© Autor(rzy) 2023. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# MORAL DISTRESS W PIELĘGNIARSTWIE PSYCHIATRYCZNYM

## *MORAL DISTRESS IN MENTAL HEALTH NURSING*

Patrycja Zofia Zurzycka[a], Katarzyna Czyżowicz[b], Zofia Musiał[c], Grażyna Puto[d]

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
*Faculty of Health Sciences, Jagiellonian Univeristy, Medical College*

[a] https://orcid.org/0000-0002-2048-3711
[b] https://orcid.org/0000-0003-0397-5623
[c] https://orcid.org/0000-0001-6954-3204
[d] https://orcid.org/0000-0002-0829-327X

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2023.11

STRESZCZENIE

W czasie pełnienia roli zawodowej pielęgniarki psychiatryczne mierzą się ze złożonymi kwestiami dotyczącymi tworzenia relacji terapeutycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i ograniczenia stosowania przymusu. Mogą także zetknąć się z innymi barierami (zarówno zewnętrznymi, jak i wewnętrznymi), które utrudniają im działanie zgodne z ideałami praktyki zawodowej i stwarzają możliwość powstania niepokoju moralnego.
Niepokój moralny (ang. moral distress, MD) charakteryzowany jest jako negatywne odczucia pojawiające się w sytuacjach, gdy osoba wie, jak należy postąpić, ale istniejące ograniczenia uniemożliwiają jej podjęcie właściwego działania. Może on pojawić się również, gdy personel medyczny staje przed dylematami moralnymi lub doświadcza moralnych wątpliwości w związku z sytuacjami wynikającymi z praktyki klinicznej.
Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień związanych z występowaniem moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym.

SŁOWA KLUCZOWE: niepokój moralny, pielęgniarstwo psychiatryczne, psychiatria, pielęgniarstwo.

ABSTRACT

Nursing is based on relations with other people – interpersonal relations that are especially important in mental health nursing. In their professional practice, psychiatric nurses face complex challenges concerning the establishment of therapeutic relations, ensuring patient's safety and reducing means of coercion. In their everyday practice, they often face multi-dimensional dilemmas regarding care for persons with cognitive or behavioural disorders at various stages of the disease. Nurses can also encounter other constraints (both external and internal) that make it difficult for them to act in line with the ideals of professional practice and put them at risk of developing moral distress.
Moral distress (MD) is described as negative feelings in situations where one knows the correct actions to take but they are constrained from taking them. Moral distress can also occur when medical personnel faces moral dilemmas or experience moral doubts in the course of their clinical practice. Moral distress can occur in any medical discipline, but due to the prevalence of difficult situations, it is particularly important in mental health patient care.
The goal of the study was to present the selected issues related to moral distress in mental health nursing.

KEYWORDS: moral distress, mental health nursing, psychiatry, nursing.

## Wprowadzenie

Pielęgniarstwo oparte jest na relacjach z drugim człowiekiem (relacje międzyludzkie, które są szczególnie istotne w pielęgniarstwie psychiatrycznym) [1, 2], polegające na otaczaniu opieką, okazaniu szacunku i współczucia [3–5]; wiąże się także z ponoszeniem moralnej odpowiedzialności spotkania z drugą osobą [3, 6]. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w sprawowaniu całościowej opieki nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich bliskimi, w swej pracy zobowiązane są do przestrzegania zasad etyki i obowiązujących norm prawnych oraz współpracy w zespołach multidyscyplinarnych [2, 4, 7]. Niejednokrotnie mierzą się ze złożonymi kwestiami dotyczącymi tworzenia relacji terapeutycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ograniczenia stosowania przymusu bezpośredniego, mogą także mieć styczność z innymi ograniczeniami, które utrudniają im działanie zgodne z ideałami praktyki zawodowej [8].

Niepokój moralny (ang. *moral distress* – MD) charakteryzowany jest jako negatywne odczucia pojawiające się w sytuacjach, gdy osoba wie, jak należy postąpić, ale istniejące ograniczenia uniemożliwiają jej podjęcie właściwego działania [3, 9, 10]. Przeszkody te mogą

przybrać postać zarówno ograniczeń zewnętrznych (instytucjonalnych, organizacyjnych czy systemowych), jak i wewnętrznych dotyczących danej osoby [3, 8, 11, 12]. Niepokój moralny może również pojawić się, gdy personel medyczny staje przed dylematami moralnymi lub doświadcza moralnych wątpliwości w związku z sytuacjami wynikającymi z praktyki klinicznej [8, 13]. Moral distress stanowi połączenie doświadczeń wydarzenia moralnego i niepokoju psychicznego, pomiędzy którymi zachodzi związek przyczynowy [14, 15]; jest psychologiczną reakcją na sytuacje stanowiące wyzwania moralne [10, 16]. Przez wielu autorów niepokój moralny utożsamiany jest z cierpieniem moralnym, którego kluczowy element stanowi poczucie bezsilności wobec zaistniałych sytuacji [17].

Niepokój moralny jest zjawiskiem odmiennym od dylematu etycznego, w przypadku którego możliwe jest dokonanie wyboru spośród różnych alternatyw rozwiązania powstałego problemu (podjęcia działania), aczkolwiek nie zawsze możliwe będzie dokonanie w pełni satysfakcjonującego wyboru. Do wystąpienia niepokoju moralnego dochodzi natomiast wówczas, kiedy w obliczu problemu jednostka jest w stanie określić, jakie poprawne i właściwe etycznie działania należałoby podjąć, lecz nie jest zdolna – z różnych powodów – do ich podjęcia [18, 19].

Niepokój moralny może pojawić się w niemal każdej dyscyplinie medycznej, ale ze względu na zwiększoną częstotliwość występowania sytuacji trudnych, jest zagadnieniem szczególnie istotnym w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi [1, 5, 20–22].

## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie wybranych zagadnień związanych z występowaniem moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym. Artykuł powstał na podstawie analizy badań i opracowań naukowych, dostępnych w bazach danych Medline oraz PubMed.

## Źródła moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Pielęgniarki pracujące w obszarze opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi często znajdują się w obliczu wieloaspektowych sytuacji trudnych, dylematów moralnych oraz stawianych im sprzecznych oczekiwań. Może to powodować doświadczenie niepokoju moralnego, pojawiającego się w sytuacjach, gdy nie mogą zrobić tego, co uważają za słuszne lub kiedy muszą podjąć działanie, które uważają za niewłaściwe [2, 3, 8, 11, 18, 21].

Moral distress doznawany przez pielęgniarki opiekujące się pacjentami z zaburzeniami psychicznymi może mieć nieco odmienne źródła, wynikające ze specyfiki opieki psychiatrycznej, od MD odczuwanego przez pielęgniarki pracujące w innych obszarach opieki medycznej [2, 23]. Wyzwania dotyczące zdrowia psychicznego, psychiatrii oraz pielęgniarstwa psychiatrycznego są prawdopodobnie takie same na całym świecie [7], jednak wydaje się, że MD doświadczane przez pielęgniarki psychiatryczne może różnić się ze względu na kulturę, przekonania, wartości i obyczaje, a także przyjętą praktykę zawodową [11].

Pielęgniarki pracujące w opiece psychiatrycznej napotykają szereg problemów etycznych, jak i praktycznych, które mogą prowadzić do powstania niepokoju moralnego [11, 21, 23]. W swej codziennej praktyce często stają w obliczu złożonych wielowymiarowych dylematów dotyczących opieki nad osobami wykazującymi zaburzenia poznawcze czy zachowania, znajdującymi się w różnych fazach choroby. Ponadto mierzą się z wyzwaniami związanymi z otoczeniem chorych, opieką rodzin pacjentów oraz problemami wynikającymi ze społecznego postrzegania zaburzeń psychicznych i stygmatyzacją dotkniętych nimi osób [2, 3, 6–8, 11, 24].

U pacjentów objętych opieką psychiatryczną często występują zmiany psychopatologiczne, które mogą ograniczać ich zdolność do autonomicznego wyrażania świadomej zgody na proponowane im świadczenia medyczne. Istniejące zaburzenia mogą prowadzić do ograniczenia wglądu w swój stan i do utrudnień lub całkowitego braku współpracy w podejmowaniu decyzji klinicznych i w procesie terapeutycznym. Pacjenci mogą nie akceptować postawionej diagnozy i proponowanego leczenia lub nie rozumieć istoty swojego zaburzenia, co może powodować konieczność stosowania przymusu (obejmującego zarówno hospitalizację oraz leczenie bez zgody, jak i stosowanie środków przymusu bezpośredniego). Występujące u osób chorych psychicznie zaburzenia procesów myślenia czy postrzegania mogą prowadzić do narażenia ich na doznanie krzywdy oraz ryzyka skrzywdzenia innych osób [3, 6, 21, 24].

Ograniczenia czy całkowity brak możliwości uzyskania świadomej zgody, a także konieczność stosowania działań paternalistycznych, podejmowanych w imię troski o dobrostan pacjentów, mogą powodować liczne dylematy i dyskomfort odczuwany przez klinicystów. Wiąże się on z ryzykiem naruszenia podstawowych zasad etycznych w opiece medycznej – autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości [21, 25] oraz kwestii związanych z zachowaniem prywatności, poufności, wolności i relacji terapeutycznej [4, 7, 22, 24, 26, 27].

Głównymi specyficznymi źródłami moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym są kwestie związane z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom oraz radzeniem sobie z zachowaniami agresywnymi [1, 2]. Związane są również z niszczeniem mienia placówki, ucieczkami, niestosownymi zachowaniami o charakte-

rze seksualnym [1], dokonywanymi samookaleczeniami, wykazywanymi tendencjami autodestrukcyjnymi czy próbami samobójczymi [3, 22], odmową przyjmowania zleconej farmakoterapii, udziału w terapii grupowej czy wyrażaniem zgody na terapię elektrowstrząsami [7]. MD w opiece psychiatrycznej może być także spowodowany koniecznością stosowania przymusu, udziałem pacjentów w procesie terapeutycznym, ustalaniem priorytetów w opiece oraz powstawaniem sprzecznych interesów pacjenta i jego bliskich [2–4, 6, 28], jak również zachowaniami prezentowanymi przez bliskich pacjenta – agresją słowną, wrogim nastawieniem, grożeniem personelowi czy brakiem współpracy [1]. Źródłem moral distress może być także nadmierne skupienie się na terapii farmakologicznej (podawanie i nadzorowanie przyjmowania leków, monitorowanie efektów leczenia i skutków ubocznych) i jednoczesne marginalizowanie kluczowej roli rozmowy terapeutycznej i innych form terapii [28].

Kolejnym obszarem, który może mieć wpływ na powstanie niepokoju moralnego są oczekiwania społeczne dotyczące opieki psychiatrycznej, w tym równoważenie potrzeb społeczeństwa i dobrostanu indywidualnego pacjentów chorujących psychicznie (populacji wrażliwej na skrzywdzenie) [25, 26, 29]. Pacjenci objęci opieką psychiatryczną są narażeni na ograniczenie lub pozbawienie wielu praw przysługujących innym obywatelom [11, 30]. Ponadto odnotować należy występujący brak akceptacji i stygmatyzację osób wykazujących zaburzenia psychiczne przez ich bliskich, jak i społeczność [2]. Doświadczenie MD w pielęgniarstwie psychiatrycznym może być również związane z oceną podejmowanych decyzji klinicznych i uważaniem ich za niewłaściwe, na przykład w sytuacjach interwencji w zachowanie pacjenta, które związane jest raczej z kwestią stylu życia, a nie bezpieczeństwem czy stanem zdrowia psychicznego [5]. Ponadto pielęgniarki, które mają najczęstszy i najbliższy kontakt z pacjentami, realizując w praktyce koncepcję adwokatury, często mimowolnie przyjmują rolę łącznika (negocjatora) pomiędzy pacjentami a lekarzami i pozostałym personelem, co także może stanowić źródło MD [6, 18].

Pielęgniarki psychiatryczne doświadczają moral distress w sytuacjach, gdy nie są w stanie reagować na potrzeby pacjenta w taki sposób i w takim zakresie, w jakim uważają to za słuszne [21, 30] i realizować opiekę wysokiej jakości [5, 29, 31, 32]. Jednak MD może być także spowodowane czynnikami niezwiązanymi bezpośrednio z pacjentem – aspektami organizacyjnymi środowiska pracy personelu medycznego. Jako przyczyny moral distress wskazywane są również: zbyt mała liczba personelu w stosunku do potrzeb pacjentów, nadmierne przeciążenie obowiązkami zawodowymi, brak czasu i zasobów [1, 7, 22, 30, 32]. Do powstania MD przyczynić się może konieczność współpracy z personelem, który nie posiada wystarczających umiejętności potrzebnych do pracy z pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne, częsta rotacja pracowników [1, 2, 7, 29] oraz nadmierne obciążenie obowiązkami administracyjnymi (np. wymogi wypełniania rozbudowanej dokumentacji medycznej) [1, 7]. W badaniach dotyczących występowania MD w pielęgniarstwie psychiatrycznym zwracano także uwagę na pojawianie się tego zjawiska w związku ze standardami jakości opieki oferowanej przez daną instytucję czy system opieki. Zgłaszano problemy związane z niedofinansowaniem i ograniczeniem stosowania innych metod postępowania poza terapią farmakologiczną [5, 28].

Istotnym elementem wpływającym na powstawanie moral distress jest brak wsparcia ze strony przełożonych w rozwiazywaniu pojawiających się problemów [22, 30] oraz naciski na podejmowanie niewłaściwego, zdaniem pielęgniarek, postępowania terapeutycznego i opiekuńczego [1, 7]. MD może być także spowodowany interakcjami ze współpracownikami, ich nieodpowiednim zachowaniem (np. brakiem współpracy, wykluczaniem z udziału w dyskusji, a nawet zawstydzaniem, poniżaniem czy zastraszaniem) [1] oraz innymi, szeroko pojętymi, relacjami powodującymi obciążenie, poczucie osamotnienia i braku wpływu [6, 21, 24]. Do moral distress przyczynia się również niski standard opieki realizowany przez innych pracowników i konieczność współpracy z nimi w procesie sprawowania opieki połączony z obawą przed izolacją w zespole terapeutycznym [5, 29, 31].

Wpływ na powstawanie moral distress ma także poszanowanie autonomii zawodowej pielęgniarek, która nie zawsze jest uwzględniana przy podejmowaniu decyzji klinicznych w zespołach multidyscyplinarnych. Innym zawodom medycznym (głównie lekarzom) często przypisywana jest większa władza decyzyjna. Z kolei pielęgniarki zgłaszają, że ich obserwacje i opinie dotyczące pacjentów często są marginalizowane czy ignorowane w procesie terapeutycznym [5, 7, 28]. Może to prowadzić do sytuacji, w których pielęgniarki będą obawiały się (lub nie będą widziały potrzeby) wyrażania swojego zdania (w tym także dotyczącego problemów etycznych związanych z opieką) [30]. Do prowadzenia opieki psychiatrycznej wysokiej jakości kluczowe są natomiast zaufanie, partnerstwo i prawidłowa komunikacja w zespołach terapeutycznych oraz wzajemne okazywanie szacunku i wsparcia [3, 32].

## Konsekwencje moral distress w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Moral distress wpływa wieloaspektowo na funkcjonowanie pielęgniarek psychiatrycznych, wywołując sze-

reg negatywnych zjawisk [20]. Szkodliwe jest zarówno dla funkcjonowania osobistego, jak i zawodowego pielęgniarek [30], może mieć negatywny wpływ również na funkcjonowanie fizyczne, jak i psychiczne doznających go jednostek [21, 33]. Osoby cierpiące na niepokój moralny opisują doznawanie frustracji, złości i poczucia winy [3, 21], a także bezsilności, wstydu, przygnębienia, niepokoju i doświadczenia porażki [3, 29]. Pojawiające się objawy somatyczne moral distress są niecharakterystyczne i obejmują najczęściej: zmęczenie, wyczerpanie, bóle głowy, bóle brzucha, bezsenność, zmiany masy ciała i kołatanie serca [3, 8, 29, 34, 35]. Warto podkreślić, że zarówno objawy somatyczne, jak i doznania psychiczne mogą być na tyle nasilone, że stanowić będą przyczynę nieobecności w pracy osoby dotkniętej MD [8].

Pielęgniarki, które doświadczają niepokoju moralnego, mogą dystansować się od osób, którymi się opiekują i traktować je przedmiotowo, co obniża jakość praktyki zawodowej i jest szkodliwe dla pacjentów [3, 8, 17, 29, 32, 34]. Ponadto MD przyczynia się do powstawania wypalenia zawodowego czy rezygnacji z wykonywania zawodu [3, 8, 17, 18, 29, 36].

## Radzenie sobie z moral distress w praktyce pielęgniarskiej

Postrzeganie problemu moralnego i właściwego w odniesieniu do niego działania, stanowi kluczowy element moral distress i często jest zjawiskiem subiektywnym – zdarzenia, które u jednej osoby wywołają MD przez innego profesjonalistę będą oceniane neutralnie [27]. Istotnym elementem jest wrażliwość etyczna definiowana jako świadomość etycznych implikacji podejmowanych w praktyce klinicznej działań. Niedostatek wrażliwości etycznej powodujący brak dostrzegania problemów moralnych i umiejętności radzenia sobie z nimi może powodować powstanie MD. Osoby, które mają większe doświadczenie kliniczne i przeszły szkolenie z zakresu etyki, zazwyczaj cechuje wysoka świadomość dotycząca pojawiania się problemów etycznych oraz większa zdolność do ich rozwiązywania, w porównaniu z osobami, które takiej wiedzy i doświadczenia nie posiadają [7, 8, 22, 29, 35].

Znajomość istoty moral distress i świadomość istnienia tego zjawiska wpływa na zapobieganie jego powstaniu [2]. Wykrycie przyczyn występowania MD i panujących między nimi interakcji jest kluczowe dla podjęcia skutecznych interwencji zaradczych [31].

Pielęgniarki pracujące z pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne stosują różnorodne strategie radzenia sobie z problemem, jakim jest MD [2]. Jednym ze sposobów radzenia sobie z moral distress jest szukanie wsparcia u współpracowników, prowadzenie z nimi rozmów na temat zaistniałej sytuacji oraz jej ponowna ocena [5, 8, 24]. Inne stosowane strategie radzenia sobie z MD obejmują próby nieprzenoszenia problemów powstałych na gruncie zawodowym do życia prywatnego („nie zabieranie problemów z pracy do domu") oraz próby dystansowania się od osobistej odpowiedzialności (traktowanie sytuacji powodującej MD jako nieodzownego elementu realizowania opieki) na rzecz wierności i lojalności wobec systemu opieki zdrowotnej czy danej placówki ochrony zdrowia [5, 8].

Chociaż cierpienie moralne jest odczuwane na poziomie osobistym, należy postrzegać je także jako problem organizacyjny. Dlatego skuteczne interwencje muszą odnosić się do źródeł niepokoju moralnego w kontekście społecznym i organizacyjnym miejsca pracy [8, 21]. Jeśli w miejscu pracy przyjęte jest dyskutowanie o kwestiach trudnych i problemowych, również etycznych, i ich rozwiązywanie (istnieje tzw. pozytywny klimat etyczny), to tym mniej prawdopodobne jest pojawienie się MD. Wskazuje to na istotną rolę wspierania pozytywnych relacji pozwalających na analizowanie problematycznych kwestii oraz ważnej roli osób zajmujących stanowiska kierownicze w kształtowaniu tychże relacji [8, 24, 34].

Istotnym elementem zapobiegającym pojawianiu się MD wśród personelu pielęgniarskiego oraz przeciwdziałaniu jego negatywnym skutkom może być tworzenie grup wsparcia i wykorzystanie różnorodnych metod pomocy. Mogą one obejmować wsparcie edukacyjne, związane z prawidłową komunikacją w zespole terapeutycznym [1, 12, 31, 32, 37], wykorzystanie profesjonalnego wsparcia etycznego (konsultanci, doradcy etyczni, komitety etyczne) [38] oraz wsparcie nieformalne, oferowane zazwyczaj przez współpracowników [39]. Ważną rolę odgrywa także możliwość przedyskutowania przez pielęgniarki zdarzeń i okoliczności, które wywołują u nich MD oraz rozmowa o jego konsekwencjach [37, 39, 40, 41]. Ponadto również istotne jest zapewnienie wspierającego i nieoceniającego klimatu do omówienia i szukania możliwości rozwiązania sytuacji problemowych [38, 40]. W zapobieganiu MD i jego skutkom wykorzystany może zostać także mentoring i superwizja [41, 42], a także debriefing [37] czy uczestnictwo w grupach Balinta, które umożliwiają pogłębienie rozumienia istoty relacji z pacjentem [43].

Poza wprowadzeniem zmian organizacyjnych i wzmacnianiem roli pielęgniarek psychiatrycznych w zespołach interdyscyplinarnych konieczne jest uwzględnienie tematyki dotyczącej moral distress w programach kształcenia, ze szczególnym naciskiem na działania prewencyjne, wykrywanie MD i radzenie sobie z nim [21].

## Podsumowanie

Sprawowanie opieki nad pacjentami wykazującymi zaburzenia psychiczne wymaga od personelu szerokiej

wiedzy, wysokich kompetencji i umiejętności oraz niezbędnej współpracy w zespole terapeutycznym. Proces ten nie zawsze jednak przebiega w sposób tak idealny, jak życzyłby sobie tego personel medyczny. Złożone i trudne etycznie sytuacje kliniczne, oczekiwania i postawy chorych i ich bliskich, niewystarczająca liczba personelu i środków, nieprawidłowa organizacja pracy oraz błędy w komunikowaniu się sprawiają, że zaspokojenie potrzeb pacjentów i ich rodzin może stać się dla pielęgniarek psychiatrycznych problematyczne. Niepokój moralny jest powszechnie występującym w opiece zdrowotnej zjawiskiem, które zazwyczaj negatywnie wpływa na doświadczający go personel oraz w konsekwencji oddziałuje również na opiekę nad pacjentami. Występuje on we wszystkich obszarach opieki medycznej, jednak opieka nad osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne wiąże się z licznymi dodatkowymi wyzwaniami i trudnościami, które potęgują możliwość wystąpienia MD.

Warto zauważyć, że cierpienie moralne może być postrzegane jako pozytywne zjawisko, powoduje bowiem wywołanie refleksji etycznej oraz uwrażliwia na moralne powinności związane z praktyką zawodową i pojawiające się w związku z nią dylematy, pomaga tym samym utrzymać wysokie standardy opieki**.** Całkowity brak MD w sytuacjach stanowiących wyzwanie moralne może być postrzegany jako problematyczny, ponieważ zazwyczaj oznacza realizowanie praktyki medycznej w oderwaniu od zasad, refleksji i wrażliwości etycznej.

Niepokój moralny wydaje się być nieodłącznym elementem realizowania opieki medycznej, w tym opieki psychiatrycznej świadczonej przez pielęgniarki. Jednak ze względu na jego niekorzystne skutki dotykające zarówno pielęgniarki, jak i pacjentów, konieczne jest podejmowanie działań zmierzających do minimalizowania występowania MD i łagodzenia jego negatywnych konsekwencji. Pomocne mogą być zarówno działania systemowe, organizacyjne, edukacyjne, jak i inne metody wsparcia.

**Piśmiennictwo**


1. Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. Int J Ment Health Nurs. 2022; 31(3): 665–676.
2. Upasen R, Saengpanya W. Experiencing Moral Distress in Mental Health Nursing in Thailand. WJST 2021; 18(8): 1–11.
3. Jansen T, Hem M, Dambolt L, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. Nurs Ethics. 2020; 27(5): 1315–1326.
4. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. Nurs Ethics. 2014; 21(3): 359–373.
5. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. Perspect Psychiatr Care. 2010; 46(3): 209–220.
6. Jansen T, Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? Scand J Caring Sci. 2017; 31(2): 388–394.
7. Kertchok R. Ethical issues and moral distress in psychiatric and mental health nursing: a literature review. J Health Res. 2015; 29(3): 227–234.
8. Jansen T, Hem M, Danbolt L Hanssen I. Coping with moral distress on acute psychiatric wards: A qualitative study. Nurs Ethics. 2022; 29(1): 171–180.
9. Jameton A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. AMA J Ethics. 2017; 19(6): 617–628.
10. McCarthy J, Monteverde S. The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It. HEC Forum. 2018; 30(4): 319–328.
11. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. Nurs Ethics. 2019; 26(5): 1473–1483.
12. Ahokas F, Hemberg J. Moral distress experienced by care leaders' in older adult care: A qualitative study. Scand J Caring Sci. 2022; 10.1111/scs.13069.
13. Barlem E, Ramos F. Constructing a theoretical model of moral distress. Nurs Ethics. 2015; 22(5): 608–615.
14. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. Nurs Ethics. 2020; 27(5): 1297–1314.
15. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. Nurs Ethics. 2019; 26(3): 646–662.
16. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics. 2015; 29(2): 91–97.
17. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. Nurs. Ethics. 2015; 22(1): 131–152.
18. Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002; 9(6): 636–650.
19. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. J Biotech Inq. 2013; 10(3): 297–308.
20. Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. Nurs Ethics. 2018; 25(5): 571–579.
21. Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou E, Karanikola M. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. Biomed Res Int. 2017; 2017: 1908712.
22. Montreuil M, Séguin M, Gros C, Racine E. Everyday ethics of suicide care: Survey of mental health care providers' perspectives and support needs. PLoS One. 2021 22; 16(4): e0249048.
23. Hamaideh S. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. Int J Ment Health Nurs. 2014; 23(1): 33–41.
24. Musto L, Schreiber R. Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing. Issues Ment Health Nurs. 2012; 33(3): 137–144.
25. Norvoll R, Hem M, Pedersen R. The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. HEC Forum. 2017; 29(1): 59–74.
26. Herschkopf M. Moral Distress or Countertransference? Addressing Emotional Reactions of Psychiatry Trainees. Acad Psychiatry. 2021; 45(4): 476–480.

27. Austin W, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. Med Health Care Philos. 2008; 11(1): 89–97.
28. Wojtowicz B, Hagen B. A guest in the house: nursing instructors' experiences of the moral distress felt by students during inpatient psychiatric clinical rotations. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2014; 11: 2013–0086.
29. Jansen T, Danbolt L, Hanssen I, Hem M. How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. BMC Psychiatry. 2022; 22(1): 212.
30. Ohnishi K, Stone T, Yoshiike T, Kitaoka K. The role of online ethics consultation on mental health. Nurs Ethics. 2020; 27(5): 1261–1269.
31. Musto L, Schreiber R, Rodney P. Risking vulnerability: Enacting moral agency in the is/ought gap in mental health care. J Adv Nurs. 2021; 77(5): 2458–2471.
32. Söderberg A, Ejneborn Looi G, Gabrielsson S. Constrained nursing: Nurses' and assistant nurses' experiences working in a child and adolescent psychiatric ward. Int J Ment Health Nurs. 2022; 31(1): 189–198.
33. Austin C, Saylor R, Finley P. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. Psychol Trauma. 2017; 9(4): 399–406.
34. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. Nurs Ethics 2015; 22(1): 15–31.
35. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, Bonetti L. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. La Medicina Del Lavoro. 2018; 109(2): 97–109.
36. Corley M, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005; 12(4): 381–390.
37. Hertelendy AJ, Gutberg J, Mitchell C, Gustavsson M, Rapp D, Mayo M, von Schreeb J. Mitigating Moral Distress in Leaders of Healthcare Organizations: A Scoping Review. J Healthc Manag. 2022; 67(5): 380–402.
38. Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Bazrafshan MR, Mohammadi M. The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. Philos Ethics Humanit Med. 2022; 17(1): 13.
39. Vargas-Celis I, Concha-Mendez C. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. Aquichan. 2019; 19(1): 11–15.
40. Koonce M, Hyrkas K. Moral distress and spiritual/religious orientation: Moral agency, norms and resilience. Nurs Ethics. 2023; 30(2): 288–301.
41. Midtbust M, Gjengedal E, Alnes R. Moral distress – a threat to dementia care? A qualitative study of nursing staff members' experiences in long-term care facilities. BMC Health Serv Res. 2022; 22(1): 290.
42. Maffoni M, Sommovigo V, Giardini A, Paolucci S, Setti I. Dealing with ethical issues in rehabilitation medicine: The relationship between managerial support and emotional exhaustion is mediated by moral distress and enhanced by positive affectivity and resilience. J Nurs Manag. 2020; 28(5): 1114–1125.
43. Kaleta K. Rola poziomu stresu w doświadczaniu kryzysu w wartościowaniu przez pielęgniarki. Hygeia Public Health. 2015; 50(4): 630–636.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.03.2023.
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.08.2023.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

**Adres do korespondencji:**
Patrycja Zofia Zurzycka
e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl