità, determina fortemente i nostri valori¹.

Si delineano, quindi, parecchi scenari possibili e per ognuno di esso diverse figure professionali; ognuna di loro col proprio vissuto, col proprio modo di intendere la professione e con i propri valori si avvicinano in maniera differente al paziente influenzandone il percorso. Ciò rende l'idea dell'unicità dei vari dilemmi morali che l'infermiere, e l'equipe tutta, si possono trovare ad affrontare. Tale unicità è figlia dell'accostamento di più variabili soggettive, oggettive e situazionali che rendono impossibile delineare una maniera univoca di affrontare una determinata situazione⁵. Ogni singolo individuo percepisce in modo diverso le situazioni e le variabili che gli si presentano dinnanzi.

Sono due le situazioni che emergono quando gli infermieri provano sofferenza morale: o si ha una reazione in difesa dell'utente, che può comunque provocare frustrazioni dovute alle conseguenze delle proprie azioni; oppure una reazione d'impotenza, di demoralizzazione, di disperazione, di rabbia, di dolore e di colpa per il fallimento di quello che era stato previsto¹. La sofferenza morale può inoltre deviare le scelte degli infermieri portandoli a sottovalutare situazioni o a negare possibili azioni deleterie commesse sul paziente, e favorisce l'abbandono dei propri principi morali per la paura di essere allontanati a causa degli errori commessi¹.

Jameton adopera un'altra distinzione dividendo il moral distress in due parti: angoscia iniziale e angoscia reattiva²¹. La prima (distress morale che si riferisce alla fase acuta) si

prova nel momento in cui si ha di fronte una situazione inevitabile, che una volta conclusa, azzerata la sofferenza provata, la seconda (residuo morale) rimane. Quindi il moral distress e il residuo morale sono strettamente correlati ma distinti concettualmente parlando. I due fenomeni hanno caratteristiche differenti e la loro interrelazione fornisce importanti implicazioni per gli staff sanitari²¹.

1.2 Principali cause

Dai vari studi condotti sono state individuate molteplici situazioni di pratica infermieristica che generano distress morale. L'angoscia morale provata dagli infermieri, e i conflitti che si creano all'interno dell'ambiente di lavoro, sono parti inseparabili della vita professionale. Alcuni di questi problemi sono: la mancanza di consenso di fronte a procedure, l'allungamento della vita del paziente senza considerare la qualità della stessa, le pratiche professionali discutibili o addirittura disumane, la banalizzazione della morte, la mancanza di dialogo, le decisioni frammentate, l'ineguaglianza nella collocazione delle risorse (specialmente quelle destinate al personale infermieristico), l'organico carente e l'eccessiva mole di lavoro¹³. Esse sono causa di sofferenza riconosciuta come moral distress e spesso non sono riconosciute nell'ambiente di lavoro da parte degli infermieri, né tanto meno da chi li coordina¹. Ciò non permette al personale infermieristico di avere consapevolezza del rischio presente sul proprio equilibrio psicologico e sulla propria integrità morale e di mettere in atto strategie ed interventi adeguati per prevenire o impedire l'aggravamento del problema¹.

Ambito delle competenze

Un ambito considerato grande fonte di stress riguarda l'effettivo svolgimento delle competenze acquisite³⁴. Nella pratica infermieristica, prendere decisioni e intraprendere azioni nei confronti dei pazienti è considerata espressione del proprio ruolo professionale. Il nursing è composto da un insieme di conoscenze tecniche e scientifiche, che se adeguatamente usate, tutelano la salute e la qualità di vita degli individui, delle famiglie e della comunità, in linea con le considerazioni etiche e giuridiche⁶.

Riveste fondamentale importanza accrescere la propria professionalità sviluppando nuove competenze in modo che il professionista assuma consapevolezza di poter cambiare la realtà attraverso la conoscenza⁶. Gli infermieri s'interrogano sulla competenza propria e di altri professionisti e consapevoli di aver acquisito competenze specifiche, senza però essere preparati alla vasta gamma di risposte professionali possibili, riconoscono l'importanza dei corsi di aggiornamento per arricchire il proprio bagaglio di conoscenze scientifiche in modo da trovarsi preparati nella gestione di tutte le tipologie di pazienti⁶. D'altro canto la formazione su aspetti specifici della pratica quotidiana (la ventilazione non invasiva, il sostegno delle funzioni vitali, la defibrillazione precoce e la gestione del dolore) è ritenuta fonte di ulteriore distress a causa della discrepanza tra l'ampliamento delle conoscenze e la loro mancata valorizzazione nel momento dell'applicazione nel quotidiano contesto operativo³⁵. Paradossalmente è proprio la formazione che provoca frustrazione, poiché, sebbene si sappia come agire in una determinata situazione, non si ha la possibilità di mettere in atto le proprie conoscenze. È fonte di distress proprio questa diseguaglianza tra mondi diversi: quello medico, infermieristico, formativo e lavorativo¹¹.

Quando altri professionisti sanitari impongono limitazioni o costrizioni, specialmente durante l'esecuzione di alcune procedure, si può scatenare uno stato di sofferenza morale dato che ci si trova costretti ad accantonare i propri valori, venendo meno alla propria integrità e autonomia¹¹. È proprio per questo che gli infermieri devono opporsi fermamente a chi limita la loro professionalità, assumendosi maggiori responsabilità professionali e morali per soddisfare ogni bisogno del paziente e denunciare eventuali pratiche erranee di un altro sanitario, che potrebbero interferire negativamente sulla qualità assistenziale. Si tratta di un passo importante per fortificare autonomia e autostima dell'intera classe³⁶.

Ambito dell'organizzazione dell'assistenza

Altri studi qualitativi effettuati da infermieri neo-assunti hanno rilevato che il moral distress è diventato una comune forma di conflitto etico per gli infermieri, e sta diventando uno dei maggiori problemi della professione infermieristica³⁸. Esso provoca uno sforzo fisico e mentale non da poco, che colpisce gli infermieri particolarmente sensibili e

comporta la perdita dell'integrità morale ed una insoddisfazione nella loro attività. La perdita dell'integrità morale riguarda i rapporti con i pazienti, i loro parenti e con gli altri professionisti sanitari e, in ultimo, può influenzare la qualità, la quantità ed il costo delle cure infermieristiche⁹.

Lavorare con livelli di organico considerati inappropriati causa stress soprattutto in situazioni e/o con pazienti ingestibili come ad esempio quelli in agitazione psicomotoria. Ciò determina un rischio sia per l'operatore, cui spetta la responsabilità dell'assistenza, che per il paziente stesso¹². Le varie dinamiche di reparto rendono caotico l'ambiente di lavoro; inoltre le procedure da svolgere durante il turno sono parecchie e il personale in servizio che dovrebbe compierle è spesso numericamente non idoneo. Proprio per le strette tempistiche di reparto si trascura sempre più il caring, elemento cardine ed essenza della professione riguardante la dimensione della filosofia assistenziale¹².

Quando si cerca di affrontare i conflitti che si creano all'interno di un reparto, gli infermieri fanno spesso fatica nell'esprimere le proprie preoccupazioni, sembrano essere ignorati dal resto dell'equipe nelle loro richieste e non sono sufficientemente supportati nella pratica, parte integrante della propria autonomia professionale¹. Tutto ciò è causa di uno stato d'indignazione, frustrazione, impotenza, isolamento e persino di abbandono della professione¹. Tali circostanze, se non verbalizzate dallo staff infermieristico, possono indebolire ulteriormente l'autonomia degli infermieri.

Tra il perpetuarsi di una situazione provocante moral distress e la scelta di resistere e lottare contro i suoi effetti, si realizza, molto spesso, che le scelte degli infermieri si indirizzano verso l'immobilismo e la mancanza di resistenza, scelte che alimentano dinamiche lassiste e deleterie per il paziente¹. Solamente alcuni professionisti adottano strategie di resistenza al problema, di contro si ha un gran numero d'infermieri che non si oppone ed è ignorato dall'equipe o dalle relative istituzioni¹. Questa situazione indebolisce il potere della classe infermieristica e rende nulla la resistenza nei confronti dei problemi morali che si presentano¹. La gran parte delle volte si crea moral distress negli infermieri che, consci delle proprie convinzioni morali, vorrebbero intraprendere azioni in contrasto

con l'organizzazione e/o le politiche istituzionali della struttura sanitaria in cui prestano servizio²⁷.

Collaborazione medico-infermiere

Nell'ambito della collaborazione infermiere-medico, i temi della conoscenza del progetto di cura e del carico della sofferenza del paziente, confermano che le due figure professionali, vincolate ad un'obbligata cooperazione, conoscono poco il reciproco profilo³⁷.

Tale realtà è in aperta contraddizione con quanto i codici deontologici, più sinteticamente quello medico (2006, art.66) e più diffusamente quello infermieristico (2009, art. 14-15-22-23), esprimono riguardo alla collaborazione tra tutte le figure dell'equipe²⁵.

Uno degli ostacoli maggiori, importante causa di moral distress, sembra essere la resistenza del medico nel riconoscere l'infermiere come un professionista, competente ed esperto, come un interlocutore suo pari, nella diversità dei peculiari ambiti professionali³⁰.

A fronte di un percorso di studi evoluto e approfondito, di conoscenze verificate e riflesse dall'esperienza della pratica quotidiana, da percorsi di formazione permanente, l'autorità medica viene presupposta e la competenza infermieristica svalutata, amaramente in linea con la letteratura esaminata¹⁷.

La dimensione dell'assessment infermieristico e del giudizio clinico espone quindi l'infermiere a distress, vista la noncuranza da parte del medico di analizzare i problemi del paziente, in particolare con riferimento a rilevazione e sedazione del dolore, esecuzione di esami superflui, non esecuzione o dilazione di interventi necessari¹⁷.

La medicina difensiva rispecchia i timori dei medici che la applicano, essa viene vissuta come un allontanamento dal letto del paziente con povertà d'ascolto e come un eccesso di diagnostica strumentale. Si delineano le diverse prospettive per mezzo delle quali il medico e l'infermiere vedono, guardano e osservano il paziente. Il medico con il carico della responsabilità decisionale di diagnosi e terapia è principalmente concentrato sull'organo o sulla funzione alterati. Difatti, se la sua valutazione e i risultati dell'attività diagnostica non evidenziano nulla di anomalo, non è orientato ad attribuire alla sofferenza

del malato il giusto peso. La sua attenzione sembra gravata da una costante attività decisionale che può esporlo a una situazione di affaticamento decisionale, o che può fuorviarlo e spingerlo a una deriva decisionale anche in ambiti nei quali la sua competenza è scarsa o assente, in rapporto alla situazione specifica²².

L'infermiere, invece, convive con la sofferenza del paziente e percepisce le sfumature, le variazioni anche minime di benessere e malessere connesse all'evoluzione del suo stato. Ciò consente una conoscenza approfondita che favorisce, sia il giusto coinvolgimento avvicinando l'infermiere ai bisogni del paziente, sia una sovraesposizione alla lunga logorante; soprattutto quando le richieste manifestate dai pazienti o dai loro familiari, e accolte dall'infermiere, non trovano riscontro o non ne trovano di efficaci²¹. Egli quindi sente la necessità di rappresentare e affrontare questa sofferenza, così come indicato in diversi punti del codice deontologico, ad esempio: "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza; si adopera affinché l'assistito riceva i trattamenti necessari" (art. 34)²¹.

Cure di fine vita e accanimento terapeutico

La pratica infermieristica è un'impresa morale (Corley, 2002)⁶. Il prendersi cura è un valore morale in senso generale, come espressione di politiche sanitarie a loro volta espressione di un riconosciuto sistema di valori. Lo è in senso particolare visto che la relazione infermiere-paziente è una sequenza di scelte operative a loro volta espressione di personali criteri di giudizio. Non sono primariamente in gioco conoscenze teoriche riguardanti l'etica e i suoi principi, piuttosto lo è la sensibilità morale soggettiva³³.

Nel contesto dell'attività di cura il concetto di senso morale è stato sviluppato e visto come una capacità personale, un tratto virtuoso in diretta relazione con il benessere dei pazienti⁹. La sensibilità etica richiede la capacità di interpretare i comportamenti e i segnali verbali e non verbali che identificano i bisogni dell'utente. L'infermieristica si concentra sul prendersi cura e sul porre attenzione ai bisogni fisici e psicologici dei pazienti²³.

Uno degli obiettivi della cura, nella sua stessa essenza, è il mantenimento della vita, così come la sua promozione e sviluppo¹. L'infermiere, formato per stare accanto alla

persona, avverte meno il carattere di risposta prestazionale della sua professione e maggiormente l'importanza del prendersi cura complessivamente del paziente, in particolare quando la sofferenza diventa il tratto caratterizzante della situazione di quel soggetto in quel momento. Simbolica, in questo senso, è la sofferenza del paziente anziano col suo corollario di smarrimento, solitudine, preoccupazione per il proprio futuro o di altri membri della famiglia¹.

Concezioni opposte, riguardanti la relazione tra salute ed equipe infermieristica inerenti alla cura del paziente, vedono mettere in pericolo il giudizio morale dell'infermiere dato che la professione ha una stretta relazione con la vita. Essa, quindi, non può essere facilmente trascurata anche quando tutti i possibili trattamenti eseguiti dai medici sono stati abbandonati (previa valutazione dei rischi e dei benefici in accordo col principio di beneficenza e non maleficenza)¹.

Oggi il lavoro d'equipe è poco praticato: ci si ascolta poco, ci si parla poco, ci si confronta poco, ci si riconosce poco. La presenza della tradizione del paternalismo nei temi fin qui esaminati è confermata dalla rilevazione di un'altra dimensione del mancato riconoscimento dell'autonomia del paziente o, se il paziente non è capace, di suoi fiduciari⁷. Una prospettiva decisionale fortemente improntata a modelli autoritari e non partecipativi, che ignora la natura di soggetto morale sia del paziente sia degli altri professionisti sanitari.

È d'obbligo quindi introdurre il tema dell'accanimento terapeutico visti i notevoli risvolti negativi sulla sfera psicologica dell'infermiere e visto che l'argomento offre parecchi quesiti ancora oggi oggetto di controversia¹⁶. Tale terminologia ha finito per assumere anche in ambito deontologico una valenza negativa, sulla quale si deve registrare una totale convergenza tra i professionisti sanitari, non solo medici. Nella concreta esperienza clinica, peraltro, il superamento del confine di un trattamento, non solo corretto ma anche doveroso, non risulta facilmente identificabile¹⁶.

La giustificazione di un trattamento medico immune da connotazioni di accanimento è correttamente identificata nel beneficio per la salute. A tale beneficio va anche ricondotta la possibilità di un miglioramento della qualità di vita, anche se nel testo dell'articolo 16 la

prospettiva della qualità della vita sembrerebbe diversa e distinta rispetto a quella della salute. Stando invece alla definizione dell'OMS, è giusto identificare nel beneficio della salute il criterio con il quale i medici devono affrontare la concretezza della particolare situazione clinica¹⁰. L'OMS definisce la qualità della vita come: "La percezione di un individuo della propria vita nel contesto sociale, ambientale e culturale in cui vive in relazione ai propri obiettivi, aspettative, norme e preoccupazioni". L'analisi della qualità della vita funge da indicatore per capire come il paziente fa fronte alla malattia, e quindi fornisce una visione d'insieme sull'impatto che il processo di malattia ha sullo stato psicosociale¹⁰.

Il Belmont Report non ha soltanto definito i tre principi etici chiamati a governare le scelte nel campo della biomedicina, ma anche i modi fondamentali per applicarli. La principale applicazione del rispetto della persona è il consenso informato; quella del principio di beneficenza è la valutazione dei rischi e dei benefici; la conseguenza pratica del principio etico di giustizia è l'equa selezione dei soggetti²⁶.

Il rispetto per le persone esige che ai soggetti, nella misura in cui ne hanno la capacità, sia data la possibilità di scegliere cosa potrà o non potrà essere fatto loro. L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante dell'alleanza terapeutica al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia. Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità e unicità, esprime straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

Nell'identificazione di trattamenti da considerarsi connotati da forme di accanimento, il medico è quindi tenuto ad agire tenendo conto delle volontà del paziente, laddove espresse. Ciò significa che non può essere ben identificato un confine in conformità a criteri oggettivi, ma può variare da caso a caso in relazione alle indicazioni del paziente, con evidente richiamo al diritto personale all'autodeterminazione anche in tema di rifiuto di trattamenti sanitari soggettivamente considerati come eccessivi³¹. La questione riguardante l'accanimento comprende anche una diversa prospettiva. Si tratta di casi, certamente non

infrequenti, in cui è lo stesso paziente o addirittura i suoi familiari che chiedono al medico di insistere nella terapia quando invece, a meditato parere dei curanti, tali trattamenti appaiono quanto meno inefficaci se non addirittura fonte di ulteriori sofferenze³¹.

In sostanza, l'analisi della questione accanimento mette in evidenza come in queste situazioni da un lato si renda deontologicamente necessario tenere conto della volontà del paziente e, dall'altro, si richieda al paziente di confrontare le proprie volontà con il meditato parere dei curanti, sulla base di una loro valutazione di competenza clinica.

Il superamento di eventuali contrasti va ricercato, come emerge anche dall'impostazione data dal codice deontologico, nell'assunzione di un atteggiamento reciproco ispirato dalla coscienza morale. Vista la sua essenza e le sue caratteristiche, il nursing comporta, molto spesso, situazioni poco felici da parte dei pazienti; tali vissuti sono relativi a malattie, sofferenza dolore, frustrazione e morte e possono comportare sofferenza per gli infermieri²⁴. I pazienti con tali vissuti hanno bisogno di conoscenza e competenza sanitaria e rispetto per i propri diritti umani e la propria dignità²⁴.

Ulteriori dimostrazioni di come i principi bioetici possano integrarsi effettivamente al nursing renderebbe gli infermieri più preparati per applicarli sul paziente in un contesto di fine vita. Nessun'altro oltre Jonas, nella filosofia contemporanea, parla della necessità di sottoporre i poteri della tecnica alla valutazione etica; della stretta interazione tra vita umana e vita nella sua globalità; della novità che i nuovi interventi comportano sia sulla vita umana, sia sulla vita nella sua totalità; e, soprattutto, della convinzione che un'etica all'altezza della civiltà tecnologica debba partire dall'analisi delle sfide che queste novità comportano¹⁸. Sono in sostanza i presupposti da cui una teoria integrata della bioetica non può prescindere.

1.3 Conseguenze e correlazioni

Burnout

Il burnout è descritto come un rischio professionale delle cosiddette professioni d'aiuto come quelle sanitarie¹⁵. Gli operatori sanitari sono predisposti ad esso nel momento in cui i bisogni dei pazienti superano le risorse disponibili per soddisfarle, date la complessità delle circostanze. Maslach e Jackson hanno identificato tre principali componenti associate al burnout: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e calo dell'ambizione personale. L'esaurimento emotivo sfocia in apatia e perdita d'interessi fino al prendere coscienza di non potersi aiutare a livello psicologico. La depersonalizzazione è caratterizzata da uno sviluppo di abitudini assistenziali negative¹⁵. Il calo dell'ambizione personale è caratterizzato dalla tendenza di valutare se stessi negativamente, in particolare riguardo al proprio lavoro con i pazienti¹⁵. Questa definizione è in linea col modello di Pearlman e Hartman nel quale il burnout è concettualizzato come una risposta allo stress emotivo cronico che a sua volta ha tre componenti principali: esaurimento emotivo, calo della produttività e depersonalizzazione¹⁵.

Riguardo le dimensioni del burnout associato al moral distress, è stata trovata una correlazione importante tra la realizzazione professionale e il moral distress stesso, e come ipotizzato, ad un aumento della soddisfazione personale corrisponde una diminuzione del moral distress percepito¹⁴.

Il moral distress e il burnout sembrano inoltre essere associati con il ruolo di difensore del paziente di cui l'infermiere si fa carico, poiché fonti potenziali di dilemmi quali: assistere o curare, conflitti tra obblighi legali o etici, l'impotenza percepita, differenze di potere, eccessive responsabilità visto lo scarso numero di lavoratori, la percezione di un inadeguato trattamento medico e di una condotta comunicativa imperativa da parte di quest'ultimi⁸. Tante di queste cause, in comune col moral distress in precedenza citato, ci danno la conferma di come i due fenomeni camminino a braccetto.

Sebbene gli infermieri riconoscano la necessità di discutere e affrontare i problemi morali, e sappiano i riscontri negativi a cui i pazienti vanno incontro, sono terrorizzati nel farlo probabilmente a causa dei giochi di potere all'interno dell'ambiente lavorativo¹⁴.

Anche se un certo grado di moral distress sia connesso alla professione infermieristica e in una certa misura inevitabile, quando il suo livello è troppo elevato oppure prolungato nel tempo, può diventare insopportabile ed essere un segno predittivo di un malessere che se non governato può sfociare nel burnout con tutte le conseguenze ad esso correlate³². Anche se questa professione presenta statisticamente indici di burnout molto alti, poiché specialmente nei reparti intensivi, costringe il professionista a grandi carichi di lavoro e lo obbliga a prendere decisioni importanti in poco tempo, non bisogna mai accantonare il focus dell'assistenza: il paziente. L'assistito ha la massima priorità e deve sempre fornire la motivazione per erogare un'assistenza infermieristica di massima qualità, anche in presenza di qualsivoglia controversia si crei tra colleghi¹⁹.

Il moral distress non risolto è associato in letteratura al fenomeno del burnout e alla richiesta di lasciare il reparto o, anche, all'abbandono della professione²². Sono stati condotti diversi studi sulla relazione tra moral distress, advocacy e burnout, uno dei principali è quello condotto da Sundin-Huard e Fahy¹⁶. Anche qui emergono correlazioni significative tra il moral distress, l'advocacy, che com'è noto è una caratteristica fondamentale per una professione di sostegno, e il burnout²⁰.

Gli infermieri sentono la necessità di confrontare le dinamiche che accadono sul proprio posto di lavoro accrescendo, al contempo, le proprie conoscenze, i propri valori e le proprie credenze, così come la percezione di quale sia la cura migliore per i propri pazienti; agire sul comportamento che loro considerano inadeguato, così da mantenere la propria realizzazione professionale²⁹.

Infine, trova conferma la teoria del residuo morale, descritto in letteratura come il vivo ricordo di fatti accaduti anche molti anni prima, in cui l'infermiere coinvolto ha sentito compromessa la sua professionalità⁸. Molte esperienze descritte si riferiscono a fatti accaduti anni prima, ricordati in dettaglio, il cui ricordo rinnova una sofferenza mai superata⁸. I risvolti determinati dal moral distress devono essere affrontati con serietà, poiché gli errori commessi in passato si possono radicare nell'integrità morale degli infermieri, mettendo a rischio i loro valori e le azioni future⁸. Questi avvenimenti possono

influenzare la loro coscienza morale e ciò è indice del grande carico di angoscia che ci si porta per il resto della vita.

Advocacy: Un ruolo da riscoprire

I casi di moral distress rinforzano la necessità che l'infermiere difenda il paziente, considerata la natura della professione. Hanno quindi un ruolo centrale nel far acquistare autonomia al paziente, gettare le basi per una relazione terapeutica e migliorare quindi la qualità delle cure erogate. L'autonomia del paziente è una parte essenziale da essere difesa. Accettando questo valore morale, gli infermieri dimostrano uniformità di posizione mostrando gli obiettivi dei loro trattamenti e la creazione delle relative decisioni²⁸.

L'American Nurses Association (ANA) comprende il termine advocacy nella definizione della professione infermieristica, che è descritta come "la tutela, la promozione e l'ottimizzazione della salute, la prevenzione di malattia e degli infortuni, la riduzione della sofferenza mediante la diagnosi e il trattamento ed il sostegno nella cura delle persone, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni"⁴.

La necessità di gestire in maniera ottimale ed efficiente il processo clinico-assistenziale del cittadino è un'evidenza ormai sottolineata da tutti gli attori del sistema salute. La figura dell'infermiere è di fondamentale importanza nello svolgimento delle prestazioni sanitarie.

I cambiamenti subiti dalla professione infermieristica nell'ultimo decennio hanno avuto una ripercussione positiva sulla connotazione del ruolo infermieristico all'interno dei team multidisciplinari, rendendolo un membro dello staff insostituibile e autorevole, con una sua attività specifica e incisiva nell'ambito della "presa in carico" del paziente. Proprio per questo l'infermiere è in grado di ricoprire ruoli e svolgere mansioni sempre diverse. È il caso dei clinical educator e dei nurse advisor che sono infermieri professionali con esperienze diversificate a seconda del progetto a cui si sono dedicati e con competenze non solo tecnico-scientifiche, ma anche relazionali e comunicazionali¹³. Un addestramento efficace del paziente, e delle altre persone per lui significative, e la comprensione delle caratteristiche della malattia sono fondamentali per l'efficacia delle cure e per garantire una buona compliance. Il rapporto più informale, diretto e libero che l'infermiere ha con i

pazienti, lo rende perfetto per svolgere il ruolo di raccordo tra essi e i medici nella ricerca dei bisogni non rilevati, delle esigenze non espresse, dei disturbi taciuti o sottostimati, delle domande di chiarimento non fatte²³.

In un momento di costanti cambiamenti nella sanità, di difficoltà organizzative e di un'intensa crisi di valori, la difesa dei pazienti è diventata la più grande sfida della prassi infermieristica¹. È impossibile non riconoscere l'essenza della professione infermieristica come pratica morale poiché eroga cure a persone bisognose e, al contempo, intraprende azioni non sempre di semplice attuazione poiché ostacolate da conflitti etici che causano incomprensioni all'interno dell'equipe o con i pazienti¹. Tali azioni, se non verbalizzate, possono indebolire l'infermiere perché in contrasto coi principi cardine della professione e causare perdita di autonomia.

Capitolo II:

Materiali e metodi

Obiettivo:

Lo scopo di questa tesi è quello di indagare se sia possibile prevenire o ridurre il moral distress, analizzando gli eventi che lo causano all'interno del contesto sanitario.

Quesito:

Qual è il giusto approccio per evitare il moral distress nel professionista e salvaguardare una pratica assistenziale di qualità?

P.I.O.

P = moral distress

I = agire sui fattori scatenanti

O = prevenzione/riduzione moral distress

Parole Chiave:

moral distress

burnout

ethics

nursing

Strategia di ricerca:

Per la seguente revisione bibliografica la ricerca è stata effettuata dalla banca dati Pubmed. Sono stati

considerati gli articoli pertinenti al tema della ricerca con i seguenti criteri di inclusione:

- Solo links full-text;
- Lingua inglese, Italiano;
- Pubblicazioni ultimi 10-15 anni;

La ricerca effettuata su Pubmed ha prodotto un numero sufficiente di risultati per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. Qui di seguito sono elencati i principali studi considerati oltre che tutte le ricerche effettuate.

Tabella 1

Banca dati	Parole chiave e limiti	Docu menti rilevati	Docu menti selezi onati	Descrizione degli articoli: autore,titolo, rivista, riferimenti
Pubmed	“moral distress” AND “nursing” Limits activated: Only items with links to full text, published in the last 15 years	32	16	1-Barlem EL ¹ , Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CR. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. Rev Esc Enferm USP. 2013 Apr;47(2):506-10. 2-Barlem EL ¹ , Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin Gde L, Tomaschewski JG. [The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception]. Rev Esc Enferm USP. 2012 Jun;46(3):681-8.

				<p>3-Browning AM1. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. Am J Crit Care. 2013 Mar;22(2):143-51. doi: 10.4037/ajcc2013437.</p> <p>4-Corley MC¹. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002 Nov;9(6):636-50.</p> <p>5-Corley MC¹, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs. 2001 Jan;33(2):250-6.</p> <p>6-Corley MC¹, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005 Jul;12(4):381-90.</p>
--	--	--	--	--

				<p>7-Elpern EH¹, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care. 2005 Nov;14(6):523-30.</p> <p>8-Epstein EG¹, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. J Clin Ethics. 2009 Winter;20(4):330-42.</p> <p>9-Lützn K¹, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. Nurs Ethics. 2003 May;10(3):312-22.</p> <p>10-Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. HEC Forum. 2012 Mar;24(1):1-11. doi: 10.1007/s10730-012-9176-y.</p> <p>11- Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, da Silveira RS,</p>
--	--	--	--	--

			<p>Dalmolin Gde L. Moral distress in nursing personnel. Rev Lat Am Enfermagem. 2013 Jan-Feb;21 Spec No:79-87.</p> <p>12- Wiegand DL¹, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nurs Ethics. 2012 Jul;19(4):479-87. doi: 10.1177/0969733011429342. Epub 2012 May 22.</p> <p>13-Rice EM¹, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):360-73. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x.</p> <p>14- Esther I Bernhofer, Jeanne M Sorrell. Nurses Managing patient's pain may experience moral distress</p>
--	--	--	---

				<p>Clinical nursing research 2015 vol.24(4) 401-414 DOI: 101177105477</p> <p>15- Younjae O, Gastmans C. Moral distress experienced nurses: a quantitative literature review Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):15-31. doi: 10.1177/0969733013502803. Epub 2013 Oct 3.</p> <p>16- Barlem EL1, Ramos FR2. Constructing a theoretical model of moral distress. Nurs Ethics. 2015 Aug;22(5):608- 15.doi:10.1177/096973301455159 5. Epub 2014 Nov 3.</p>
Pubmed	<p>“moral distress” AND “burnout” AND “nursing” Limits activated: Only items with links to full text, published in the last 10 years</p>	70	8	<p>1-Dalmolin Gde L¹, Lunardi VL², Lunardi GL³, Barlem EL⁴, Silveira RS⁴. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? Rev Lat Am Enfermagem. 2014 Jan-Feb;22(1):35-42. doi: 10.1590/0104-1169.3102.2393.</p>

				<p>2- Meltzer LS¹, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J Crit Care. 2004 May;13(3):202-8.</p> <p>3-Sundin-Huard D¹, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. Int J Nurs Pract. 1999 Mar;5(1):8-13.</p> <p>4-Farrington A¹. Strategies for reducing stress and burnout in nursing. Br J Nurs. 1997 Jan 9-22;6(1):44-50.</p> <p>5-Grace PJ¹, Robinson EM, Jurchak M, Zollfrank AA, Lee SM. Clinical ethics residency for nurses: an education model to decrease moral distress and strengthen nurse retention in acute care. J Nurs Adm. 2014 Dec;44(12):640-6. doi: 10.1097/NNA.000000000000141.</p>
--	--	--	--	--

				<p>6-Barlem EL¹, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. Rev Lat Am Enfermagem. 2013 Feb;21(1):293-9.</p> <p>7- Lunardi VL¹, Barlem EL, Bulhosa MS, Santos SS, Lunardi Filho WD, da Silveira RS, Bao AC, Dalmolin Gde L. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. Rev Bras Enferm. 2009 Jul-Aug;62(4):599-603.</p> <p>8- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. Clin Issues Perinat Womens Health Nurs. 1993;4(4):542-51.</p>
Pubmed	<p>“moral distress” AND “ethics” AND “nursing”</p> <p>Limits activated:</p> <p>Only items with links to full text,</p>	176	14	<p>1-Schluter J¹, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. Nurs Ethics. 2008 May;15(3):304-</p>

	published in the last 10 years		<p>21. doi: 10.1177/0969733007088357.</p> <p>2-Pavlish C¹, Brown-Saltzman K², Jakel P³, Fine A⁴. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. Oncol Nurs Forum. 2014 Mar 1;41(2):130-40. doi: 10.1188/14.ONF.130-140.</p> <p>3-Lunardi VL¹, Lunardi Filho WD, da Silveira RS, da Silva MR, Dei Svaldi JS, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with power and work organization. Rev Lat Am Enfermagem. 2007 May-Jun;15(3):493-7.</p> <p>4-Gallagher A¹. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. Online J Issues Nurs. 2011 Mar 21;16(2):8.</p> <p>5-Huffman DM¹, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments</p>
--	-----------------------------------	--	--

			<p>experience moral distress: a systematic review. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012 Mar;24(1):91-100. doi:10.1016/j.ccell.2012.01.004. Epub 2012 Feb 3.</p> <p>6-Lützén K1, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. Nurs Ethics. 2006 Mar;13(2):187-96.</p> <p>7-Kopala B1, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. Int J Nurs Terminol Classif. 2005 Jan-Mar;16(1):3-13.</p> <p>8-Hardingham LB1. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. Nurs Philos. 2004 Jul;5(2):127-34.</p> <p>9-Gutierrez KM1. Critical care nurses' perceptions of</p>
--	--	--	--

				<p>and responses to moral distress. <i>Dimens Crit Care Nurs.</i> 2005 Sep-Oct;24(5):229-41.</p> <p>10- Pauly B1, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate <i>Nurs Ethics.</i> 2009 Sep;16(5):561-73. doi: 10.1177/0969733009106649.</p> <p>11- Mobley MJ1, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2007 Oct;23(5):256-63. Epub 2007 Aug 6.</p> <p>12- Hamric AB1, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. <i>Crit Care Med.</i> 2007 Feb;35(2):422-9.</p>
--	--	--	--	---

			<p>13-Ganz FD, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):43-51. doi: 10.1177/0969733013515490. Epub 2014 Jan 29</p> <p>14-McCarthy J1, Gastmans C2. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):131-52. doi: 10.1177/0969733014557139. Epub 2014 Dec 10.</p>
--	--	--	--

Capitolo III: Risultati della ricerca

Tabella 2

Titolo Articolo	Disegno	Obiettivo	Risultati principali
<p>2-Barlem EL1, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin Gde L, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. Rev Esc Enferm USP. 2012 Jun;46(3):681-8.</p>	<p>Studio osserva zionale</p>	<p>Valutare il moral distress percepito</p>	<p>Questo studio è nato dall'esigenza di valutare la percezione degli infermieri sul moral distress. La tabella 1 presenta i dati demografici dello studio. Riguardo le caratteristiche dei partecipanti è importante notare che il 48,4% degli infermieri hanno superato i 30 anni di età. Di questi il 37,9% ha una specializzazione e il 10,5% ha conseguito un master, indice di alta professionalità. In media gli anni di servizio si attestano sui 5 (4,94), che è considerato un discreto periodo di pratica professionale. La tabella 2 presenta i fattori corrispondenti alle quattro dimensioni discusse. L'affidabilità delle quattro dimensioni identificate è testata attraverso l'alfa di Cronbach. I valori compresi tra 0,6 e 0,8 sono raccomandati per lo studio osservazionale per garantire l'affidabilità delle scale usate. Le quattro categorie considerate sono: la negazione del ruolo dell'infermiere come difensore del paziente, che è indice del potenziale inutilizzato dall'infermiere nel soddisfare le richieste dei pazienti; la mancanza di personale competente, che si riferisce alla mancanza di abilità tecniche che il personale</p>

			<p>dovrebbe possedere; trascurare l'autonomia del paziente che vede venir meno la propria scelta individuale, libertà e privacy; l'accanimento terapeutico riguardante trattamenti considerati futili poiché praticati a pazienti destinati alla morte. Tale analisi descrittiva rivela la percezione degli infermieri riguardo il moral distress. Ogni costrutto è rappresentato da un valore numerico che rappresenta la media aritmetica degli item che compongono ogni percezione individuale. Le medie delle categorie e dei loro rispettivi indicatori sono in tabella 3. Sono state svolte diverse analisi per verificare l'esistenza di potenziali differenze nella percezione degli infermieri riguardo la loro esperienza col moral distress considerando l'unicità di ogni individuo, l'età, l'anno di laurea, l'ospedale e il reparto in cui prestano servizio, le ore svolte e la frequenza degli incontri tra il personale infermieristico.</p>
<p>8-Epstein EG1, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. J Clin Ethics. 2009 Winter;20(4):330-42.</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Dimostrare che il moral distress e il residuo morale, sebbene concettualmente</p>	<p>Hamric e Blackhall hanno preso in considerazione il moral distress, l'etica, la collaborazione ed il livello di soddisfazione tra 165 infermieri che prestano servizio presso due ospedali della Virginia. Sono state analizzate eventuali correlazioni tra moral distress, anni di esperienza, anni di servizio ed età. È stata trovata una correlazione validata tra il moral distress ed il numero di anni di servizio</p>

		differenti, sono strettamente collegati	conseguiti. Un'altra correlazione validata è stata trovata da Elpern, Covert e Kleinpell tra gli anni di pratica professionale e i punteggi relativi al moral distress.
13-Rice EM1, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):360-73. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x .	Studio di coorte	Determinare i fattori che causano moral distress negli infermieri di area medica e chirurgica	Lo studio è stato eseguito in una casa di riposo nel sud-ovest degli Stati Uniti che dispone di 200 posti letto. Sono stati sottoposti al questionario 284 infermieri dell'area medica e chirurgica. Ogni unità possiede una tipologia ben specifica di pazienti, inoltre i questionari sono stati numerati per identificarne la provenienza. La scala sul moral distress misura la percezione degli infermieri riguardo le due dimensioni per ogni item sulla lista e sono: intensità e frequenza. Il moral distress per ogni item è stato misurato sulla scala di Likert che va da 0 a 6. Per l'analisi quantitativa, la prevalenza di moral distress nello studio è stata esaminata contando il numero di coloro che hanno risposto e ottenuto un punteggio da 1 a 6 per ogni situazione proposta nel questionario. La tabella 1 elenca le situazioni individuali relative ad ogni categoria considerando i possibili incroci e la rispettiva prevalenza del moral distress. La prevalenza di moral distress è stata prevalentemente alta per ognuna delle sei categorie.
11- Barlem EL, Lunardi VL,	Studio quantitativo	Analizzare la	Lo studio coinvolge 295 infermieri che prestano servizio presso due ospedali nel sud

<p>Lunardi GL, Tomaschewski- Barlem JG, da Silveira RS, Dalmolin Gde L. Moral distress in nursing personnel. Rev Lat Am Enfermagem. 2013 Jan-Feb;21 Spec No:79-87.</p>	<p>vo- esplorati vo- descritti vo</p>	<p>frequenza e l'intensità del moral distress percepito servendosi di elementi della pratica professionale</p>	<p>del Brasile. Le 23 domande del questionario rientrano in cinque categorie validate che sono: mancanza di competenza del personale, negazione del ruolo di difensore del paziente (compreso quello terminale), condizioni lavorative inadeguate e mancanza di rispetto per l'autonomia decisionale del paziente. L'alfa di Cronbach è di 0,95, varia tra 0,79 e 0,91 all'interno delle cinque categorie identificate. La variazione totale data dallo strumento convalidato è del 68.99%. La misura di adeguatezza (KMO) è 0.941. Nella valutazione degli effetti delle cinque categorie in relazione alla percezione di moral distress, i risultati identificano una relazione significativa al livello del 5% nella negazione del ruolo di difensore del paziente. È applicato un coefficiente di compensazione di 0,24 che rappresenta un valore esplicativo del 24% per il moral distress e che si basa sul questionario usato in questa ricerca. Tali dati sono mostrati nelle tabelle 1 e 3. Ad ogni categoria identificata nella ricerca corrisponde un valore numerico che rappresenta la media aritmetica delle 23 domande precedentemente raggruppate. Le intensità medie del moral distress variano dal 3,77 al 4,37 e le frequenze da un valore di 1,98 a 2,57 in base alle situazioni che si ponevano.</p>
--	---	--	---

<p>14-Dalmolin Gde L1, Lunardi VL2, Lunardi GL3, Barlem EL4, Silveira RS4. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? Rev Lat Am Enfermagem. 2014 Jan-Feb;22(1):35-42. doi: 10.1590/0104-1169.3102.2393.</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Identificare le relazioni tra moral distress e burnout in merito alla performance professionale degli infermieri</p>	<p>Questo studio è stato condotto in tre ospedali di Rio, situati in due zone della città. Si è usato il questionario per raccogliere i dati, come si evince in tabella 1. Il primo è un ospedale federale pubblico con 186 posti letto e 314 infermieri; il secondo è un ospedale filantropico con 658 posti letto e 417 infermieri; il terzo ospedale è un ospedale filantropico pubblico con 291 posti letto e 482 infermieri. La tabella 2 mostra i due strumenti: il primo inerente al moral distress, è un adattamento della scala del distress morale; il secondo inerente al burnout, è un adattamento del Maslach burnout inventory (MBI). Il questionario si compone di 39 domande e si serve della scala di Likert con sette punti per valutare intensità e frequenza del moral distress visibili in tabella 3.</p>
<p>35- Ganz FD, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):43-51. doi: 10.1177/0969733013515490. Epub</p>	<p>Studio osservazionale trasversale</p>	<p>Descrivere dilemmi etici e moral distress che sorgono da situazioni di conflitto etico all'interno</p>	<p>Questo studio è stato condotto in quattro ospedali israeliani, due di comunità e due terziari. I criteri di inclusione comprendono infermieri che hanno ricoperto le cariche più alte negli ospedali dove lo studio è stato condotto. Lo studio utilizza due questionari: uno indaga caratteristiche soggettive (età, luoghi di nascita, religione e anni di servizio ecc.) mentre l'altro (EDN-MM) indaga il livello dei dilemmi etici, e il moral distress che ne consegue, all'interno dello staff</p>

2014 Jan 29		dello staff infermieristico	<p>infermieristico. Esso si compone di 61 item, suddivisi in tre scale: clinico-professionale, interpersonale e amministrativa. Ogni item ha un punteggio che si basa su due differenti scale di Likert: una misura la frequenza (1-4) e l'altra l'intensità (0-6). L'alfa di Cronbach per questo studio si attesta su 0,93 per la scala della frequenza e su 0,95 per quella dell'intensità. L'età media dei partecipanti è di 46,9 anni e la maggior parte sono donne sposate che ricoprono il ruolo di caposala e che hanno lavorato una media di 23,3 anni di servizio. Quasi tutti hanno un'educazione accademica (97,2%) con alcune forme di certificazione post-base (95,9%) come emerge in tabella 1. Le frequenze oscillano tra 1,05 e 2,86 e il punteggio più alto è quattro. La scala amministrativa ha l'item con la frequenza più alta come mostrato in tabella 2 e sette item hanno frequenze inferiori a 2,5. I dettagli dei dieci item riferiti alla frequenza sono in tabella 3. Nove item su dieci hanno alti punteggi sia nella frequenza che nell'intensità, mentre tutti gli item con punteggi bassi in frequenza, si ripetono anche in intensità. Il livello più alto, che rispecchia l'intensità dei dilemmi etici e del moral distress, si ha nella scala amministrativa (M $\frac{1}{4}$ 2.6, SD $\frac{1}{4}$ 1.2 in tabella 2). I dettagli dei dieci item con intensità più alta e più bassa</p>
-------------	--	-----------------------------	---

			<p>sono mostrati in tabella 4. Le sole caratteristiche personali che si possono accostare sia all'intensità che alla frequenza dei dilemmi etici riguardano i diversi reparti e il ruolo di infermiere, la cui scala interpersonale segna frequenze con punteggi differenti relativi a coordinatori e supervisori ($F(3, 114) \frac{1}{4} 4.43$, $p.006$); e tra i diversi reparti ($F(9, 106) \frac{1}{4} 3.05$, $p \frac{1}{4} .003$).</p>
--	--	--	--

Capitolo IV:

Discussione

Il primo studio mostra che gli infermieri, negli ospedali in questione, presentano una percezione maggiore riguardo l'intensità del moral distress associato alla mancanza di competenza del personale, seguita dal non adempimento del ruolo di difesa del paziente; mentre la percezione maggiore, riguardante la frequenza del moral distress, si indirizza sulla mancanza di competenza del personale e sull'accanimento terapeutico. La percezione del moral distress vissuto dagli infermieri alimenta il bisogno di interrogarsi, riflettere e discutere all'interno dell'equipe, considerando le possibili conseguenze nefaste che esso infligge all'operatore e al paziente. Si riscontra, infatti, che la mancanza di rispetto per l'autonomia del paziente ottiene la media più alta, seguita dalle inadeguate condizioni di lavoro.

Ci sono tanti punti in comune col quarto studio nel quale si conduce un'analisi descrittiva che permette di identificare le percezioni degli infermieri coinvolti. L'organizzazione, la mancanza di competenza e i rapporti conflittuali con il medico, sono causa di maggiore sofferenza. In altre parole l'organizzazione e i suoi valori da un lato e la mancanza di coinvolgimento nelle scelte fatte dal medico dall'altro, mettono l'infermiere nella condizione di aderire a valori che non sono propri, a essere un semplice esecutore di decisioni altrui con conseguente sviluppo di sofferenza morale. Questo in accordo con alcuni studiosi che hanno definito l'atteggiamento dell'infermiere come "preso fra", descrivendo la sua posizione situata tra paziente e medico con obblighi nei confronti di entrambi⁹. Diversa potrebbe essere la situazione in cui ci fosse una presa in carico del paziente da parte di tutta l'equipe medico-infermieristica e alla decisione il medico vi giungesse dopo aver condiviso con gli altri i problemi e dove il contributo portato dall'infermiere fosse preso in considerazione. Tutto ciò potrebbe far pensare che quando l'infermiere prende delle decisioni secondo "scienza e coscienza" va molto meno in crisi rispetto a quando è costretto da una decisione altrui.

Una soluzione per contrastare il misconoscimento delle competenze infermieristiche potrebbe essere quella di far conoscere ai medici e agli studenti di medicina i mutati percorsi formativi infermieristici, coinvolgendo gli studenti d'infermieristica e dei master clinici o manageriali ed i tutor di tirocinio. È da promuovere la cultura dell'inter-professionalità attraverso la formazione sul campo per dare forma all'equipe, per metterla in moto, cercando di integrare l'esperienza della pratica quotidiana con le migliori evidenze di letteratura e con la successiva predisposizione di protocolli interni condivisi. Il confronto con i pari è la strategia più frequentemente attivata per rispondere alla sofferenza provata. Anche il colloquio col coordinatore infermieristico è utile, mentre quello col medico sembra essere poco fruttuoso nella riflessione sulle cause di distress e nella composizione della sofferenza.

Il secondo studio ci parla degli effetti dannosi associati al fenomeno. Il modello 'crescendo effect' si concentra sul moral distress, sul residuo morale e sulla relazione che intercorre fra di essi. L'intento è quello di fornire un modello alle persone coinvolte o a coloro che strutturano delle direttive per contrastarlo. Attualmente non c'è modo di misurare il residuo morale ma la correlazione tra gli anni di pratica professionale ed il moral distress potrebbero indicare un aumentato residuo morale, che al momento, funge da misura indiretta del fenomeno.

L'intensità del moral distress è uniformemente alta se accostata alla pratica, a fattori istituzionali, cure futili ed eutanasia. Questo è quello che emerge dal terzo studio in cui le frequenze inerenti le cure futili sono particolarmente alte ed incrementano di pari passo agli anni di esperienza professionale e all'assistenza erogata ai pazienti oncologici e trapiantati. Si deduce inoltre che l'intensità del moral distress è stata uniformemente alta all'interno delle sei categorie; le situazioni riguardanti le cure futili hanno il punteggio più alto e infine gli anni di esperienza sono stati significativamente associati al moral distress. In tale studio si dimostra importante il ruolo dell'esperienza nel riconoscere trattamenti futili e momenti di dolore. L'esposizione prolungata con questo tipo di situazioni ha un effetto cumulativo sul moral distress, aumentando il logorio dell'operatore.

Il moral distress è trasversale tra gli infermieri delle suddette aeree e ciò è confermato dalla molteplicità delle situazioni nelle diverse realtà professionali e quelle inerenti alla propria esperienza lavorativa. È indubbio che l'esperienza professionale espone maggiormente al moral distress, sia in intensità che in frequenza. Bisognerebbe minimizzare l'esposizione a situazioni di sofferenza e aumentare quelle di soddisfazione lavorativa per attutire gli effetti. Le amministrazioni infermieristiche dovrebbero sviluppare programmi per facilitare la comunicazione poiché è l'elemento chiave per l'erogazione di un'assistenza di qualità. Esse dovrebbero incentivare le collaborazioni multi-professionali con discussioni di gruppo e testare, negli ospedali, nuovi mezzi di comunicazione come lo SBAR.

Il quinto studio dimostra che la relazione tra moral distress e burnout è significativa al 5% e positiva, ma tuttavia debole, come dimostrato in tabella 1. Considerando la tabella 2 si può osservare come nessuna delle dimensioni associate al moral distress contribuisca al burnout, soltanto l'accanimento terapeutico ha un valore vicino al 5%. Difatti sono proprio gli infermieri che hanno avuto maggiori esperienze di accanimento terapeutico che sono maggiormente predisposti al burnout. I risultati di questa analisi possono essere visti in tabella 3. Si nota anche che il moral distress e l'eventuale burnout sono il prodotto dell'erogazione di cure inutili da parte degli infermieri, e ciò è associabile alla difficoltà di condividere opinioni riguardo decisioni cliniche.

Il coinvolgimento emotivo non è facile da sostenere e l'esito non è sempre una cura più "umana", perché il carico emotivo eccessivo rischia non solo di danneggiare il proprio equilibrio, ma anche di gestire in modo scorretto la relazione aumentando eccessivamente la distanza emotiva nel tentativo di proteggersi dall'ansia, rendendo così difficile la pratica della buona cura. Affinché ciò non avvenga, il coinvolgimento deve essere supportato da un'intensa attività riflessiva, possibilmente situata entro scambi relazionali con gli altri (infermieri e non) con cui esiste una relazione professionale significativa. Nella relazione infermiere-paziente si tende a vedere chi riceve le cure come il solo soggetto vulnerabile, in realtà anche chi ha cura è vulnerabile, poiché il coinvolgimento emotivo alla situazione dell'altro, espone anche chi cura a una situazione di analoga vulnerabilità.

Dai dati di frequenza e intensità di dilemmi etici e moral distress, inerenti al sesto studio, che sono stati riscontrati tra i direttori infermieristici (che sono comunque più bassi di quelli riscontrati all'interno di altri staff infermieristici, del resto del mondo, eccetto quelli amministrativi) si evince che bisognerebbe concentrarsi maggiormente sugli aspetti amministrativi del direttore infermieristico, con mansioni etiche, nell'ottica di migliorarli. Caratteristiche personali e professionali non sono state associate con livelli di dilemmi etici/moral distress; perciò, questo problema sarebbe onnipresente e potrebbe essere indirizzato universalmente. Azioni amministrative e altri interventi a favore della ricerca mirano a decrescere queste risposte affinché si abbino migliorie sulla qualità delle cure erogate.

Più che mai è ora di interrogarsi su cosa ci fa mantenere un atteggiamento che non esprima resistenza e non ci permette di fare ciò che per noi è corretto¹. Diviene fondamentale per criticare la routine professionale in maniera collettiva, capire come ci siamo basati su una moralità eteronoma che quotidianamente mortifica i nostri desideri e le nostre individualità senza persino chiederci le ragioni di tali scelte e opzioni. Bandura ha formulato una teoria per cui i livelli di potere sono percepiti come il senso di autoefficacia che li mostra. L'autoefficacia è importante quando il senso di autodeterminazione di ognuno di noi risulta fortificato o viceversa quando il senso di impotenza risulta indebolito². Inoltre la determinazione che ognuno di noi percepisce determina il modo di vedere i problemi e il modo di superarli.

Quali sono allora dei possibili percorsi perché ciò che è una buona abitudine, una sensibilità etica, un potenziale positivo, non si traduca in moral distress?

Innanzitutto è necessario imparare a gestire la propria vulnerabilità per non mettere a rischio la possibilità stessa della cura, facendo attenzione però a non incorrere nella situazione opposta di eccessiva distanza che impoverirebbe la relazione e dunque la possibilità di cura. Durante gli anni di attività lavorativa dovrebbero essere organizzati laboratori di riflessività sulla vita emozionale, in cui dare spazio alla rielaborazione delle emozioni connesse alla cura, affinché maturi anche una competenza emotiva sia rispetto al paziente sia rispetto a se stessi. Rispetto a sé la competenza emotiva, consiste nel saper

conoscere le proprie tensioni emotive per essere in grado di usarle nella relazione, rispetto al malato tale competenza consiste nel saper avvertire il proprio vissuto e nel trovare la giusta tonalità emotiva per costruire una buona relazione. Essa è quindi necessaria per far fronte alla sofferenza del malato, evitando sia di rifugiarsi in un'asettica neutralità sia di farsi travolgere dalle emozioni dell'altro. In secondo luogo occorre intervenire sulle organizzazioni sanitarie che sono governate da principi di efficienza e di produttività ma ancorate a vecchi schemi e valori, dove il benessere degli operatori è responsabilità degli stessi individui e della loro capacità di autoregolarsi¹⁷.

Per concludere si può affermare senza dubbio che il moral distress è espressione di attenzione sensibile, disponibilità cognitiva ed emotiva, preoccupazione per le persone che ricorrono alle cure sanitarie. In altre parole è un coinvolgimento personale in una certa misura auspicabile, a patto però che sia riconosciuto e gestito dall'infermiere e dall'organizzazione in modo adeguato, altrimenti rappresenta uno dei fattori chiamati in causa per il burnout²². Sempre più studi indicano come ci sono luoghi di lavoro "più etici" e altri "meno etici", e come sia importante guardare al contesto e al clima organizzativo per promuovere una buona cura nell'ottica del "curare" e del "prendersi cura".

Bibliografia

1-Barlem EL, Lunardi VL, Tomaszewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CR. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Apr;47(2):506-10.

2-Barlem EL1, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin Gde L, Tomaszewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Jun;46(3):681-8.

3-Browning AM1. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care*. 2013 Mar;22(2):143-51. doi: 10.4037/ajcc2013437.

4-Corley MC1. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002 Nov;9(6):636-50.

5-Corley MC1, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001 Jan;33(2):250-6.

6-Corley MC1, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005 Jul;12(4):381-90.

7-Elpern EH1, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2005 Nov;14(6):523-30.

8-Epstein EG1, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009 Winter;20(4):330-42.

9-Lützén K1, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nurs Ethics*. 2003 May;10(3):312-22.

10-Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum*. 2012 Mar;24(1):1-11. doi: 10.1007/s10730-012-9176-y.

11- Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, da Silveira RS, Dalmolin Gde L. Moral distress in nursing personnel. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Jan-Feb;21 Spec No:79-87.

12- Wiegand DL1, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*. 2012 Jul;19(4):479-87. doi: 10.1177/0969733011429342. Epub 2012 May 22.

13-Rice EM1, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008 Apr;16(3):360-73. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x.

14-Dalmolin Gde L¹, Lunardi VL², Lunardi GL³, Barlem EL⁴, Silveira RS⁴. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Jan-Feb;22(1):35-42. doi: 10.1590/0104-1169.3102.2393.

15- Meltzer LS¹, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004 May;13(3):202-8.

16-Sundin-Huard D¹, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract*. 1999 Mar;5(1):8-13.

17-Farrington A¹. Strategies for reducing stress and burnout in nursing. *Br J Nurs*. 1997 Jan 9-22;6(1):44-50.

18-Grace PJ¹, Robinson EM, Jurchak M, Zollfrank AA, Lee SM. Clinical ethics residency for nurses: an education model to decrease moral distress and strengthen nurse retention in acute care. *J Nurs Adm.* 2014 Dec;44(12):640-6. doi: 10.1097/NNA.0000000000000141.

19-Barlem EL¹, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013 Feb;21(1):293-9.

20- Lunardi VL¹, Barlem EL, Bulhosa MS, Santos SS, Lunardi Filho WD, da Silveira RS, Bao AC, Dalmolin Gde L. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev Bras Enferm.* 2009 Jul-Aug;62(4):599-603.

21- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs.* 1993;4(4):542-51.

22-Schluter J¹, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics.* 2008 May;15(3):304-21. doi: 10.1177/0969733007088357.

23-Pavlish C¹, Brown-Saltzman K², Jakel P³, Fine A⁴. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncol Nurs Forum.* 2014 Mar 1;41(2):130-40. doi: 10.1188/14.ONF.130-140.

24-Lunardi VL¹, Lunardi Filho WD, da Silveira RS, da Silva MR, Dei Svaldi JS, Bulhosa MS. Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007 May-Jun;15(3):493-7.

25-Gallagher A¹. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs.* 2011 Mar 21;16(2):8.

26-Huffman DM¹, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012 Mar;24(1):91-100. doi:10.1016/j.ccell.2012.01.004. Epub 2012 Feb 3.

- 27-Lützén K1, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics*. 2006 Mar;13(2):187-96.
- 28-Kopala B1, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005 Jan-Mar;16(1):3-13.
- 29- Hardingham LB1. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004 Jul;5(2):127-34.
- 30-Gutierrez KM1. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005 Sep-Oct;24(5):229-41.
- 31- Pauly B1, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate *Nurs Ethics*. 2009 Sep;16(5):561-73. doi: 10.1177/0969733009106649.
- 32- Mobley MJ1, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007 Oct;23(5):256-63. Epub 2007 Aug 6.
- 33- Hamric AB1, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007 Feb;35(2):422-9.
- 34- 14-McCarthy J1, Gastmans C2. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature *Nurs Ethics*. 2015 Feb;22(1):131-52. doi: 10.1177/0969733014557139. Epub 2014 Dec 1

35- Ganz FD, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nurs Ethics*. 2015 Feb;22(1):43-51. doi: 10.1177/0969733013515490. Epub 2014 Jan 29

36- 16- Barlem EL1, Ramos FR2. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015 Aug;22(5):608-15. doi:10.1177/0969733014551595. Epub 2014 Nov 3.

37- Esther I Bernhofer, Jeanne M Sorrell. Nurses Managing patient's pain may experience moral distress *Clinical nursing research* 2015 vol.24(4) 401-414 DOI: 101177105477

38- Younjae O, Gastmans C. Moral distress experienced nurses: a quantitative literature review *Nurs Ethics*. 2015 Feb;22(1):15-31. doi: 10.1177/0969733013502803. Epub 2013 Oct 3.

Allegati

Studio 1

2-Barlem EL1, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin Gde L, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. Rev Esc Enferm USP. 2012 Jun;46(3):681-8.

Table 1- Characteristics of the study's participants - 2011

Characteristics	N	%
Bachelor's degree	64	51.6
Specialization	47	37.9
Master's degree	13	10.5
Age		
21-30	64	51.6
31-40	31	25.0
41-50	24	19.4
51+	5	4.0
Time working in the profession (years)	(M = 8.60)	
Time working in the facility (years)	(M = 4.94)	
Type of hospital		
Public	37	29.8
Philanthropic	63	50.8
Private	24	19.4

Table 2 – Exploratory Factorial Analysis (Varimax rotation) – 2011

Indicators	Bloc	F1	F2	F3	F4
Denial of the nurses' role as patient advocate					
s-09. Avoid taking action when verifies that a member of the nursing staff administered wrong medication and failed to report it	.755	.566			
s-10. Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skills	.833	.704			
s-11. Assist physicians who are practicing procedures on a patient after CPR has been unsuccessful	.782	.774			
s-13. Work with unsafe levels of nursing staffing	.813	.632			
s-16. Observe without intervening when the nursing staff do not respect a patient's privacy	.808	.709			
s-17. Carry out the physician's order of not telling patients the truth when they ask for it	.805	.684			
s-18. Assist a physician who in your opinion is providing incompetent care	.766	.677			
s-30. Comply with the request of the physician not to talk about death with a dying patient who asks about it	.761	.614			
Staff's lack of competence					
s-32. Work with nurses who do not have the competence required by the patient's condition	.865		.726		
s-33. Work with technicians/auxiliaries who do have the competence required by the patient's condition	.849		.735		
s-34. Work with medical or nursing students who do not have the competence required by the patient's condition	.815		.846		
s-35. Work with physicians who do not have the competence required by the patient's condition.	.858		.790		
s-36. Work with support services that do not have the competence required by the patient's condition	.796		.615		
s-38. Be required to care for patients and not feeling prepared to provide such care	.674		.581		
Disregards patient autonomy					
s-04. Assist the physician who performs a test or procedure without the patient's or family's informed consent	.739			.661	
s-07. Ignore situations in which patients were not given adequate information to ensure their informed consent	.744			.622	
s-25. Comply with the physician's request not to discuss with the patient his/her resuscitation in the event of cardiac arrest	.869			.832	
s-26. Comply with the physician's request not to discuss resuscitation of the patient in the event of cardiac arrest with the family, when the patient is devoid of discernment.	.877			.818	
Therapeutic obstinacy					
s-02. Follow the family's wishes for maintaining the patient's life even if it is not the best for him/her.	.793				.716
s-05. Initiate extensive life-saving actions when I think it will only prolong death	.793				.863
s-12. Carry out the physician's orders for unnecessary tests and treatments for terminally ill patients	.759				.545
Initial Eigenvalue		9.57	1.70	1.45	1.28
% explained variance – rotated (66.71%)		45.57	8.13	6.91	6.11
Cronbach's alpha (instrument 0.93)		0.91	0.89	0.82	0.68
KMO measure of sampling adequacy (KMO = 0.92)					
Bartlett's test: chi-square = 3,087.167					

Table 3 – Indexes of intensity and frequency of moral distress experienced through situations represented in the statements of the validated instrument – 2001

Factors	N	Intensity	Frequency
Staff's lack of competence	124	(4.55)	(2.42)
s-32 Work with nurses who do not have the competence required by the patient's condition	124	4.40	2.11
s-33 Work with nursing technicians/auxiliaries who do not have the competence required by the patient's condition	124	4.71	2.52
s-34 Work with medical or nursing students who do not have the competence required by the patient's condition	124	4.35	2.76
s-35 Work with physicians who do not have the competence required by the patient's condition	124	5.02	2.94
s-36 Work with support services that do not have the competence required by the patient's condition	124	4.70	3.07
s-38 Be required to care for patients and not feeling prepared to provide such care	124	4.14	1.13
Denial of the nurses' role as patient advocate	124	(4.30)	(1.71)
s-09 Avoid taking actions when verifies that a member of the nursing staff administered wrong medication and failed to report it	124	4.24	1.17
s-10 Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skills	124	4.65	2.25
s-11 Assist physicians who are practicing procedures on a patient after CPR has been unsuccessful	124	3.65	1.41
s-13 Work with unsafe levels of nursing staffing	124	4.68	2.26
s-16 Observe without intervening when the nursing staff do not respect the patient's privacy	124	4.15	1.94
s-17 Carry out the physician's order of not telling patients truth when they ask for it	124	4.39	1.66
s-18 Assist a physician who in your opinion is providing incompetent care	124	4.74	2.29
s-30 Comply with the request of the physician not to talk about death with a dying patient who asks about it	124	3.92	0.86
Therapeutic obstinacy	124	(3.60)	(2.26)
s-02 Follow the family's wishes for maintaining the patient's life even if it is not the best for him/her.	124	2.94	1.87
s-05 Initiate extensive life-saving actions when I think it will only prolong death	124	3.73	2.74
s-12 Carry out the physician's orders for unnecessary tests and treatment for terminally ill patients	124	4.15	2.16
Disregards patient autonomy	124	(3.57)	(1.42)
s-04 Assist the physician who performs a test or procedure without the patient's or family's informed consent	124	2.94	1.80
s-07 Ignore situations in which patients were not given adequate information to ensure their informed consent	124	3.73	1.99
s-25 Comply with the physician's request not to discuss the patient resuscitation in case of cardiac arrest with him/her	124	4.15	0.86
s-26 Comply with the physician's request not to discuss resuscitation of the patient in case of cardiac arrest with the family when the patient is devoid of discernment	124	2.94	1.04

Studio 3

13-Rice EM1, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital.

J Nurs Manag. 2008 Apr;16(3):360-73. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x.

Tabella 1

The prevalence of moral distress (MD) and multiple encounters (ME) to situations by category in the study cohort (n = 260)		
	MD (1-6)	ME (2-6)
Category: Physician Practice		
4. Assist a physician who performs a test or treatment without informed consent.	133 (51)	20 (8)
6. Ignore situations of suspected patient abuse by caregivers.	140 (54)	29 (11)
7. Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.	201 (77)	85 (33)
10. Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.	175 (67)	87 (33)
11. Assist physicians who are practicing procedures on a patient after CPR has been unsuccessful.	109 (42)	13 (5)
15. Continue to participate in care for a hopelessly injured person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to 'pull the plug'.	125 (48)	27 (10)
17. Follow the physician's order not to tell the patient the truth when he/she asks for it.	182 (70)	74 (28)
18. Assist a physician who in your opinion is providing incompetent care.	183 (71)	62 (24)
23. Providing care that does not relieve the patient's suffering because physician fears increasing dose of pain medication will cause death.	199 (77)	110 (42)
25. Follow the physician's request not to discuss Code status with patient.	150 (58)	32 (12)
26. Follow the physician's request not to discuss Code status with the family when he patient becomes incompetent.	147 (57)	28 (11)
35. Work with physicians who are not as competent as the patient care requires.	215 (83)	104 (40)
Category: Nursing Practice		
8. Carry out a work assignment in which I do not feel professionally competent.	225 (87)	109 (42)
9. Avoid taking action when I learn that a nurse colleague has made a medication error and does not report it.	184 (71)	61 (23)
13. Work with levels of nurse staffing that I consider 'unsafe'.	231 (89)	158 (61)
16. Observe without taking action when healthcare personnel do not respect the patient's privacy.	200 (77)	94 (36)
32. Work with nurses who are not as competent as the patient care requires.	231 (89)	143 (55)
33. Work with nursing assistants who are not as competent as patient care requires.	239 (92)	156 (60)
34. Work with non-licensed personnel who are not as competent as the patient care requires.	184 (71)	95 (37)
36. Work with support personnel who are not as competent as the patient care requires.	205 (79)	81 (31)
37. Ask the patient's family about donating organs when the patient's death is inevitable.	149 (57)	51 (20)
38. Be required to care for patients I am not competent to care for.	211 (81)	69 (27)
Category: Institutional Factors		
14. Carry out orders or institutional policies to discontinue treatment because the	160 (62)	39 (15)

patient can no longer pay.		
20. Discharge a patient when he has reached the maximum length of stay based on Diagnostic Related Grouping (DRG) although he has many teaching needs.	183 (70)	72 (29)
21. Provide better care for those who can afford to pay than those who cannot.	171 (66)	80 (31)
27. Not being able to offer treatment because the costs will not be covered by the insurance company.	173 (67)	63 (24)
Category: Futile Care		
1. Follow the family's wishes for the patient's care when I do not agree with them but do so because hospital administration fears a lawsuit.	204 (78)	125 (48)
2. Follow the family's wishes to continue life support even though it is not in the best interest of the patient.	193 (74)	108 (42)
3. Carry out a physician's order for unnecessary tests and treatment.	227 (87)	168 (65)
5. Initiate extensive life-saving actions when I think it only prolongs death.	196 (75)	97 (37)
12. Carry out the physician's orders for necessary tests and treatments for terminally ill patients.	191 (73)	148 (57)
19. Prepare an elderly man for surgery to have a gastrostomy tube put in, who is severely demented and a 'No Code'.	173 (67)	82 (32)
22. Follow the family's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.	205 (79)	109 (42)
Category: Deception		
24. Give medication intravenously during a Code with no compressions or intubation.	111 (43)	16 (6)
30. Follow the physician's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.	163 (63)	37 (14)
31. Follow orders for pain medication even when the medications prescribed do not control the pain.	231 (89)	174 (67)
Category: Euthanasia		
28. Increase the dose of intravenous morphine for an unconscious patient that you believe will hasten the patient's death.	167 (64)	63 (24)
29. Respond to a patient's request for assistance with suicide when patient has a poor prognosis.	136 (52)	6 (2)

Studio 4

11- Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, da Silveira RS, Dalmolin Gde L. Moral distress in nursing personnel. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Jan-Feb;21 Spec No:79-87.

Table 1 – Rates of intensity and frequency of moral distress experienced through the situations represented in the validated instrument's questions - Rio Grande, RS, Brazil, 2012

Factors and questions	n	Intensity	n	Fq
Lack of competency in the work team	247	4.36	247	2.57
q-18. Assist a physician who, in your opinion, is being incompetent in providing patient's care.	247	4.52	247	2.38
q-25. Work with nursing assistants who are not as competent as the patient's condition requires.	245	4.38	246	2.57
q-31. Work with physicians who are not competent enough to work	244	4.38	247	2.65
q-29. Work with nurses who do not have the competency to work.	247	4.36	246	2.57
q-33. Work with non-licensed employees who are not competent enough to work	245	4.36	246	2.58
q-32. Work with support services who do not have the competency to work.	245	4.21	245	2.68
Negation of the role of the nurse as the patient's advocate	247	4.19	247	2.37
q-10. Allow medical students to carry out painful procedures on patients simply to improve their skills.	247	4.39	247	2.36
q-17. Follow the physician's order of not telling the patient the truth when he/she asks for it.	245	4.30	244	2.34
q-16. Observe without taking action when nursing teams do not respect the patient's privacy.	246	4.13	244	2.45
q-11. Assist physicians who are practicing procedures on a patient after CPR has been unsuccessful.	246	3,96	246	2.34
Negation of the role of the nurse as advocate for the terminally-ill patient.	247	4,13	247	2.26
q-38. Avoid taking steps when you see that the terminally-ill patient is being abandoned by the health team	247	4,29	247	2.04
q-34. Avoid taking steps in situations of death of patients associated with professional negligence.	245	4.23	243	2.09
q-39. Avoid taking steps when you notice that a terminally-ill patient is being abandoned by the family.	247	4.17	247	2.33
q-37. Begin intensive procedures for saving a patient's life when the terminally-ill patient has already made clear their desire to die.	246	4.03	246	2.35
q-36. Work with professionals who do not clarify to the patient his/her state of health and illness.	245	3.99	247	2.48
Inadequate work conditions	247	4,08	247	2.54
q-08. Not have available the equipment necessary for emergency assistance of a patient.	247	4.30	247	2.49
q-14. Need to prioritize which patients shall receive care due to insufficiency of human resources.	244	4.19	245	2.51
q-06. Not having the necessary materials for providing care to the patients.	241	3.96	241	2.71
q-15. Need to delegate nursing care to patients' relatives due to insufficient human resources.	242	3.91	245	2.46
Disrespect for patient autonomy	247	3.77	247	1.98
q-21. Follow the physician's order not to discuss with the patient his or her resuscitation in the event of a cardiac arrest.	247	3.82	246	1.93
q-23. Follow the physician's order not to talk about death with a dying patient who asks you about dying.	246	3.81	245	1.97
q-22. Obey a doctor's request not to discuss with a patient's family the resuscitation of the patient in the event of a cardiac arrest, when the patient cannot choose for him- or herself.	247	3.79	245	1.86
q-04. Provide assistance to a doctor who is carrying out a procedure on a patient without the consent of the patient or a member of his or her family.	247	3.66	247	2.17

Table 3 – Analysis of linear regression between the constructs - Rio Grande, RS, Brazil, 2012

Variable	B	P
Lack of competency in the work team	0.185	0.02*
Disrespect for patient autonomy	0.350	0.00*
Inadequate work conditions	0.225	0.00*
Negation of the role of the nurse as advocate for the terminally-ill patient	0.146	0.05*
Negation of the role of the nurse as patient advocate	0.106	0.76

* significance at the level of 5%

Studio 5

14-Dalmolin Gde L1, Lunardi VL2, Lunardi GL3, Barlem EL4, Silveira RS4. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? Rev Lat Am Enfermagem. 2014 Jan-Feb;22(1):35-42. doi: 10.1590/0104-1169.3102.2393.

Tabella 1

Pearson's Correlation Results, Rio Grande, RS, Brazil, 2012

		Burnout	Moral distress
Burnout	Pearson's correlation	1	0.102*
	P		0.049
	N	375	374
Moral distress	Pearson's correlation	0.102*	
	P	0.049	
	N	374	374

*Significant correlation at 5%

Tabella 2

Regression Analysis between the dimensions of moral distress according to burnout - Rio Grande, RS, Brazil, 2012

Dimensions	Beta	p
Lack of competence in the work team	-0.003	0.950
Disregard for patient autonomy	0.037	0.476
Inadequate working conditions	0.088	0.091
Therapeutic obstinacy	0.101	0.051

Tabella 3

Regression Analysis between the dimensions of burnout regarding moral distress - Rio Grande, RS, Brazil, 2012

Dimensions	Beta	p
Emotional exhaustion	0.077	0.139
Professional fulfillment	-0.107	0.039*
Depersonalization	0.022	0.670

*Value statistically significant at 5%

Studio 6

35- Ganz FD, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. Nurs Ethics. 2015 Feb;22(1):43-51. doi: 10.1177/0969733013515490. Epub 2014

Jan 29

Personal characteristic	n (%)	Professional characteristic	n (%)
Religion		Role	
Jewish	109 (87.9)	Assistant head nurse	33 (25.6)
Moslem	9 (7.3)	Head nurse	78 (60.5)
Other	6 (4.8)	Supervisor	7 (5.3)
Missing	9	Other	11 (8.5)
Religiosity		Missing	4
Ultra orthodox	1 (0.8)	Unit	
Religious	22 (17.2)	Surgery	25 (20.8)
Traditional	38 (29.7)	Medicine	20 (16.7)
Secular	66 (51.6)	Oncology	11 (9.2)
Missing	5	Critical care	10 (8.3)
Marital status		Maternity	8 (6.7)
Single	8 (4.7)	Pediatrics	7 (5.8)
Married	109 (84.5)	OR and PACU	7 (5.8)
Divorced	12 (9.3)	Outpatient	7 (5.8)
Widowed	2 (1.6)	Other	25 (20.8)
Missing	4	Missing	13

Place of birth		% FTE	
Israel	79 (61.7)	50	1 (0.8)
Former USSR	26 (20.3)	75	3 (2.3)
North America and South America	7 (5.5)	100	125 (96.9)
Europe	7 (5.5)	Missing	4
Other	5 (3.9)		
Missing	5		
RN education			
RN	5 (3.8)		
RN þBSN	67 (51.5)		
RN þMA	58 (44.6)		

OR: operating room; PACU: postoperative care unit; FTA: full-time equivalent; USSR: Union of Soviet Socialist Republics; RN: registered nurse; BSN: Bachelor of Science in Nursing.

Table 2. Ethical dilemma/moral distress frequency and intensity scores by subscales (N ¼ 133).

Subscale	Frequency			Intensity		
	Sum	Item M	SD	Sum	Item M	SD
Clinical–professional (28 items)	43.0	1.5	0.3	45.4	1.6	1.0
Interpersonal (11 items)	18.5	1.7	0.3	23.2	2.1	1.1
Administration (22 items)	43.4	2.0	0.4	58.1	2.6	1.2
Total (61 items)	103.0	1.7	0.3	122.4	2.3	1.0

Table 3. Highest and lowest scoring frequency items (scale 1–4).

Highest scoring frequency items		
49	Lack of balance between patient care and administrative duties ^a	2.86 (0.95)
48	Pressure to admit patients above the approved number of beds on the unit ^a	2.83 (1.14)
4	Need to take care of an insulting and hurtful patient ^a	2.73 (0.79)
11	Inability to provide good care due to lack of staff ^a	2.73 (0.95)
50	Administrative directives that are not appropriate for the clinical area ^a	2.68 (0.86)
33	Conflicts between the needs of an individual nurse and the	2.55 (0.86)

	unit ^a	
19	Patient/family violence against a nurse ^a	2.52 (0.76)
46	Lack of equipment ^a	2.35 (0.92)
5	Preferential treatment of patient due to connections	2.23 (0.99)
32	Conflicts between the needs of the patient and the family ^a	2.13 (0.82)
Lowest scoring frequency items		
42	Performing research without the patient's consent ^b	1.05 (0.26)
56	Use of money and presents to improve patient care ^b	1.07 (0.29)
15	Conducting tests for research without patient consent ^b	1.11 (0.38)
20	Sexual harassment of a patient ^b	1.11 (0.31)
59	Use of alcohol or drugs by the staff ^b	1.12 (0.41)
27	Purposely providing incorrect diagnosis information to a patient ^b	1.14 (0.37)
54	Discriminatory treatment of a prisoner ^b	1.14 (0.45)
57	Mishandling of funds ^b	1.20 (0.51)

aScored among the highest items in both frequency and intensity.

bScored among the lowest items in both frequency and intensity.

Table 4. Highest and lowest scoring intensity items (scale 0–6).

Highest scoring intensity items		
19	Patient/family violence against a nurse ^a	4.44 (1.85)
11	Inability to provide good care due to lack of staff ^a	4.00 (2.06)
50	Administrative directives that are not appropriate for the clinical area ^a	3.90 (1.90)
49	Lack of balance between patient care and administrative duties ^a	3.79 (2.04)
33	Conflicts between the needs of an individual nurse and the unit ^a	3.68 (1.91)
23	Impolite behavior of a nurse to a patient	3.67 (2.42)
45	Impolite behavior of a nurse to another staff member	3.47 (2.44)
46	Lack of equipment ^a	3.46 (2.10)

4	Need to take care of insulting and hurtful patient ^a	3.36 (1.69)
32	Conflicts between the needs of the patient and the family ^a	3.30 (2.20)
48	Pressure to admit patients above the approved number of beds on the unit ^a	3.08 (2.20)
Lowest scoring intensity items		
42	Performing research without the patient's consent ^b	0.31 (1.07)
56	Use of money and presents to improve patient care ^b	0.32 (1.14)
15	Conducting tests for research without patient consent ^b	0.42 (1.13)
54	Discriminatory treatment of a prisoner ^b	0.42 (1.31)
59	Use of alcohol or drugs by the staff ^b	0.45 (1.42)
57	Mishandling of funds ^b	0.61 (1.48)
27	Purposely providing incorrect diagnosis information to a patient ^b	0.65 (1.55)
20	Sexual harassment of a patient ^b	0.71 (1.77)
14	Not documenting for fear of stigmatizing a patient	0.88 (1.62)
1	Nurse refusal to take care of patient that could endanger the nurse	0.90 (1.44)