

Moraalinen ahdistus neurologisessa hoitotyössä

– kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Monica Rae
KANDIDAATINTUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
24.11.2024

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Kandidaatintutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Monica Rae

Otsikko: Moraalinen ahdistus neurologisessa hoitotyössä -kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Ohjaaja: TtT Camilla Strandell-Laine

Sivumäärä: 40 sivua, 12 liitesivua

Päivämäärä: 24.11.2024

Moraalisen ahdistuksen kokeminen on yleistä hoitotyössä, jossa käsitellään eettisesti haastavia päätöksiä kriittisesti sairastuneiden potilaiden kohdalla. Neurologisessa hoitotyössä käsitellään jatkuvasti eettisiä arvoristiriitoja muun muassa hoidon aloittamiseen, jatkamiseen ja peruuttamiseen liittyvissä päätöksenteoissa. Hoitotyössä joudutaan toteuttamaan keinoja, jotka saattavat olla ristiriidassa hoitajan oman arvomaailman kanssa. Moraalisen ahdistuksen on todettu olevan yhteydessä työhön tyytymättömyyteen ja alalta lähtemiseen. Sillä on yhteys myös potilashoidon laatuun heikentävästi. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata, minkälaista tutkimusta on tehty moraalista ahdistuksesta neurologisessa hoitotyössä, mitä tekijät moraaliseen ahdistukseen ovat yhteydessä, miten se ilmenee ja mitkä tekijät vähentävät moraalista ahdistusta.

Järjestelmällinen tiedonhaku toteutettiin PubMed, CINAHL, Cochrane ja Medic tietokantoihin. Tulokseksi saatiin 99 artikkelia, joista viisi (5) tutkimusartikkelia ja yksi (1) manuaalisesti haettu tutkimusartikkeli valikoituivat lopulliseen katsaukseen. Kirjallisuuskatsaus käsittää yhteensä kuusi (6) tutkimusta, joista jokainen on kvalitatiivinen tutkimus aineistokeruumenetelmänä haastattelu.

Tutkimustulosten perusteella moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät olivat eettiset päätöksentekoon liittyvät haasteet, työolosuhteisiin ja resursseihin liittyvät tekijät, moniammatillinen kommunikaatio ja yhteistyö sekä emotionaalinen kuormitus potilastyössä. Moraalinen ahdistus ilmeni hoitajilla psyykkisenä kuormituksena, fyysisenä uupumuksena ja stressioireina sekä työperäisenä paineena. Moraalista ahdistusta vähentävinä tekijöinä nähtiin merkityksellisyyden ja ammattiympäristön kokeminen, moniammatillisen yhteistyön ja kommunikaation lisääminen, ammatillinen kasvu ja osaamisen kehittäminen, organisaation tuki, rentoutuminen vapaa-ajalla sekä tilanteiden hyväksyminen ja niihin myöntyminen. Jatkossa on tärkeää määrittää moniammatillisen työtiimin roolien tehtävät ja vastuut yhteistyön selkeyttämiseksi. Osana ammatillista kasvua on tärkeää kehittää yksilön moraalista vahvuutta ja resilienssiä. Moraalisen ahdistuksen vähentämiseksi tarvitaan tämän lisäksi myös organisaatioiden tuki ja kyky joustaa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten myötä nousi tarve laatia organisaatiotasolla yhtenevät ohjeet potilashoitoa koskevaa päätöksentekoprosessia varten, jossa varmistettaisiin moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja tiedon jakaminen silloin, kun tehdään potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia päätöksiä.

Avainsanat: moraalinen ahdistus, moraalinen stressi, eettinen päätöksenteko, neurologinen hoitotyö

Sisällysluettelo

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Tausta | 6 |
| 2.1 | Etiikka ja moraalit hoitotyössä | 6 |
| 2.2 | Neurologisen hoitotyön erityispiirteet ja eettiset haasteet | 7 |
| 2.3 | Moraalinen ahdistus hoitotyössä | 8 |
| 2.3.1 | Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen ja seuraukset | 8 |
| 2.3.2 | Tieteellinen tutkimus moraalista ahdistuksesta hoitotyössä | 10 |
| 3 | Tutkielman tarkoitus | 12 |
| 4 | Menetelmät | 13 |
| 4.1 | Hakustrategia | 13 |
| 4.2 | Mukaanotto- ja poissulkukriteerit | 15 |
| 4.3 | Kirjallisuuden hakuprosessi | 16 |
| 4.4 | Aineiston analyysi | 17 |
| 5 | Tulokset | 19 |
| 5.1 | Mukaan valitut tutkimukset | 19 |
| 5.2 | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät | 19 |
| 5.2.1 | Eettiset päätöksentekoon liittyvät haasteet | 20 |
| 5.2.2 | Työolosuhteisiin ja resursseihin liittyvät tekijät | 21 |
| 5.2.3 | Moniammatillinen kommunikaatio ja yhteistyö | 22 |
| 5.2.4 | Emotionaalinen kuormitus potilastyössä | 23 |
| 5.3 | Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen | 23 |
| 5.4 | Moraalista ahdistusta vähentävät tekijät | 25 |
| 5.4.1 | Merkityksellisyys ja ammattiyhteisö | 25 |
| 5.4.2 | Yhteistyö ja kommunikaatio | 26 |
| 5.4.3 | Osaamisen kehittäminen ja koulutus | 26 |
| 5.4.4 | Organisaation ja lähimmäisten tuki | 27 |
| 6 | Tutkimusten laadunarviointi | 29 |
| 7 | Pohdinta | 31 |
| 7.1 | Pohdinta | 31 |
| 7.2 | Luotettavuus | 34 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 7.3 | Johtopäätökset | 35 |
| 7.4 | Jatkotutkimusehdotukset | 36 |
| | Lähteet | 37 |
| | Liitteet | 41 |
| | Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset | 41 |
| | Liite 2. Aineistosta kerätyt sisällönanalyysin analyysiyksiköt | 46 |

1 Johdanto

Paine terveydenhuollon kustannusten hallinnassa ja hoitajien vähentyneet henkilöstömäärät aiheuttavat enenemissä määrin hoitotyötä tekeville eettisiä haasteita. Tällä on vaikutusta hoitotyön laatuun, hoitohenkilökunnan hyvinvointiin sekä alalla pysymiseen. (Booth & Christian 2024, Corley ym. 2005, Lutzen ym. 2003, Salari ym. 2022)

Neurologiseen hoitotyöhön kuuluu ilman kustannustehokkuutta tai hoitohenkilöstön resurssipulaakin isoja eettisiä arvokysymyksiä liittyen neurologisten sairauksien ja hoitotyön luonteeseen. Hoitohenkilökunta tekee eettisesti vaikeita päätöksiä muun muassa hoitojen aloittamiseen, jatkamiseen ja lopettamiseen liittyvissä kysymyksissä. (Hickey 2019, Soinila ym. 2015) Eettinen arvoriistiriita syntyy, kun tuotetaan potilaalle kipua ja kärsimystä suuremman hyödyn tavoittelemiseksi. Toisinaan hoidon tavoitteet eivät ole yksiselitteisiä eikä eettisiin dilemmoihin ole yksiselitteisiä vastauksia. (Beauchamp & Childress 2001)

Moraalista ahdistusta koetaan, kun tiedetään miten pitäisi toimia, mutta itsestään riippumattomista syistä ei oikeaksi näkemäänsä toimintaa pysty toteuttamaan (Jameton 1984, Morley ym. 2019, Wilkinson 1987). Hoitajan vähäinen vaikutusmahdollisuus potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon, työn priorisointiin tai henkilöstömääriin lisäävät moraalisen ahdistuksen määrää. Korkeaa moraalista ahdistusta kokevat hoitajat ovat suuremmassa riskissä lähteä alalta. (Booth & Christian 2024, Fernandez-Parsons ym. 2013, McAndrew ym. 2018, Salari ym. 2022, Silén ym. 2011) Moraalinen ahdistus saattaa johtaa työssä loppuun palamiseen, lisätä työtyytymättömyyttä ja vähentää ammatillista itsenäisyyttä. Moraalisen ahdistuksen aiheuttamien seurausten on todettu myös vaikuttavan potilashoidon laatuun. Hoitohenkilökunta voi ajautua tilanteeseen, jossa he oman henkisen jaksamisen turvaamiseksi välttelevät hankalia potilastilanteita, katsekontaktia tai yhteistyötä. (Salari ym. 2022) On siis tärkeää tunnistaa tähän yhteydessä olevat tekijät ja löytää keinoja vähentää moraalista ahdistusta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata, minkälaista tutkimusta on tehty moraaliseen ahdistukseen neurologisessa hoitotyössä, mitä tekijät moraaliseen ahdistukseen ovat yhteydessä, miten se ilmenee ja mitkä tekijät vähentävät moraalista ahdistusta hoitajilla, jotka työskentelevät neurologiaan erikoistuneilla osastoilla.

2 Tausta

Tutkielman keskeisenä näkökulmana on hoitajan kokema moraalinen ahdistus neurologisessa hoitotyössä. Tässä kappaleessa tarkastellaan miten eettiset päätöksenteot näyttäytyvät hoitotyössä, minkälaisia erityispiirteitä liittyy neurologiseen hoitotyöhön ja mitä tarkoitetaan hoitajan kokemalla moraalisisella ahdistuksella.

2.1 Etiikka ja moraalit hoitotyössä

Etiikka sisältää tapoja pyrkiä ymmärtämään moraalista elämää. Moraali viittaa yleiseen käsitykseen oikeasta ja väärästä. Eettisillä teorioilla pyritään tunnistamaan ja oikeuttamaan näitä moraalisisia normeja. Etiikalla tarkoitetaan usein tieteenalaa, joka tutkii eettistä filosofiaa pyrkien löytämään teorian tai syyn tekojen taustalle sen sijaan, että arvioisi onko teko oikea tai väärä. (Beauchamp & Childress 2001, Murphy & Olsen 1999) Moraali sen sijaan kuuluu etiikkakäsittteen alle ja käsittää muun muassa periaatteita, sääntöjä, oikeuksia ja etuja. Kasvamme tunnistamaan tiettyjä moraalisisia standardeja ja vastuita, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä yhteisössä, jossa elämme. (Beauchamp & Childress 2001)

Hoitotyössä kohdataan monenlaisia eettisiä ongelmia ja hoitohenkilökunta joutuu tekemään erilaisia eettisiä ratkaisuja lähes päivittäin. Hoitaja joutuu puntaroimaan peruskysymyksen kanssa, mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin tilanteissa, joissa ratkaisuja tehdään usein hyvinkin nopeassa tahdissa. Eettisestä ongelmasta on kyse silloin, kun kaksi tai useampi eri arvo on ristiriidassa toistensa kanssa. Ratkaisuvaihtoehtoja saattaa olla useampi, eikä mikään niistä ole täydellinen tai poista täysin ongelmaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015) Periaatteet, säännöt, velvollisuudet ja oikeudet eivät ole jäykkiä ja aina ehdottomia. Niin sanotut *prima facie* -velvollisuudet tulee täyttää, jos mikään muu velvollisuus ei ole painavampi. Teot, jotka vahingoittavat ihmistä tai jättävät jonkin perustarpeen tyydyttämättä, voivat olla oikeutettuja tilanteissa, joissa jonkin muun velvollisuuden noudattaminen on perusteltavampaa kuin vahinkoa aiheuttava teko. Jokainen teko tai tekemättä jättäminen on punnittava aina tilannekohtaisesti. (Beauchamp & Childress 2001)

Terveydenhuollon ammattiryhmiä ohjaavat yhteisiin arvoihin perustuvat eettiset ohjeistot, joissa keskeistä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojele ja terveyden edistäminen. Näistä sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä antaa lausuntoja ja suosituksia Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. (ETENE-julkaisuja I 2001) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan oikeuden hyvään

terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. Sen mukaan hoito edellyttää aina potilaan suostumusta. Potilaalle on annettava aina kaikki se tieto, minkä hän tarvitsee tehdäkseen hoitoaan koskevia päätöksiä. Jos potilas ei pysty terveydentilansa vuoksi ilmaisemaan tahtoaan, se pyritään saamaan selville hänen läheistensä avulla. (L 785/1992) Terveydenhuollon eettinen arvopohja on säilynyt hyvin samankaltaisena parituhatta vuotta. Elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus ovat edelleen keskeisiä periaatteita, joita hoitohenkilökunta pyrkii työssään noudattamaan. (Beauchamp & Childress 2001, ETENE-julkaisuja I 2001)

2.2 Neurologisen hoitotyön erityispiirteet ja eettiset haasteet

Suomenkielinen lääketieteen asiasanasto (FinMeSH) määrittelee neurologisen hoitotyön hoitajien antamaksi neurologisten sairauksien tai tautien hoidoksi. Englannin kielessä neurologisesta hoitotyöstä käytetään käsitteitä *neuroscience nursing* ja *neurological nursing*. (Finto.) Neurologisista sairauksista merkittävimpiä ovat aivoverenkiertohäiriöt (AVH) eli aivoinfarktit ja aivoverenvuodot. Aivoverenkiertohäiriöt kuuluvat sydän- ja verisuonisairauksien ryhmään, jolle suomalaisilla on suurentunut perinnöllinen alttius. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu Suomessa vuosittain noin 25 000 henkilöä, ja hoitokustannukset ovat noin 1,1 miljardia euroa vuodessa. Hoito on kallista ja vaatii suuren osan terveydenhuollon resursseista. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito -suositus, 2024)

Neurologisessa hoitotyössä hoitaja kohtaa eettisiä kysymyksiä päivittäin hoitaessaan potilaita, joilla on kroonisesti eteneviä sairauksia, jotka ovat peruuttamattomassa kooma- tai vegetatiivisessa tilassa ja potilaita, joilla on aivo- tai selkäydinvamma. Neurologiset sairaudet vaikuttavat usein kognitiiviseen toimintaan ja muun muassa kykyyn tehdä itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä tai kykyyn ilmaista oma tahto. Potilas saattaa menettää kyvyn ymmärtää tai kommunikoida. Sairastuminen vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn lisäksi usein voimakkaasti psyykkiseen hyvinvointiin. Vastaa voi tulla tilanteita, joissa joudutaan rajoittamaan potilaan autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta turvallisen hoidon takaamiseksi. (Hickey 2019, Soinila ym. 2015)

Keskeisiä eettisiä kysymyksiä neurologiassa ovat potilaan päätöksenteonkyvyn määrittäminen tai hoitojen aloittamiseen ja peruuttamiseen liittyvät päätökset (Hickey 2019). Sairaanhoitajan on tunnistettava työssään kohtaamat eettiset ongelmatilanteet muun muassa varmistaakseen tietoon perustuvan suostumuksen täyttyvän, jakaakseen käytössä olevan resurssin ja

varmistaakseen potilaan elämänlaadun sen mukaan (Murphy & Olsen 1999). Työ on myös emotionaalisesti raskasta, sillä on kohdattava äkillisen tapahtuman vuoksi halvaantuneita potilaita, etenevän parantumattoman neurologisen diagnoosin saaneita tai kuolemaa lähestyviä potilaita. Toipuminen ei useinkaan tarkoita paluuta traumaan tai sairautta edeltävälle toiminnalliselle tasolle. (Hickey 2019)

Neurologian ollessa nopeasti kehittyvä tieteenala, uudet hoitomuodot ja mahdollisuudet hoitaa yhä moninaisempia ongelmia, nostavat esille uudenlaisia pohdintoja teknologian ja tekoälyn saatavuudesta, laadusta, kustannuksista, arvoista ja eettisistä vaikutuksista käytäntöön. Eettisten ohjeistusten tulkitseminen ei ole aina yksiselitteistä. (Hickey 2019) Neurologisen hoitotyön osaamisen kehittymiselle luo paineita lääketieteen edistynyt kehittyminen neurologisten ja neurokirurgisten potilaiden hoidossa. Maailman neurohoitajien yhdistys (World Federation of Neuroscience Nurses, WFNN) edustaa yli 8800 jäsentä. WFNN pyrkimyksenä viime vuosina on ollut kehittää neurologisen hoitotyön osaamista yhdistäen kansainvälisiä jäseniään jakamaan neurologisen hoitotyön tutkimustietoa. (DeLemos & Evans 2020) Suomen Neurohoitajat ry. (Finnish Association of Neuroscience Nurses, FANN) on mukana edistämässä toiminnallaan neurologisen hoitotyön tutkimustyötä (FANN).

2.3 Moraalinen ahdistus hoitotyössä

Jameton (1984) määritteli ensimmäisen kerran moraalisen ahdistuksen (eng. moral distress) syntyvän, kun oikea toimintatapa on tiedossa, mutta sitä ei voida toteuttaa institutionaalisten rajoitusten vuoksi. Ihminen kokee moraalista ahdistusta, kun hän tietää mikä on oikein, mutta ei pysty syystä tai toisesta toteuttamaan moraalisen päätöksen osoittamaa käyttäytymistä (Jameton 1984). Wilkinsonin (1987) fenomenologinen tutkimus osoitti, että sairaanhoitaja kokee moraalista ahdistusta useimmiten tilanteissa, joissa kuolevien potilaiden elämää pidetään, aiheutetaan haittaa tai ei pystytä vähentämään kipua ja kärsimystä ja joissa potilasta ei nähdä ihmisenä. Moraalisen ahdistuksen on osoitettu vaikuttavan kielteisesti fyysiseen hyvinvointiin, ihmissuhteisiin, työtyytyväisyyteen ja itsetuntoon (Corley ym. 2005, Russell 2012, Wilkinson 1987).

2.3.1 Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen ja seuraukset

Moraaliseen ahdistukseen liittyy ahdistuksen, turhautuneisuuden, voimattomuuden, epävarmuuden ja jopa vihan tunteita (Calvin ym. 2007, Russell 2012, Wilkinson 1987). Wilkinson (1987) määritteli Jametonin jälkeen moraalisen ahdistuksen tarkemmin olevan

psykologinen epätasapaino, joka ilmenee, kun eettisesti oikea toiminta on tiedossa, mutta ei toteutettavissa. Tämän on nähty olevan tunnistettava ilmiö terveydenhuoltoalalla (Elpern ym. 2005, Lützn ym. 2003). Hoitaja näkee potilaan haavoittuvaisimmillaan ja kokee moraalisen velvollisuuden tarjota parasta mahdollista hoitoa. Tämä toisaalta on omiaan synnyttämään moraalista ahdistusta, kun itsestään riippumattomista syistä hoitaja ei pysty toteuttamaan potilaan parasta. (Lützn ym. 2003)

Moraalisen ahdistuksen on nähty olevan osasyynä työhön tyytymättömyyteen, loppuun palamiseen ja alalta lähtemiseen (Corley 2002, Elpern ym. 2005, Fernandez-Parsons ym. 2013, Salari ym. 2022). Jansen ym. (2020) laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin Norjassa akuutilla psykiatrialla työskenteleviä hoitajia, jotka kuvailivat kohtaavansa työssään paljon moraalisesti stressaavia työtilanteita liittyen muun muassa lääkehoitoon pakottamiseen, riittämättömiin resursseihin, psyykkisesti heikommassa asemassa oleviin potilaisiin ja yhä nopeampiin kotiuttamisiin. Henkilökunnan vähäinen määrä ilta- ja viikonloppuvuoroissa koettiin moraalisesti ahdistavana, kun kaikkein sairaimpien, usein itsetuhoisten, eristystä tarvitsevien tai väkivallan vaaraa lisäävien potilaiden seurannasta joutui huolehtimaan kouluttamaton henkilökunta. Moraalista ahdistusta lisäsi riittämättömyyden tunne sekä ihanteiden ja klinisen todellisuuden välinen ristiriita. Tutkimuksessa todettiin, että moraalinen ahdistus aiheutti huonoa omaatuntoa ja syyllisyyden, turhautumisen, vihan, surun, riittämättömyyden, henkisen väsymyksen, emotionaalisen turtumisen ja hajanaisuuden tunteita. (Jansen ym. 2020) Moraalisen ahdistuksen vaikutus hyvinvointiin on siis paljon laajempi, kuin pelkkä työhyvinvointi (Corley 2002).

Moraalisen ahdistuksen aiheuttamat seuraukset eivät välttämättä ole ainoastaan negatiivisia. Moraalisen ahdistuksen kokemusten voidaan nähdä myös lisäävän hoitajan itsenäisyyttä sekä ammatillista kasvua ja kehitystä. Reflektoimalla kokemaansa hoitaja voi oppia tunnistamaan moraaliseen ahdistukseen vaikuttavia tekijöitä ja lisäämään voimavarojaan kohdatessaan eettisesti haastavia tilanteita. Moniammatillisen tiimin osallistuminen tällaisten tilanteiden reflektointiin on yksi moraalista ahdistusta lieventävä tekijä. (McAndrew ym. 2018) Säännölliset debriefing-tapaamiset ja työhajaukselliset keinot potilaan kuoleman ja haastavien potilastapausten jälkeen lisäävät työyhteisön hyvinvointia sekä empatian ja myötätunnon määrää potilaita ja kollegoita kohtaan (Morley 2018).

2.3.2 Tieteellinen tutkimus moraalista ahdistuksesta hoitotyössä

Moraalista ahdistusta on tutkittu jonkin verran hoitotyön näkökulmasta, mutta ei riittävästi (Corley 2002, McAndrew ym. 2018, Salari ym. 2022). Neurologisen hoitotyön näkökulmasta sitäkin vähemmän. Salari ym. tutki kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin avulla, miten moraalisen ahdistuksen yleisyyttä ja vaikeusastetta on tutkittu hoitotyössä. Kirjallisuuskatsausta varten tehtiin haku yhteensä 11 kansainväliseen tiedonhakuohjelmaan aikavälillä 2005–2020 helmikuuta. Yhtenä mukaanottokriteerinä oli, että tutkimuksissa tuli olla määriteltynä moraalisen ahdistuksen yleisyys ja vakavuus ja/tai vaikeusaste. Katsaukseen valikoitui yhteensä 59 tutkimusartikkelia, yksikään näistä ei neurologisen hoitotyön näkökulmasta. (Salari ym. 2022) Valtaosa tutkimuksista on laadullisia kuvailevia tutkimuksia aiheen ymmärtämiseksi, useimmat akuutti- tai tehohoitotyön saralta. Hyvin vähän on mitattu esimerkiksi moraaliseen ahdistukseen vaikuttavien toimenpiteiden tehokkuutta. (McAndrew ym. 2018)

Moraalisen ahdistuksen ilmenemiseen ja tunnistamiseen on kehitetty joitakin mittareita mittaamaan muun muassa moraalisen ahdistuksen ilmenemisen laajuutta, syvyyttä ja siihen korreloivia tekijöitä (McAndrew ym. 2018). Moraalisen ahdistuksen mittaamiseen on olemassa muun muassa mittarit The Moral Distress Scale (MDS) (Corley ym. 2001), MDS-Revised (MDS-R) (Hamric ym. 2012), Moral Distress Thermometer (Wocial & Weaver 2013) ja Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version (CNQ-CCV) (Falcó-Pegueroles ym. 2013). Näiden pohjalta saadut tulokset ovat vähintäänkin ristiriitaiset. Moraalista ahdistusta mittaamalla saatujen tutkimusten perusteella on todettu, että korkeat moraalisen ahdistuksen pisteet ovat saaneet hoitajat, jotka ovat joko lähteneet alalta tai pohtineet alanvaihtoa. Osa tutkimuksista osoittaa, että nuoremmilla hoitajilla, joilla työvuosia on vähemmän, moraalinen ahdistus olisi korkeampi. Osassa tutkimuksista on taas saatu näyttöä siitä, että kokeneemmilla hoitajilla moraalisen ahdistuksen tasot ovat korkeammat. (McAndrew ym. 2018) Tätä saattaa selittää *moral residue* -ilmiö, jossa moraalisen ahdistuksen ajatellaan ikään kuin kasaantuvan vuosien myötä, vaikka varsinainen moraalinen velvoite ei ole enää ajankohtainen. Beauchamp & Childress (2001) kuvaavat kirjassa *Principles of Biomedical Ethics* *moral residue* -käsitettä *prima facie* -velvollisuuksien kautta. Usein eettisessä ristiriitatilanteessa joudutaan valitsemaan kahden tai useamman ”huonon” vaihtoehdon, eli velvollisuuden, väliltä joutuen tällöin ohittamaan yhden tai useamman moraalisen velvollisuuden. Esimerkkinä potilaan itsemääräämisoikeuden ohittaminen potilaan fyysisellä rajoittamisella turvallisen hoidon varmistamiseksi. Fyysinen rajoittaminen potilaan tahdonvastaisesti on tietysti moraalisesti

väärin. Mutta joissakin perustelluissa tilanteissa turvallisen hoidon toteuttamisen varmistamiseksi tämä saattaa olla potilaan kannalta moraalisesti parempi vaihtoehto kuin rajoittamatta jättäminen. Valinta saattaa kuitenkin jättää tekijälle katumuksen tunteen, moraalisen jäännöksen, vielä pidemmäksi aikaa moraalisen velvollisuuden ohittamisen jälkeen. (Beauchamp & Childress 2001)

Jonkin verran epäselvyyttä on herättänyt se, tulkitsemmeko käsitteet moraalinen ahdistus ja moraalinen velvoite tai dilemma samalla tavalla. Moraalisen ahdistuksen käsitettä on syytetty muodostaneen niin sanotun kattotermin monenlaisille ahdistusta aiheuttaville ilmiöille (Morley ym. 2019, Rushton 2023). Moraalista ahdistusta on Jametonin vuoden 1984 määritelmän jälkeen, nyt jo kolmekymmentä vuotta, useamman tutkijan taholta pyritty uudelleen määrittelemään tai selkeyttämään, mutta täyttä konsensusta ei määritelmästä tutkijoilla vielä ole. Eri mittarit määrittelevät moraalisen ahdistuksen hieman eri tavoin, eikä niiden tuottamat mittaustulokset ole tällöin toisiinsa verrattavissa. (Morley ym. 2019)

3 Tutkielman tarkoitus

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata, minkälaista hoitotieteellistä tutkimusta on tehty hoitajan kokemasta moraalista ahdistuksesta neurologisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä hoitajien kokemasta moraalista ahdistuksesta ilmiönä sekä tarkastella sen ilmenemistä neurologisessa hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista tutkimusta on tehty moraalista ahdistuksesta neurologisessa hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä moraaliseen ahdistukseen hoitajilla?
3. Miten moraalinen ahdistus ilmenee hoitajilla?
4. Mitkä tekijät vähentävät moraalista ahdistusta?

4 Menetelmät

Tutkielma on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta ja muun muassa selvittää, kuinka paljon aiheet on aikaisemmin tutkittu (Stolt ym. 2016). Hoitotyön ilmiöiden kuvailevaan tarkasteluun, tiedon keräämiseen ja ymmärryksen lisäämiseen kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusasetelmana toimivin valinta (Kangasniemi ym. 2013). Tämä työ on kandidaatintutkielma, jossa aineistonhaku on tehty yhden henkilön toimesta neljää tietokantaa hyödyntäen. Aihtta on tutkittu vähän, joten kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii parhaiten tutkimusasetelmaksi. Kirjallisuuskatsausta varten tehtiin järjestelmällinen tiedonhaku. Tiedonhaku toteutettiin PubMed, CINAHL, Cochrane ja Medic tietokantoihin heinä-elokuussa 2024. Haun rajauksena käytettiin kielinä englanti, suomi ja ruotsi. Haun tulosta ei rajattu julkaisuvuoden mukaan, sillä aihtta on tutkittu hyvin vähän ja tuloksia saatiin rajallisesti.

4.1 Hakustrategia

Alustavilla kokeellisilla hauilla aihtta lähestyttiin käsitteillä ”eettinen kuormitus” (eng. ethical load/burden) ja ”eettisten ongelmien/päätöksenteon” (eng. ethical dilemmas/ decisions-making) vaikutus hoitajaan neurologisessa hoitotyössä. ”Ethical load”-käsitteellä ei saatu lainkaan tulosta PubMedistä. Alustavien kokeellisten sekä manuaalisten hakujen kautta löydettyjen tutkimusartikkeleiden myötä vastaan tuli käsite ”moral distress”, joka sopi kuvaamaan tutkielman kohteena olevaa ilmiötä paremmin. Tästä käsitteestä saatetaan käyttää suomennosta ”moraalinen stressi”. Koska sana ”distress” tarkoittaa suomeksi stressin sijasta enemmän ahdinkoa, tuskaa, hätää tai kärsimystä, tässä tutkielmassa käsitettä ”moral distress” päädyttiin suomentamaan käsitteellä ”moraalinen ahdistus”. Tutkielman keskeisiksi käsitteiksi muokkaantuivat moraalinen ahdistus ja neurologinen hoitotyö.

Kirjallisuuskatsauksen varsinaiset hakulausekkeet muodostettiin keskeisten käsitteiden avulla (taulukko 1). Käsitteille etsittiin englanninkieliset vastineet ja synonyymeja sanakirjapalveluiden avulla. Käsitteille haettiin myös PubMedissä MeSH-asiasanat ja CINAHL:ssa Subject Headings -asiasanat.

Taulukko 1 Keskeiset käsitteet ja hakusanat

| Moraalinen ahdistus Moral distress | Neurologinen hoitotyö Neuroscience nursing |
|---|---|
| "ethical load" "ethical issue*" "ethical dilemma*" "ethical decision-making" "ethical decision making" "eettinen kuormit*" "eettinen ongelma" "eettiset ongelmat" "eettisesti haastavat tilanteet" "eettinen päätöksenteko" "eettinen stressi" "eettinen ahdistus" "moral distress" "moral stress" "moral stress support" "moral issue*" "moral courage" "moral obligation" "moraalinen stressi" "moraalinen ahdistus" | "neuroscience nurs*" "neurological nurs*" "neurological ward" "stroke unit" "neurologinen hoitotyö" "neurologinen hoitaja" "neurologian osasto" |

Tiedonhaku toteutettiin neljään tietokantaan PubMed, CINAHL, Cochrane ja Medic. Näistä ainoastaan PubMed ja CINAHL tuottivat tuloksia. Hakulausekkeet ja rajaukset on listattu taulukossa 2.

Taulukko 2 Hakulausekkeet ja rajaukset

| Tietokanta | PVM | Hakulauseke | Rajaukset | Tulokset |
|-------------------|------------|---|----------------------------------|-----------------|
| PubMed | 3.8.2024 | ("ethical issue*" OR "ethical dilemma*" OR "ethical decision-making" OR "ethical decision making" OR "ethical competence" OR "moral distress" OR "moral stress" OR "moral stress support" OR "moral issue*" OR "moral courage" OR "Ethics"[Mesh] OR "Moral Obligations"[Mesh]) AND ("neuroscience nurs*" OR "neurological nurs*" OR "Neuroscience Nursing"[Mesh] OR "neurological ward*" OR "neurological unit*" OR "stroke unit*") | Kieli: English, Swedish, Finnish | 43 |

| Tietokanta | PVM | Hakulauseke | Rajaukset | Tulokset |
|------------|-----------|--|----------------------------------|----------|
| CINAHL | 17.7.2024 | ("ethical load" OR "ethical issue*" OR "ethical dilemma*" OR "ethical decision-making" OR "ethical decision making" OR "ethical competence" OR "moral distress" OR "moral stress" OR "moral stress support" OR "moral issue*" OR "moral courage" OR (MH "Ethics, Nursing")) AND ((MH "Neuroscience Nursing+") OR (MH "Neuroscience Nurses") OR "neuroscience nurs*" OR "neurological nurs*" OR "neurological ward*" OR "neurological unit*" OR "stroke unit*") | Kieli: English, Swedish, Finnish | 56 |
| Cochrane | 15.7.2024 | "ethical load" OR ethical NEXT issue* OR ethical NEXT dilemma* OR "ethical decision-making" OR "ethical decision making" OR "moral distress" OR "moral stress" OR "moral stress support" OR moral NEXT issue* AND neuroscience NEXT nurs* OR neurological NEXT nurs* OR "neurological healthcare worker" | Ei rajoituksia | 0 |
| Medic | 17.7.2024 | "ethical issue*" "ethical dilemma*" "ethical decision-making" "ethical decision making" "ethical competence" "moral distress" "moral stress" "moral stress support" "moral issue*" "moral courage" "eettinen kuormitus" "eettinen ongelma" "eettiset ongelmat" "eettisesti haastavat tilanteet" "eettinen päätöksenteko" "eettinen stressi" "eettinen ahdistus" "moraalinen stressi" "moraalinen ahdistus" AND "neuroscience nurs*" "neurological nurs*" "neurological ward*" "neurological unit*" "stroke unit*" "neurologinen hoitotyö" "neurologinen hoitaja" "neurologian osasto" "aivoverenkiertohäiriö" "AVH-osasto" | Ei rajoituksia | 0 |

4.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston valinnan keskeisimpänä mukaanottokriteerinä oli, että tutkimuksen on käsiteltävä moraalista ahdistusta neurologisessa hoitotyössä. Valittujen artikkeleiden tai tutkimusten oli vastattava vähintään yhteen tutkimuskysymykseen ja käsiteltävä aihetta nimenomaan neurologisen hoitotyön näkökulmasta. Lisäksi valittujen artikkeleiden tuli olla vertaisarvioituja

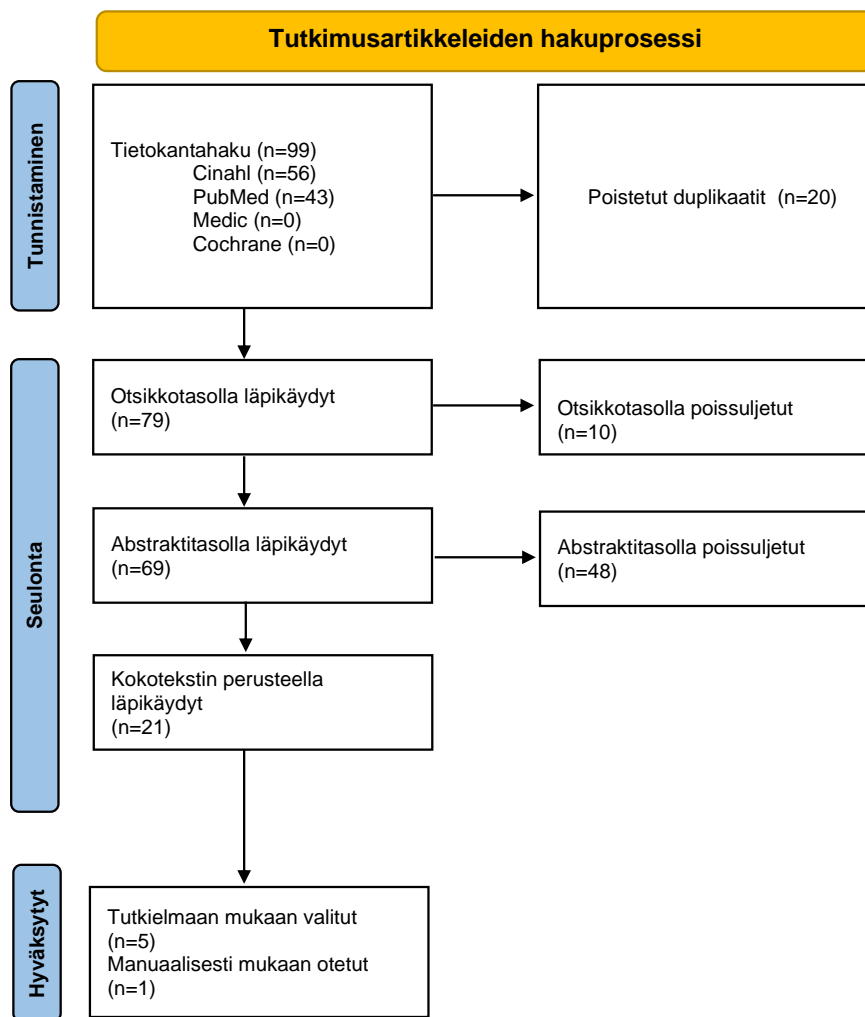
empiirisiä tieteellisiä tutkimuksia. Aineistosta rajautuivat pois artikkelit, jotka käsittelivät jotakin muuta erikoisalaa tai hoitotyön kenttää kuin neurologia. Lisäksi aineistosta rajautuivat pois tutkimukset, joissa neurohoitotyön eettisiä dilemmoja tarkasteltiin jostakin muusta näkökulmasta kuin hoitajaan kohdistuvien vaikutusten näkökulmasta. Aineistosta rajattiin pois myös artikkelit, jotka eivät olleet saatavilla ilmaiseksi. Koska kriteerit täyttävää aineistoa oli saatavilla hyvin rajallisesti, artikkeleiden julkaisuvuotta ei rajattu. Vanhin aineistoon valikoitunut tutkimusartikkeli on vuodelta 2007.

Taulukko 3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

| Mukaanottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|--|---|
| Vertaisarvioitu empiirinen tutkimus | Ei vertaisarvioitu empiirinen tutkimus |
| Vastaa tutkimuskysymyksiin, miten moraalinen ahdistus ilmenee neurologisessa hoitotyössä ja/tai mitkä tekijät tähän vaikuttavat. | Ei vastaa tutkimuskysymyksiin, miten moraalinen ahdistus ilmenee neurologisessa hoitotyössä ja/tai mitkä tekijät tähän vaikuttavat. |
| Tutkimus on neurologisen hoitotyön näkökulmasta. | Tutkimus ei ole neurologisen hoitotyön näkökulmasta. |
| Koko teksti on saatavilla ilmaiseksi | Teksti ei ole saatavilla ilmaiseksi |

4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Tietokantahaulla saatiin yhteensä 99 hakutulosta. Kaksoiskappaleita eli duplikaatteja oli yhteensä 20. Saadut tulokset käytiin ensiksi otsikkotasolla läpi ja näistä poistettiin 10 artikkelia, jotka eivät liittyneet tutkielman aiheeseen. Tämän jälkeen abstraktitasolla läpikäydyistä artikkeleista poistettiin 48 artikkelia aikaisemman Taulukossa 3 esitettyjen poissulkukriteereiden perusteella. Yhteensä 21 artikkelin koko teksti käytiin läpi ja näistä 5 täytti mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Nämä 5 artikkelia valikoituivat kirjallisuuskatsauksen aineistoksi. Lisäksi mukaan valittiin manuaalisesti yksi tutkimusartikkeli. Tämän kirjallisuuskatsauksen aineistoon valikoitui siis yhteensä 6 tutkimusartikkelia. Hakuprosessi on kuvattu vaiheittain kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedonhakukaavio PRISMA 2020 flow diagrammia mukaillen (Prisma 2020).

4.4 Aineiston analyysi

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui hyvin homogeeninen aineisto eli tutkimuskysymykset, käytetyt käsitteet, tutkimusasetelmat ja menetelmät ovat samankaltaisia suhteessa toisiinsa. Alkuperäistutkimukset taulukoitiin saaden näin kokonaiskuva aineistosta (liite 1.) Jokainen tutkimus on laadullinen tutkimus, joissa tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia. Yhdessä tutkimuksessa vertaillaan kahden tämän kirjallisuuskatsauksen aineistoon kuuluvan tutkimuksen aineistoa keskenään.

Laadulliset aineistonkäsittelymenetelmät sopivat kirjallisuuskatsauksiin, joiden tarkoituksena on kuvata ja jäsentää valittua tutkimusilmiötä tai luoda kokonaisuus sisällöstä (Stolt ym. 2016). Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä mukaillen eli tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Tämä menetelmä todettiin sopivan käytettäväksi, sillä aineisto koostuu laadullisista empiirisistä tutkimuksista (Elo ym. 2022, Stolt ym. 2016).

Induktiivinen lähestymistapa soveltuu parhaiten, kun tutkittua tietoa aiheesta on vähän ja halutaan kuvata hoitotyön monitahoisia ilmiöitä (Elo & Kyngäs 2008). Perusteellisen aineistoon perehtymisen jälkeen aineistosta poimittiin tutkimuskysymyksiin 2.–4. vastaavia lauseita, sanapareja tai sanoja eli analyysiyksiköitä (Elo ym. 2022) ja nämä taulukoitiin (liite 2.). Jokaisesta kuudesta tutkimuksesta eriteltiin analyysiyksiköt, jotka kuvailivat, miten moraalinen ahdistus hoitajissa ilmenee ja mitkä tekijät ovat yhteydessä tähän. Aineiston analyysivaiheen aikana syntyi tutkielman neljäs tutkimuskysymys, mitkä tekijät vähentävät moraalista ahdistusta. Jokaisessa aineistoon valikoidussa artikkelissa käsiteltiin moraalista ahdistusta vähentäviä tekijöitä, vaikkakaan tämä tutkimuskysymys ei ollut aineiston valintavaiheessa tutkimusasetelmassa mukana. Saadut analyysiyksiköt pelkistettiin ja ryhmiteltiin samankaltaisuuden perusteella alakategorioihin ja osassa yläkategorioihin, jotka nimettiin sisältölähtöisesti. Näin saatiin jäsenneiltyä aineistosta saadut tulokset, jotka esitellään seuraavassa kappaleessa.

5 Tulokset

Tässä luvussa käsitellään kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset. Tulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

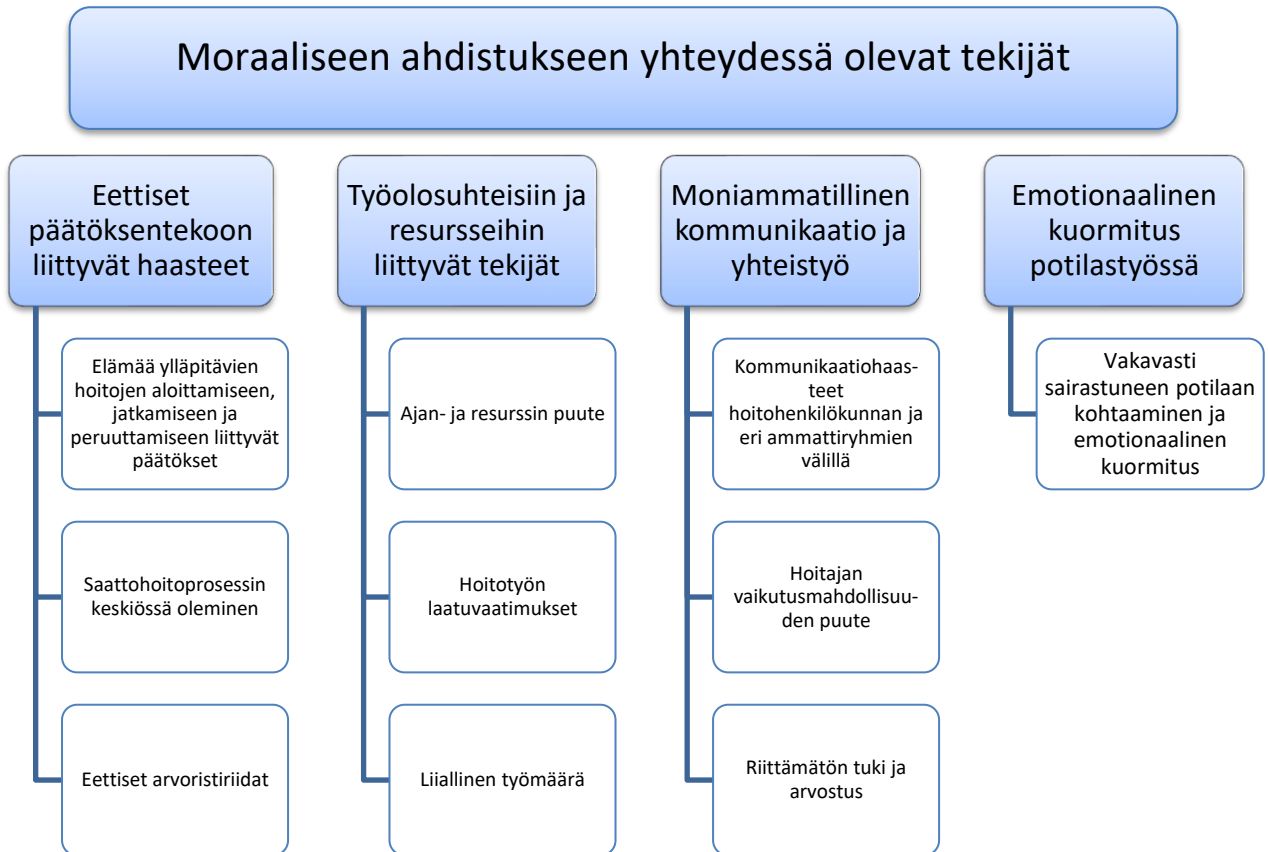
5.1 Mukaan valitut tutkimukset

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoitui yhteensä kuusi (n=6) tutkimusartikkelia. Jokainen näistä on vertaisarvioitu laadullinen empiirinen tutkimus, joissa aineistokeruumenetelmänä on käytetty haastattelua. Tutkimukset on tehty vuosien 2007–2014 välisenä aikana. Kolme tutkimusta on tehty Ruotsissa (n=3), yksi Yhdysvalloissa (n=1), yksi Kiinassa (n=1) ja yksi on kahden tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoidun tutkimuksen aineistoa vertaileva tutkimus, joka on toteutettu sekä Kiinassa että Ruotsissa (n=1). Tämä vertaileva tutkimus käytti aineistona kahdesta aikaisemmin tehdystä empiirisestä tutkimuksesta saadut haastattelut, jotka toteutettiin Ruotsissa ja Kiinassa samaa tutkimusasetelmaa ja haastattelurunkoa käyttäen. Valikoitujen tutkimusten haastateltavien määrä vaihteli 10–41 osallistujan välillä. Kaikki tutkimusartikkelit ovat englanninkielisiä. Liitteessä 1 on taulukoituna kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit, niiden tekijät, julkaisuvuosi, tutkimusten tarkoitus ja tavoitteet, tutkimusmenetelmät ja keskeiset tulokset.

Hoitajien kokemaa moraalista ahdistusta neurologisessa hoitotyössä on kaiken kaikkiaan tutkittu hyvin vähän ja tehdyt tutkimukset ovat 10 vuotta tai yli vanhoja. Yhdessäkään artikkelissa ei lähdetty tutkimaan varsinaista moraalista ahdistusta käsitteenä vaan tämä nousi aineiston tulosten tarkastelun yhteydessä. Hoitajien kuvaamat tuntemukset ja niihin yhteydessä olevat tekijät vastaavat Jametonin (1984) alkuperäiseen määritelmään moraalista ahdistuksesta, ja siksi artikkelit vastaavat tähän kirjallisuuskatsaukseen asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

5.2 Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät

Artikkeleista saatujen tutkimustulosten perusteella moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät (kuvio 2) voidaan jakaa neljään yläkategoriaan: (1) eettiset päätöksentekoon liittyvät haasteet, (2) työolosuhteisiin ja resursseihin liittyvät tekijät, (3) moniammatillinen kommunikaatio ja yhteistyö ja (4) emotionaalinen kuormitus potilastyössä.



Kuvio 2. Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät

5.2.1 Eettiset päätöksentekoon liittyvät haasteet

Tutkielmaan valittujen artikkeleiden perusteella eettiset päätöksentekoon liittyvät haasteet (kuvio 2) olivat merkittävin ja suurin moraalista ahdistusta lisäävä tekijä (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Näihin kuuluivat elämää ylläpitävien hoitojen aloittamiseen, jatkamiseen ja peruuttamiseen liittyvät päätökset ja päätöksen tekemiseen liittyvät ristiriitaiset tuntemukset, jotka nousivat esille jokaisessa kuudessa tutkimuksessa. Kolme tutkimusta kuudesta käsitteli nimenomaan hoitajan roolia tai tuntemuksia kuolevan tai saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoitoprosessissa. Näissä tutkimuksissa tarkoituksena oli kuvailla hoitajien käsityksiä roolistaan ja vastuustaan päätöksentekoprosessissa päätettäessä hoitaa potilasta aktiivisesti tai siirtyä saattohoitoon (Calvin ym. 2007), tutkia, mitä eettisiä ongelmia ilmenee ja miten ne vaikuttavat

hoitohenkilökuntaan hoidettaessa kuolevaa potilasta akuutissa stroke-yksikössä (Eriksson ym. 2014) tai kuvailla hoitajien kokemuksia potilaan kuollessa äkillisesti akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön voimatta pelastaa heidän henkeään (Rejnö ym. 2013). Myös Silén ym. (2008), Tang ym. (2007) ja Wadensten ym. (2008) tutkimuksissa nousi esille elämän loppuvaihetta koskevat päätöksenteot sekä niissä esille nousevat eettiset dilemmat.

Hoitajat kokivat olonsa voimattomaksi muun muassa tilanteissa, joissa potilaan nesteensaannista pitäydyttiin potilaan nielemisvaikeuden vuoksi tai joutuessaan selittämään potilaan omaiselle nesteytyksen lopettamispäätöksestä. Myös emotionaalisesti vaikeaksi nähtiin tilanteet, joissa hoidon jatkamisesta ja lopettamisesta ei ollut selkeää päätöstä. Eettinen ristiriita muodostui siitä, tavoitellaanko toiminnolla potilaan parasta vai aiheutetaanko sillä ylimääräistä kipua tai kärsimyksen pitkittämistä. Sama eettinen ristiriita syntyi, riippumatta siitä oliko kyseessä nesteensaannin lisäksi ravinnonsaannin, lääkehoidon ja tutkimusten sekä näytteenoton tarpeellisuudesta. Joissain tilanteissa hoitajat saattoivat kokea, että potilaalle tuotettiin turhaan kipua ja kärsimystä hoitotoimenpiteillä, jotka eivät enää edistäneet potilaan selviytymismahdollisuutta tai tuottaneet uutta informaatioita hoidon suhteen. (Eriksson ym. 2014, Silén ym. 2008)

Yhdysvalloissa tehdyssä Calvin ym. (2007) tutkimuksessa neurologisessa tehohoito -yksikössä työskennelleet sairaanhoitajat kuvasivat olevansa ikään kuin keskiössä potilaan saattohoitoprosessissa, lääkärin ja potilaan omaisten välissä, ja toimivansa potilaan puolestapuhujana. Hoitaja oli läsnä potilaan perheen ja omaisten kanssa kuunnellen heidän näkemyksiään ja selvittäen mahdollisesti omaisilla tiedossa olevaa potilaan tahtoa. Osana hoitajan roolia nähtiin tärkeäksi selventää omaisille selkokielellä, mitä lääkärit lääketieteellisin termein tilanteesta kertoivat, sekä ohjata omaiset hoitohenkilökunnan näkemyksestä ”oikeaan” päätöksentekoon siitä jatketaanko hoitoa vai ei. He toimivat lääkäreiden ja omaisten kommunikaation keskiössä. Tämä koettiin hämmentävänä, turhauttavana ja emotionaalisesti uuvuttavana roolina, mutta hoitajat kokivat myös etuoikeutettuna olemisen tunteita. (Calvin ym. 2007)

5.2.2 Työolosuhteisiin ja resursseihin liittyvät tekijät

Ajan- ja resurssin puute sekä liiallinen työmäärä (kuvio 2) nähtiin moraalista ahdistusta lisäävänä tekijänä (Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Ajanpuute johti siihen, ettei ollut aikaa keskustella moniammatillisesti eettisesti haastavista tilanteista ja läpikäydä yhdessä mahdollisia ratkaisuvaihtoehtoja (Eriksson

ym. 2014). Lisäksi ajanpuutteen ja riittämättömän henkilöstömäärän tai -osaamistason vuoksi hoitajat kuvailivat joutuvansa tekemään valintoja ja priorisoimaan potilaiden hoidon tarpeiden välillä. Hoitajat kokivat tunnontuskaa ja turhautuneisuutta siitä, etteivät ehtineet olemaan riittävästi kuolevan potilaan tai heidän omaisten vierellä tukena, sillä muu toiminta ja tehtävät osastolla eivät tätä mahdollistaneet. (Rejnö ym. 2013)

Työmäärä nähtiin liian suureksi suhteessa henkilöstön määrään ja osaamistasoon. Potilaita ei pystytty hoitamaan niin hyvin kuin olisi haluttu. (Wadensten ym. 2008) Poliittiset päätökset ja paine terveydenhuollon kustannusten vähentämisessä nähtiin olevan osaksi syinä tähän (Silén ym. 2008). Stressitekijöinä kuvattiin myös muut organisatoriset velvollisuudet muun muassa raporttien ja suunnitelmien laatimiset. Nämä nähtiin aikaa-vieviksi ja vähentävän hoitajalta potilaan vierellä käytettävää aikaa. Neurologisen lääketieteen kehitys vaikutti myös kasvattaneen potilaiden vaatimuksia hoidon suhteen, mikä aiheutti lisäpaineita hoitohenkilöstölle. Jatkuva hoitotyön laadun mittaaminen ja seuranta koettiin myös painostavaksi. Hoitotyön laadun mittaamisen esimerkeiksi nimettiin muun muassa potilaiden kuntoutumisen ja painehaavojen ilmaantumisen seurannat. Ajan- ja resurssinpuutteen nähtiin myös johtavan siihen, ettei henkilöstöllä ollut aikaa kouluttautumiselle ja oman osaamisen kehittämiseksi. (Tang ym. 2007)

5.2.3 Moniammatillinen kommunikaatio ja yhteistyö

Eettisten haasteiden lisäksi toinen kaikissa tutkimusartikkeleissa esille noussut moraalista ahdistusta aiheuttava tekijä oli kommunikaatio- ja yhteistyöhaasteet hoitohenkilöstön välillä (kuvio 2). Hoitajat kokivat, ettei hoitopäätöksistä keskusteltu riittävästi moniammatillisesti, vaikka henkilöstöllä saattoi olla eriäviä näkemyksiä hoidon suhteen (Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008).

Hoitajat kokivat, ettei heidän näkemyksiään ja hoitotyön asiantuntijuutta otettu riittävästi huomioon päätettäessä hoitosuuntauksista ja muun muassa siitä, jatketaanko vai lopetetaanko elämää ylläpitäviä hoitoja potilailla. Hoitajat kuvailivat joutuvansa toteuttamaan hoitoa, joka oli vastaan heidän omaa näkemystään ja hoidollista tietämystään. Päätösten tekemättä jättäminen tai epäselvyys hoidon tavoitteissa nähtiin kommunikaatiohaasteiden seurauksena. (Eriksson ym. 2014, Silén ym. 2008) Hoitajan vaikutusmahdollisuuden puute hoitopäätöksiin tai siihen, miten hoitotyötä toteuttaa, nähtiin jokaisessa tutkimuksessa moraalista ahdistusta lisäävänä tekijänä. Hoitajat kokivat myös toisinaan, etteivät saaneet riittävästi tukea ja

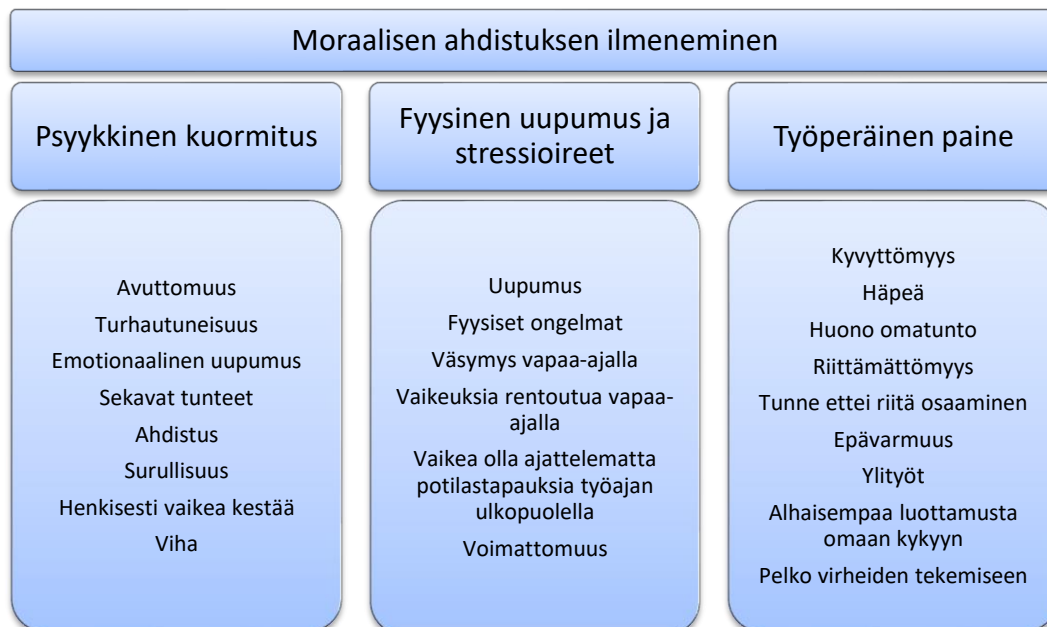
ammattillista kunnioitusta lääkäreiltä, esihenkilöiltä, omaisilta tai potilailta (Eriksson ym. 2014, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007).

5.2.4 Emotionaalinen kuormitus potilastyössä

Vakavasti sairastuneiden potilaiden tilan arvaamattomuus ja tapahtumien äkillisyys koettiin henkisesti raskaaksi kohdata (kuvio 2). Hoitajat kuvailivat emotionaalisesti raskaaksi hoitaa etenkin nuoria vakavasti sairastuneita potilaita (Silén ym. 2008). Hoitajat kuvailivat myötäelävänsä kuolevan potilaan omaisten ja läheisten kokemaa henkistä kipua ja kärsimystä. Voimattomuuden tunteet tilanteissa, joissa ei ollut enää mitään tehtävissä, koettiin emotionaalisesti kuluttavina. (Calvin ym. 2007) Toisinaan hoitajat kuvailivat joutuvansa todistamaan potilaan kipujen kärsimystä ennen kuin riittävään kivunhoitoon oli saatu lääkäriltä määräys. Lupa riittävälle kivunhoidolle saatettiin saada vasta viiveellä, kun palliatiivinen hoitopäätös oli tehty. (Eriksson ym. 2014)

5.3 Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen

Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen hoitohenkilöstössä jaettiin tutkimuksista saatujen tulosten perusteella kolmeen kategoriaan: (1) psyykinen kuormitus, (2) fyysinen uupumus ja stressioireet ja (3) työperäinen paine, jotka on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Moraalisen ahdistuksen ilmeneminen

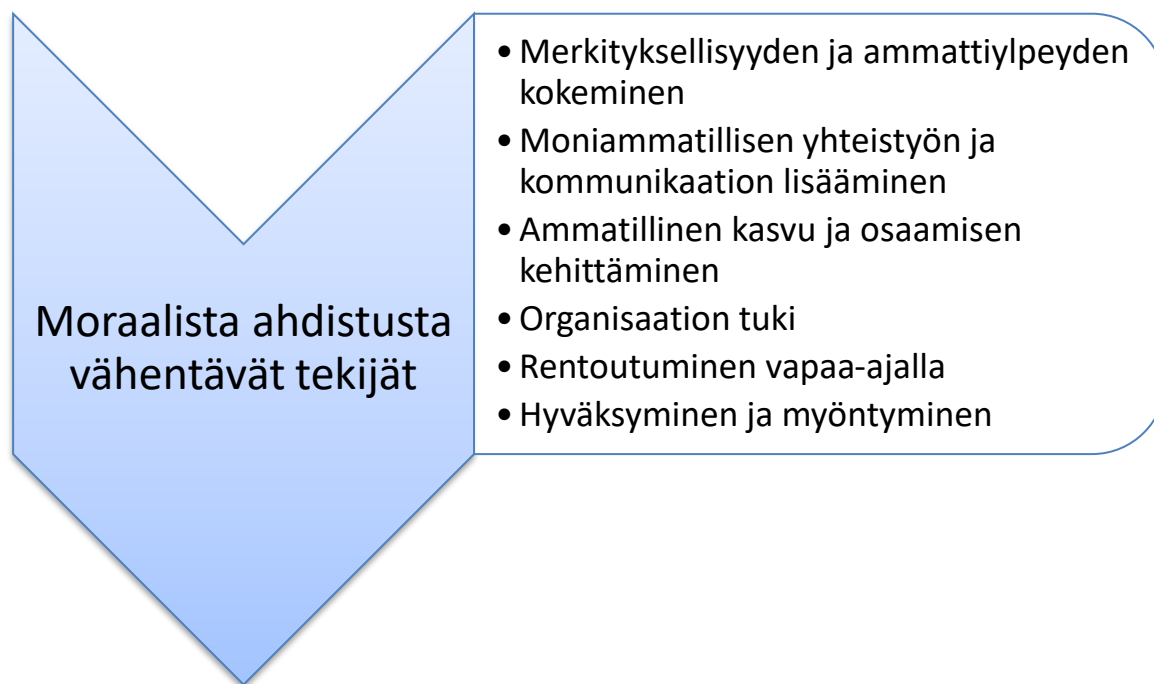
Edellä esitetyt moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät ilmenivät hoitajilla monin negatiivisin tuntein. Näitä olivat avuttomuus, turhautuneisuus, emotionaalinen uupumus, ahdistus, surullisuus, viha ja yleisesti sekavat tunteet. Olotilaa kuvattiin myös ”henkisesti vaikeaksi kestää” (Silén ym. 2008). Nämä tunnetilat kategorioitiin (1) psyykkiseen kuormitukseen (kuvio 3). Turhautuneisuutta ja jopa vihaa saatettiin kokea tilanteissa, joissa hoitaja ei voinut toteuttaa hoitotyötä niin, miten itse parhaaksi näki. Tähän vaikuttivat hoitopäätökset, joihin hoitajalla ei ollut vaikutusmahdollisuutta sekä ajan- ja resurssipuutteet, jotka määrittivät, millaista hoitoa pystyttiin antamaan. (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007)

Fyysiseksi uupumukseksi ja stressioireiluksi (2) sopii hoitajien kuvailemat uupumus, fyysiset ongelmat, väsymys ja vaikeus rentoutua vapaa-ajalla, vaikeus olla ajattelematta potilastapauksia vapaa-ajalla sekä yleinen voimattomuus (kuvio 3). Osa hoitajista koki, etteivät tulisi tekemään hoitoalan työtä eläkeikään asti huonontuneen fyysisen terveyden vuoksi. Huonontunut fyysinen terveys nähtiin johtuvan osaksi päivittäin koetusta voimakkaasta ahdistuksesta ja työhön turhautuneisuudesta (Tang ym. 2007). Väsymys ja vaikeus olla ajattelematta potilastapauksia vapaa-ajalla nousi esiin jonkin verran ja etenkin vakavasti sairastuneiden nuorten potilastapauksien kohdalla ajatukset jäivät pyörimään työasioihin vielä työajan ulkopuolella (Silén ym. 2008, Tang ym. 2007).

Kuviossa 3 työperäisen paineen (3) alle luokiteltiin ilmaukset kyvyttömyys, häpeä, huono-omatunto, riittämättömyys, epävarmuus, ylityöt, pelko virheiden tekemisestä, alhainen luotto omaan kykyyn ja tunne, ettei riitä osaaminen. Häpeä kuvattiin nousevan esille tilanteessa, jossa potilaan saattohoitopäätös muutettiin aktiiviseen hoitolinjaan ja hoitaja joutui selittämään muuttunutta hoitolinjaa omaisille, joiden kanssa oli jo aikaisemmin aloittanut prosessoimaan lähestyvää kuolemaa. Muuttunut hoitolinja oli lääkärin päätös ja eriävä hoitajan näkemyksen kanssa aiheuttaen hoitajalle eettisen ristiriidan sekä tunteen siitä, että on menettänyt potilaan omaisen luottamuksen (Eriksson ym. 2014). Kiinassa Tang ym. (2007) tehdyssä tutkimuksessa hoitajat kokivat virheiden tekemisen pelkoa sekä alhaisempaa luottamusta omaan kykyyn suorittaa työnsä. Tähän vaikuttivat hoitajien tuntemukset siitä, etteivät pysty vastaamaan lääkäreiden ja potilaiden heille asettamiin vaatimuksiin. Huonoa omatuntoa tai kyvyttömyyttä koettiin tilanteissa, joissa ei työaikapaineiden takia ehditty tekemään kaikkea tai niin laadukkaasti kuin oma ammatillinen näkemys olisi nähnyt tarpeelliseksi (Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007).

5.4 Moraalista ahdistusta vähentävät tekijät

Katsaukseen valittujen tutkimusten tuloksista nousi esille moraalista ahdistusta vähentäviä tekijöitä (kuvio 4). Nämä tekijät jaettiin sisällön perusteella kuuteen alakategoriaan: (1) merkityksellisyyden ja ammattitaidon kokeminen, (2) moniammatillisen yhteistyön ja kommunikaation lisääminen, (3) ammatillinen kasvu ja osaamisen kehittäminen, (4) organisaation tuki, (5) rentoutuminen vapaa-ajalla sekä (6) hyväksyminen ja myöntyminen.



Kuvio 4. Moraalista ahdistusta vähentävät tekijät

5.4.1 Merkityksellisyys ja ammattitaito

Kuolevan potilaan kohtaamisen ja hoitamisen herättämä itsetutkiskelu koettiin ihmisenä kasvamisena ja elämää rikastuttavana voimavarana, siitä huolimatta, että työ oli henkisesti haastavaa. Hoitajat nostivat esille merkityksellisyyden (kuvio 4.) ja etuoikeutettuna olemisen tunteet tärkeäksi voimavaraksi kohdata eettisesti haastavia tilanteita tai arvostiriitoja. (Calvin ym. 2007) Ylpeys omaa ammattitaitoa kohtaan (kuvio 4.), arvostus neurologista erikoisosaamista kohtaan ja tyytyväisyys tehdyn hoidon laatuun ja potilaskeskeisyyteen olivat kaikki ahdistusta ja negatiivisia tunteita vähentäviä tekijöitä. Vaikka työ koettiin haastavaksi sekä aikaa ja henkilökuntaa oli liian vähän suhteessa suureen työmäärään nähden, hoitajat

jakoivat yhteisen näkemyksen siitä, että hoitoa pidettiin laadukkaana. Potilailta ja omaisilta saatu hyvä palaute tuki tätä näkemystä. (Silén ym. 2008)

5.4.2 Yhteistyö ja kommunikaatio

Moniammatillinen yhteistyö ja yhteinen päätöksenteko (kuvio 4.) korostui jokaisessa tutkimuksessa tärkeäksi kehityskohteeksi eettisen päätöksenteon tueksi (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Yhteiset hoidon tavoitteet nähtiin tärkeäksi laatia ja kirjata ylös. Eettisten päätösten tekemisen vaikeuteen tai hoitohenkilökunnan ristiriitaisiin näkemyksiin ehdotettiin yhtenä ratkaisukeinona pakollisuus laatia yhdessä yksilöllinen hoitosuunnitelma palliatiiviselle potilaalle yhteistyössä potilaan lähiomaisten kanssa. Ehtona oli, että mikäli tästä yhdessä laaditusta suunnitelmasta halusi poiketa, asiasta tulisi keskustella koko tiimin kesken. Tämä mahdollistaisi sen, ettei hoitolinjauksista jäisi epäselvää käsitystä kenellekään osapuolelle (lääkäri, hoitaja, omainen) tai ettei tilanteeseen perehtymätön lääkäri esimerkiksi päivystysaikana määräisi alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeavaa hoitoa ilman perusteellisempaa selvitystä. (Eriksson ym. 2014)

Moniammatillisuus ja tiimityö nähtiin myös vahvuutena, jonka seurauksena voitiin tarjota laadukasta ja yksilöllistä hoitoa potilaalle. Tunne siitä, että seuraava vuoro jatkaa ja huomaa, mikäli jokin jäi tekemättä tai huomioimatta, auttoi myös jaksamaan ja jakamaan kiireisen työpäivän taakkaa. (Silén ym. 2008) Kollegoilta saatu tuki ja tilanteista keskusteleminen nähtiin ensiarvoisen tärkeänä (Calvin ym. 2007, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007). Eettisesti haastavista tilanteista keskusteleminen yhdessä kollegoiden kanssa saatettiin tehdä jälkipuinti- (defbriefing) ja työnohjaustilanteiden lisäksi myös paljon epämuodollisemmin kahvihuoneessa ja vuoronvaihtotilanteissa (Silén ym. 2008). Calvin ym. (2008) toivat esille, miten osa hoitohenkilökunnasta koki tutkimukseen tehdyt haastattelutilanteet terapeuttisena keinona purkaa tuntemuksiaan. Ahdistusta aiheuttavien tilanteiden tunnistaminen itsessään nähtiin jo moraalista ahdistusta vähentävänä tekijänä (Calvin ym. 2007).

5.4.3 Osaamisen kehittäminen ja koulutus

Jatkokouluttautuminen ja ammatillisen osaamisen kehittäminen (kuvio 4.) tuotiin esille keinoina lisätä hoitajan kompetenssia kohdata eettisesti ja moraalisesti kuormittavia tilanteita (Tang ym. 2007). Tang ym. (2007) Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa hoitajat laittoivat paljon painoarvoa oman osaamisen kehittämiseen. He uskoivat, että tiedon ja koulutuksen

kartuttaminen auttaa löytämään ratkaisuja moneen ongelmaan heidän työssään. Heillä oli myös luottoa siihen, että koulutuksen avulla hoitajan arvostus yhteiskunnassa nousisi ja sairaanhoitaja nähtäisiin hoitotyön asiantuntijana, joka lääketieteen rinnalla tekisi hoitotyötä koskevia päätöksiä itsenäisemmin. Usko tähän auttoi jaksamaan. (Tang ym. 2007) Myös muissa tutkimuksissa kouluttautuminen ja osaamisen kehittäminen nähtiin ahdistusta vähentävinä tekijöinä. Moniammatillisen yhteistyön sujuvoittamaksi koettiin tarpeellisenä lisäkoulutus palliatiivisesta hoidosta yhteisesti koko hoitotiimin jäsenille (Eriksson ym. 2014).

5.4.4 Organisaation ja lähimmäisten tuki

Kiire, suuri työmäärä ja nopea siirtyminen työtilanteesta toiseen nähtiin usein moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevana tekijänä. Hoitajan tuli vastata potilaan hoidon tarpeisiin ja pyyntöihin riippumatta siitä, mistä tilanteesta on juuri tullut. Sekä Calvin ym. (2007) että Rejnö ym. (2013) tutkimuksissaan toivat esille, miten hoitajalla ei ollut aikaa käsitellä kuolemaa tai kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyviä tunteita, kun jo muut velvoitteet työssä vaativat huomiota. Tähän toivottiin tukea organisaatiolta muun muassa joustavuudella ja mahdollistamalla hoitohenkilökunnalle jälkipuintia heti tilanteiden sattuessa. Joustavampi organisaatio (kuvio 4.) nähtiin keinona antaa hoitajalle enemmän aikaa käsitellä tilanteita. Työtilanteiden joustavuus antaisi hoitajalle luvan poistua työyksiköstä hetkellisesti, jotta voisi varmistaa olevansa valmis muihin työtehtäviin vaarantamatta potilasturvallisuutta. Rejnö ym. (2013) toivat esille tutkimuksessaan, ettei yksittäisellä hoitajalla ole riittävästi vapautta määritellä työtehtäviään ja priorisoida niitä omien arvojen mukaisesti kuolevan potilaan ihmisarvon säilyttämiseksi, vaan hoitaja joutuu mukautumaan sairaalan vuodeosaston toiminnan kankeuteen ja suorittamaan ennalta määriteltyjä työtehtäviä sivuuttaen oman arvomaailmansa. Joustavampi organisaatio äkillisten tai henkisesti haastavien työtilanteiden kohtaamiseen nähtiin hoitajien ahdistusta vähentävänä keinona. (Calvin ym. 2007, Rejnö ym. 2013)

Moraalisesta ahdistuksesta ja eettisistä dilemmoista selviytyäkseen hoitajat toivat esille sekä Silén ym. (2008) että Tang ym. (2007) tutkimuksissa tilanteisiin myöntymisen ja niiden hyväksymisen eräänlaisina ahdistusta vähentävinä keinoina (kuvio 4.). Hoitajat myöntyivät potilaan hoitoon koskeviin päätöksiin, vaikka olisivat olleet päätöksistä eri mieltä. Konfliktien välttäminen ja myötämielisyys koettiin henkisiä voimavaroja vähemmän kuluttaviksi ja stressiä vähentäviksi keinoiksi. Hoitajat kuvailivat keskittyvänsä työvuoroissaan ainoastaan hoidollisiin työtehtäviin ja sivuuttavansa arvoristiriidat sekä eriävät näkemykset hiljaisuudella. (Tang ym.

2007) Toisaalta hoitaja saattoi kokea tärkeäksi tuoda oma näkemyksensä ääneen esille siitä huolimatta, ettei sillä ollut päätöksenteon suhteen enää merkitystä (Silén ym. 2008).

Rentoutuminen vapaa-ajalla (kuvio 4.) ja perheeltä sekä ystäviltä saatu tuki koettiin moraalista ahdistusta vähentävinä tekijöinä (Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Pyrkimys jättää työasiat työpaikalle ja keskittyminen vapaa-ajalla muihin asioihin koettiin tärkeiksi työperäistä ahdistusta vähentäviksi tekijöiksi (Silén ym. 2008). Hoitajat kuvailivat jakavansa joitain kokemuksiaan perheen ja ystävien kesken vapaa-ajalla vähentäen näin omaa ahdistustaan (Tang ym. 2007). Perheeltä, ystäviltä ja kollegoilta saatu tuki koettiin tärkeäksi (Silén ym. 2008, Tang ym. 2007).

6 Tutkimusten laadunarviointi

Katsaukseen mukaan valitut tutkimukset arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteerejä hyödyntäen, jotka Hoitotieteen tutkimussäätiö (Hotus) on kääntänyt suomeksi saaden käännösluvan JBI:ltä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2023). Arviointikriteerien ohjeista poiketen ja arvioinnin luotettavuutta heikentäen, näiden arviointi tehtiin kahden henkilön sijasta yksin.

Valikoitujen tutkimusartikkeleiden luotettavuutta lisää se, että jokaisessa oli tarkoin määritelty tutkimuksen tieteenfilosofinen ja -teoreettinen lähtökohta sekä tutkimusten tutkimuskysymykset ja tavoitteet vastasivat tutkimuksen metodologian ja aineistonkeruumenetelmien kanssa. Aineistot olivat jokaisessa tutkimuksessa kuvattu läpinäkyvästi tutkimukseen osallistuvien äänen selkeästi tullessa esille muun muassa suorien lainauksien muodossa. Aineistokeruumenetelmänä toimi jokaisessa haastattelu, haastattelijoina toimi useampi kuin yksi henkilö ja yhteenveto haastattelun sisällöstä käytiin läpi haastateltavien kanssa, jotta minimointiin väärinymmärryksen riski. Aineistoanalyysi oli kuvattu selkeästi ja tämän toteutti aina useampi kuin yksi henkilö. Tutkimusten luotettavuutta vähensi se, ettei tutkijoiden kulttuurisia tai teoreettisia lähtökohtia kuvattu tarkemmin auki sekä joissakin tutkimuksissa tutkijan tai tutkijoiden omaa vaikutusta tutkimukseen tai tutkimuksen vaikutusta tutkijoihin ei käsitelty lainkaan.

Laadullisissa aineistonkeruumenetelmissä riskinä luotettavuutta tarkastellessa on, että tutkija tuo tarkoituksellisesti tai tarkoittamattaan esille omaa näkemystään tai johdattelee haastateltavaa liikaa haluamaansa suuntaan. Tutkijan tulisi ensisijaisesti kuunnella tutkittavaa ja hänen näkemystään tarkasteltavana olevasta aiheesta jättäen omat ajatukset ja tulkinnan hetkeksi sivuun. (Holloway 2016) Katsauksen tutkimuksista yhdessä tuotiin esille, ettei käsitettä ”elämän loppuvaihe”, ”*end of life*”, määritelty tarkemmin haastateltavina oleville hoitajille, vaan he saivat itse omin sanoin kertoa, mitä tämä heille merkitsi. Kaikissa tutkimuksissa haastattelut pitivät sisällään hyvin avoimia kysymyksiä ilman selkeästi esille nousevaa johdattelua, ja tarkastelun kohteena olikin enemmän haastateltavien kuvailemat kokemukset ja tunteet, mikä lisää tutkimusten luotettavuutta sekä uskottavuutta. Laadullisina tutkimuksina yksikään tutkimus ei pyrkinyt tulostensa suhteen yleistettävyyteen (Holloway 2016), mutta osassa tutkijat toivat esille tulosten olevan mahdollisesti siirrettävissä muualle maailmalle neurohoitotyötä tekeviin hoitajiin perusteena aikaisemmin saatujen

tutkimustulosten yhteneväisyys. JBI arviointikriteeristöä saadut pisteytykset ovat taulukoituna tutkimuksittain liitteessä 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.

7 Pohdinta

7.1 Pohdinta

Hoidon jatkamiseen ja peruuttamiseen liittyvät päätöksenteot, niiden aiheuttamat eettiset ristiriidat ja eriävät näkemykset eri ammattiryhmien välillä nousevat useammassa hoitajien kokemaa moraalista ahdistusta kuvaavassa tutkimuksessa merkittävämmäksi moraalista ahdistusta lisääväksi tekijäksi (Booth & Christian 2024, Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Usein moraalista ahdistusta aiheuttavat tilanteet, joissa hoitajat kokevat potilaille annettavan liian aggressiivisia hoitomuotoja suhteessa niistä saataviin hyötyihin (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Silén ym. 2008, Wilkinson 1987). Toisaalta yhtä lailla hoidon toteutumattomuus esimerkkeinä päätösten tekemättä jättäminen, riittämätön kivunhoito tai resurssien riittämättömyys aiheuttavat hoitohenkilöstössä moraalista ahdistusta (Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008).

Boothin ja Christianin (2024) tutkimuksessa nostettiin esille, miten moraalisen ahdistuksen kokeminen oli yhteydessä hoitajan voimattomuuteen puolustaa potilasta tilanteissa, joissa potilaan oikeuksia olisi kaikkein eniten tarvinnut puolustaa. Tämä nousi voimakkaasti esille COVID-19 pandemian aikana, jolloin nopeasti huonoon kuntoon menneet potilaat sijoitettiin eristyshuoneisiin, joissa he joutuivat kuolemaan yksin. Ajatus siitä, ettei kenenkään kuuluisi kuolla yksin ilman perheenjäsenten ja ystävien läsnäoloa, on vahvasti osa oikeaksi kokemaamme ja tämän velvoitteen täyttämättä jättämisen aiheuttama ristiriita soti hoitajan moraalialla voimakkaasti vastaan. (Booth & Christian 2024) Vastaavanlaista moraalisen velvoitteen huomiotta jättämistä hoitajat kuvasivat kohtaavansa muun muassa kuolevan tai omaa tahtoaan ilmaisukyvyttömän potilaan hoidossa katsaukseen mukaan valituissa tutkimuksissa (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008).

Neurologisessa hoitotyössä kohdataan päivittäin isoja eettisiä ongelmatilanteita johtuen neurohoitotyön luonteesta ja neurologisten sairauksien erityispiirteistä. Aivoissa ja keskushermostossa sijaitseva vamma/sairaus voi aiheuttaa kognition alenemaa, sairaudentunnottomuutta tai tajunnantason laskua, mikä vaikuttaa ihmisen kykyyn tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. Tällöin hoitohenkilökunnan tarvitsee paitsi arvioida potilaan päätöksentekokykyä, myös mahdollisesti tehdä päätöksiä potilaan puolesta. (Hickey 2019,

Soinila ym. 2015) Päätökset eivät suinkaan ole täysin ristiriidattomia. Toisinaan joudutaan tuottamaan kärsimystä suuremman hyödyn saavuttamiseksi ja näiden päätösten perustelu ei ole aina yksiselitteistä. Toisinaan tehdyt päätökset saattavat olla ristiriidassa yksittäisen hoitajan omaan henkilökohtaiseen arvomaailmaan nähden, potilaan fyysisen liikkumisen ja siitä johtuvan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tästä yhtenä esimerkkinä. Toisinaan myös hoitohenkilökunnan sisällä vallitsee eriäviä näkemyksiä siitä, mikä on potilaalle parasta. Näillä eettisillä ristiriidoilla, etenkin niiden kasaantuessa yksittäisen työntekijän harteille, saattaa olla kauaskantoiset vaikutukset hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille ja työssä jaksamiselle. Näistä johtuvaa ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta saattaa olla vaikea sanoittaa tai tunnistaa. Tutkimuksissa esille nousseet moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat ilmenemismuodot vaikuttavat etenkin pitkään toistuessaan työntekijän hyvinvointiin, työkykyyn ja yleisesti alan pitovoimaan (Corley 2002, Elpren ym. 2005, Fernandez-Parsons ym. 2013, Lutzen ym. 2003, Salari ym. 2022).

Käsitteenä moraalisen ahdistuksen on kritisoitu olevan tulkinnanvarainen ja muodostavan niin sanotun kattotermin, jonka alle voidaan luetella monenlaisia ilmiöitä tai tekijöitä ilmiöille (Morley ym. 2019, Rushton 2023). Myös tämän kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa tutkimuksissa nousi esille monenlaisia ahdistusta aiheuttavia tekijöitä, joissa ei välttämättä ole moraalista ongelmaa taustalla. Eettisiä ristiriitoja ja moraalisia velvoitteita tunnistamme joka puolella hoitotyössä, mutta ne eivät automaattisesti aiheuta moraalista ahdistusta. Toisaalta työperäistä ahdistusta voi aiheuttaa moni tekijä ilman, että taustalla on jokin eettinen ristiriita tai moraalinen velvoite. Voi olla vaikea vetää rajaa sille, mikä ahdistus tai epäkohta työssä on nimenomaan moraalista ahdistusta tai mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen. Eettisten arvoristiriitojen tunnistaminen ja moraalisten velvoitteiden sivuuttaminen potilashoitotyössä on tärkeä oppia tunnistamaan. Moraalisen ahdistuksen määrittäminen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen tai sitä vähentävien keinojen vaikuttavuuden tutkiminen ei ole yksiselitteistä (Morley ym. 2019). On kuitenkin selvää, että moraalisen velvoitteen sivuuttaminen ja siitä syntyvä moraalinen ahdistus on olemassa oleva ilmiö, jonka moni hoitotyötä tekevä tunnistaa.

Moraalisen ahdistuksen vaikutusta henkilöstön hyvinvointiin, alan pitovoimaan ja potilastyön laatuun ei voida jättää täysin huomiotta (Booth & Christian 2024, Fernandez-Parsons ym. 2013, Lutzen ym. 2003, Salari ym. 2022). Se, mikä kompetenssi kullakin on kohdata moraalista ahdistusta työssään, on yksilöllinen ja sitä voimme tutkia moraalisen resilienssin näkökulmasta. Rushtonin (2023) määritelmä moraalisesta resilienssistä on ”yksilön kyky ylläpitää tai palauttaa

eheyttä kokiessaan moraalisen kompleksin, hämmennyksen, ahdistuksen tai takaiskun”. Resilienssiin vaikuttavat itsetuntemus, ymmärrys omista arvoista, millä tavoin kukin toimii eettisiä ristiriitoja kohdatessaan ja minkälaisin keinoin pystyy itse säätelemään ahdistuksen tuntemista. Oman moraalisen resilienssin kehittämisen on todettu olevan yksi keino vähentää moraalisen ahdistuksen ilmenemistä. Yksinään resilienssin vahvistaminen kuitenkin harvemmin riittää. (Rushton 2023) Kokonaisuuteen tarvitaan myös organisaatiotasolla muutoksia ja kyvykkyyttä joustoon (Booth & Christian 2024, Lutzen ym. 2003, Rejnö ym. 2013). Itsehoidon tukemiseen tähtäävät keinot työhyvinvoinnin parantamiseksi tai moraalisen resilienssin kasvattamiseen pyrkivät koulutukset työnantajan tarjoamana ei nähty Booth ja Christianin (2024) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan näkökulmasta erityisen tärkeinä tai tehokkaina keinoina vähentää moraalista ahdistusta. Sen sijaan muun muassa hoitohenkilökunnan määrän ja osaamisen kasvattaminen sekä keskeytyksettömät tauot työpäivän aikana nähtiin enemmän hyvinvointia parantavina ja loppuun palamisen ennaltaehkäisevinä tekijöinä. Booth ja Christian (2024) nostavatkin tutkimuksessaan esille sen, että mikäli tavoitteena on moraalisen ahdistuksen lieventäminen, ei tavoitteeseen päästä vain pyrkimällä kehittämään hoitohenkilökunnasta moraalisesti ”resilientimpiä” tai parempia ”selviytyjiä”. Heidän mukaansa keinot moraalisen ahdistuksen lieventämiseksi tulisi lähteä ensisijaisesti organisaatioiden toimintatapojen muutoksista, joilla parannetaan hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta.

Reed & Rishel (2015) nostavat esille episteemisen eriarvoisuuden selityksenä kriittisesti sairaiden ja saattohoitovaiheessa olevien potilaiden moniammatillisten päätöksentekoprosessien haasteisiin ja niistä syntyvälle moraalille ahdistukselle. Heidän mukaansa episteeminen (eli tietoon pohjautuva) eriarvoisuus työpaikalla nousee hoitajien ja lääkäreiden välille tilanteissa, joissa hoitajat sivuutetaan tai heidän hoitotyön asiantuntijuuttaan, eli tietoa tai näkemystä potilaan hoidosta, ei oteta huomioon elämän loppuvaiheen päätöksentekoprosessissa. Hoitajien rooliksi jää muiden tekemien moraalisten päätösten toteuttaminen sen sijaan, että he olisivat itsenäisiä moraalisia toimijoita. Hoitajan kuitenkin odotetaan keskustelevan omaisten ja perheenjäsenten kanssa hoitopäätöksistä ja -linjauksista ja tukevana heitä, vaikka eivät olisi itse olleet mukana keskusteluissa tai osana päätöksentekoprosessia. (Reed & Rishel 2015) Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset tukevat tätä näkemystä. Vaikka moniammatillisen yhteistyön tärkeys terveydenhuoltoalalla on tunnustettu ja sitä on paljon kehitetty viime vuosina, käytännössä sairaaloissa vallitsee vielä tänäkin päivänä eräänlainen ”tiedon ja auktoriteetin hierarkia”, jossa tieto ja päätökset tulevat

lääkäriltä muulle hoitohenkilökunnalle. Reed & Rishel (2015) ehdottavat tutkimuksessaan organisaatioita laatimaan ohjeistuksia ja luomaan keinoja varmistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumista akuuteilla osastoilla nimenomaan tiedon jakamisen näkökulmasta. Tämä paitsi edistäisi potilashoidon laatua, sillä kaikki ammattiryhmien edustajien tieto tulisi hyödynnettyä päätöksenteossa potilaan parhaaksi, myös vähentäisi hoitohenkilöstön moraalisen ahdistuksen ilmenemistä. (Reed & Rishel 2015)

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja sen kehittäminen tuotiin katsaukseen mukaan valituissa tutkimuksissa yhdeksi tärkeimmäksi keinoksi moraalista ahdistusta lieventävänä tekijänä (Calvin ym. 2007, Eriksson ym. 2014, Rejnö ym. 2013, Silén ym. 2008, Tang ym. 2007, Wadensten ym. 2008). Kaikkein kiperimpien tilanteiden selvittäminen, kuten ahdistusta aiheuttavien moraalivelvoitteiden sivuuttaminen tai potilaan oikeuksien rajoittaminen, ei tulisi olla yksittäisen henkilön päätettävissä. Tarvitaan yhteistä keskustelua, moniammatillista asiantuntijuutta ja erilaisia näkökulmia päätöksentekoprosesseihin, potilasta itseään ja hänen omaisiaan unohtamatta. On myös tärkeä tunnistaa, miten eri näkökulmista eri ammattilaiset potilastilanteita tarkastelevat. Eriksson ym. (2014) tutkimuksessa haastateltiin neurologian osastolla myös fysioterapeutteja, joiden näkemys oli, että potilaille oli kaikissa tilanteissa varmistettava ravinnonsaanti, koska vain silloin on edellytys saada hyöty annetusta fysioterapiasta. Samanaikaisesti hoitajat kokivat nenämahaletkuravitsemuksen toteuttamisen palliatiiviselle potilaalle kärsimystä lisäävänä tekijänä. Näistä eriävistä näkökulmista on siis yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi tärkeää keskustella ja avata syitä niiden taustalla. Myös tässä tutkimuksessa ratkaisuksi esitettiin tarve kehittää jonkinlainen standardoitu väline tai strategia, jolla varmistettaisiin käytännön tasolla moniammatillisen kommunikaation toteutuminen potilashoitoon koskevilla päätöksenteoissa. (Eriksson ym. 2014) Vaikka lopulliseen päätökseen ei olisi yhtenevää linjaa, varmistus siitä, että päätös on tarkkaan harkittu, kaikkien näkemykset mukaan huomioiden, tekee päätöksestä eettisesti kestävämmän.

7.2 Luotettavuus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusaiheen eli tässä tapauksessa ilmiön kuvaaminen ja siihen liittyvien artikkeleiden valinta on aina hyvin subjektiivinen, vaikkakin tarkoin perusteltu ja perustelut tutkielmaan tarkoin kirjattu (Kangasniemi ym. 2013). Luotettavuutta lisää aiheeseen ja taustateoriaan perehtyminen sekä huolellinen perehtyminen katsaukseen valikoituihin tutkimusartikkeleihin. Tutkielman aineiston valintaprosessi ja sisällönanalyysivaiheet on pyritty avaamaan ja kirjaamaan mahdollisimman läpinäkyväksi

tutkielman luotettavuuden lisäämiseksi. Artikkelit käytiin useaan kertaan läpi ja tulosten analyysivaiheessa aineisto pilkottiin pienempiin osiin pitäen tutkimuskysymykset koko ajan mukana. Aineisto on kuvattu totuudenmukaisesti ja läpinäkyvästi. Induktiivisen sisällönanalyysin ja aineistolähtöisen kategorioinnin luotettavuutta heikentää se, että kandidaatintutkielmassa tämän toteuttaa yksi henkilö. Valittu näkökulma ja tutkimuskysymykset on pidetty koko prosessin ajan mukana ja saadut tulokset on pyritty nivomaan taustateoriaan asiankuuluvilla lähdeviitauksilla.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta vähentää katsaukseen mukaan otettujen tutkimusten vähäinen määrä sekä niiden julkaisuvuosi, tuoreimman ollessa jo kymmenen vuotta vanha. Aineistosta saatujen tulosten uskottavuutta lisää kuitenkin se, että ne ovat yhtenevät aikaisemmista ja myöhemmin tehdyistä tutkimuksista saatuihin tuloksiin. Katsauksen luotettavuutta saattaa heikentää kirjallisuushaku ja tutkielman tekijän ensikertalaisuus. Vaikka haku tehtiin huolellisesti, usean koehaun jälkeen ja hakulausekkeisiin sisällytettiin useampi sana, sanapari ja synonyymi kuvaamaan haluttua ilmiötä, silti haun ulkopuolelle on saattanut jäädä sisäänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia. Lisäksi haun käytössä ollut kielirajoitus (englanti, suomi ja ruotsi) saattaa myös vaikuttaa hausta saatujen tutkimusten lukumäärään.

7.3 Johtopäätökset

Moraalista ahdistusta ilmenee hoitohenkilöstössä erityisesti eettisen päätöksenteon haasteiden, työajan ja resurssin puutteen, moniammatillisen kommunikaatio- ja yhteistyön haasteiden sekä emotionaalisen kuormituksen vuoksi. Moraalinen ahdistus ilmenee hoitajilla psyykkisenä kuormituksena, fyysisenä uupumuksena ja stressioireina sekä työperäisenä paineena. Joustavalla johtamisella, moniammatillisen yhteistyön lisäämisellä, kouluttautumisella, ilmiön tunnistamisella ja yhteisellä keskustelulla voidaan vaikuttaa moraalista ahdistusta vähentävästi. Tulokset ovat yhtenevät aikaisempien tutkimusten ja muualla kuin neurologian hoitotyön näkökulmasta tehtävien tutkimusten kanssa.

Hoitotyön johtajaa ohjaavat omat eettiset ohjeet, jotka velvoittavat edistämään hoitotyöntekijän arvostusta ja mahdollisuuksia toimia eettisesti tavoitellulla tavalla sekä edistämään eettisesti tietoista kulttuuria potilaiden ja henkilöstön hyvinvoinnin tukemiseksi (Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry 2024). Joskus oman näkemyksen puolustaminen vaatii meitä seisomaan yksin, kun muut työtiimin jäsenet ovat eri mieltä. Osana ammatillista kasvua on kehittää moraalista vahvuutta ja resilienssiä. Vaikkakaan se ei poissulje moraalisen ahdistuksen olemassaoloa, se antaa paremmat valmiudet kohdata eettisesti haastavia tilanteita työssä. (Rushton 2023)

Laadukkaan potilashoidon kehittämisessä tarvitaan vahvaa yhteistyötä lääketieteen ja asiantuntijapalveluiden, kuten fysio- ja toimintaterapeuttien kanssa. Jakamalla eri ammattiryhmien asiantuntijuutta edistämme potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Moniammatillisen työnjaon määrittäminen sekä jokaisen potilashoidossa mukana olevan asiantuntijuuden osaamisen hyödyntäminen lisää paitsi potilashoidon laatua myös hoidon kustannustehokkuutta (Kotila ym. 2023). Moniammatillisen työtiimin roolien tehtävät ja vastuut on todettu tärkeäksi määrittää moraalisen ahdistuksen ehkäisemiseksi. Organisaatiolta saatu tuki edesauttaa hoitohenkilöstön kykyä kohdata ja ratkaista eettisiä ongelmia. (Skyvell Nilsson ym. 2024) Avainasemassa yhteisten ohjeistusten laatimisessa ovat hoitotyön johtajat sekä laajavastuuisen hoitotyön asiantuntijatehtävissä toimivat sairaanhoitajat, joiden keskeisenä tehtävänä on varmistaa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen osana moniammatillisia tiimejä organisaatioiden toiminnan tueksi. Yhtenäiset ohjeistukset lisäävät hoitotyön laatua koko organisaatiossa. (Kotila ym. 2023)

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa tarvitaan enemmän tutkimusta siitä, miten sairaala työympäristönä ja moniammatillinen yhteistyö ovat osana potilashoitoa koskevaa päätöksentekoprosessia; tuleeko eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja kommunikaatio huomioiduksi, ja mitkä ovat niitä rajoittavat tekijät? Konkreettisenä tarpeena katsauksen myötä nousi tarve laatia organisaatiotasolla yhtenevät ohjeet potilashoitoa koskevaa päätöksentekoprosessia varten, jossa varmistettaisiin moniammatillisen yhteistyön toteutuminen ja tiedon jakaminen, kun tehdään potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia päätöksiä. Yksilötasolla on myös jatkossa tärkeää kartoittaa, minkälainen moraalinen resilienssi hoitohenkilöstöllä tällä hetkellä on.

Lähteet

- Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 24.10.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Akavan sairaanhoitajat ja Taja ry. (2024) *Hoitotyön johtajan, ylihoitajan eettiset ohjeet*. <https://www.taja.fi/vaikuttaminen/johtaminen/hoitotyon-johtajan-ylihoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Beauchamp TL. & Childress JF. (2001) *Principles of Biomedical Ethics* (Fifth edition). Oxford University Press, United Kingdom.
- Booth AT. & Christian BJ. (2024) Surgical Intensive Care Unit Nurses' Coping with Moral Distress and Moral Residue: A Descriptive Qualitative Approach. *Dimensions of Critical Care Nursing* **43**(6), 298.
- Calvin A., Kite-Powell D. & Hickey JV. (2007) The Neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. *Journal of Neuroscience Nursing* **39**(3), 143–150.
- Corley M. (2002) Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* **9**(6), 576–689.
- Corley M., Elswick RK., Gorman M. & Clor T. (2001) Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* **33**(2), 250–256.
- Corley M., Minick P., Elswick R. & Jacobs M. (2005) Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nursing Ethics* **12**(4), 333–425.
- DeLemos C. & Evans V. (2020) Globalization of Neuroscience Nursing: Challenges and Opportunities. *Journal of Neuroscience Nursing* **52**(3), 92–93.
- Elo S., Kajula O., Tohmola. & Kääriäinen M. (2022) Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* **34**(4), 215–225.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107–115.
- Elpern E., Covert B. & Kleinpell R. (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American journal of critical care*. **14**(6), 523–530.
- Eriksson H., Andersson G., Olsson L., Milberg A. & Friedrichsen M. (2014) Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: a qualitative interview study with team members on stroke units in Sweden. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses* **46**(3), 162–170.

- ETENE-julkaisuja I. (2001) *Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Julkaisu 1. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. <https://etene.fi/documents/66861912/66865199/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf?t=1439804775000> (24.9.2024).
- Falcó-Pegueroles A., Lluch-Canut T. & Guàrdia-Olmos J. (2013) Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC Medical Ethics* **14**(1), 22.
- FANN. *Suomen neurohoitajat ry*. Saatavilla internetissä 13.9.2024: <https://www.fann.fi/yhdistys/>.
- Fernandez-Parsons R., Rodriguez L. & Goyal D. (2013) Moral Distress in Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing* **39**(6), 547–552.
- Finto. Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. FinMeSH. Saatavilla 13.9.2024: <https://finto.fi/fi/search?clang=fi&q=neurologinen+hoitoty%C3%B6&vocabs=>
- Hamric AB., Borchers CT. & Epstein EG. (2012) Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research* **3**(2), 1–9.
- Hickey JV. (2019) *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. Wolters Kluwer, Philadelphia, UNITED STATES.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2023) *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI)*. Saatavilla 1.11.2024: <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyo/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>.
- Holloway I. (2016) *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. John Wiley & Sons, Incorporated, Newark, UNITED STATES.
- Jameton A. (1984) *Nursing practice: The Ethical issues*. Prantice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, USA.
- Jansen T-L., Hem MH., Dambolt LJ. & Hanssen I. (2020) Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics* **27**(5), 1171–1372.
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. (2013) Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* **25**(4), 291–301.

- Kotila J., Axelin A., Fagerström L., Flinkman M., Heikkinen H., Jokiniemi K., Korhonen A., Meretoja R. & Suutarla A. (2023) Sairaanhoidajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. *Sairaanhoidajaliiton APN-asiantuntijatyöryhmä*.
L 785/1992. FINLEX® - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:3.2 §.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. (2015) *Etiikka hoitotyössä* (8.-10.). Sanoma Pro, Helsinki.
- Lützn K., Cronqvist A., Magnusson A. & Andersson L. (2003) Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics* **10**(3), 312–322.
- McAndrew NS., Leske J. & Schroeter K. (2018) Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics* **25**(5), 549–683.
- Morley G. (2018) What is “moral distress” in nursing? How, can and should we respond to it? *Journal of Clinical Nursing* **27**(19–20), 3443–3445.
- Morley G., Ives J., Bradbury-Jones C. & Irvine F. (2019) What is ‘moral distress’? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics* **23**(3), 646–662.
- Murphy WJ. & Olsen BJ. (1999) Ethical perspectives in neuroscience nursing practice. *Nursing Clinics of North America* **34**(3), 621–635.
- Prisma F diagram. (2020) *Deed - Attribution 4.0 International - Creative Commons*.
Saataavilla 23.9.2024: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.
- Reed PG. & Rishel CJ. (2015) Epistemic Injustice and Nurse Moral Distress: Perspective for Policy Development. *Nursing Science Quarterly* **28**(3), 241–244.
- Rejnö Å., Danielson E. & von Post I. (2013) The unexpected force of acute stroke leading to patients’ sudden death as described by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **27**(1), 123–130.
- Rushton CH. (2023) Transforming Moral Suffering by Cultivating Moral Resilience and Ethical Practice. *American Journal of Critical Care* **32**(4), 238–248.
- Russell AC. (2012) Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses* **44**(1), 15–24; quiz 25–26.
- Salari N., Shohaimi S., Khaledi-Paveh B., Kazemina M., Bazrafshan M-R. & Mohammadi M. (2022) The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* **17**(1), 13.
- Silén M., Svantesson M., Kjellström S., Sidenvall B. & Christensson L. (2011) Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing* **20**(23–24), 3483–3493.

- Silén M., Tang PF., Wadensten B. & Ahlström G. (2008) Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses* **40**(4), 222–231.
- Skyvell Nilsson M., Gadolin C., Larsman P., Pousette A. & Törner M. (2024) The role of perceived organizational support for nurses' ability to handle and resolve ethical value conflicts: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing* **80**(2), 765–776.
- Soinila S., Kaste M., Somer H. & Alaranta H. (2015) *Neurologia*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Stolt M., Axelin A. & Suhonen R. (2016) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (2. korjattu painos). Turun Yliopisto, Turku.
- Tang PF., Johansson C., Wadensten B., Wenneberg S. & Ahlström G. (2007) Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *Nursing Ethics* **14**(6), 810–824.
- Wadensten B., Wenneberg S., Silén M., Tang PF. & Ahlström G. (2008) A cross-cultural comparison of nurses' ethical concerns. *Nursing Ethics* **15**(6), 745–760.
- Wilkinson JM. (1987) Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum* **23**(1), 16–29.
- Wocial LD. & Weaver MT. (2013) Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of Advanced Nursing* **69**(1), 167–174.

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

| Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi | Tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmetodi, aineisto ja aineiston keruu | Keskeiset tulokset | Laadunarviointipisteet |
|--|--|---|--|------------------------|
| Calvin, A., Kite-Powell, D. & Hickey, J. USA 2007 | Kuvailta neurologisen tehohoidon hoitajien käsityksiä roolistaan ja vastuustaan päätöksentekoprosessissa päätettäessä hoitaa potilasta aktiivisesti tai siirtyä saattohoitoon. | Laadullinen kuvaileva tutkimus 12 neurologista tehohoidon hoitajaa haastateltiin puolistrukturoidulla haastattelulla Äänitettiin ja kirjoitettiin auki. Aineistolle tehtiin sisällön analyysi. | Tulokset jaettiin kolmeen pääteemaan: (1) ohjauksen antaminen, (2) olla keskiössä kommunikaatioprosessissa ja (3) potilaiden ja omaisten tunteiden käsitteleminen. Koettiin että ohjauksen antaminen ja saattohoitopäätöksentekoprosessissa keskellä olemisen rooli eli kommunikaation helpottaminen lääkäreiden ja omaisten välillä sekä potilaan mahdollisesti tiedossa olevan tahdon puolustaminen, voivat olla yksinäinen, koetteleva mutta myös palkitseva tehtävä. Hoitajat kokivat hämmennystä, avuttomuutta, turhautuneisuutta, emotionaalista uupumusta, sekavia tunteita sekä etuoikeutettuna olemisen tunteita. | 9/10 (JBI) |
| Eriksson, H., Andersson, G., Olsson, L., Milberg, A. & Friedrichsen, M. Ruotsi 2014 | Tutkimuksen tarkoituksena tutkia, mitä eettisiä ongelmia ilmenee ja miten ne vaikuttavat hoitohenkilökunnan hoidettaessa kuolevaa potilasta akuutissa stroke- | Laadullinen tutkimus 41 terveydenhuollon jäsentä stroke-valvontayksiköstä haastateltiin joko ryhmähaastattelulla tai yksilöhaastattelulla sekä annettiin täytettäväksi kyselylomake | Keskeisimpinä tuloksina (1) kommunikaatiohaasteet, (2) seuraukset, kun yhteinen arvojärjestelmä puuttuu sekä (3) päätöksenteon ongelmat. Kommunikaatiohaasteet aiheuttavat päätöksenteon ongelmia, kuten päätösten tekemättä jättäminen tai ongelma pitäytyä tehdyssä päätöksessä. Näitä ovat mm. elämää pitkittävien hoitojen aloittamiseen tai jatkamiseen liittyvät päätöksenteot. Näistä päätöksistä ei ollut hoitotiimillä aina yhteistä tavoitetta tai keskustelua. | 9/10 (JBI) |

| Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi | Tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmetodi, aineisto ja aineiston keruu | Keskeiset tulokset | Laadunarviointipisteet |
|---|--|--|--|------------------------|
| | yksikössä (AVH-valvonnassa). | Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. | Kommunikaatiohaasteet ja ristiriitaiset hoitopäätökset aiheuttivat turhautuneisuutta, kyvyttömyyden tunteita ja häpeää. | |
| <p>Rejnö, Å., Danielson, E. & von Post, I.</p> <p>Ruotsi 2012</p> | <p>Kuvailla hoitajien kokemuksia potilaan kuollessa akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön eikä heidän henkeään voida pelastaa.</p> | <p>Laadullinen kuvaileva tutkimus, jossa hermeneuttinen lähestymistapa.</p> <p>10 hoitajaa haastateltiin stroke-yksiköissä kolmessa eri sairaalassa lounais-Ruotsissa.</p> <p>Aineisto tulkittiin perustuen Gadamerin filosofiaan. Gadamerin filosofiaan kuuluu käsitteet <i>preunderstanding</i> ja <i>fusion of horizons</i> ja hän korosti, että itseään ilmaisevia ja ymmärättäviä yhdistää yhteinen inhimillinen tietoisuus. Gadamer väitti, että ihmisiin vaikuttavat vallitseva kulttuuri, ennakkoluulot ja perinteet, joiden mukaan he elävät.</p> | <p>Tulokset jaettiin ”teemoihin” yllättäen ja varoittamatta tullut kuolema; omaiset yllättävän tapahtuman armoilla ja hoitajat kokevat olevansa vaativissa tilanteissa. Pääteemana <i>äkillinen kuolema - yllättävä voima</i>.</p> <p>Hoitajien kokemat haastavat tilanteet voidaan tulkita eettisiksi ongelmatilanteiksi ja arvostiridoiksi, jotka syntyvät, kun hoitaja kokee, ettei pysty tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa kuoleville potilaille. Odottamattoman ja äkillisen kuoleman asettamat vaatimukset ajoivat hoitajat arvostiritoihin, sillä heillä ei ollut vapautta käyttää työaikaansa niin kuin halusivat säilyttääkseen kuolevan potilaan ihmisarvon.</p> | <p>9/10 (JBI)</p> |

| Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja - vuosi | Tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmetodi, aineisto ja aineiston keruu | Keskeiset tulokset | Laadunarviointipisteet |
|--|--|--|---|------------------------|
| <p>Silén, M., Tang, P., Wadensten, B. & Ahlström G.</p> <p>Ruotsi 2008</p> | <p>Tarkastella ruotsalaisten hoitajien kokemuksia työperäisestä stressistä ja eettisten haasteiden ilmenemisestä neurologisella osastolla.</p> | <p>Laadullinen tutkimus</p> <p>21 hoitajan haastattelu yhteensä kahdelta osastolta Ruotsin yliopistollisessa keskussairaalaassa. Haastattelua ohjasi 10 yleistä kysymystä ja lisäksi vastauksista esille nousevia lisäkysymyksiä.</p> <p>Aineistolle tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi.</p> | <p>Kaikki haastateltavat olivat kokeneet ainakin jossain määrin eettisiä ongelmia ja työstressiä. Tulokset jaettiin neljään aihealueeseen: työstressi, eettiset haasteet, stressin/ahdistuksen käsitteleminen ja hoitotyön laatu.</p> <p>Hoitajat kuvailivat työtilannettaan fyysisesti ja henkisesti haastavaksi ja stressaavaksi, jossa hoitohenkilökunnan koko koettiin liian vähäiseksi suhteessa hoidettavien potilaiden määrään ja hoidon vaatimukseen. Työtä ei pystynyt tekemään niin hyvin kuin haluaisi ja koettiin riittämättömyyden tunteita. Hoitajat kokivat vaikutusmahdollisuuden puutetta koskien omaa työtä, työympäristöön ja potilaan hoitoon liittyviin päätöksiin. Hoitajien ja muiden terveydenhuollon jäsenien välistä yhteistyötä ja kommunikaatiota ei nähty täysin tyydyttävänä. Hoitajat kokivat, ettei heitä kunnioitettu asiantuntijoina ja heidän näkemystään potilaan hoidosta ei otettu huomioon päätöksenteossa. Vakavasti sairastuneet potilaat ja heidän tilanteensa koettiin henkisesti raskaaksi hoitaa ja työtä oli toisinaan vaikea olla ajattelematta työn ulkopuolella.</p> <p>Eettisistä päätöksenteoista hankalammiksi koettiin hoidon aloittamiseen ja peruuttamiseen liittyvät päätökset, joiden yhteydessä koettiin voimattomuuden tunteita. Hoitohenkilökunnan välillä saattoi olla eriäviä näkökulmia hoitopäätöksistä, ja tämä aiheutti turhautuneisuuden ja vihan tunteita. Vaikeaksi kuvattiin vastata kaikkiin potilaiden ja heidän omaisten tarpeisiin, vaatimukseen ja haluihin.</p> <p>Ahdistuksen käsittelemisen keinoina kuvattiin myötäillä ja hyväksyä päätöksentekotilanteissa, tuen hakeminen kollegoilta, voimavarojen hakeminen yksityiselämästä ja reflektointi ajattelu.</p> <p>Ajanpuute ja riittämätön henkilökuntamäärä koettiin hoitotyön laatua alentavina uhkatekijöinä. Hoitajat kuvailivat haluavansa tehdä parhaansa potilaan hyväksi, mutta tämän estivät henkilökunnan vähäinen määrä,</p> | <p>8/10 (JBI)</p> |

| Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi | Tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmetodi, aineisto ja aineiston keruu | Keskeiset tulokset | Laadunarviointipisteet |
|--|---|--|---|------------------------|
| | | | pakolliset rutiinit ja taloudelliset tekijät. Hoitajat kuvailivat kokevansa uupumusta, turhautumista ja riittämättömyyttä. | |
| <p>Tang, P., Johansson, C., Wadensten, B., Wenneber, S. & Ahlström, G.</p> <p>Kiina 2007</p> | <p>Kuvailla kiinalaisten hoitajien kokemuksia työperäisestä stressistä ja eettisistä ongelmista neurologisella osastolla.</p> | <p>Laadullinen kuvaileva tutkimus</p> <p>20 hoitajaa haastateltiin avoimilla kysymyksillä, samat 10 kuin Silénin tutkimuksessa.</p> <p>Aineistolle tehtiin laadullinen sisällönanalyysi.</p> | <p>Tulokset jaettiin teemoittain: eettiset ongelmat, työperäinen ahdistus, hoitotyön laatu ja ahdistuksen käsitteleminen.</p> <p>Eettisiä ongelmia olivat (1) ristiriitaiset näkemykset oikeanlaisista hoidoista ja hoitokeinoista, (2) hoitokeinojen sisällyttäminen taloudellisiin reunaehtoihin ja (3) hoitotyön vastuun, kompetenssin ja saatavilla olevan resurssin kohdistaminen.</p> <p>Työperäistä ahdistusta aiheuttivat (1) suuret vaatimukset suhteessa vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin, (2) kommunikaation, kunnioituksen ja arvostuksen puute ja (3) vähäinen vaikutusmahdollisuus työtilanteeseen terveydenhuollossa.</p> <p>Hoitotyön laatuun vaikuttivat osakokonaisuudet: (1) laadukkaan hoitotyön saavuttamiseen käytettävät toimenpiteet, (2) hoitajien, tiedon ja kommunikaation puutteet, (3) hoitotyön laadun parantaminen ja (4) sairaalan hallinnon ja johtamisen kehittäminen.</p> <p>Ahdistuksen käsittelemiseen vaikuttavat kokonaisuuden olivat (1) kompetenssin/osaamisen kasvattaminen, (2) parantaa kommunikaatiota ja yhteistyötä, (3) myöntyä konfliktin välttämiseksi ja (4) pyrkimys rentoutumiseen ja saada tukea perheeltä.</p> | <p>8/10 (JBI)</p> |

| Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja - vuosi | Tarkoitus ja tavoite | Tutkimusmetodi, aineisto ja aineiston keruu | Keskeiset tulokset | Laadunarviointipisteet |
|---|--|---|--|------------------------|
| <p>Wadensten, B., Wenneberg, S., Silén, M., Tang, P. & Ahlström, G.</p> <p>Ruotsi ja Kiina 2008</p> | <p>Vertailla Ruotsissa ja Kiinassa hoitajien kokemuksia kohtaamistaan eettisistä ongelmista ja työperäisestä stressistä/ahdistuksesta saaden syvällisemmän ymmärryksen neurologisen hoitotyön asettamista haasteista eri kulttuureissa ja erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä.</p> | <p>A cross-cultural vertaileva tutkimus</p> <p>Aineistona toimi kahdesta aikaisemmin tehdystä empiirisestä tutkimuksesta saadut haastattelut, jotka toteutettiin Ruotsissa ja Kiinassa samaa tutkimusasetelmaa käyttäen (mm. samat kysymykset).</p> <p>4 yhteistä sisältöaluetta tunnistettiin molemmista tutkimuksista: eettiset ongelmat, työperäinen stressi, hoitotyön laatu ja stressin hallinta. Muotoiltuja teemoja verrattiin ja syntetisoitiin uusiksi muodostelmiksi yhdistetyn käsiteanalyysin avulla.</p> | <p>Huolimatta kahden terveydenhuoltojärjestelmän suurista eroista, hoitajilla oli samanlaisia kokemuksia työstressistä ja vaativasta työtilanteesta. He kamppailivat samanlaisten eettisten ongelmien kanssa, jotka koskivat vakavasti sairaita potilaita ja mahdollisuuksia tarjota hyvää hoitoa.</p> <p>Eettiset ongelmatilanteet: yhteistä oli eriävät näkemykset oikeanlaisesta hoidosta ja hoitajien rajoittanut mahdollisuus tarjota parasta mahdollista hoitoa. Eroavina teemoina Ruotsissa kuvattiin syntyneen moraalisia konflikteja elämää ylläpitävien hoitojen päättämisen osalta ja toisaalta Kiinassa potilaan varallisuus vaikutti hoitopäätöksiin.</p> <p>Yhteisiä teemoja työperäistä ahdistusta lisäävinä olivat hoitotyön suuret vaatimukset yhdessä pienen vaikutusmahdollisuuden kanssa, kunnioituksen puute ja haasteet kommunikaatiossa muiden ammattiryhmien kanssa sekä vaikeasti sairaiden potilaiden hoitamisen aiheuttama emotionaalinen kuormitus.</p> <p>Hoitotyön laadun yhteisiä teemoja olivat resurssivajeen tuoma este laadukkaaseen hoitotyön toteutumiseen ja yleinen tyytymättömyys hoitotyön laatuun. Lisäksi Kiinassa nostettiin esille hoitotyön toistuva arvioiminen ja kehittäminen.</p> <p>Ahdistuksen käsittelemiseen maiden välillä yhteisiä teemoja olivat kollegiaalisen kommunikaation ja yhteistyön lisääminen sekä palautuminen työstä vapaa-ajalla. Ruotsissa kuvattiin stressin kontrolloimista reflektiolla ja mukautumisella. Kiinassa nähtiin ahdistuksen lieventyvän pyrkimällä suurempaan kompetenssiin kasvattamalla omaa osaamista sekä välttämällä konfliktitilanteita.</p> | <p>8/10 (JBI)</p> |

Liite 2. Aineistosta kerätyt sisällönanalyysin analyysiyksiköt

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|---|--|---|---|
| <p>Calvin, A., Kite-Powell, D. & Hickey, J. 2007. The Neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. USA.</p> | <p>Saattohoitopäätöksenteko - prosessissa kesellä olemisen rooli eli kommunikaation helpottaminen lääkäreiden ja omaisten välillä sekä potilaan mahdollisesti tiedossa olevan tahdon puolustaminen (potilaan edunvalvonta)</p> <p>Vakavasti sairastuneen potilaan tilan arvaamattomuus ja hoidon jatkamiseen/peruuttamiseen liittyvät ristiriitaiset tunteet</p> | <p>Avuttomuus</p> <p>Turhautuneisuus</p> <p>Emotionaalinen uupumus</p> <p>Sekavat tunteet</p> | <p>Merkityksellisyyden ja etuoikeuden kokeminen</p> <p>Kuolevan potilaan hoitaminen herättää itsetutkiskelua, mikä rikastuttaa elämää</p> <p>Tilanteiden jälkipuinti (debriefing) ja työnohjaus</p> |
| <p>Eriksson, H., Andersson, G., Olsson, L., Milberg, A. & Friedrichsen, M. 2014. Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: a qualitative interview study with team members on stroke units in Sweden. Sweden.</p> | <p>Erimielisyydet hoitohenkilökunnan välillä liittyen elämää ylläpitäviin hoitoihin ja niiden jatkamiseen (ravitseminen, lääkitys ja tutkimukset/näytteenotot).</p> <p>Hoitajilla kokemus siitä, että palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita toisinaan "ylihoidetaan".</p> <p>Riittämätön kivunhoito ennen kuin on tehty palliatiivinen hoitopäätös. Potilaan kipujen kärsimisen todistaminen läheltä.</p> <p>Kommunikaatiohaasteet ammattiryhmien välillä</p> | <p>Turhautuneisuus</p> <p>Kyvyttömyys toteuttaa laadukasta hoitotyötä</p> <p>Häpeää omaisten edessä, mikäli on jo aloitettu prosessoimaan lähestyvää kuolemaa ja palliatiivista hoitoa, ja hoitopäätös muuttuikin takaisin akuuttiin hoitoon.</p> | <p>Lisätä koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja päätösten teosta.</p> <p>Standardoitu työkalu ja hoitotiimin yhteiset strategiat kommunikaation suhteen.</p> <p>Yhteiset hoidon tavoitteet. (Koko hoitotiimin yhdessä laatima yksilöllinen hoitosuunnitelma palliatiiviselle potilaalle yhteistyössä lähiomaisten kanssa. Suunnitelmasta poikkeamisesta olisi keskusteltava koko tiimissä.)</p> |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|--|--|--|---|
| | <p>Hoitopäätöksistä ei keskustella riittävästi</p> <p>Ei yhteisiä hoidon tavoitteita</p> <p>Ei pitäydytä jo tehdyissä hoitopäätöksissä, mikä aiheuttaa epäluottamusta omaisissa</p> <p>Ajan puute, jolloin ei ehditä keskustelemaan hoitotiimin kesken eettisistä ongelmista, niiden herättämistä ajatuksista ja vaihtoehtojen läpikäymisestä.</p> | | |
| <p>Rejnö, Å., Danielson, E. & von Post, I. 2012. The unexpected force of acute stroke leading to patients' sudden death as described by nurses.</p> | <p>Käsitellä eettisesti haastavia tilanteita, joissa on tehtävä kuolevan potilaan puolesta hoitopäätöksiä</p> <p>Mielipiteet hoidosta saattoivat olla hoitajilla eriä, kuin omaisilla tai lääkäreillä.</p> <p>Arvoristiriidat.</p> <p>Työtehtävien priorisoinnin haasteet</p> <p>Ajan puute, on tehtävä valinta vastaako apua kutsuvan potilaan pyyntöön vai hoitaako kuolevaa potilasta, joka ei pysty itse ilmaisemaan avuntarvettaan.</p> | <p>Turhautuneisuus</p> <p>Tunne, ettei ole pystynyt antamaan parasta hoitoa (itsestään riippumattomista syistä/ arvoristiriidat).</p> <p><i>"ei hyvä tunne"</i></p> <p>huono omatunto</p> <p>häpeä</p> | <p>Tehdä eettisiä päätöksiä yhdessä omaisten kanssa</p> <p>Joustavampi organisaatio tukemaan hoitajia kohtaamaan äkillisiä tilanteita työssä, kuten potilaan äkillinen kuolema.</p> |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|---|--|--|---|
| <p>Silén, M., Tang, P., Wadensten, B. & Ahlström G. 2008. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. Sweden.</p> | <p>Suuri työmäärä: hoitajien alhainen määrä suhteessa hoidettaviin potilaisiin ja hoidontarpeisiin</p> <p>Jatkuvasti joutuu muuttamaan työn priorisointia (johtuen stressaavasta työympäristöstä).</p> <p>Ei pysty tekemään työtä niin hyvin kuin haluaisi</p> <p>Hoidon laatu kärsii, kun hoitajia liian vähän tai liian osaamattomia.</p> <p>Suuret vaatimukset itseltään</p> <p>Epärealistiset vaatimukset ja epätyytymättömyys omaisilta</p> <p>Hallinnolliset tehtävät, kirjalliset työt, jotka pitävät poissa potilaan viereltä</p> <p>Vaikutusmahdollisuuden puute: pakolliset rutiinit, poliittiset päätökset ja taloudelliset tekijät vaikuttavat siihen, ettei työtä pysty tekemään niin kuin haluaisi.</p> <p>Kommunikaatio ja yhteistyöhaasteet muun hoitohenkilökunnan kanssa</p> | <p>Ahdistus</p> <p>Uupumus</p> <p>Väsymys vapaa-ajalla</p> <p>Turhautuneisuuden kokeminen</p> <p>Riittämättömyyden kokeminen</p> <p>Surullisuus</p> <p>Avuttomuuden tunne</p> <p>Vaikea olla ajattelematta potilastapauksia työajan ulkopuolella</p> <p>Turhautuneisuutta</p> <p>Voimattomuus</p> <p>Vihaa</p> <p>Henkisesti vaikea kestää</p> <p>Joutuu tekemään asioita, jotka vasten omaa tahtoa.</p> | <p>Hyväksyä ja myötäillä tilanteissa, vaikka ei olisi asiasta samaa mieltä.</p> <p>Hakea tukea kollegoilta (keskustella tilanteista)</p> <p>Hakea voimaa yksityiselämästä, ei viedä töitä kotiin</p> <p>Reflektioiva ajattelu ja vertailu aikaisempiin kokemuksiin</p> <p>Ammattilypeys: Tyytyväisyys hoidon laatuun ja yksilölliseen hoitoon</p> <p>Potilailta ja omaisilta saatu hyvä palaute/tyytyväisyys hoidosta</p> <p>Arvostus neurologiseen erikoisosaamiseen</p> <p>Yhteistyö muun hoitohenkilökunnan kanssa</p> |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|-------------------|---|------------------------------------|---|
| | <p>Ei nähdä asiantuntijana tai kunnioiteta ammatillista osaamista.</p> <p>Ei oteta huomioon hoitajan näkökulmaa potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa.</p> <p>Ei saada riittävää tukea kollegoilta tai esihenkilöltä haastavissa tilanteissa.</p> <p>Emotionaalisesti haastavaa kohdata vakavasti sairaita potilaita.</p> <p>Haasteet päätöksenteoissa aloittaa tai peruuttaa hoitoa.</p> <p>Dilemmana hyötyykö potilas hoidosta vai aiheuttaako se ylimääräistä kipua tai kärsimyksen pitkittämistä.</p> <p>koettiin vaikeaksi ja voimattomaksi päätöstentekojen edessä ja päätösten kertomisessa omaisille.</p> <p>Päätöksen tekemättä jättäminen</p> <p>Eriäviä näkökulmia oikeasta hoidosta ja päätöksistä</p> | | |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|--|---|--|--|
| | <p>Tuntuu pahalta lopettaa hoitoja tajuissaan olevalta potilaalta.</p> <p>Haasteena varmistaa potilaan koskemattomuus/eheys (useampi potilas samassa huoneessa)</p> | | |
| <p>Tang, P., Johansson, C., Wadensten, B., Wenneber, S. & Ahlström, G. 2007. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward.</p> | <p>Eriävät näkemykset optimaalisesta hoidosta potilaiden ja omaisten kanssa. Miellyttääkseen potilaita ja heidän omaisiaan, hoitajat kuvasivat joutuvansa pakolla tekemään tekoja, jotka olivat vastaan heidän omaa näkemystään ja hoidollista tietämystään.</p> <p>Tuen ja kunnioituksen puute lääkäreiltä, potilailta, omaisilta ja esihenkilöiltä.</p> <p>Hoitopäätöksiin vaikuttavat taloudelliset syyt (potilaalla ei varaa saatavilla olevaan hoitoon).</p> <p>Hoitajien vastuu, kompetenssi ja saatavilla olevat resurssit eivät kohtaa</p> <p>Ei riitä osaaminen hoitaa potilasta niin hyvin kuin haluaisi</p> <p>Työmäärä liian iso yksittäisellä hoitajalla</p> | <p>Avuttomuus</p> <p>Turhautuneisuus</p> <p>Tunne ettei riitä osaaminen</p> <p>Liiallinen stressi</p> <p>Voimattomuus</p> <p>Viha</p> <p>Epävarmuus</p> <p>Ahdistus</p> <p>Suru</p> <p>Turhautuneisuus, kun joutuu pyytämään omaisilta apua perushoidossa suuren työmäärän vuoksi.</p> | <p>Kehittää omaa ammattitaitoa, jatkokouluttautua (lisätä kompetenssia kohdata haasteita)</p> <p>Parantaa kommunikaatiota ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä</p> <p>Myöntyä toisen tahtoon konfliktin välttämiseksi</p> <p>Rentoutuminen vapaa-ajalla ja perheen tuki</p> |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|---|---|--|---|
| | <p>Ajan puute organisatoriset velvollisuudet ja kirjalliset työt</p> <p>Ei aikaa koulutuksille</p> <p>Konsultaatiomahdollisuuden ja tuen puute esihenkilöiltä</p> <p>Vaikutusmahdollisuuden puute hoitoa koskeviin päätöksiin joutuen kuitenkin vastaamaan annetusta hoidosta.</p> <p>Toimiminen sovittelijana lääkäreiden ja potilaiden/omaisten välillä konfliktitilanteissa.</p> <p>Riittämättömät resurssit</p> | <p>Päivittäin koettu ahdistus ja turhautuneisuus nähtiin aiheuttavan monia fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia.</p> <p>Vaikeuksia rentoutua vapaa-ajalla</p> <p>Puutteellinen työkuunto ja työpaine aiheutti ylitöitä, uupumusta ja alhaisempaa luottamusta omaan kykyyn suorittaa työnsä tyydyttävästi.</p> <p>Pelko virheiden tekemiseen</p> | |
| <p>Wadensten, B., Wenneberg, S., Silén, M., Tang, P. & Ahlström, G. 2008. A cross-cultural comparison of nurses' ethical concerns.</p> | <p>Yhteistä Ruotsissa ja Kiinassa: Eriävät näkemykset oikeanlaisesta hoidosta</p> <p>Hoitajien rajoittanut mahdollisuus tarjota parasta mahdollista hoitoa.</p> | | <p>Yhteistä Ruotsissa ja Kiinassa: Kollegiaalisen kommunikaation ja yhteistyön lisääminen</p> <p>Palautuminen työstä vapaa-ajalla</p> <p>Ruotsissa: Reflektio</p> |

| Tutkimusartikkeli | Moraaliseen ahdistukseen yhteydessä olevat tekijät? | Miten moraalinen ahdistus ilmenee? | Mitkä tekijät auttavat vähentämään moraalista ahdistusta? |
|-------------------|---|------------------------------------|--|
| | <p>Hoitotyön suuret vaatimukset yhdessä pienen vaikutusmahdollisuuden kanssa</p> <p>Kunnioituksen puute</p> <p>Haasteet kommunikaatiossa muiden ammattiryhmien kanssa</p> <p>Vaikeasti sairaiden potilaiden hoitamisen aiheuttama emotionaalinen kuormitus.</p> <p>Resurssivajeen tuoma este laadukkaaseen hoitotyön toteutumiselle</p> <p>Ainoastaan Ruotsissa: Moraaliset konfliktit elämää ylläpitävien hoitojen päättämisen osalta</p> <p>Ainoastaan Kiinassa: Potilaan varallisuus vaikutti hoitopäätöksiin.</p> | | <p>Mukautumisella</p> <p>Kiinassa:</p> <p>Pyrkimällä suurempaan kompetenssiin kasvattamalla omaa osaamista</p> <p>Välttämällä konfliktitilanteita.</p> |