

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
MORAL DİSTRES DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

**Nurgül ÖZGEN**

**Psikiyatri Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2023**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRI KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
MORAL DİSTRES DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA**

**Nurgül ÖZGEN**

**Psikiyatri Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ**

**ANKARA  
2023**

**ONAY SAYFASI****HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Moral Distres Deneyimleri: Nitel Bir  
Çalışma**

**Öğrenci: Nurgül ÖZGEN**

**Danışman: Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ**

Bu tez çalışması 08. 06. 2023 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

<b>Jüri Başkanı:</b>	<i>Prof. Dr. Sattı DEMİR (Gazi Üniversitesi)</i>
<b>Tez Danışmanı:</b>	<i>Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ (Hacettepe Üniversitesi)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ (Hacettepe Üniversitesi)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ (Hacettepe Üniversitesi)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYDOĞAN (Yüksek İhtisas Üniversitesi)</i>

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

1.2 Haziran 2023

*Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN*

**Enstitü Müdürü**

*y.*

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

.../.../2023

Nurgül ÖZGEN

<sup>1</sup>“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

<sup>(1)</sup> Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın önerisi ve enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

<sup>(2)</sup> Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın önerisi ve enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

<sup>(3)</sup> Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez **danışmanın önerisi ve enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Nurgül ÖZGEN

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve tecrübelerini aktararak mesleğimize ve psikiyatri hemşireliğine dair farklı bakış açıları kazandıran, çalışma süresince her aşamada bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren ve destekleyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Sayın Azize ATLI ÖZBAŞ'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince sakin ve rahatlatan ses tonuyla pek çok kez duygularımı ifade etmemde rehber olan, derslerimizdeki süpervizyon desteğiyle hastalarımın daha etkili bakım vermemi sağlayan, bilgi ve tecrübesini hiç esirgmeden paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Sayın Duygu HİÇDURMAZ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince yargılamadan, saygı ve sevgiyle yaklaşan, her zaman paylaşacak kahvesi olan, sürecimin en kritik anlarında destek olan, bilgi, tecrübe ve bakış açısıyla yolumu aydınlatan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Melike Ayça AY KAATSIZ'a,

Lisans öğrenimimde bizlere verdiği emekle, psikiyatriye ve hayata bakış açısıyla bu alana olan ilgimi daha da artıran, lisansüstü eğitimimde cesaretimi artıran kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Ayşe Gül YAVAŞ AYHAN'a, lisansüstü eğitimim süresince ve çalışma sürecimde benimle değerli bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan, zorlandığım anlarda bana vakit ayıran, işlerini sevgiyle yapan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Sayın Arzu YÜKSEL'e ve Doç. Dr. Sayın Yunus KAYA'ya ,

Veri toplama aşamasında zamanlarını ayırarak bana destek olan tüm kıymetli meslektaşlarıma,

Lisans eğitiminden itibaren yanımda olan aileme, en çok da zorlandığım anlarda bana yol gösteren ablama ve ders çalışırken çayımı eksik etmeyen ağabeyime, her zorlandığımda yanımda olan, bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen, motivasyonumu artıran, dostluklarıyla ruhumu besleyen Hande Beyza, Ceyhun ve Funda'ya, lisansüstü sürecim boyunca sevgileriyle yanımda olan başta YIQIK's ekibi olmak üzere tüm arkadaşlarıma ve benim yolumda devam etmemi sağlayan, sürekli neşelendiren öğrencilerime en içten dileklerle teşekkür ederim.

*Çok değerli psikiyatri hemşirelerine...*

## ÖZET

**Özgen, N. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Moral Distres Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023.** Bu çalışmada, Türkiye’de psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin moral distres deneyimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada fenomenolojik nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini, Türkiye’de bulunan psikiyatri hastanelerinde ve psikiyatri kliniklerinde en az altı aydır çalışmakta olan hemşireler oluşturmuştur. Örnekleme ise kartopu yöntemi ile ulaşılan, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan kriterlere uyan ve çalışmayı kabul eden, 16 psikiyatri hemşiresi alınmıştır. Veri toplamada araştırmacılar tarafından hazırlanan ‘Tanıtıcı Veri Formu’ ve moral distres ilişkin ‘Yarı yapılandırılmış görüşme formu’ kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından derinlemesine görüşme yöntemiyle görüşmecilerden onam alınmasının ardından ses ve görüntü kaydı alınarak toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 53 dakika sürmüştür. On altıncı katılımcıda veri doygunluğuna ulaşılması nedeniyle görüşmelere son verilmiştir. Katılımcılarla görüşmeler tamamlandıktan hemen sonra görüşme verileri ses kaydı üzerinden deşifre edilmiş, fenomenolojik betimsel analiz ile analiz edilerek veriler üç bağlamda yer alan temalar ve alt temalar olarak gruplanmıştır. Araştırmada “moral distresin nedenleri” bağlamında 6 ana tema (*Arzu Ettiği Bakımı Verememe, Etik İhlale Tanıklık Etme, Ekip Çatışması, Karar çatışması, Kurumsal Nedenler, Sistemsel Nedenler*) ve 24 alt tema, “moral distresin sonuçları” bağlamında 3 ana tema (*Duygusal Sonuçlar, Fiziksel Sonuçlar, Mesleki Sonuçlar*) ve 14 alt tema ve “moral distresle baş etme” bağlamında 5 ana tema (*Ekipten Destek Alma, Duygusal Baş Etme, Problem Odaklı Baş Etme, Değerlerine Uygun Davranma Çabası*) ve 8 alt tema belirlenmiştir. Hemşireler, moral distres yaşamalarına neden olan en önemli faktörlerin yetersiz personel istihdamı nedeniyle artan iş yükü ve psikiyatri hizmetlerine yeterince kaynak ayrılmaması olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşadıkları moral distres sonucunda da üzüntü, çaresizlik, değersizlik hisleriyle birlikte fiziksel ve mental yorgunluk yaşamaları sonrasında psikiyatri kliniğinden ayrılma isteklerinin olduğunu ve tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Moral distres yaşadıkları durumlarla problem odaklı ve duygu odaklı baş ettiklerini belirtmişlerdir. Psikiyatri hemşirelerinin moral distres deneyimlerine ilişkin sahada farkındalık oluşturulması, moral distres yaşama sıklıkları ve düzeylerine ilişkin nicel çalışmaların yapılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Etik, Moral Distres, Nitel, Psikiyatri Hemşireliği, Ruh Sağlığı Hemşireliği



## ABSTRACT

**Özgen, N. Moral Distress Experiences of Nurses Working in Psychiatry Clinics: A Qualitative Study, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Psychiatric Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2023.** In this study, it was aimed to examine the moral distress experiences of nurses working in psychiatry services in Turkey. Phenomenological qualitative research design was used in the study. The population of the study consisted of nurses who have been working in psychiatric hospitals and psychiatric clinics in Turkey for at least six months. The sample consisted of 16 psychiatric nurses who were reached by snowball method, met the inclusion criteria and accepted the study. The 'Descriptive Data Form' prepared by the researchers and the 'Semi-structured interview form' regarding moral distress were used for data collection. The data were collected by the researcher using in-depth interview method by taking audio and video recordings after obtaining consent from the interviewees. The interviews lasted an average of 53 minutes. The interviews were terminated in the sixteenth participant due to data saturation. Immediately after the interviews with the participants were completed, the interview data were transcribed over the audio recording, analyzed with phenomenological descriptive analysis, and the data were grouped into themes and sub-themes in three contexts. In the study, 6 main themes (Inability to Provide Desired Care, Witnessing Ethical Violation, Team Conflict, Decision Conflict, Institutional Causes, Systemic Causes) and 24 sub-themes in the context of "causes of moral distress", 3 main themes (Emotional Consequences, Physical Consequences, Professional Consequences) and 14 sub-themes, and 5 main themes (Support from the Team, Emotional Coping, Problem-Oriented Coping, Effort to Act in accordance with Values) and 8 sub-themes were identified in the context of "coping with moral distress". Nurses stated that the most important factors that caused them to experience moral distress were increased workload due to inadequate staffing and insufficient resources allocated to psychiatric services. As a result of the moral distress they experienced, they stated that they experienced sadness, helplessness, feelings of worthlessness, physical and mental fatigue, and that they wanted to leave the psychiatric clinic and experienced burnout. They stated that they coped with moral distress in a problem-oriented and emotion-oriented manner. It was recommended that awareness should be raised in the field regarding the moral distress experiences of psychiatric nurses and quantitative studies should be conducted on the frequency and levels of MD.

**Keywords:** Ethics, Mental Health Nursing, Moral Distress, Psychiatric Nursing, Qualitative

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1. Etik	4
2.1.1. Etik ve Ahlak	4
2.1.2. Uygulamalı Etik	5
2.1.3. Meslek Etiği/Profesyonel Etik	5
2.1.4. Tıp Etiği	6
2.1.5. Hemşirelikte Etik	7
2.1.6. Hemşirelikte Etik Karar Verme	9
2.1.7. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik	9
2.2. Moral Distres	13
2.2.1. Moral Distres Kavramı	13
2.2.2. Moral Distres Süreci	16
2.2.3. Moral Distres Modelleri	18
2.2.4. Moral Distresin Nedenleri	24
2.2.5. Moral Distresin Etkileri	26
2.2.6. Psikiyatride Moral Distres	28
2.2.7. Psikiyatri Hemşireliğinde Moral Distres	29
2.2.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH) ve Moral Distres	34
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	36
3.1. Araştırmanın Şekli	36

3.2. Araştırmanın Soruları	36
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	36
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	38
3.5.1. Veri Toplama Araçları	38
3.5.2. Veri Toplama Süreci	39
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.6. Araştırmanın Titizliği “Rigor”	41
3.7. Araştırmacının Rolü	42
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri	42
<b>4. BULGULAR</b>	44
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri	44
4.2. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	49
4.3. Bağlamlar, Temalar ve Alt Temalar	49
4.4. Moral Distres	53
4.4.1. Bağlam 1: Moral Distres Nedenleri	53
4.4.2. Bağlam 2: Moral Distresin Sonuçları	84
4.4.3. Bağlam 3 : Moral Distresle Başetme	88
<b>5. TARTIŞMA</b>	98
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	106
6.1. Öneriler	106
<b>7. KAYNAKLAR</b>	107
<b>8. EKLER</b>	
EK-1. Tanıtıcı Veri Formu	
EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	
EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-4. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı	
EK-5. Turnitin Dijital Makbuz	
EK-6. Turnitin Orijinallik Raporu	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>AACN</b>	American Association of Critical Care Nurses- Amerikan Yoğun Bakım Hemşireliği
<b>AMATEM</b>	Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
<b>ANA</b>	American Nurses Association –Amerikan Hemşireler Birliği
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
<b>ÇEMATEM</b>	Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
<b>EKT</b>	Elektrokonvülsif Tedavi
<b>ICN</b>	International Council of Nurses - Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>İŞKUR</b>	Türkiye İş Kurumu
<b>KLP</b>	Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi
<b>KLPH</b>	Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşireliği
<b>MD</b>	Moral Distres
<b>MR</b>	Mental Retardasyon- Zeka Geriliği
<b>TRSM</b>	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>YEDAM</b>	Yeşilay Danışmanlık Merkezi

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>		<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b>	Moral distres etkileri modeli	17
<b>2.2.</b>	Moral distres kreşendo etkisi	18
<b>2.3.</b>	Moral distres konsept modeli	19
<b>2.4.</b>	Moral distres teorisi modeli	21

**TABLolar**

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
<b>4.1.</b>	Katılımcıların tanıtıcı bilgileri (n=16)	44
<b>4.2.</b>	Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin kod isimlerine göre dağılımı	46
<b>4.3.</b>	Hemşirelerin yaşadıkları moral distres deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar	50

## 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin çoğu yardıma, tedaviye ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerdir. Genellikle yaşamlarının zorlayıcı bir döneminde sağlık çalışanları ile ilişki içinde olan bireyler böyle bir kriz yaşantısı içinde, endişe, korku, güçsüzlük gibi duygular yaşar (1, 2). Dolayısıyla, sağlık çalışanları ile hastaların ilişkisi, bireylerin belki de en incinebilir oldukları tanı ve tedavi süreci içerisinde gerçekleşir. Bu süreçte sağlık çalışanlarının eylemleri, kararları ve uygulamaları hastaların ve yakınlarının sağlığını, yaşam kalitesini hatta, hayatta kalmasını etkilemektedir (3-6). Sağlık çalışanı, hasta ve yakınları arasındaki bu denli hassas ve önemli ilişki ise sağlık çalışanları için iyi uygulamaların ne olduğu, neyin doğru neyin yanlış olduğu konusunu gündeme getirmiş, bu kaygı da etik biliminin gelişmesini sağlamıştır (7).

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda da etik konulara uzun yıllardır vurgu yapılmakta, 1950'li yıllardan bu yana hemşirelik uygulamaları için ulusal ve uluslararası boyutta etik kılavuzlar yayınlanmaktadır (8-10). Bu etik kılavuzlar hemşirelerin uygulamalarında zarar vermeme, özerklik, adalet ve eşitlik, mahremiyet ve sır saklama ilkelerini temel almalarını, hastaların ve yakınlarının biricikliğine odaklanarak bakım vermelerini ve savunuculuk rolü üstlenmelerini destekleyerek hemşirelik bakımının gelişmesinde yol gösterici olmuşlardır (11).

Evrensel etik ilkeler, mesleki etik kodlar, yasal ve kurumsal düzenlemeler gibi kaynaklar sağlık çalışanlarının günlük uygulamalarını iyi ve doğru yönünde gerçekleştirmelerine kılavuzluk etse de içinde bulunulan süreç, kültür, bireysel değerler gibi birçok faktöre bağlı olarak etik kılavuzların da karar vermede yetersiz kalması nedeniyle zor olabilmektedir. Çünkü sağlık bakım uygulamaları her geçen gün değişmekte, gelişmekte ve daha karmaşık bir hal almaktadır. Sağlık hizmetlerinde yer alan pek çok durumda etik olan eylemin ne olduğuna yönelik karar birliği yoktur. Bilimsel, teknolojik ve sosyolojik gelişmelerle de artmış olan pek çok gri alan söz konusudur. Etik konuların gündeme geldiği durumlarda sağlık çalışanlarının doğru olduklarına inandıkları eylemi gerçekleştirmeleri her zaman mümkün olmamaktadır. Jameton (1984), bu durumu hemşireler özelinde incelemiş ve moral distress (MD) olarak adlandırmıştır (12). Öte yandan MD'in nedenleri, belirtileri ve sonuçları çerçevesinde tanımlanmasına dair yeni tartışmalar devam etmekle birlikte MD tanımı

Hamric (2014)' tarafından güncellenmiş; "Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı" olarak ifade edilmiştir (13).

İlk olarak yoğun bakım kliniklerinde ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilen MD çalışmaları, zamanla diğer klinikler ve sağlık çalışanlarını da hedef gruba dahil etmiştir (14-18). Çalışma sonuçları, verilen hizmetin doğasının ve klinik özelliklerin MD için önemli bir etken olduğunu ortaya çıkarmıştır (19, 20).

Psikiyatri hizmeti sunulan birimler MD yaşantısı açısından riskli birimler arasında yer almaktadır. Hizmet verilen grubun otonomisinin sorgulanabilir oluşu, zorla tedavi, tespit, tecrit, EKT gibi etik olarak tartışmalı pek çok uygulamanın günlük rutinde yer alması, kısıtlanmış klinik ortamlar, hastaların incinebilirliği gibi özellikler bu alanın/psikiyatrinin MD açısından riskli olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır (21-29).

Psikiyatri kliniklerinde çalışıyor olmak tüm çalışanlar için MD açısından risk taşımaktadır ancak bu risk hemşireler için çok daha yüksektir. Çünkü hemşireler savunmasız/kırılgan/incinebilir olarak nitelendirilen hastalarla birebir ve sürekli etkileşim içindedir (30, 31). Hastayı bütüncül bir bakışla ele alma, ihtiyacının farkında olma, ihtiyaçlarına yanıt verme amacına hizmet eden hemşirelik mesleği bir insan olarak diğer bir insanla bağlantı kurma yoluyla icra edilir (31, 32). Hemşirelik mesleğinin; kişinin onuruna saygı duyma, mesleki sorumluluk ve hesap verebilirlik, nitelikli bakım verme, güven ilişkisini kurma ve sürdürme, mahremiyete saygı ve diğerleriyle iş birliği gibi değerleri ve savunuculuk rolü hemşirelere ağır sorumluluk yüklemektedir (33). Bireylerin otonomisini sürdürmede her zaman yeterli olamayabildiği psikiyatri hizmetleri ise hemşirelerin bu sorumluluklarını daha da önemli hale getirmekte ve hemşireleri zor kararlarla karşı karşıya bırakarak MD yaşantısına zemin hazırlayabilmektedir (22, 26, 34, 35). Hemşirelerin MD yaşaması, bakımı niteliksel ve niceliksel açılardan etkilemekte (36), hemşirelerde güçsüzlük, tükenmişlik ve meslekten/klinikten ayrılmaya yol açmakta (15, 37-40) ve deneyimli hemşirelerin kaybıyla birlikte bakımın kalitesini düşürerek kuruma zarar vermektedir.

Dolayısıyla; psikiyatri hizmetlerinde bakımın kalitesinin artırılması, hemşirelerin psikososyal iyilik halinin korunabilmesi, mesleki doyumlarının artması



için psikiyatri hemşirelerinde MD'nin araştırılması, anlaşılması ve yönetilmesi önemlidir (41, 42). Uluslararası literatürde, psikiyatri hizmetlerinde MD konu alan çalışmaların son 17 yıla dayandığı ve oldukça sınırlı sayıda olduğu ve daha çok Doğu Asya ve Kuzey Avrupa bölgelerinde yapılan bu çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinin MD seviyeleri ve tükenmişlik, iş doyumu faktörleriyle ilişkisini tanımlamak amaçlı yapılmış nicel araştırmalar olduğu görülmektedir (37, 43, 44). Ülkemizde ise hemşirelerin MD yaşamalarına neden olan etmenleri incelemeye yönelik çalışmalar yaygınlaşmakta olup psikiyatri hemşirelerinde MD'yi konu alan 2022 yılında yayınlanmış ilişki arayıcı sadece bir çalışmaya rastlanmıştır (45). Geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğu açık olan uluslararası literatür şüphesiz çok önemlidir ancak MD doğası gereği, içinde yaşanan kültür, sağlık ve zaman diliminden etkilenmektedir (46, 47). Dolayısıyla içinde bulunulan kültür ve sağlık sisteminin ve bu alandaki uygulamaların son derece önemli ve belirleyici olduğu bu alanda, ulusal ve hatta bölgesel çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde hizmet veren hemşirelerin MD deneyimlerinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada, sistemin her aşamasında yer alan, pek çok hizmetin uygulayıcısı, geri kalanlarının da tanıdığı olan hemşirelerden edilen bulgular çerçevesinde, ülkemiz kültürü ve sağlık sistemi içinde psikiyatri hemşirelerinin MD deneyimleri incelenmeyi hedeflemektedir. Elde edilen veriler ışığında psikiyatri kliniklerinde MD daha iyi anlaşılacak, MD'yi yönetmeye yönelik müdahale çalışmalarına zemin oluşturulacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Etik

#### 2.1.1. Etik ve Ahlak

Etik sözcüğü Grekçe örf, gelenek, görenek, alışkanlık, karakter, mizaç anlamlarına gelen “ethos” kelimesinden türetilmiştir (48). Ahlaki durumlar, sorunlar ve yargıları kapsayan etik felsefinin alt dallarından biridir. Etik, doğru davranışı yöneten ve insan haklarını korumak için tasarlanmış kurallar ve ilkeler bütünüdür (49). Etik, yaşanan durumla ilgili “bu durumda ne yapmam gerekir” sorusunu sorarak ahlaki felsefenin pratiğini yapar, mantıklı ve kalıcı kararlar almak için insanlara olanak sağlar (50). Ahlak ise ingilizce “moral”, Latince “mos/moralites” kelimelerini karşılayan; kişilerin, grupların, ulusların, kültürlerin yaşadıkları zaman içerisinde eylemlerine şekil veren değerler, normlar, inançlar, yasaklar, emirler bütünüdür (51). Ahlak, bireylerin günlük yaşamlarında ve ilişkilerinde “iyi-kötü” ya da “doğru-yanlış” olarak adlandırdıkları değer yargılarını ifade etmektedir (52).

Etik ve ahlak her ne kadar literatür de birbiri yerine kullanılsa da birbiriyle aynı kavramlar değildir. Etik ahlak fenomenini, ahlaki görüşleri ve öğretilerini inceleyen, kategorize eden, ortak noktaları ve birbirinden ayrılan noktaları ortaya çıkaran, tüm bunları karşılaştıran ve eleştirel şekilde değerlendiren bir felsefe disiplini (51, 52). Etik kurallarla temellenen davranışları ifade ederken, ahlak duygusal süreçleri de içermektedir (53). Etiğin amacı ahlak geliştirmek ve bu ahlaka uyulmasını sağlamak değildir. Etik, eylemlerin içeriğinden bağımsız olarak, eylemin ahlaki olarak nitelendirilebilmesi için gerekli olan şartların tekrardan gözden geçirilmesini sağlamakta ve tartışmaktadır. Etik tüm herkese ayrı ayrı iyi ve doğru olan amaçları hedeflemek yerine bu hedefler arasından öncelik arz eden ve iyi olanın belirlenebilmesi için ölçütler belirlemektedir (48, 53). Yani etik iyi olan şeye değil, o şeyin iyi olduğuna nasıl karar verildiğini anlatmaktadır.

Ahlak, bireylerin sonradan edindikleri tutumlar, davranışlar, içinde bulunulan toplumun benimsemiş olduğu değerler bütünüdür. Etik ise iyi ve doğru kavramlarının ne olduğunu araştırırken bireylerin kişisel ve toplumsal etkileşimlerinin dayandığı değerleri, kuralları, iyi-kötü gibi kavramların ahlaksal bakış açısından araştırmaktadır (51, 53). Etik daha geniş bir kavramdır ve ahlakı kapsamaktadır.

### 2.1.2. Uygulamalı Etik

Etik tarih boyunca tartışılmış, farklı dönem özelliklerine göre değişmiş ve gelişmiş bir kavramdır. Günümüzde ise, 20. yüzyılda başlayan modernleşme süreciyle birlikte olan global değişme, doğanın tahrip edilip sanayileşmenin arttığı, sömürgeci politikaların güç kazandığı süreçlerin olumsuz sonuçlarıyla birlikte bilim ve teknolojideki gelişmeler, tıp, mühendislik, bilişim gibi alanda daha önce hiç bahsedilmemiş bazı ahlaki problemleri de beraberinde getirmiş ve uygulamalı etik ortaya çıkmıştır (54). Uygulamalı etik “problem etiği” ve “meslek etiği” olmak üzere iki ana daldan meydana gelmektedir. Problem etiği bir etik alanında ya da günlük yaşamda karşılaşılan olgulara ahlaki değerlerin nasıl aktarılacağı, uygulanan yaptırımların davranış değiştirmede etkili olup olmayacağıyla ilgili düşünce, olgu ve olayları konu edinmektedir. Meslek etiği ise meslek gruplarının kendi alanlarına özgü olarak değişen, mesleklerini hakkıyla yapabilmeleri için sorunlu oldukları ilke ve kurallardan oluşan etik alanıdır (54, 55).

### 2.1.3. Meslek Etiği/Profesyonel Etik

Meslek etiği, günümüzde meslek mensuplarının görevlerini yaparken karşı karşıya kaldıkları sorunların artmasıyla birlikte ortaya çıkmıştır ve gelişmiştir. . Profesyonel etik olarak da kullanılan mesleki etik kavramı, alana özgü profesyonel bir topluluk tarafından benimsenmiş, bir meslek mensubunun iş ortamında yapması veya yapmaması gereken eylemlere dair standartları ifade etmektedir (7, 49). Meslek etiği kişilerin almış oldukları kararlar üçüncü bir kişiyi doğrudan etkilediği için özellikli bir alandır. Meslek mensuplarının, sundukları hizmete dair almış oldukları eğitim, bilgi ve tecrübeleri nedeniyle hizmeti alan kişilere karşı da sorumlulukları vardır. Hizmeti alan kişilerin karar veremedikleri durumlarda da meslek mensuplarının aldıkları kararlarla doğru eylemi gerçekleştirebilmeleri beklenmektedir (49). Bu durum ise hizmet alan ve hizmeti sunan kişilerin sınırlarının ve haklarının korunması ve hizmet kalitesinin artırılması için ilkeler belirlenmesini gerektirmektedir. Mesleki etik ilkeler olarak ifade edilen bu ilkelerin temel amaçları; meslek içindeki adil rekabeti sağlamak, kötü uygulamaları olan ilkeleri meslek üyelerinden ayırmak, hizmetin ideal şekilde verilmesini sağlamaktır (56).

#### 2.1.4. Tıp Etiği

Sağlık hizmetleri hizmeti alan ve hizmeti veren ilişkinin doğası açısından meslek etiğinin belki de en fazla önem kazandığı alanlardan biridir. Tıp etiği eski çağlardan beri tanınmakta, her ne kadar hekimlerin uygulamalarında, aldıkları kararlarda rehber niteliğinde olsa da sadece hekimler değil sağlık alanında hizmet veren sağlık disiplinlerini de kapsamaktadır (54). Teknoloji ve bilimsel bilginin gelişmesiyle birlikte tıp etiğinde hemen her gün yeni sorun alanları ortaya çıkmakta, önemli gelişmeler elde edilmektedir (55). Tıp etiği, sağlık profesyonellerinin eylemlerinde “neyin iyi ya da kötü” olduğunu sorgulamalarına, yapmaları ve kaçınmaları gereken durumları ayırt etmelerini sağlayan bir alandır. Sağlık hizmetlerinde doğacak ihtiyacın belirsiz oluşu, hizmete başvuruların ağrı ve acı verici deneyimler gibi özel durumları içermesi, sağlığın insanın en temel haklarından biri olması ve insan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bir hizmet olması nedeniyle tıbbi uygulamalarda alınan kararlarda etik oldukça önemli bir yer edinmektedir. Tıbbi uygulamaların ana noktası sağlık hizmetine başvuranlar ve hizmeti sunanlar arasındaki ilişkidir. Hekimin teşhis ve tedavi sürecinde aldığı kararların tamamı hasta bireyi etkilediği için hasta-hekim arasındaki bu ilişki daha da önemli hale gelmektedir (57). Bir hastanın sağlıklılık/iyilik halinin bozulması, ağrı ya da acı çekmesi gibi deneyimleri sırasında alınacak her karar insan yaşamına dair değerleri etkiler (58, 59). Tıp etiğinin sağlığa ilişkin politika ve prosedürler de dahil olmak üzere sağlığın belirleyici faktörleri üzerinde etik sorunların etkisini dikkate alarak insan onurunu ve kişiliğini, kaynakların ihtiyaca göre dağıtımının yapılmasını savunan adalet temelli anlayışı sahiplenmesi gerekmektedir (58). Tıp uygulamalarından alınan etik önlemlere rağmen hastaların özdeğerlerini ve otonomilerine ilişkin zorlayıcı tercihlerle karşılaştığında anlaşmazlıklar oluşabilmektedir. Bu noktada etik problemler ortaya çıkmaya başlar (57). Sağlık profesyonelleri; organ nakli, yeniden canlandırma, aydınlatılmış onam, beyin ölümü ve fazla iş yükü gibi konularda sıklıkla etik problemlerle karşılaşmaktadırlar (57, 60).

Tıp alanları içerisinde en genç alanlardan biri olan psikiyatri, bireylerin ruh sağlığını ve bunun organik düzeydeki etkileşimlerini tıbbın gündemine sokarak tıbbın tanımında ve içeriğinde önemli değişimleri sağlayan değerli bir alandır (61). Psikiyatrik tıp, tıp etiği içerisinde de yer alan iletişim, empati, duyarlılık gibi

kavramları sağlık profesyonellerinin günlük diline yerleştirmiştir. Anti psikiyatrik akımın gelişmesiyle birlikte, ruh sağlığı yasaları ve etik kodlarında yapılan değişimlerle yataklı ruh sağlığı kurumları genel hastanelerin içine alınarak yatış süreleri ve endikasyonlarına yönelik uygulamalar yapılmıştır ancak toplumun hazır olmadığı bu değişim ruh sağlığı hastalarının mağdur olmasına neden olmuştur. Bu durumla birlikte psikiyatri alanındaki etik sorunlar daha ön plana çıkmaya başlamıştır ve psikiyatrik etiğin gelişimini hızlandırmıştır (62, 63).

Psikiyatri alanına özgün en önemli etik sorunlar hasta özerkliğinin korunması ve hastaya saygı gösterilmesiyle ilgilidir (61). Ruhsal hastalıklar bireylerin bilişsel ve emosyonel kapasitelerini olumsuz yönde etkilemektedir ve bu durum hastaların özerkliğini sorgulanmaya açık hala getirmektedir. Ancak bir yönden de psikiyatrik bakım uygulamalarının temel hedeflerinden biri hastanın bozulmuş özerkliğini onarmak olduğundan dolayı bu durum sağlık çalışanlarının etik ikilem yaşamalarına neden olmaktadır. Psikiyatriye özgün diğer sorunlar ise aydınlatılmış onam alma ve zorla yatırma/zorla tedavidir (64). Aydınlatılmış onam almada önemli bir öge hastanın yeterlilik değerlendirmesinin yapılmasıdır. Bu durumda yine hastanın mental yeterliliği konusu psikiyatride önemli bir sorun oluşturmaktadır. Zorla yatırma ve zorla tedavinin temel nedeni, bireyi kendisi ve/veya başkaları için tehlike olmaktan korumaktır. Bu koruma işlemi hastanın isteğine karşı yapılmaktadır (64). Hastanın haklarına ve dokunulmazlıklarına bir müdahale olması nedeniyle istemsiz tedavi, sağlık çalışanlarının bazı etik ikilemler ve hukuki sorunlar yaşamalarına yol açabilmektedir (65).

Sağlık profesyonellerinin hepsini etkileyen etik kavramı hastaların daimî gözlemcisi olan, hastaları fizyolojik, psikolojik ve ruhsal açıdan değerlendiren, herhangi bir konuda gereksinim duyulduğunda daha ulaşılabilir olmayı içeren hemşirelik mesleği için de önemli bir yer tutmaktadır.

### **2.1.5. Hemşirelikte Etik**

Hemşirenin temel işlevlerinden birisi kaliteli ve etkili sağlık bakımı sunmaktır. Hemşirelik bakımı, sağlıklı bireyleri hastalıktan korumayı, hasta bireyin tedavi edilmesini, bakım verilen kişilerin haklarını, özerkliklerini koruyan fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimlerini içeren bütüncül bir

bakımdır (66). Bunun içinde hemşirenin bakım verirken bilmesi gereken etik ilke ve sorumluluklar vardır. 1893 yılında Florence Nightingale tarafından yazılan “Florence Nightingale Andı” hemşirelik mesleğinin ilk etik kodları olarak kabul edilmektedir. 1896 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), derneğin kuruluşunda hemşirelikte etik kurallara gereksinim olduğunu belirtmiştir. Hemşirelik mesleğine ilişkin etik kurallar 1926 yılında hazırlanmış, 1973 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve 1976 yılında ANA tarafından son hali verilmiş ve “Hemşirelikte Etik Kuralları” yayınlanmıştır (67). Hemşireliğe dair diğer etik kurallar ise 1983 yılında Kanada Hemşireler Birliği tarafından yayımlanmıştır. Türkiye’de 2004 yılında Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-G) etik komisyonu Hemşirelik Deontolojisi Tüzüğü’nün hazırlanmasına karar vermiştir. HEMAR-G ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu tarafından I. Ulusal Hemşirelik ve Etik Sempozyumu yapılmış, 2005 yılında tüzüğün azılmasına ilişkin çalışmalar devam etmiştir. Çalışmalar tamamlandıktan sonra tüzük yerine “Hemşirelikte Etik Kuralları”nın gerekli olduğu kararlaştırılmış ardından da Türk Hemşireler Derneği (THD) tarafından “Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar” başlığıyla derneğin sitesinde yayınlanmıştır. Hemşirelik mesleğinde etik kurallar aşağıdaki nedenlerden dolayı önemlidir (49):

1. Etik, hemşirelerin mesleki davranışlarına rehberlik etmek için kullanılır.
2. Eğitimcilerin hemşirelik öğrencileri için neyin öğretilmesi gerektiğini belirlemelerine yardımcı olur.
3. Bir hemşirenin etik davranışının zayıf olması ve kod tarafından belirlenen standartların açıkça altında olması durumunda mesleği icra etmesini önlemek için kullanılır.
4. Yanlış bir şekilde yanlış bir şey yapmakla suçlanan bir hemşireyi korumak için kullanılır.
5. Bir davada yasal işlem yapılması gerektiğinde yönlendirme için bir rehber olarak kullanılır.
6. Etik karar verme sürecinde hemşirelere yön gösteren bir araçtır.

### 2.1.6. Hemşirelikte Etik Karar Verme

İnsanlar günlük yaşam içerisinde kendisiyle ilgili, çevresindeki insanlarla ve işiyle alakalı birçok karar verir. Karar verme sürecinde rutin ve daha az önemli kararların alınmasında bilinçaltı süreç etkili olurken, daha bilimsel temellere ve ilkelere dayalı bir karar alma gerektiğinde karmaşık bir süreç söz konusudur (50). Karar verme sürecinde eleştirel düşünme önemlidir ve eleştirel düşünme içinde sonuç elde etmeyi, kanıta dayalı çalışmayı amaçlayan bilişsel bir süreçtir (68). Karar verme içinde bulunulan duruma ilişkin belirsizliği azaltmayı sağlar. Hastalık tanısı alma ve tedavi süreçleri insanların yaşamlarında belirsizliğin somut olarak gözlemlendiği dönemlerden birisidir (69). Bu süreçte hastalar ve hasta yakınlarının yaşadıkları belirsizliği fark etmek ve belirsizliğin neden olduğu sorunu, bu sorundan hasta ve hasta yakınlarının nasıl etkilendiğini araştırmak ve var olan klinik koşullar, yeterlilikler çerçevesinde bu durumda hasta yararına karar almak sağlık çalışanlarına düşmektedir (70). Klinik karar vermede sağlık çalışanları içerisinde gözlem ve hemşirelik girişimleriyle hasta bakımının primer sorumlusu hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Psikiyatri servislerinde bilişsel ve emosyonel yetileri olumsuz yönde etkilenmiş hasta grubuyla çalışan psikiyatri hemşirelerine ise bu anlamda daha da büyük sorumluluklar düşmektedir.

### 2.1.7. Psikiyatri Hemşireliğinde Etik

Hemşireliğin her uzmanlık alanında önemli olmakla birlikte etik, bakımın hasta ile kurulan iletişimin üzerine kurulduğu psikiyatri hemşireliğinde ayrı bir yer tutmaktadır (71). ANA tarafından “ Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli” olarak tanımlanmaktadır (ANA, 2007). Bu tanımlama kapsamında hizmet sunan psikiyatri hemşireleri bakım verdikleri kişilerin fiziksel ve ruhsal değerlendirmesini yapmak, hastaların psikiyatriye özgü tedavilere uyumunu sağlamak, terapötik ortamı yönetmek, hastalara destek olmak, hastaların iletişimlerini sağlamak ve güçlendirmek için çeşitli sosyal aktiviteler planlamak gibi pek çok sorumluluklara sahiptir (72, 73). Bu sorumlulukları yerine getirmeye çalışan psikiyatri

hemşirelerinin aldıkları kararları ve uyguladıkları faaliyetlerin “etik davranışlar içinde hasta yararına” olması gerekmektedir (74).

Çok boyutlu bakım vermeye çalışan psikiyatri hemşireleri pek çok etik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (60, 75, 76) . Ekip içi iletişimde hiyerarşiye dayanan iletişim sorunları, sağlık ekibi ile yaşanan değer, fikir ve görüş ayrılıkları, kurumsal baskılar, yetersiz klinik kaynaklar ve eksik eleman, kurumsal kar faktörleri, aydınlatılmış onam ve meslektaşlarının etik olmayan davranışları psikiyatri hemşirelerinin etik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (76, 77).

Psikiyatri hizmetlerinin sunumunda sıklıkla karşılaşılan etik sorunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- **Hastaneye Zorla Yatırma - Zorla Tedavi:** Zorla hastaneye yatırma ve zorla tedavi psikiyatri uygulamaları içerisinde en hassas ve tartışmalı konulardan biridir. Hastanın tedaviye zorlanması hastanın özerkliğini tehdit ettiği için sağlık çalışanlarına etik ve yasal sorumluluklar yüklemektedir (64, 65, 78). Psikiyatri hastalarının kendilerine veya başkalarına zarar verme durumu olduğunda yatarak tedavi görmesi gerekmektedir. Bireyin kendi onayı/isteği dışında hastaneye yatırılması özerkliğin kısıtlanması ya da beden bütünlüğüne müdahale edilmesi gibi sonuçları doğurabilmektedir (26, 78). Psikiyatrik bir bozukluk sebebiyle, düşünce ve davranışlarının kontrol etme yeteneği bozulan bireylere bakım veren psikiyatri hemşiresinin bu uygulama süresince bireyin özerkliğini olabildiğince koruyan ve en az zarar veren yaklaşımı seçmesi gerekir (64, 65).
- **Bilgilendirilmiş Onam:** Bilgilendirilmiş onam/aydınlatılmış onam hastaya uygulanacak her türlü tanı ve tedavi yöntemlerinin riskleri ve yararları, başarı olasılığı, diğer tedavi seçenekleri ile ilgili hastayı bilgilendirerek yöntemin uygulanması için izin vermesini istemektir. Kendine veya çevresine zarar verme gibi acil durumlarda onam alınmadan tedaviye başlanmasının gerekliliği, bilişsel süreçlerdeki bozulmalardan kaynaklı karar veremedikleri durumlarda hastaların otonomileri göz ardı edilebilmektedir (75).
- **Gizlilik:** Psikiyatride hasta gizliliğinin korunması çok önemli bir etik kuraldır. Sadece hastanın bakımıyla doğrudan ilgilenen sağlık



profesyonelleri kayıtlara erişebilmesi gerekir ve hastanın kendisi kayıtların içeriğinden haberdar olmamalıdır. Bununla birlikte, bilginin psikiyatri ekibi ve hasta yakınları ile paylaşılabilmesi kendisine ve çevresine zarar verme gibi istisnai durumlar vardır, ancak bu durumlar hastanın bilgisi dahilinde paylaşımı gerektirir (79). Bu durum yasal olarak "uyarma-bildirme yükümlülüğü" olarak bilinir. Bu gibi durumlarda, potansiyel mağdurları korumak için adımlar atmak gerekir. Uygun tedaviyi belirlemek için hastanın tıbbi geçmişini diğer ekip üyeleriyle paylaşmak gizliliği ihlal etmez, ancak bu tartışmalar gizli tutulmalıdır. Hemşireler, hasta gizliliğinin ihlalinden kaynaklanabilecek her türlü zararın sorumluluğunu taşımaktadırlar (80).

- **Tespit Uygulaması:** Kısıtlama; kendisi veya çevresindekileri yaralama riski olan hastaların fiziksel aktivitelerinin kontrolü için vücudun bir kısmının hareketlerini kısıtlamayı sağlayan fiziksel, kimyasal veya mekanik ekipman kullanımınıdır (81). Tespit uygulaması öncesinde hastaya açıklama yapmama, sağlık personelleri tarafından tespitin bir ceza yöntemi olarak kullanılması, tespite alma işlemi esnasında uygulanan fiziksel girişimler, hastanın gerektiğinden uzun süre tespit altında tutulması konularında etik ihlaller yaşanabilmektedir (35, 77, 82) .
- **Bakım:** Bakım fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve kültürel boyutları içermektedir. Hemşirelik bakımının kaliteli olabilmesi, tüm bakım bileşenlerini göz önünde bulundurduğu hasta-hemşire etkileşimine ve güvene dayanır (75). Psikiyatride hemşirelik bakımı da hasta odaklı ve iyileştirme temellidir. Psikiyatri hemşireleri müdahalelerinde ahlaki sorumluluklarını ve etik açıdan mesleki yeterliliklerini değerlendirmelidir (76). Psikiyatri kliniklerinde yetersiz personel sayısı, psikiyatriye özgü bilgi ve becerisi olmayan ekip üyeleriyle çalışmak hemşireleri zorlamakta ve psikososyal bakım uygulamalarını yapmalarını engelleyebilmektedir (64).
- **Vasi Atama:** Türk Medeni Kanunu'nun 405. maddesinde "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır" şeklinde bir ifade yer alır. Bir kişiye vasi

atanması o kişinin yasal haklarının yanı sıra kişinin kendi üzerindeki yetkisini de kısıtlar (83). Atanan vasiler bireyin gereksinimlerini ve isteklerini tam olarak yansıtamadıkları durumlar olabilmektedir. Bu durumlarda bireyin özerkliği ihlal edilmektedir (80).

- **Sınırlar ve Sınır İhlali:** Psikiyatri kliniklerinde hemşire hasta ilişkisinde; “hemşirenin yaklaşımı, hediyeleşme, zamanlama, parasal konular ve fiziksel veya cinsel temas” gibi konularda sınır ihlalleri yaşanabilmektedir. Cinsel konularda sınırlar daha belirginken diğer konularda sınırlarda esnemeler olmaktadır (84). Psikiyatri hastalarının engelleyemedikleri uygunsuz davranışları diğer hastaların kendileriyle alay etmesi ya da huzursuzluk yaşamaları gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Hastaların sonrasında suçluluk ve utanç duymamaları için psikiyatri hemşireleri hastaların bu tarz davranışlarına sınır koyarak hastanın kendi davranışlarında kontrol kazanmalarını sağlamaktadır (85, 86).
- **İlaç Kullanma ve Tedavi İlkeleri:** İlaç uygulamalarında hastanın bedensel ve ruhsal sağlığını korumak sağlık profesyonellerinin temel görevlerindedir. Etkinliği kanıtlanmamış tedaviler, deney amaçlı hastaları üzerinde cerrahi girişim ve tedavi uygulamaları, hastaya yararı olmayan tedaviler hastaya uygulanamaz (87). Psikiyatri hastalarının bilişsel süreçlerindeki bozulmalar karar verme yeterliliğini azaltabilmekte ve kendi tedavisine ilişkin doğru kararları almasını zorlaştırabilmektedir ve bu durumlarda etik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (88). Bu etik sorunların önlenmesinde hasta adına karar vermek durumunda kalan psikiyatri hemşirelerine sorumluluklar düşmektedir. Hasta adına yararlı ve doğru kararın alınabilmesi için ilaç tedavisine başlamadan önce hastalık öyküsü, psikiyatrik öyküsünün alınması, fiziksel ve ruhsal durum muayenesinin yapılması, tedaviye ilişkin ayrıntılı bilgi verilmesi, hastanın veya yasal vasisinin onayının alınması gerekir (79, 87).

## 2.2. Moral Distres

### 2.2.1. Moral Distres Kavramı

MD kavramı ilk kez Jameton (1984) tarafından ortaya atılmış bir kavramdır. Jameton MD'yi hemşirelik çerçevesinde incelemiş ve MD'yi; "Hemşirelerin gereken durumlarda ahlaki değerlere uygun eylemin bilincinde olmalarına rağmen zaman eksikliği, destekleyici denetim sistemlerinin olmaması, tıbbi gücün kullanılması, kurumsal politika veya yasal sınırlılıklar gibi kurumsal engeller sebebiyle doğru eylemi gerçekleştirememesi sonucunda ortaya çıkan acı verici duygular ve/veya psikolojik dengesizlik" olarak tanımlamıştır. Jameton yaşanan MD'nin ahlaki sorumluluk algısıyla geliştiğini, çevrenin sınırlamalarında etkilendiğini bireysel olarak sorumluluk hissetme ile ilişkili olduğunu söylemiştir. Jameton hemşirelikte ahlaki sorumluluğun moral belirsizlik, moral ikilemler ve MD olarak üç sonucu olduğunu söylemiştir (12).

- *Moral belirsizlik:* Kişinin etik bir ikilem olup olmadığının farkına varmadığında ya da etik ikilemin var olduğunu varsaydığında, yaşanan etik çatışmada hangi ilke ve değerlerin uygulanacağından emin olamadığında ortaya çıkmaktadır.
- *Moral ikilemler:* İki ya da daha fazla ilke ve değer çatışmasında ortaya çıkmaktadır. Birden fazla ilke için geçerlidir ve karşı eylemlerin yapılabilmesi içinde destekleyici sebepler vardır. Bu durum yaşandığında her ne kadar iki değerden de vazgeçilmek istenmese de mutlaka bir kayıp yaşanmaktadır.
- *Moral distres:* Kişinin etik bir sorunun farkında olduğu ve yapılması gereken ahlaki olarak doğru bir şey olduğunu bildiğine inandığında ortaya çıkmaktadır. Kurumsal, sistemsel ve bireysel kısıtlamalar istenilen doğru eylemin gerçekleştirilmesini imkansız kılmaktadır (12) .

Wilkinson (1987), Jameton tanımından yola çıkarak hemşirelerle deneysel bir çalışma yapmıştır (89). Çalışmalara rehberlik etmek ve hemşirelerin yaşadığı ahlaki sıkıntıların oluşumunu ve sonuçlarını belirlemek için bir yaklaşım sağlamak amacıyla teorik bir çerçeve olarak Moral Distres Modelini geliştirmiştir. MD'yi, "Bir kişinin ahlaki bir karar verdiğinde ancak bu kararın gösterdiği ahlaki davranışı yerine

getirmediğinde yaşadığı psikolojik dengesizlik ve olumsuz duyguların durumu” olarak tanımlamıştır (89). Wilkinson çalışmaları sonucunda Jameton (1984)’ün MD tanımına katkıları sağlamıştır. Bunlardan ilki MD’ye neden olan nafile tedavi, hastalara doğruyu söylememek gibi klinik faktörlerin de olduğunu ortaya koymasındır. İkinci olarak ise yaptığı çalışmayla hemşirelerin “Uyum sağlamak için emirleri takip etme, geçmişteki eylemlerin yararsızlığı, işlerini kaybetme korkusu, kendinden şüphe duyma ve cesaret eksikliği” gibi sorunlar yaşadığını belirlemiş, böylece Jameton (1984)’ın hemşirelerin dışsal ve içsel faktörler nedeniyle MD yaşadıkları savını/iddiasını desteklemiştir (12, 89). Son olarak Wilkinson’ın araştırması hemşirelerin yapamadıkları şeylerin bir sonucu olarak MD yaşadıklarını doğrularken aynı zamanda hemşirelerin gerçekte yaptıklarının, yani yanlış şeyin bir sonucu olarak acı çektiklerini de göstermiştir (89).

MD’ye yönelik literatür incelendiğinde farklı kuramcıların MD’nin farklı boyutlarına vurgu yapan farklı tanımları olduğu görülmektedir. MD’yle ilgili çalışmalar artmakta ve her geçen gün tanımına ilişkin de pek çok farklı yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bazı tanımlamalar MD’nin bir ahlaki yargı (42, 90) olduğunu savunurken, bazıları bir olay olduğunu (91), bazıları ise bir duygu olduğunu (89, 92), bazıları da ahlaki bir olayın deneyiminin ve bunlar nedensel olarak ilişkili olduğunda psikolojik sıkıntının bir kombinasyonu (93) olduğunu savunmaktadır.

MD tanımlarına örnek vermek gerekirse;

-Bamford (1995), Jameton’ un tanımının sınırlı ve adalet etiğine dayalı olduğunu söylemiş ve Jameton ’un tanımındaki “... doğru eylemi gerçekleştirilememesi” yerine “ ... doğru bakımı uygulayamama” olarak değiştirerek MD’nin bakım etiği ile ilişkili olduğunu söylemiştir (94).

-Corley (2002) ise MD’yi “ Ahlaki olarak doğru eyleme karar verildiğinde ancak kurumsal kısıtlamalar sebebiyle hasta için planlanan doğru eylemin gerçekleştirilememesi veya gerçekleştirilemeyeceğinin düşünülmesiyle ortaya çıkan psikolojik dengesizlik ve ıstırap” olarak tanımlamıştır (95).

-Hanna (2004), MD’nin ahlaki belirsizlik ve ahlaki ikilemleri de içeren şemsiye bir kavram olduğunu vurgulamış ve MD’yi bilinen bir iyiliğe (ahlaki sona) yönelik algılanan bir tehdide ve bir kişinin algılanan zarara yanıt olarak içsel bir iğrenme eylemi olarak tanımlamıştır (96).

-Roy felsefi gerçekçilik varsayımını tanımladığı görüşe göre MD, Jameton ‘un iddia ettiği gibi, yalnızca doğru eylem üzerindeki dışsal bir kısıtlama değildir. Aksine, ahlaki sıkıntı, kişinin algıladığı bir ihlali içerir. Bu ihlal deneyiminin dile getirilip getirilmediğine bakılmaksızın, kişinin kendisinden veya diğerlerinden kopmasına neden olabilmektedir. Roy’un görüşü hemşirelerin içsel değer, amaç ve anlam konumundan ahlaki tartışmaya girmelerine yardımcı olmaktadır (96).

-Kälvemark ve arkadaşları (2004), Jameton’ un MD tanımını, sağlık hizmeti sağlayıcılarının mesleki değerler ile örgütsel normlar ve politikalar arasında uyumsuzluğun olduğu durumlarda söz konusu olan tüm çıkarları ve değerleri koruyamadıklarında ortaya çıkan durum olarak geliştirmişlerdir (92).

-Nathaniel (2006), daha önceki tanımlamaları sentezlemiş ve MD’yi, hemşirenin ahlaki bir sorunun farkında olduğu, ahlaki sorumluluğu kabul ettiği ve doğru eylem hakkında ahlaki bir yargıda bulunduğu, ancak gerçek veya algılanan kısıtlamaların bir sonucu olarak katıldığı bir hasta bakımında ahlaki olarak yanlış olduğunu düşündüğü şekilde hareket etme veya ihmal etme durumundan kaynaklanan zihni, bedeni veya ilişkileri etkileyen acı olarak tanımlamıştır (97).

-Amerikan Yoğun Bakım Hemşireliği (AACN) MD’yi “etik olarak doğru bilinen eylemin iç ve dış etkenlerden dolayı gerçekleştirilememesiyle ortaya çıkan, kişilerin temel değerlerini derinden etkileyen karmaşık ve zorlu bir sorun” olarak tanımlamıştır (39).

-Kanada Hemşireler Birliği (CNA) ise MD’yi “Hemşirelerin yapılacak doğru şeyi bildikleri veya inandıkları, ancak çeşitli nedenlerle (korku veya kontrolleri dışındaki faktörler dahil) doğru eylemi yapmadıklarında veya belirli bir zararı önleyemediklerinde ortaya çıkan durum” olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda değerlerinden bu şekilde taviz veren hemşirelerin ahlaki kimliklerinin ve bütünlüklerinin MD içinde olduğunu belirtmiştir (98) .

-Varcoe ve arkadaşları (2012)’nin aktardığına göre, Webster ve Baylis Jameton ‘un tanımına ek olarak, MD’ye neden olan faktörleri incelerken sadece kurumsal kısıtlamalara değil, aynı zamanda yargılamadaki hatalara ve / veya sistemik kaçınma gibi kişisel davranış kalıplarına da bakmanın önemli olduğunu vurgulamışlardır (91).

-Varcoe ve arkadaşları (2012), Jameton’ nın tanımından yola çıkarak MD’nin kurumsal olarak kabul edilebileceklerin ötesinde, daha geniş sosyopolitik bağlamlara

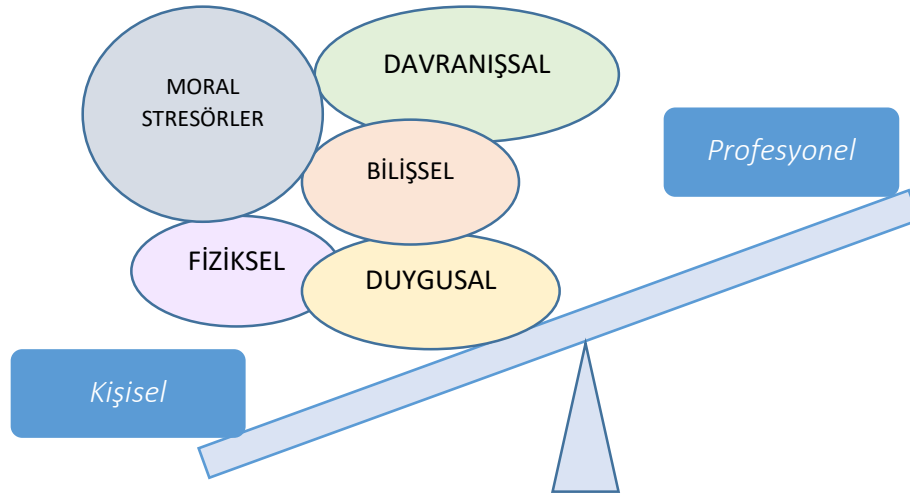
kadar olan etkilerle ilişkili olarak tanımlanması gerektiğini ve gerçekleştirilen eylemin imkansızlık düzeyine bağlı olmadığını MD'nin tanımlanmasında önemli olduğunu vurgulamışlardır (91).

-Hamric (2014), Jameton' nın tanımından yola çıkarak MD'yi; "Bireyin ahlaki bütünlüğünün ciddi bir şekilde tehlikeye girmesi ya da temel değerler ve yükümlülükler göre hareket edememe ya da eylemlerinin istenilen sonuca ulaşmada başarısız olmasından dolayı ortaya çıkan sıkıntı" olarak tanımlamıştır (13).

-Barlem ve Ramos ise MD'yi "Eylemin gerçekleştirilmesini etkileyen mikro alanlardaki güç oyunları sırasında deneyimlenen ve bireyleri kabul etmeye zorlayan olaylar zincirine neden olan güçsüzlük hissi ve ahlaki eylemin gerçekleştirilme olasılığını azaltan durum" olarak tanımlamıştır (99).

### 2.2.2. Moral Distres Süreci

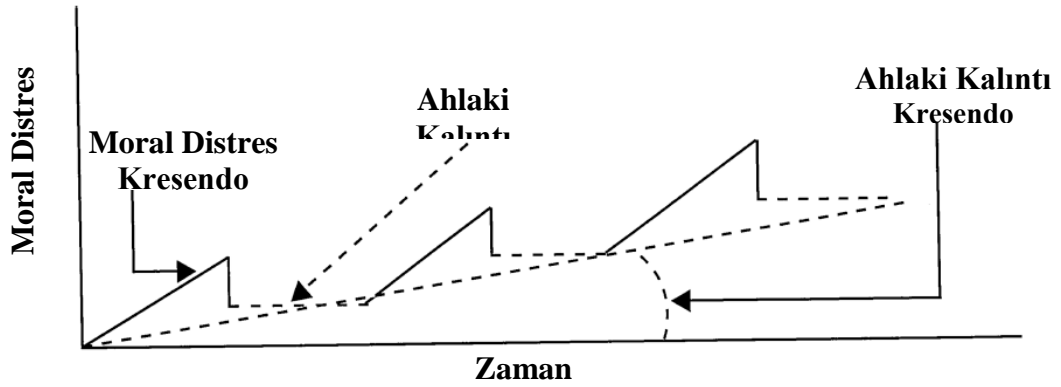
MD, bir stres etkeni (bir tür ahlaki sorun) ile başlayan, bilişsel ve duygusal süreçlerle çalışan, stres tepkisi ile biten, fizyolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri içeren bir süreç olarak görülmektedir (97, 100, 101). Jameton 1993 yılında moral distresin *initial moral distres* and *reactive moral distres* olarak iki alt kümesini tanımlamıştır. *İnitial (başlangıç) moral distres*, kişinin kurumsal engellerle çatışan veya başkalarının değerleriyle çelişen kendi değerlerine ilk duygusal tepkisidir. *Reaktif moral distres* ise eylemsizlik (veya tercih edilen bir eylemi tamamlamama) gerçekleştiğinde ve zaman içinde olumsuz duygular ortaya çıktığında ortaya çıkmaktadır (101). Sofia Kälvemarm Sporrang ve arkadaşları (2007) MD'yi, mesleki bir yükümlülüğün yerine getirilmesi gereğini ifade eden kişisel ahlaki stresörle başlayan bir süreç olarak tanımlamış ve MD deneyimlerinin kişide fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal belirti ve semptomlarla kendisini gösterdiğini belirtmişlerdir (100) (Şekil 2.1).



**Şekil 2.1.** Moral distres etkileri modeli

Barlem ve Ramos, MD'nin etik-ahlak ile ilişkili mikro alanlardan temel alan bir zincirleme süreç olduğunu söylemişlerdir. Zincirleme süreçte mikro alanlardan başlayan güç oyunları sırasında yaşanan güçsüzlük hissini MD sürecinde dikkate alınması gerektiğini vurgulamışlardır (99). Yaşanan güçsüzlük hissini bireyleri kendilerinden güçlü olanları kabul etmeye iten bir dizi etkinliğe öncülük ettiğini, dirençlerini kırarak ve ahlaki eylemi gerçekleştirme imkanlarını azaltarak ahlaki değerlendirme, savunuculuk ve ahlaki duyarlılık süreçlerini engellendiğini tüm bunların sonucunda da etik, siyasi ve savunmacı bir ifade ve bir dizi fiziksel, psikolojik ve davranış bozukluklarının ortaya çıktığını belirtmişlerdir (99).

Epstein ve Hamric (2009) ve ardından Epstein ve Delgado (2010) MD "moral residue (ahlaki kalıntı)" kavramını tanımlamışlardır. Ahlaki kalıntı, olay bittikten sonra devam eden MD, kalıcı hisler ve kişisel rahatsızlıktır. Devamlı olarak MD'ye maruz kalmak kişilerde zaman içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal açılardan pek çok hasara neden olmaktadır. Epstein ve Hamric (2009) bireylerin uzun süre yaşadıkları distresin etkilerinin belirli bir dereceye kadar geçtiğini ancak tekrardan bir distrese neden olabilecek olaydan, ahlaki kalıntının etkisiyle aniden ve daha hızlı bir şekilde yükselerek MD belirtilerinin görülebileceğini söylemişlerdir. Epstein ve Hamric (2009) bu aniden gelişen ve hızla yükselen belirtilerin olması olaya "kreşendo etkisi" demişler ve bunu bir model üzerinde göstermişlerdir (47, 102) (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Moral distres kreşendo etkisi (47)

### 2.2.3. Moral Distres Modelleri

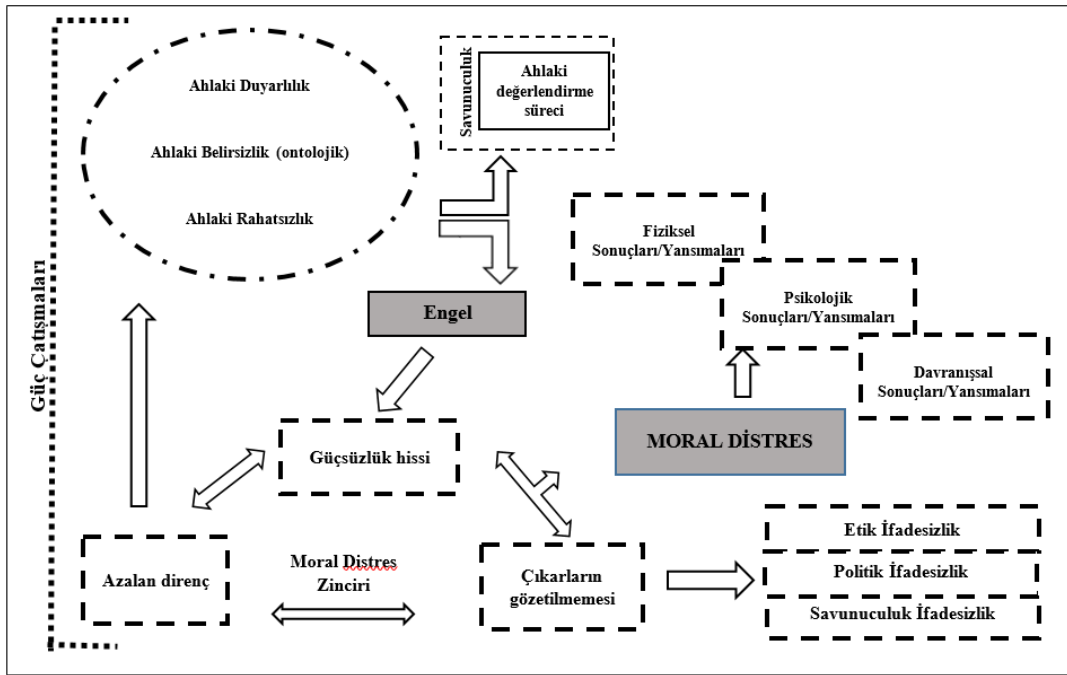
#### 2 Barlem ve Ramos Modeli

Barlem ve Ramos'un önerdikleri MD modeli mesleki pratiğin geliştirildiği çoklu mikro-güç alanlarının oluşturduğu çevreden gelmektedir. Bu mikro alanlar, varoluş süresince etik-ahlaki yetkinliklerin gelişimi ile ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır ve bu nedenle ahlaki belirsizlikle kuvvetli ilişki içindedir aynı zamanda insani duruma ve sosyal hayata özgüdür. Bu mikro alanlarda, etik-ahlaki durumlara yol açan zorluklarla yüzleşme vurgulanır, ortaya çıkan çatışmaların tetikleyicisi ise belirsizliktir. Bu dinamiklerde bireyler, günlük eylemlerin, gerçeklerin ve düşüncelerin ahlaki içeriğini algılamak için ahlaki duyarlılık veya koşullar geliştirirler. Bu algı sonucunda az ya da çok tuhaflık/gariplik, sorgulama ya da ahlaki rahatsızlık gibi duygular gelişebilir. Bu tür duygular, özne üzerindeki olumsuz ya da hoş olmayan etkilerle mutlaka bağlantılı değildir, ancak üretkenliği aracılığıyla yansıma ve ahlaki değerlendirme koşulları olarak görülür ve özellikle kişisel deneyimin gizleyebileceği ya da bilinmeyebileceği ahlaki sorunların görünürlüğüne sağlar.

Ahlaki sorunların tanımlanmasında en az iki olası yol vardır. Bunlardan ilki ahlaki değerlendirme süreci geliştirilmediğinde ve etik-ahlaki durumlar ya da problem çatışması olmadığında, teorik modelde engel olarak adlandırılan belirsizlikteki durgunluktur. Bir diğeri ise olayın yaşandığı anları ve olayları içeren bütünüyle ahlaki değerlendirme sürecidir. Ahlaki değerlendirme sürecinde önemli bilgi toplama, alternatifler sunma, kriterleri gözden geçirme ve karar alma, pozisyon alma ve alınan kararı harekete geçirme ve değerlendirme eylemleri bulunmaktadır. Bu tür anlar,



hemşirenin çatışmaları ve ahlaki değerlendirme sürecini destekleyen savunuculuk anlayışına sahip olduğu zaman artar. Ahlaki değerlendirme sürecinin engellendiği durumlarda, MD zinciri adı verilen bir süreç tetiklenir; bu süreç, ahlaki eylemin öznesi olmakla birlikte, azalan direniş ve çıkarların ve bireylerin kendilerinin ölüm duyguları ile karakterize edilen döngüsel, sürekli veya aralıklı durumların üçlüsüdür. Bu zincirin ilk sonuçları etik, politik ve savunuculuk ifadesizliği ile karakterize edilmektedir (Şekil 2.3) (99).



Şekil 2.3. Moral distres konsept modeli

### Wilkinson Modeli

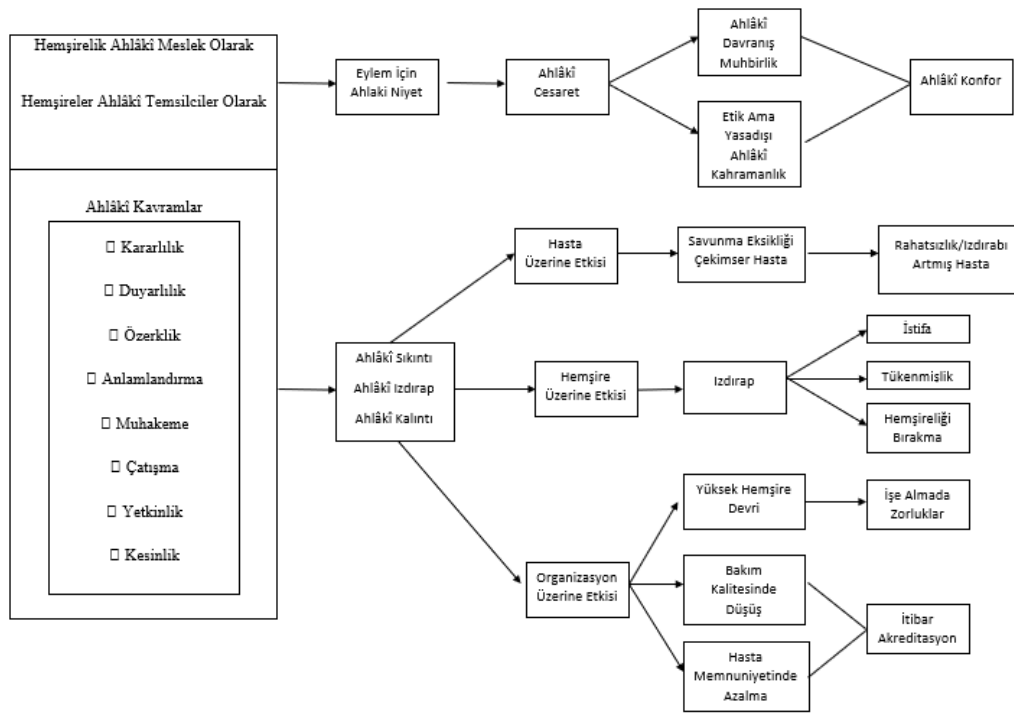
Wilkinson hemşirelerin, hasta bakımında deneyimledikleri acı verici duyguları MD olarak tanımlama eğiliminde olduklarını ancak MD'nin sadece acı verici duygular olmadığını daha özel bir distres türü olduğunu söylemiştir. Wilkinson'a göre MD duygulara ek olarak durumsal, bilişsel ve eylem boyutları içermektedir (103). Wilkinson MD'yi "Bir kişinin verdiği ahlaki karara uygun davranışı yerine getirmediğinde ortaya çıkan psikolojik dengesizlik hali ve duygu durumdaki olumsuzluk" olarak tanımlamıştır (89). Wilkinson'a göre MD'nin ortaya çıkması için, hemşirenin ahlaki bir sorunu tanıdığı ve kendi eylemlerinden sorumlu olduğuna inandığı bir durumun ortaya çıkması gerekir. Bunun içinde hasta bakımı ile ilgili bir

durumun (vaka) gerekli olduğunu söyleyen Wilkinson her hasta bakımı ile ilgili durumun bireyde MD'ye yol açmayabileceğini, hemşirenin kararı, düşünme ve akıl yürütme yeteneğinin ve hasta için empati duygusunun da MD'nin oluşmasında etkili olduğunu söylemiştir. MD'nin nedensiz gerçekleşmeyeceğini belirten Wilkinson çeşitli kavram ve bileşenlerle Moral Distres Denklemi ve Moral Distres modelini geliştirmiştir ve bu model MD ile ilişkili ilk modeldir (89).

Wilkinson'a göre farkına varma MD'nin ortaya çıkmasındaki en önemli unsurdur. Bir hemşire ortada ahlaki bir sorunun var olduğunu farkına varmalı ve sorunu kabul etmelidir. Hemşireler ahlaki bir sorunun farkında oldukları ve kendi eylemlerine karar vermekle sorumlu olduklarına inandıkları (ahlaki otonom) hasta bakımı durumlarıyla (vakalar) karşılaştıklarında ahlaki eylemin ne olduğuna karar verirler. Hemşirenin bilişsel, ahlaki çerçevesi ve empati duyguları, hastaya yardımcı olma isteği hangi eylemlerin ahlaki olduğu konusundaki kararını etkilemektedir. Wilkinson hemşirelerin, deneyim miktarı ve mevcut seçenekler hakkındaki bilgisinin, hemşirenin engellemelerden/kısıtlamalardan kaçınması ve ahlaki kararı verme derecesini etkilediğini ve algılanan, gerçek ve bağlamsal kısıtlamaların, hemşirenin ahlaki kararını (ahlaki eylemi engelleme) uygulamasının önünde engel olduğunu öne sürmüştür. Ahlaki bir şekilde hareket edememenin de olumsuz duygulara ve psikolojik rahatsızlığa, huzursuzluğa neden olduğunu söylemiştir (89, 103).

### **Corley Moral Distres Modeli**

Corley MD modelini bir hemşirenin bir hastayı destekleyemediği veya bunu destekleyemediğini hissettiği ve dolayısıyla MD yaşadığı zaman ne olacağını somutlaştırmak için tasarlamıştır. Bu model hemşirelerin psikolojik açıdan tepkilerini ifade eden iç bağlam ve çalışma ortamını ifade eden dış bağlam çerçevesinde hazırlanmıştır. Corley modelini oluştururken temelde hemşirenin MD yaşamasından önce varolan ve sonrasında oluşan ahlaki kavramlara yer vermiş, MD ve onun zıttı olan ahlaki rahatlığı(moral comfort) tanımlamış ve ayırt etmiştir. Hemşireliğin ahlaki bir meslek olduğu ve hemşirelerin ahlakın temsilcileri olduğu hipotezlerine dayanarak oluşturulan Corley'nin modeli, kararlılık, duyarlılık, otonomi (özerklik), hissetme yeteneği/anlamlandırma, değerlendirme/muhakeme, çatışma, yetkinlik/yeterlilik ve kesinlik olmak üzere sekiz ahlaki kavramdan oluşmaktadır. (Şekil 2.4)



Şekil 2.4. Moral distres teorisi modeli (Kovancı (104)'dan alınmıştır.)

**Ahlaki kararlılık/bağlılık:** Ahlaki kararlılık genellikle dini veya toplumsal inançları yansıtmakla beraber kişinin sözlerini, vaatlerini ve yükümlülüklerini doğrulayan bir şekilde hareket etmenin önemiyle ilgili değerlerinden de şekillenebilmektedir (105). Hasta bakımında ahlaki kararlılık, var olan durum ile ilgili ahlaki değerlere bağlılık ve risk alma isteğini ifade eder. Ahlaki kararlılık, ahlaki kesinliğin gelişmesinden önce belli olabileceği gibi ahlaki kesinlik ortaya çıktıktan sonrada kişinin eylemlerinde/davranışlarında görülebilir. Yüksek düzeyde ahlaki kararlılığı/bağlılığı olan hemşireler ahlaki yetkinlik/yeterlilik geliştirebilirler, ahlaki davranış gösterirler ve düşük düzeyde MD yaşarlar (95).

**Ahlaki duyarlılık:** Ahlaki bir çatışma durumunu tanıma, hastanın savunmasız durumu hakkında bağlamsal ve sezgisel bir anlayış gösterme, verilen kararın birey için etik ve ahlaki sonuçlarını düşünebilme yeteneğidir (95). Lützen ve arkadaşları da kişilerarası yönelim, ahlaki anlamı yapılandırma, yardımseverliği ifade etme, özerkliği sağlama, çatışma yaşama ve kurallara uyma olarak ahlaki duyarlılığın altı yönü olduğunu belirtmişlerdir (106).

**Ahlaki yetkinlik:** Durumları ahlaki olarak anlamlandırma, iyi ahlaki yargı ve niyet kullanma, ahlaki açıdan uygun davranışlarda bulunma yeteneğini ifade etmektedir. Ahlaki kararlılığı/bağlılığı olan ancak ahlaki yetkinliği/yeterliliği olmayan hemşirelerin ahlaki sıkıntı yaşama ihtimali daha yüksektir. Hemşirelerin ahlaki yetkinliğe/yeterliliğe dair öz algıları yanlış doğru olabilir bunun sonucunda da ahlaki olarak uygun olmayan eylemler ortaya çıkabilir (95).

**Ahlaki anlamlandırma/ anlam oluşturma:** Ahlaki anlamın yapılandırılmasını ifade eder (95). Ahlaki anlamın yapılandırılması eylemlerin anlamlı olduğunu, yani hastanın bütünlüğüne zarar verdiklerini veya onları tehdit etmeyeceklerini tespit ederek hastanın sınırlı özerkliğinin anlamını ifade eder (106) .

**Ahlaki özerklik:** Seçimlerinde özgür olma, seçim yapma hakkı ve sorumluluğunu ifade eder. Ahlaki özerkliğe sahip hemşirelerin, ahlaki bağlılık ve ahlaki yeterliliğe sahip olmadıkları sürece MD yaşama olasılıkları daha yüksektir (107).

**Ahlaki kesinlik:** Hemşirelerin bireysel ve profesyonel olarak, bir inancın 'doğruluğuna' göre hareket etmeleri için kendilerini riske atmalarına neden olan mutlak bir ahlaki inanç duygusudur (108). Ahlaki kararlılık/bağlılık düzeyleri yüksek, ahlaki yeterlilik ve ahlaki özerkliğe sahip olan hemşirelerin ahlaki kesinliği hissetmeleri ve MD'yi daha az yaşamaları daha olasıdır (95).

**Ahlaki yargı /değerlendirme/ muhakeme:** Spesifik bir durumda ne yapılması gerektiğini belirlemek için spesifik eylem biçimine karşı veya buna karşı sayılan çok sayıda etik düşüncüyü bütünleştirmeyi içerir. Ahlaki kararlılık/bağlılık düzeyleri yüksek, ahlaki anlamlandırma ve ahlaki yeterlilik yetenekleri gelişmiş hemşirelerin duruma özgü ahlaki yargıyı uygulama ve MD'yi daha az yaşama ihtimalleri daha yüksektir (109).

**Ahlaki çatışma:** Ahlaki açıdan doğru eylemin ne olduğuyla ilgili ahlaki değerlerin çatışmasını içeren bir durumdur. Altı temel özelliğe sahiptir; seçim yapma, özerklik, savunuculuk, ıstırap ve acı, ilişki ve değerler. Seçim yapma hemşirelerin yaşadıkları deneyimlerinin temel ve birleştirici özelliği olarak kabul edilmekteyken diğer özellikler seçim yapmanın/seçmenin içeriğinde yer alan iç iç geçmiş özelliklerdir (95).

Hastaları savunan, ahlaki hayal gücü (hangi ahlaki kararların alınacağını düşünme) ve duyarlılığa sahip olan ve karmaşık ahlaki durumları anlamlandırabilen, özerk olarak işlev gören ve ahlaki olarak doğru olanı yapmaya niyetli olan hemşirelerin ahlaki kesinlik yaşama olasılıkları daha yüksektir (106, 110). Uygun ahlaki yargılarda bulunabilen hemşireler ahlaki yetkinlik/ yeterlilik sergileyecek ve ahlaki rahatlığa yol açan ahlaki olarak uygun eylemlerde bulunabilirler. Bu ahlaki özelliklerin her birinde yeterlilik seviyesi yükseldikçe ahlaki olarak yetkinlik ve ahlaki rahatlık yaşayama olasılığı artmaktadır. Hemşirelerin bilgileri, davranışları ve tutumları onları bir konuda ahlaki olan eylemi gerçekleştirme sonucuna ulaştırdığına ahlaki eylemi gerçekleştirmek ve ahlaki rahatlığa ulaşmak için ahlaki cesaret gereklidir (111, 112) . Hemşireler, ahlaki bir sorunun söz konusu olduğunu bildiklerinde ahlaki eylemde bulunamazlarsa, hastalar, hemşireler ve hastane veya sağlık kuruluşu üzerinde potansiyel bir etkisi olan MD yaşarlar (112).

### **Sara Terreri Fry Modeli**

Fry ve arkadaşları (2002), Jameton' nın kavramsal modelinden yola çıkarak askeri hizmetlerde görev yapan hemşireler çerçevesinde MD'yi inceleyerek bu modeli geliştirmişlerdir (113). Çalışma sonuçlarından elde ettikleri verilere göre MD'nin bir süreç olduğunu tespit etmişlerdir. Bu süreç hemşirelerin bir hastaya bakım verirken ahlaki değerlendirme/yargılama ve eylem gerçekleştirmeye yönelik ihtiyacın uyarılmasıyla başlamaktadır. Uyarılmanın gerçekleşebilmesi, hasta yararı veya en iyi bakımın sağlanması ile ilgili değerlerin çatışmasından doğar. Uyarılmanın gerçekleşmesinin ardından askeri hemşirenin gerekli kararı alması ve eyleme geçmesi konusunda; kişisel yeteneklerini, eylemin olumlu ve olumsuz sonuçlarının olasılıklarını ve eylemi gerçekleştirmek için herhangi bir kısıtlama olup olmadığını değerlendirmesi gerekir. Hemşire tüm bu değerlendirmeler sonucunda hastaya en iyi bakımı vermek için ahlaki bir yargıya varabilir. Eylemin gerçekleşmesi için algılanan ya da gerçek engeller yoksa eylemi gerçekleştirmedeki değerler çatışması çözülür ve hemşireler ahlaki yargıya varmaktan ve eylemi gerçekleştirmekten dolayı MD yaşamazlar (112, 113). Hemşireler istenen ahlaki eyleme karşı gerçek veya algılanan bir engelle karşılaşılırsa MD ortaya çıkar. Bununla birlikte, hemşireler genellikle başka bir askeri hemşire akranına danışarak, durumu daha yüksek rütbeli bir memura

açıklayarak veya hasta için en iyi bakımı savunarak bu engeli aşmaya çalışırlar. Bazı durumlarda, hemşirelerin bu eylemi başarılı olur ve ahlaki eylemlerinin önündeki engel aşılabılır ve istenen eylem tamamlandığında daha fazla MD yaşanmaz. Ancak ahlaki eylemin önündeki gerçek ya da algılanan engelin üstesinden gelinememesi, hemşirelerin herhangi bir eylemde bulamamalarına ya da istenen ve başlatılan eylemi tamamlayamamalarına yol açarak MD'ye neden olmaktadır. Her iki durumda da, hemşireler anksiyete, güçsüzlük, psikolojik dengesizlik, uykusuzluk, değersizlik hissi, bakım verme ve hizmet etmeye isteksizlik, üniformayı giymeyi istememe gibi hemşirelik uygulamaları ve hemşireler için hem kısa hem de uzun vadeli etkileri olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (113).

#### **2.2.4. Moral Distresin Nedenleri**

Hemşirelik mesleğinin özü güven, saygı, empati ve samimiyet bileşenlerinden oluşan hemşire-hasta ilişkisidir.(114, 115). Bu ilişki, hemşirelik rolünün getirdiği gücün, hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için uygun şekilde kullanılmasını gerektirmektedir (115). Hemşirenin, güce sahip olduğunu ve bu gücü hastalar adına uygun şekilde kullanmak zorunda olduğunun bilincinde olmasını gerekir. Fiziksel ve/veya ruhsal açıdan savunmasız durumda olan bireylere bakım vermekle yükümlü olan hemşire, hasta adına ve onun çıkarları doğrultusunda hareket etmek için gücünü kullanır.

Hemşire-hasta ilişkisinin bir diğer boyutu da ahlaki ve etik sorumlulukları kapsayan ahlaki bir antlaşmadır. Bu antlaşma, hemşireye zarar verilebilecek ve alternatifler arasında yapılacak seçimlerin olduğu kararlarda yardımcı olmak için ahlaki bir rehber görevi görür (60). Her hemşirelik eylemi, zarar vermemek, adaleti teşvik etmek, hesap verebilir olmak ve güvenli ve yetkin bakım sağlamak için gerekli ahlaki standartlara göre ölçülür (116, 117). Hemşirelerin uygun ve gerekli hasta bakımını sağlamaya yönelik eylemleri kısıtlandığında ise MD ortaya çıkmaktadır (12, 101). Hemşireler, ahlaki seçimden ahlaki eyleme geçemediklerinde MD yaşamaktadırlar (118). Jameton (1984), hemşirelik bakımını engelleyerek MD'ye neden olan hem içsel (birey içinde) hem de dışsal (çevre içinde) kısıtlamaları tanımlamıştır (119). Sonraki çalışmalarda MD'ye neden olan faktörler, dışsal/kurumsal, klinik ve içsel/bireysel faktörler olarak üç kategoride incelenmiştir

(37, 112, 120). Dışsal/kurumsal faktörler, sağlık profesyonelleri ve hastaları etkileyen yasal, politik, kurumsal/idari faktörleri kapsarken, klinik faktörler sağlık bakım hizmetlerinin doğası ile ilişkilidir ve içsel/bireysel faktörler, sağlık hizmetini sunanlar ve hizmeti alanlara ilişkin bireysel, kültürel ve değerler farklılıklarını kapsamaktadır (120-122).

### **Dışsal/Kurumsal Faktörler**

Dışsal faktörler ilk olarak Jameton (1984) tarafından tanımlanmıştır. Jameton MD'ye neden olan temel faktörün “politik, idari ve kurumsal yapının, duruma uygun eylemin uygulanmasını engellemesi” olduğunu belirtmiştir (120, 123). Klinik durum, örgütsel ve sosyopolitik değişkenler, sağlık hizmeti kaynaklarının sağlanması ve dağıtımı ile ilgili faktörler kurumsal/dışsal faktörlerle ilişkilidir (120, 124-126). Literatürde, çalışma ortamında etik konuların görmezden gelindiği ve etik çalışma ortamının sağlanamadığı (127-129), meslek içi ve meslekler arası çatışmaların olduğu (35, 127, 130-134), personel istihdamının yetersiz olduğu (35, 41, 128, 135, 136), tedavi ve bakıma ilişkin kaynakların yetersiz olduğu (130, 133, 135, 137), fazla ve ağır iş yükünün olduğu (128, 138, 139) kurumlarda çalışan sağlık profesyonellerinin nitelikli tedavi ve bakımı sağlayamamaya bağlı olarak MD yaşama olasılıklarının artmakta olduğu vurgulanmaktadır (38, 140).

### **Klinik Faktörler**

MD kavramına yönelik farklı klinik alanlarda da çalışmalar yürütülmektedir (18, 141-146). MD kavramı hemşirelik alanları içerisinde ilk olarak etik konuların sıklıkla gündeme geldiği yoğun bakım (147, 148) ünitelerinde çalışılmış zamanla MD kavramı onkoloji (145, 149), acil servis (150, 151), pediatri (152, 153) ve psikiyatri (154, 155) gibi birçok alanda önemli bir kavram haline gelmiştir (18, 156-160). Çalışılan kliniğin özelliği, bakım verilen kişilerin özellikleri, tedavi ve bakım uygulamaları sağlık profesyonellerinin MD düzeyini etkilemektedir (38, 161, 162). Pek çok farklı alanda sağlık çalışanlarını etkileyen MD, pediatrik onkoloji ve pediatrik yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık personellerinde daha fazla görülmektedir (163). Literatür incelendiğinde nafite tedavi (120, 130, 132, 146, 164), gereksiz medikal tedavi (130, 131, 165), yetkin olmayan kişilerle çalışmak (35, 128, 134), ekip

içi yetersiz iletişim (130, 133, 135, 137), hasta otonomisinin ihlal edilmesi (37, 44, 166), tedavi ve bakım sürecine ilişkin kararlarda ailelerle yaşanan anlaşmazlıkların (128, 136, 138, 167) MD ile ilişkili klinik faktörler olduğu görülmüştür.

### **Bireysel Faktörler**

MD, bireyin ahlaki tutumuna, mesleki yükümlülüklerine, hedeflerine ve benlik duygusuna karşı duyarlılığına ve takdirine bağlıdır. Sağlık profesyonelleri, doğru ve yanlış kavramlarına dayalı olarak yargılarda bulunurken ve bu yargıya dayalı olarak eylemlerinin sorumluluğunu kabul ederken ahlaki failliklerini (ahlaki yargılarda bulunma ve bu eylemlerden sorumlu tutulma) kullanırlar (168) . Her birey, iyilik anlayışını bildiren temel inançlara, değerlere ve kavramlara sahiptir. Kişinin cinsiyetine, ırkına ve yaşam deneyimlerine dayalı bakış açıları, yaptığı değerlendirmeleri ve eylemlerini etkiler (47, 99, 169). Klinik içinde değerlerin empoze edilmesi riski sağlık profesyonellerinin konuyu etik olarak tanımlayamamasına ve kişinin kendisinin dışındaki değerler ve hedefler hakkında bilgi eksikliğine bağlı olarak da MD'nin gelişmesine neden olabilmektedir (168). Hemşirelerin bir birey ve hemşire olarak kendilerine yönelik algıları ve değerleri MD ile ilişkilidir (170, 171). Literatür incelendiğinde, kendini yetkin hissedememe (139), sağlık hizmeti içerisindeki hiyerarşide güçsüz hissetme (139), bilgi ve beceri eksikliği (38, 120, 172), ahlaki eylemlilik duygusunda azalma (38, 102), spiritüel yönün olmaması (144, 173) gibi bireysel faktörlerin MD ile ilişkili olduğu görülmüştür.

#### **2.2.5. Moral Distresin Etkileri**

MD, sağlık hizmeti ortamlarında yaygın olarak görülen bir durumdur. (174, 175). MD, hem sağlık hizmetini alan ve sunan kişiler hem de sistemler için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bireysel düzeyde MD tükenmişliğe, empati eksikliğine ve iş doyumunda azalmaya neden olabilirken, örgütsel düzeyde düşük bakım kalitesine, personel devir hızının artmasına ve hastalar için kötü sonuçlara yol açabilmektedir (176, 177).



### **Hasta Üzerine Etkisi**

MD'nin hastalar üzerindeki etkisi MD'den etkilenen sağlık ekibinin sunduğu hizmetin niteliği ve niceliğine bağlı olarak değerlendirilebilmektedir. Wilkinson'a göre (89), MD'nin yarattığı hayal kırıklığı, öfke ve suçluluk hemşirelerin hastalardan kaçmasına neden olabilir. Sağlık ekibi içerisinde hastalara birebir bakım verme sorumluluğunu üstlenen hemşirelerin yaşadığı MD, azalan endişe düzeyi ve hasta etkileşimlerinden kaçınmaya, hastalar için fiziksel bakım kalitesinin azalmasına ve hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır (92, 95, 120, 123, 178-180). Rubin'in (181) araştırmasında hemşireler, hastalardan kaçındıkları veya başlarına gelenlerden dolayı kendilerini suçlu hissettikleri için hastalarına karşı aşırı ilgili oldukları durumları tanımlamışlardır. Raines de, bazı hemşirelerin MD'yi yönetmek için hastalardan uzaklaşma ve kaçma-kaçınma stratejileri gibi olumsuz başa çıkma stratejilerini kullandığı sonucuna ulaşmıştır (182).

### **Hemşire Üzerine Etkisi**

Hemşirelik bakım felsefesi hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına duyarlılığı içerir. Bu nedenle hastalarına ahlaki değerlere göre klinik bakım veren kişilerde ahlaki duyarlılık ve sorumluluk duygusu özellikle önemli olmaktadır (183). Hemşireler hakları olan ve bilgi sahibi oldukları eylemleri kurumsal, çevresel ve içsel nedenlerle gerçekleştirememeleri nedeniyle MD yaşamaktadır (123). Ortaya çıkan MD hemşireleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel açıdan etkilemektedir. MD etkilerine ilişkin yapılan çalışmalarda MD yaşayan kişilerinde baş ağrısı, mide ağrısı, kan basıncında yükselme, kalp çarpıntısı, yorgunluk gibi fiziksel belirtiler (35, 38, 44, 184, 185) ve güçsüzlük, gerginlik, umutsuzluk, suçluluk, huzursuzluk, sinirlilik, pişmanlık (35, 41, 125, 137, 148, 186-188) gibi psikolojik belirtiler yaşadıkları saptanmıştır. Hemşirelerde MD ile ilgili yapılan çalışmalarda MD yaşayan hemşirelerin, üzüntü, çaresizlik, hayal kırıklığı endişe, korku, utanç ve cesaretsizlik gibi duyguları deneyimledikleri (35, 44, 120, 134, 185, 189-193) görülmüştür. Yapılan çalışmalarda MD'nin tükenmişlik (168, 194-197) , işe ara verme (35), pozisyon değiştirme (131, 132, 186) ve işten ayrılmalara (133, 135, 165, 198) ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Corley ve arkadaşları (123) yaptıkları çalışmada hemşirelerin

%15' inin MD nedeniyle işini bıraktığını bildirirken, Nathaniel (97) çalışmasında hemşirelerin %43'ünün aynı nedenle işi bıraktığını bildirmiştir.

### **Sağlık Kurumu Üzerine Etkisi**

Kurumun etik ortamı, MD'nin birey üzerindeki etkisini hafifletebilecek bir faktördür. Olson tarafından etik ortam, "iş yeri ortamını iyileştirmek için yönetilebilir ve değiştirilebilir bir örgütsel değişken" olarak tanımlanmaktadır. Etik ortam, hasta bakımına ilişkin konuların tartışılmasını, çözülmesini kolaylaştıran örgütsel uygulamalar ve koşullara ilişkin algılardan oluşur, klinik ortamda etik karar vermeyi sağlar" (199). Etik uygulama ve ahlaki seçimler için destek düzeyi algısı, hemşirenin eylemleri üzerindeki kısıtlamaların hayati bir unsur olarak görülür (200). Prestia ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada baş hemşireler arasında ahlaki açıdan zorlayıcı durumlarda MD'nin psikolojik güvenlik ve etkinlik üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır (201). Bu sonuçlar, MD'nin hemşireler üzerinde kişisel refah açısından olduğu kadar, örgüt üzerinde de işten ayrılma ve devamsızlık açısından somut sonuçlarına işaret etmektedir.

### **2.2.6. Psikiyatride Moral Distres**

Ruh sağlığı hastalıkları dünya çapında giderek artan bir sorundur. Ruhsal hastalıklar bireylerin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını, diğer kişilerle olan ilişkilerini ve işlevselliklerini etkileyen zihinsel bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (202). Ruh sağlığı hastalığına sahip bireylerin bilişsel işlevlerinde meydana gelen bozulmalar aynı zamanda bireylerin karar verme mekanizmalarını da etkilemektedir. Ruhsal hastalıklar bireylerin savunmasız hale gelmesine, damgalanmalarına, dışlanmalarına neden olabilmektedir. Bu durumda da hastaların yaşamına ilişkin kararları verme bakım vericilerine kalırken, klinik içi süreçlerde karar verme ruh sağlığı profesyonellerine kalmaktadır.

Psikiyatri birimleri, psikiyatri hastalarının istemli veya istemsiz kısa ya da uzun süreli tedaviye ihtiyaçları konusunda kişiler için uzmanlaşmış yerlerdir. Psikiyatri birimlerinde tedavinin reddedilmesinden istem dışı yatışlara, bireylerin özerkliklerinden hasta haklarına kadar, ruhsal bozuklukların tanımlanmaları ve tedavilerini içeren konularda etik durumlar ortaya çıkabilmektedir (22). Literatürde

psikiyatri hizmetlerinde sıklıkla karşılaşılan etik sorunlar; hastaların damgalanması (203), hasta mahremiyetinin sağlanması (204), yaşanan olaylara seyirci kalma, klinik içi yetersiz fiziksel koşullar (154) tedavi bakım sırasında hasta haklarına ve insan onuruna uygun olmayan girişimler, kısıtlama uygulamalarında fiziksel müdahaleler, hastadan izin istememe (22), hastalar adına karar verme (205), istemsiz yatışlar (65), zorla tedavi (206) olarak sıralanabilir.

Ruh sağlığı yerinde olmayan bireylerin işlevselliklerini kazanmaları, bireysel rollerini gerçekleştirmeleri için tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması önemlidir. Bunun için ruh sağlığı profesyonellerine klinik içi ve toplumsal süreçlerde büyük sorumluluklar düşmektedir. Ruh sağlığı profesyonelleri sorumluluklarını yerine getirirken pek çok etik durumla karşılaşmaktadırlar. Dolayısıyla karşı karşıya kaldıkları bu durumları yönetmede zorlanabilmektedir. Her ne kadar etik ilkeler ve mesleki etik kodlar sağlık çalışanlarına rehberlik etse de sağlık çalışanları kendi değerleri, ekibin diğer üyelerinin değerleri, kararları ve kurumsal ve sistemsel nedenlerden dolayı ahlaki açıdan zorlanabilmekte, MD yaşayabilmektedir (35, 207, 208).

### **2.2.7. Psikiyatri Hemşireliğinde Moral Distres**

Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığını koruma ve geliştirmede aktif rolleri, akut, sub-akut ve rehabilitasyon aşamaları gibi tüm düzeylerde tedavi bakımın aktif bir aktörü olmaları ve hasta savunuculuğu rolleri nedeniyle son derece önemli bir noktada yer almaktadır. Bu önemli ve kapsamlı rolleri psikiyatri hemşirelerini günlük uygulamalarında pek çok etik durum ve kaygı ile yüzleşmek zorunda bırakmaktadır (155).

Psikiyatri hemşireleri bakım verdikleri grubun özellikleri nedeniyle; hastaların bilişsel, duygusal ve biyolojik sistemlerinin işleyişindeki bozulmalar, bu bozulmaların yol açtığı, bozulmuş öz bakım ve işlevsellik, kendisine ve çevreye zarar verme davranışları, gelişimsel sorunlar, intihar, damgalama gibi pek çok sorunla baş etmek durumunda kalmaktadır (155, 209). Mesleğin icrası sırasında karşı karşıya kaldıkları etik konularda da hemen her zaman baş etmeleri mümkün olmamakta, MD yaşama riskleri ortaya çıkmaktadır (210).

Psikiyatri hemşirelerinin MD deneyimleri literatürde ilgi alanı olmuş, yapılan MD çalışmaları çoğunlukla yataklı psikiyatri servisleri ve psikiyatri hemşireleri üzerine yoğunlaşmıştır. Literatürde ruh sağlığı hastalıklarının doğası ve hastaların bakımına ilişkin farklılıklar göz önünde bulundurularak psikiyatri hemşirelerinin MD düzeylerine ve deneyimlerine yönelik çalışmalar yer almaktadır (35, 37, 41, 43, 44, 77, 127, 154, 211-220). Bu çalışmalar, MD çalışmaları ile benzer şekilde, psikiyatri hemşirelerinden MD'ye neden olan faktörleri kurumsal (dışsal), klinik ve bireysel faktörler olarak üç ana kategoride incelemiştir (112, 120, 123).

### ***Dışsal/ Kurumsal Faktörler***

Jameton (1984), kişinin etik açıdan doğru olduğunu bildiği eylemi idari, politik ve kurumsal nedenlerden dolayı gerçekleştirememesinin MD'ye neden olan birincil faktör olduğunu belirtmiştir (90). Hemşireler ahlaki ve profesyonel olarak bakım sağlamakla yükümlü olduklarına inandıklarında, hizmetlerin veya personelin azaltılması yoluyla maliyetlerin düşürülmesi veya sorumluluk riskini sınırlamak için bakımın bireyselleştirilmesinin reddedilmesi gibi kurumsal politikalar ve mali önceliklerin bakımın önüne geçmesi durumlarında MD yaşamaktadırlar (168). Literatür incelendiğinde etik çalışma ortamının sağlanmaması (44, 154), kuruma özgü kurallar (25, 35), kurum içi hiyerarşi (25, 35, 127) , kurumsal desteğin sağlanmaması (221), dengesiz güç dağılımı, yeterli sağlık profesyoneli istihdamının sağlanamaması (41, 217), ideal bakım ve tedavinin sağlanabilmesi için gerekli olan kaynaklara ulaşmada zorlukların yaşanması (35, 127) psikiyatri hemşirelerinde moral distrese neden olan dışsal faktörler olduğu görülmektedir. Ayrıca psikiyatri hemşireleri temel değerleri ve mesleki sorumlulukları doğrultusunda hareket edemedikleri ve kaliteli bakım veremedikleri için MD yaşamaktadırlar (154, 213).

### ***Klinik Faktörler:***

Psikiyatri servislerinin terapötik ortam özelliklileri, bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların özellikleri, yürütülen tedavi ve bakım uygulamaları, kliniğin özellikleri MD'yi etkileyen klinik faktörlerdir (77, 160). Hastalar tarafından sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma (35, 42, 217, 218, 222), kendisine ve çevresine zarar veren hasta (155, 217), intihar girişiminde bulunan hasta (209), hastaların karar verme

yeteneklerinin azalmış olması (43, 223), hastaların içgörü eksikliği (26, 224), hastaların artmış cinsel davranışları (222) hastaların bilişsel, duygusal ve davranışsal yeterliklerinde meydana gelen değişimlere ilişkin klinik faktörlerdir. Hasta otonomisinin göz ardı edilmesi (43, 223), hastalara yeterli bilgi verilmemesi (222), hastalarla terapötik iletişim kuramama (154), ekip içi ve ekipler arası iletişimsizlik (160, 219), hastaların davranışlarına sınırları belirleyememe/ sınır koyamama (154, 217), meslektaşların ve hekimlerin bakım için yetkin olmaması (223), sağlık personelinin etik olmayan davranışları (43, 215) psikiyatri ekip üyeleri ile ilgili MD'ye neden olan klinik faktörlerdir. Zorunlu tedavi (26, 35, 217), zorunlu yatış, ailelerin tanıyı kabul etmemesi (155), ailenin istekleri (35, 215, 222), Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) (26, 224, 225), tespit ve tecrit uygulamaları (35, 217, 226, 227), klinik düzenin psikiyatrye özgü düzenlenmemiş olması, destek personellerinin hastalara fiziksel ve sözel şiddet uygulaması (222), yönetici hemşirelerin liderlik etmemesi (218, 222), klinikte hemşirenin karar verme sürecine daha az dahil edilmesi (213, 222, 228), hastalara uygulanan yasaklar (218, 222), rol ve sorumlukların belirsizliği (222, 229), yaşanan sorunları ekiple konuşmama (222), iş yükünün fazla olması (82, 154), zaman kısıtlılığı (154), yetersiz eleman sayısı (25, 43, 44), giderek artmakta olan hasta sayısı (25), adli psikiyatri hastaları (230), gizliliğin ihlal edilmesi, hastanın isteklerini karşılayamama (222), refakatçisi olmayan-evsiz hastalar, psikiyatrik süreci hastanede bakımı gerektirmeyen hastaların uzun süre hastanede tutulması, toplum içinde işlevselliğini tam olarak sağlayamayacak hastaların erken taburcu edilmesi, hastaları birey olarak görmeme (154) psikiyatri hemşirelerinin MD yaşamalarına neden olan diğer klinik faktörlerdir.

Musto ve arkadaşları (2012) tarafından ergen ruh sağlığı hemşireleri ile yapılan çalışmada hastaların zarar verici davranışları dolayısıyla güvenliği sağlamadaki gerçek ya da algılanan yetersizliğin MD'ye neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (42). Hastaların şiddet ve yıkıcı davranışları hemşirelerin zarar görme ve hastadan tehdit alma gibi endişelerinin artmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin artan endişeleri hastalarla olan etkileşimlerini azaltmalarına neden olarak bakımı olumsuz etkilemektedir (231). Stevansson ve arkadaşları (2015) tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada şiddet uygulayan hastaların sağlık personelini hastalarına karşı daha az empatik ve şefkatli hale getirebileceğini ve bunun da hemşirelerin şefkatli olma

ideallerine ters düşmesinden dolayı hemşirelerin kendi bakım uygulamalarında şüphe duymalarına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (232).

Jansen ve arkadaşları tarafından psikiyatri hemşireleriyle yapılan nitel bir çalışmada hemşireler şüphelerine ve hastalara zorla ilaç vermenin yarattığı duygusal strese rağmen doktorlar tarafından istem edilen tedaviyi uygulamanın kendilerinde MD'ye neden olduğunu belirtmişlerdir (160). Hemşireler kısıtlama ve zorlama kullanımını azaltmak istemelerine rağmen, etik ve mesleki yargıları bu tür önlemlerin kaçınılmaz olduğunu söylediğinde kendilerini kapana kısılmış hissetmektedirler. Psikiyatri servislerinde çoğu madde kullanım bozukluğu olan ve şiddete eğilimli hastaların giderek artması ancak bakım ve tedaviye ilişkin kaynakların yetersiz olması, hemşirelerin baş etmelerini zorlaştırmakta ve MD'ye neden olmaktadır (233). Ohnishi ve arkadaşları (2003) Japonya'daki bir hastanede 80 psikiyatri hemşiresi ile yaptıkları bir anket uygulaması sonucunda; birçok hemşirenin, ciddi bir rahatsızlığı olmayan hastaların uzun süreli hastaneye yatışlarının yapılması, hasta özerkliğine çok az saygı gösterilmesi ve psikiyatristlerin hastaları dinlememesi gibi sorunlar nedeniyle MD yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır (223). İrlanda'da yapılan başka bir çalışmada psikiyatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin varolan mesleki yargı veya klinik karar verme ile ilgili çatışmalar, tıbbi müdahalelerin yetersiz kalması, reçetenin geç yazılması ya da tıbbi olmayan nedenlerle reçete yazılması nedeniyle danışanlarla zorlayıcı uygulamalar kullanmak zorunda kalmaları, ideal bakımı sürdürememe ve hasta otonomisinin göz ardı edilmesi nedenleriyle MD yaşadıklarını bulunmuştur (213).

Weimand ve meslektaşları (2013) Norveç'te psikiyatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarını desteklemenin hemşirelerin önemli bir sorumluluğu olduğunu bulmuştur. Ayrıca, katılımcıların çoğunun hastalarla çalışmanın rutin olduğunu, hasta yakınlarını desteklemenin ise işlerini etkileyebileceği için bir zorluk olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir (234). Sturm, toplum ruh sağlığı kapsamında evde bakım hizmeti veren psikiyatri hemşireleri ile gerçekleştirdiği etik ve bakımı araştıran etnografik çalışmada, hemşirenin hastalara bakım verebileceklerini bildiklerinde ancak uygun bir süre boyunca bakımı sürdüremediklerinde MD yaşadıklarını bulmuştur (235). Jansen ve arkadaşları (2020) ise psikiyatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hastalar için standardın altında bakım

vermenin, idealler ve gerçekler arasındaki çatışmaların ve hastaları hayal kırıklığına uğratmanın MD'ye neden olduğu sonucunu bulmuşlardır (35).

### ***Bireysel Faktörler***

MD, bireyin karakteristik özellikleri ve olayları nasıl algıladığı ile ilişkilidir (236-238). Bireyin karakter özellikleri veya kişisel nitelikleri, hemşirenin dünya görüşünü (kişisel değerleri, rol algılarını ve kültürü kapsar) ve hemşirenin sahip olduğu veya yaşadığı kişisel deneyimleri içerir (158). Bunların yanı sıra yaş, cinsiyet, çalışma yılı, yetki düzeyi gibi demografik özellikler de MD'yi etkileyen bireysel faktörler arasındadır (239). Hemşirelerin sahip oldukları bilgi ve beceri düzeyinin, kendine olan güveninin MD ile ilişkili olduğu bilinmektedir (191, 240). Ohnishi ve arkadaşları (2010), Japonya'da psikiyatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hemşirenin sahip olduğu yetki düzeyinin artmasıyla ilişkili olarak MD düzeyinin arttığı ancak hemşirenin çalışma yılı ile MD arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (44). Hamaideh (2014), ise psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada ise MD düzeyinin yaş ve tecrübe ile doğru orantılı olduğunu, tecrübe arttıkça ve yaş ilerledikçe MD düzeyinde azalma olduğu sonucuna ulaşmıştır (37).

MD deneyimi aynı klinik içerisindeki çalışan kişiler arasında da farklılık gösterebilmektedir. Bakım standardına ilişkin beklentiler (154), ahlaki duyarlılık (241), bireysel etik değerler (209) gibi hemşirenin dünya görüşü içerisinde yer alan faktörler MD deneyimini etkilemektedir. Lützén ve arkadaşları (2013), psikiyatri kliniğinde gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların ahlaki duyarlılık ölçeğinin; hasta için iyi olanı yapma-zarar verme riski ve karmaşık konuları bir hastaya en iyi şekilde nasıl iletceğini ve açıklayacağını bilme becerilerini içeren ölçütlerinin moral stres ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (241).

Hemşirelerin etik açıdan zorlu durumlarda etik kararlar verme yeteneğine de sahip olması MD'yi etkileyen bir diğer bireysel faktörlerdendir (242). Etik karar verme yeteneği, personel ve aile üyeleri arasında tedavi seçeneklerine ilişkin farklı görüşleri yönetebilecek bir karakter gücünü (243) ve tedaviye ilişkin karar vermeyi de kapsamaktadır (244). Wojtowicz ve arkadaşları (2014), psikiyatri servislerinde staj uygulamasında olan hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin, hemşirelerin disiplinler arası yaşadıkları çatışmalar sonucunda, özellikle de

doktorlarla, hastanın gereksinimi karşılama ve hekimin kararına uyma konusunda ahlaki açıdan doğru olanın ne olduğu konusunda karar vermekle ilgili güçsüz hissettikleri ve MD yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır (245).

### **2.2.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH) ve Moral Distres**

MD hemşireleri fizyolojik, psikolojik ve spiritüel düzeylerde olumsuz etkilemektedir. Hemşireler baş ağrısı, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, yorgunluk gibi fiziksel belirtilerin (38) yanı sıra üzüntü, suçluluk, korku duymadan anksiyete ve depresyona kadar ilerleyebilen psikolojik durumlarla baş başa kalabilmektedirler (18, 44, 161). Kendi etik ve ahlaki değerleri ile çatışan müdahaleleri yapmak durumunda kalan hemşireler zaman zaman güçsüz ve çaresiz hissedebilmektedirler. MD'yle birlikte ortaya çıkan bu olumsuz etkiler hemşirelerin mesleki doyumlarının azalmasına, tedavi ve bakım uygulamalarını yapmaya yönelik motivasyonlarının düşmesine, tükenmişliğe neden olarak sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (38, 246, 247). Buradan yola çıkarak MD'nin tanımlanması, değerlendirilmesi, nedenleri ve etkilerinin tartışılması ve önlemeye yönelik çalışmaların yapılarak hemşirelerin ve kurumların desteklenmesi gerekmektedir. Bu profesyonel desteğin sağlanmasında Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH)'ne önemli bir rol düşmektedir.

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği; fiziksel işlev bozuklukları nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuran hastalar ve ailelerin “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçleri içerisinde yaşadıkları psikolojik, ruhsal ve sosyal sorunlarını tanımlamaktadır. Liyezon bağı ile de sağlık ekibinin birbirleri ile ve kurum ile olan etkileşimlerini güçlendirmek, işbirliğinin sağlanmasını desteklemek, çalışanların psikososyal gereksinimleri belirlemek ve baş etme becerilerini kazandırmak da KLP hemşirelerinin görevlerindedir (248).

Biyo-psiko-sosyal modele uygun olarak, konsültasyon, irtibat sağlama, özel psikolojik müdahaleler, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin bir arada yürütülmesini içeren KLP hemşireliğinin MD bağlamında özellikle eğitim, iş birliği ve klinik rolleri önemli olmaktadır. Bu roller kapsamında; tedavinin ve bakımın kalitesinin artması,



psikiyatriye ilişkin komplikasyonların erken tanılanması ve/veya önlenmesi, iyileştirici ortamın sağlanması, danışmanlık , psikoterapi, sorun çözme becerileri ile bireysel ve/veya multidisipliner ekip arasında hemşirelerin uyumunun artmasını, çalışma sürecine ilişkin sorunların belirlenerek bunlara ilişkin müdahalelerin planlanmasını sağlar (249).

KLP hemşireliği bireylere ve çalıştıkları kurumlara ilişkin planlamaların gerçekleştirilmesi, hemşirelerde MD'ye neden olabilecek durumların ve bunların hemşire, hasta ve kurum üzerine etkilerinin değerlendirilmesi ve müdahalelerin uygulanması ve süreğenliğinin korunması durumlarında, hemşirelerin MD konusunda farkındalığını sağlama, baş etmesini geliştirme, ekip içi çatışma yönetiminde destekleme, iletişim becerilerini artırma gibi uyulmalarla, MD'yle baş etme konusunda hemşireleri ve diğer sağlık ekibi üyelerini güçlendirmede önemli sorumluluklara sahiptir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın şekli, evreni, örnekleme, veri toplama yöntemi, veri toplama araçları, verilerin analizi ve geçerlik ve güvenilirlik açıklanmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Nitel araştırmalar; görüşme, doküman analizi, gözlem ve günlükler gibi nitel veri toplama araçlarının kullanıldığı, olguları ve olayları gerçekçi bir ortamda bütüncül olarak ortaya çıkarmayı amaçlayan araştırmalardır (250, 251). Nitel araştırmalarda çeşitli desenler bulunmakla birlikte bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşım temel alınmıştır. Fenomenolojik yaklaşımın felsefesi, belirlenen fenomen (olgu) ile ilgili bireylerin yaşamış oldukları deneyimlerine odaklanmayı ve bu deneyimlerin nasıl algılandığı, anlamlandırıldığı ve yorumlandığını açığa çıkarmayı kapsamaktadır. Böylelikle, fenomenolojik yaklaşımın tercih edildiği araştırmalarda belirlenen fenomen ile ilgili ortak deneyime sahip olan katılımcıların deneyimlerinin ortak anlamları keşfedilmeye çalışılmaktadır (250). Bu amaçla araştırmacılar, bir fenomeni tanımlamakta ve fenomenle ilgili deneyime sahip olan bireylerden veri toplanmaktadır. Bütün bireylerin deneyimlerinin özünü ifade eden bütüncül bir betimleme ile onların “neyi” ve “nasıl” deneyimledikleri ortaya konulmaktadır (250, 251). Bu araştırmada, “moral distres” fenomeni belirlenmiş olup fenomenolojik yaklaşım ile psikiyatri hemşirelerinin MD deneyimlerinin özünün kavranması, betimlenmesi ve neden olan etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırma kapsamında, “Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin moral distres deneyimleri nasıldır ?” sorusuna cevap aranmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, psikiyatri servislerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin katılımıyla, 27 Kasım 2022- 6 Mayıs 2023 tarihleri arasında çevrimiçi görüşme platformu üzerinden gerçekleştirilmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, dahil edilme kriterlerini karşılayan 16 psikiyatri hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme belirlenmesinde amaçlı (olasılıklı olmayan) örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alınmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi, araştırmanın amacı doğrultusunda katılımcıların, fenomen ile ilgili bireysel ve ortak deneyimlerini derinlemesine değerlendirmek amacıyla tercih edilmiştir (252). Böylelikle, amaçlı örnekleme yöntemi ile fenomen ilgili zengin bilgi ve deneyime sahip olduğu düşünülen katılımcıların araştırmaya dahil edilmesine olanak sağlayarak, belirlenen fenomenlerin ayrıntılı olarak araştırılması mümkün olmaktadır (253, 254).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- En az altı aydır psikiyatri kliniğinde çalışıyor olma,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlenmiştir.

Dışlama kriterleri ise şunlardır:

- Çalışmanın ön uygulamasında yer almış olma,
- Katılımcı tarafından belirtilen tanılanmış psikiyatrik hastalığının olması
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkmayı isteme olarak belirlenmiştir.

Nitel araştırmalarda, doğası gereği evrene genelleme kaygısı olmaması, verilerin genellikle gözlem ve görüşmelerle sağlanmasından dolayı büyük örnekleme gerek duyulmamaktadır (255, 256). Nitel araştırmalarda gözlemler veya görüşmelerle alınan veriler bir süre sonra kendini tekrar etmeye başlayacağından nitel araştırmalarda örneklem seçiminde veri doygunluğuna ulaşılması örneklem sayısını belirlemektedir (255-257). Yapılan katılımcı görüşmelerinde katılımcıların ifadelerinin tekrarlanması ve yeni verilerin gelmemesi sebebiyle 16. katılımcı görüşmesi sonrasında verilerde doygunluğa ulaşıldığına kanaat getirilmiş ve görüşmelere son verilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin moral distres deneyimlerinin incelendiği bu araştırmada araştırma verileri “tanıtıcı veri formu (Ek-1)” ve “yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme formu (Ek-2)” kullanılarak toplanmıştır. Bu araştırmada öncelikle çalışmanın tanıtıcı veri formunu ve bilgilendirilmiş onamını (Ek-3) içeren çevrimiçi (online) gönüllü katılım formu için oluşturulan bağlantı linki sosyal medya platformu üzerinde çalışmaya katılmaya gönüllü olan 4 meslektaşına ulaştırılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerden psikiyatri kliniğinde çalışan diğer hemşireleri çalışmaya yönlendirmeleri istenmiştir.

#### **Tanıtıcı Veri Formu**

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini değerlendirmek amacıyla literatür gözden geçirilerek (21, 22, 37, 44, 120, 258) araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, çalışma süresi, etik konularla ilgili eğitim alma ve çalıştığı birimde etik konularla karşılaşma durumunu içeren 8 soru sorulmuştur (Ek-1).

#### **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeyini deneyimlerini incelemek amacıyla araştırmacılar tarafından yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme formu oluşturulmuştur. Araştırma verileri toplanmadan önce yarı yapılandırılmış görüşme soruları hakkında üç farklı alan uzmanından (tıp etiği, psikiyatri hemşireliği ve nitel araştırma) uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşünün ardından araştırma soru formu revize edilmiş olup ve altı adet taslak yarı yapılandırılmış açık uçlu soru oluşturulmuştur. Soru formunun son hali verilmeden önce üç farklı birimde çalışan psikiyatri hemşireleri ile görüşme sorularının amaç, anlam ve kapsam açısından değerlendirilmesini yapmak amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda yeni bir adet soru eklenerek toplamda yedi sorudan oluşan yarı yapılandırılmış açık uçlu derinlemesine görüşme sorularının son hali verilmiştir (Ek-2).

### **3.5.2. Veri Toplama Süreci**

Veri toplama süreci ön uygulama ve araştırma verileri için görüşmelerin yapılması olmak üzere iki aşamadan oluşmuştur. Araştırmanın verileri, 27.11.2022-06.5.2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **Araştırmanın Ön Uygulamasının Yapılması**

Araştırmada uygulamaya geçmeden önce hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunun araştırmanın amacına ve içeriğine uygunluğunu değerlendirmek için ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama, araştırma örneklemine dahil olmayan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla, Ağustos-Kasım 2022 tarihleri arasında üç psikiyatri hemşiresi ile görüşmeler yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, araştırmacı ve tez danışmanı bir araya gelerek görüşmeleri değerlendirmişler ve ardından formda bulunan altı görüşme sorusunun araştırmanın amacına ve içeriğine uygun olduğuna karar vermişler ve bir adet yeni soru eklemiştirler. Ön uygulamalarda da etik çerçeveye uygun hareket edilerek katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu ile izin alınmış, ön uygulamaya dahil edilen katılımcılar çalışmaya alınmamıştır.

#### **Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın planlanması, verilerin toplanması, analiz ve raporlama aşamasında Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) nitel araştırma rehberi kullanılmıştır (259). Araştırma verileri toplama sürecinde öncelikle araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara tanıtıcı veri formu ve bilgilendirilmiş onamını içeren online bağlantı linki gönderilmiştir. Katılımcılar, link bağlantısında yer alan araştırmacının iletişim araçları aracılığıyla araştırmacıya ulaşarak çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin onay kutucuğunu işaretlemişlerdir. Bilgilendirmenin ardından araştırmacı, örnekleme oluşturan katılımcılarla telefon aracılığıyla görüşülerek görüşme için uygun gün ve saate randevu oluşturmuştur. Görüşmeler Zoom® online platform aracılığıyla yapılmıştır ve görüşmeler esnasında ses ve görüntü kaydı alınmıştır. Görüşme öncesinden her bir katılımcıya bilgilendirilmiş onamda da yer alan araştırmanın amacına ve sürecine ilişkin bilgilendirmelerin yanı sıra, görüşme esnasında görüntü ve ses kaydı alınacağı,

katılımcıların kendi istekleri doğrultusunda sadece ses kaydı alınabileceği, ses ve görüntü kaydından her ikisini de istemezlerse çalışmadan ayrılacaklarına ve görüşmelerin gizli tutulacağına ilişkin bilgiler hatırlatılmıştır. Araştırmada tüm katılımcılar ses ve görüntü kaydı yapılmasını onaylamışlardır. Görüşme sürecinde mahremiyetin sağlanabilmesi için görüşmeler araştırmacı ve katılımcı için oluşturulan platformda üçüncü kişilerin olmadığı bir ortamda toplanmıştır. Görüşmeler esnasında her bir soru sırasıyla sorulmuş olup ancak zaman zaman görüşmenin ilerleyişi doğrultusunda soruların sıralamasında değişiklikler yapılmıştır. Görüşme sürecinde katılımcıların söylediklerini onaylayan ya da reddeden bir tutum içerisinde olmadan nötr davranılmış olup yalnızca katılımcıların kendini açması, anlattığı olay ve örneklendirmesi için teşvik edilmiştir. Yapılan görüşmeler en az 34 dakika, en fazla 77 dakika ve ortalama 53 dakika sürmüştür.

### **3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **Görüşme Verilerinin Analizi**

Betimleyici fenomenolojik analiz bağlamında ilk aşamada, elde edilen ses kayıtları teker teker MAXQDA programına yüklenmiştir ve verilerin tamamı sırasıyla tekrarlı şekilde dinlenerek verilere aşinalık sağlanmıştır. İkinci aşamada, moral distres ile ilişkili olduğu değerlendirilen tüm ifadeler belirlenmiştir. Üçüncü aşamada, belirlenen ifadeler tekrar dinlenerek ifadenin içerdiği anlamlar tanımlanmıştır. Anlamlar tanımlanırken birinci görüşme dökümünden başlanmış, birinci görüşme dökümünün tamamlanmasının ardından ikinci görüşme dökümüne başlanmıştır. On altıncı görüşme dökümüne kadar süreç aynı şekilde tekrarlanmıştır. Dökümler analiz edilirken birbiriyle benzer anlamda olan veriler anlam birimleri halinde kodlanmıştır. Dördüncü aşamada, elde edilen kodlar doğrultusunda tema ve alt temalar belirlenmiştir. Bu aşamada tüm verilere ilişkin kod listeleri tekrar incelenmiş ve ortak yönlerin bulunmasının ardından veriler kodlar aracılığıyla sınıflandırılmıştır ve sonuç olarak ortak kodlar alt tema ve tema altına yerleştirilmiştir. Beşinci aşamada, temaların kapsamı daha genel bir olguyu belirten kavramlardan oluşturulmuştur. Elde edilen tema, alt tema ve kodlar araştırmacının ve katılımcıların deneyimleri çerçevesinde, alan yazınıla ilişki kurulmuştur. Bu aşamanın sonucunda önce tez danışmanı verileri kendi tekrar dinleyerek tema, alt tema ve kodları oluşturmuştur. Ardından tez

danışmanı ve araştırmacı yaptıkları kodlamaları karşılaştırarak tema, alt tema ve kodlamaların son şeklini vermişlerdir. Buna göre 13 tema , 47 alt tema ve 103 kod belirlenmiştir. Altıncı aşamada fenomene ilişkin tema, alt tema ve kodlar tablo halinde kavramsallaştırılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Titizliği “Rigor”**

Bu çalışmanın titizliği, Guba ve arkadaşları (260) tarafından önerilen okunabilirlik, aktarılabilirlik, güvenilirlik ve uygunluk kriterlerinin uygulanmasıyla sağlanmıştır. Çalışmaya on iki farklı kurumdan katılımcı dahil edilmiştir. Bu durum, psikiyatri hemşirelerinin moral distres deneyimleri hakkında objektif ve kapsamlı bilgi sağlamıştır (250). Araştırmanın güvenilirliğini sağlamak amacıyla katılımcılar araştırmaya gönüllülük ilkesine göre dahil edilmiş ve süreçteki bireysel deneyimlerini mümkün olduğunca detaylandırmaları istenmiştir. Bireysel görüşmeler sırasında araştırmacı, katılımcıların deneyim, yaşantı, duygu ve düşüncelerini özgürce belirtebilmeleri için doğrulama ya da reddetme gibi bir tutum içerisine girmeden tarafsız bir şekilde dinlemişlerdir. Veri toplamada görüşmelere ek olarak gözlem notlarından da yararlanılarak çeşitleme sağlanmıştır. Veriler, yarı yapılandırılmış görüşmelerden doğrudan alıntılar şeklinde ve yorumsuz olarak kullanılmıştır. İnandırıcılığı ve güvenilirliği sağlamak için toplanan veriler, moral distres kavramına ilişkin literatürden yola çıkılarak araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ayrı ayrı kodlanmış ve karşılaştırma yapılarak ana temalar ve alt temalar belirlenmiştir. Bu araştırmada aktarılabilirliği sağlamak için; katılımcıların belirlenmesi, görüşme sorularının hazırlanması, görüşmelerin yapılması, görüşmelerle elde edilen verilerin analizi ayrıntılı bir biçimde betimlenmiştir (261). Doğrulama yanlılığı riskini en aza indirmek için araştırmacılar kendi aralarında alıntıları paylaşmış ve temaların son hali üzerinde fikir birliğine varmışlardır. Daha sonra bulgular özetlenmiş ve katılımcılar tarafından ifade edilen ve amaçlanan anlamları yakalandığından emin olmak için transkriptlerle ilişkili olarak tartışılmıştır. Son olarak, araştırmacılar yorumlarını birbirleriyle paylaşmış ve teyit yanlılığı riskini en aza indirmek için temaların son hali üzerinde fikir birliğine varmışlardır.

### **3.7. Araştırmacının Rolü**

Nitel araştırmalarda araştırmacının kendisi sahada ve katılımcılarla birebir etkileşimde bulunur, doğrudan temas kurar ve olayları kendisi de deneyimler. Araştırmacının katılımcı bir rolü varsa bunu belirtmesi ile birlikte ön yargılarını ve varsayımlarını verilerin analizi ve toplanması sürecinin dışında tutması gerekmektedir (251). Bu amaç doğrultusunda, bu araştırmada araştırmacı kendi önyargı ve varsayımlarını çalışmanın kapsamı dışında tutarak analizleri gerçekleştirmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (GO 19/522) alınmıştır (EK-4). Araştırmaya katılan katılımcılardan online forma eklenen aydınlatılmış onam onay tuşu vasıtasıyla onam alınmıştır (Ek-3).

Veri güvenliğinin sağlanması amacıyla, görüşme kayıtları araştırmacı Nurgül ÖZGEN'in kişisel bilgisayarında kaydedilmiş, yedekleme sadece bir USB bellek üzerinde yapılmıştır. Veriler herhangi bir Drive, Bulut vb. gibi bir online platforma aktarılmamıştır. Tezin yayınlanması aşamasında başvuru derginin ya da bu derginin dahil olduğu veri tabanının talep etmesi durumunda, çalışma verileri dergi tabanı ile paylaşılacağı, verilere araştırmacılar dışında hiç kimsenin erişemeyeceği ve kayıtların beş yıl içinde imha edileceği bilgilendirilmiş onam formuna da eklenmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, veri toplama süreci katılımcıların tercihlerine göre ses ve görüntü kaydı alınarak yapılmıştır. Ancak, görüşmelerin sesli ve görüntülü kaydedilmesi bazı katılımcıların deneyimlerini kayıttayken tam olarak anlatmamalarına neden olmuş olabilir.

### **3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri**

Yapılan çalışma çevrimiçi platform üzerinden yürütüldüğü için ve kurum aracılığıyla iletişime geçilmemiş olduğundan, katılımcıların görüşme sorularına daha rahat cevap verdikleri ve istedikleri zaman diliminde görüşebilmelerinin kendilerini



özgür hissetmelerine yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmanın örneklemini 16 katılımcı oluşturmasına rağmen katılımcıların 12 farklı kurumda ve farklı bölgelerde çalışan hemşireler olması ve çalışmanın ülkemizde psikiyatri hemşirelerinin moral distres deneyimlerinin incelenmesine yönelik ilk çalışma olmasının araştırmanın güçlü yanları olduğu düşünülmektedir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri

Araştırma kapsamında psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de; hemşirelerin kod isimlere göre dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların tanıtıcı bilgileri (n=16)

Değişken	Kategori	Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	14	87,5
	Erkek	2	12,5
Medeni Durum	Evli	6	37,5
	Bekar	10	62,5
Çalışılan Kurum	Üniversite Hastanesi	3	18,8
	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	13	81,3
Eğitim Düzeyi	Lisans	6	37,5
	Lisansüstü	10	62,5
Etik konulara ilişkin eğitim alma durumu *	Almadım	1	6,3
	Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği aldım	9	56,3
	Hemşirelik eğitimim sırasında ek seminer/kurs/konferans olarak aldım	1	6,3
	Lisansüstü eğitimim süresinde ders olarak aldım	4	25
	Lisansüstü eğitimim süresinde dersin içerisinde bir konu olarak aldım	3	18,8
	Psikiyatri hemşireliği sertifika programında aldım	3	18,8
	Kurumumun hizmet içi eğitim programı dahilinde aldım	5	31,3
	Mezuniyet sonrası kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler dahilinde aldım	2	12,5
Çalışılan klinikte etik meselelerle karşı karşıya gelme durumu	Evet	12	75
	Hayır	4	25

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin % 87,5'inin (n=14) kadın ve %12,5'inin erkek (n=2); %37,5'inin (n=6) bekar ve %62,5'inin (n=10) evli olduğu;

%81,3'ünün (n=13) Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanesinde ve %18,8'inin (n=3) Üniversite Hastanesinde çalıştığı; %37,5'inin (n=6) lisans ve %62,5'inin (n=10) yüksek lisans eğitim düzeyinde olduğu; %6,3'ünün (n=1) etik konulara ilişkin eğitim almadığı, %56,3'ünün (n=9) hemşirelik eğitimi sırasında müfredat gereği, %6,3'ünün (n=1) hemşirelik eğitimi sırasında ek seminer/kurs/konferans olarak, %25'inin (n=4) lisansüstü eğitimi süresinde ders olarak, %18,8'inin (n=3) lisansüstü eğitimi süresinde dersin içerisinde bir konu olarak, %18,8'inin (n=3) psikiyatri hemşireliği sertifika programında, %31,3'ünün (n=5) kurum hizmet içi eğitim programı dahilinde ve %12,5'inin (n=2) mezuniyet sonrası kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler dahilinde etik konulara ilişkin eğitim aldığı; %75'inin (n=12) çalıştığı birimde etik meselelerle karşı karşıya geldiği ve %25'inin (n=4) belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 4.2.** Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin kod isimlerine göre dağılımı

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Çalıştığı Kurum	Hastane Kodu	Çalışma Süresi	Eğitim Düzeyi	Etik Konulara İlişkin Eğitim Alma Durumu	Çalışılan Birimde Etik Meselelerle Karşı Karşıya Gelme Durumu/Sıklığı
K1	31	Erkek	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H1	8,5	Lisansüstü	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Hayır
K2	27	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H2	3 yıl 2 ay	Lisansüstü	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Hayır
K3	28	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H3	4 yıl 3 ay	Lisans	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Evet
K4	25	Kadın	Evli	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H2	2 yıl	Lisans	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Evet/ Ayda bir ya da iki kez
K5	28	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H4	1 yıl	Lisans	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Hayır
K6	25	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H5	2 yıl	Lisansüstü	-Lisansüstü eğitim süresinde dersin içerisinde bir konu olarak	Hayır

**Tablo 4.2. (devam) Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin kod isimlerine göre dağılımı**

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Çalıştığı Kurum	Hastane Kodu	Çalışma Süresi	Eğitim Düzeyi	Etik Konulara İlişkin Eğitim Alma Durumu	Çalışılan Birimde Etik Meselelerle Karşı Gelme Durumu/Sıklığı
K7	42	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H6	21 yıl	Lisansüstü	- Lisansüstü eğitim süresinde ders olarak - Psikiyatri hemşireliği sertifikası programı kapsamında - Kurum hizmet içi eğitim programı kapsamında - Mezuniyet sonrası kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler kapsamında	Hayır
K8	31	Erkek	Evlü	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H7	9 yıl	Lisans	- Psikiyatri hemşireliği sertifikası programı kapsamında	Evet
K9	31	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H8	9 yıl	Lisansüstü	- Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği - Lisansüstü eğitim süresinde ders olarak - Psikiyatri hemşireliği sertifikası programı kapsamında - Kurum hizmet içi eğitim programı kapsamında - Mezuniyet sonrası kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler kapsamında	Evet/Yılda 1-2 kez
K10	34	Kadın	Bekar	Üniversite Hastanesi	H9	12 yıl	Lisansüstü	- Lisansüstü eğitim süresinde dersin içerisinde bir konu olarak	Evet
K11	43	Kadın	Evlü	Üniversite Hastanesi	H10	16 yıl	Lisans	- Lisansüstü eğitim süresinde ders olarak	Hayır

**Tablo 4.2. (devam) Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bireysel özelliklerinin kod isimlerine göre dağılımı**

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Çalıştığı Kurum	Hastane Kodu	Çalışma Süresi	Eğitim Düzeyi	Etik Konulara İlişkin Eğitim Alma Durumu	Çalışılan Birimde Etik Meselelerle Karşı Karşıya Gelme Durumu/Sıklığı
K12	28	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H3	5.5 yıl	Lisansüstü	- Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği - Kurumunun hizmet içi eğitim programı kapsamında	Evret
K13	43	Kadın	Evli	Üniversite Hastanesi	H10	21 yıl	Lisansüstü	-Hemşirelik eğitimi sırasında ek seminer/kurs/konferans olarak - Kurumunun hizmet içi eğitim programı kapsamında	Hayır
K14	38	Kadın	Evli	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H11	15 yıl	Lisansüstü	-Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Evret
K15	28	Kadın	Bekar	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H2	6 yıl	Lisans	- Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği - Lisansüstü eğitim süresinde ders olarak - Lisansüstü eğitim süresinde dersin içerisinde bir konu olarak - Kurum hizmet içi eğitim programı kapsamında	Evret
K16	32	Kadın	Evli	Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi	H12	10 yıl	Lisansüstü	- Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği	Evret

K:Katılımcı  
H:Hastane

## 4.2. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Tablo 4.2.'ye bakıldığında her iki cinsiyetten de katılımcıların olduğu ve cinsiyeti kadın olan katılımcı sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında bekar olan katılımcı sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun devlet hastanesinde çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında lisansüstü öğrenim durumunda olan katılımcı sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. Etik konulara ilişkin eğitim alma durumuna bakıldığında ise katılımcıların çoğunluğunun hemşirelik eğitiminde müfredat gereği eğitim aldıkları görülürken bu oranı kurumun hizmet içi eğitim programı dahilinde alınan eğitim takip etmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları birimde etik meselelerle karşı karşıya gelme durumuna bakıldığında ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun etik konularla karşılaştığı görülmektedir.

## 4.3. Bağlamlar, Temalar ve Alt Temalar

Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin moral distres deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; Hemşirelerde Moral Distres Nedenleri bağlamında *arzu ettiği bakımı verememe, etik ihlale tanıklık etme, ekip çatışması, karar çatışması, kurumsal nedenler ve sistemsal nedenler* olmak üzere 6 tema , Moral Distres'in Sonuçları bağlamında *duygusal yanıt, fiziksel sonuçlar, mesleki sonuçlar* olmak üzere 3 tema ve Moral Distresle Baş Etme Yöntemleri bağlamında *Ekipten Destek Alma, Duygusal Baş Etme, Problem Odaklı Baş Etme, Değerlerine Uygun Davranma Çabası* 4 tema olmak üzere toplamda 13 tema ve 46 alt temadan oluştuğu belirlenmiştir. Her tema, ilişkili alt temalara yönelik alt başlıklar halinde sunulmuştur. Katılımcılara ait ifadeler, herhangi bir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aktarılmıştır.

Hemşirelerin yaşadıkları MD deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar Tablo 4.3'te sunulmuştur.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin yaşadıkları moral distres deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar

Bağlamlar	Temalar	Alt temalar	Kodlar
<i>I. Bağlam: Moral Distres Nedenleri</i>	<b>Arzu Ettiği Bakımı Verememe</b>	Teori Uygulama Farklılığı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tedavi ve bakım uygulamalarına yönelik</li> <li>Etik konulara yönelik farklılık</li> </ul>
		Güvenlik Kaygısı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemşirelerin kendi güvenliklerine ilişkin kaygı</li> <li>Hasta güvenliğine yönelik kaygı</li> <li>Diğer hastaların güvenliğine yönelik kaygı</li> <li>Diğer sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik kaygı</li> </ul>
		Aşırı İş Yükü	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aşırı iş yükü</li> <li>İşlere yetişememe</li> <li>Görev tanımı dışında işleri yapma</li> <li>Yetersiz sayıda hemşire ile çalışma</li> </ul>
		Kendini Yetersiz Hissetme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sınır koymada yetersiz hissetme</li> <li>Karmaşık durumları yönetmede yetersiz hissetme</li> <li>Şiddeti yönetmede yetersiz hissetme</li> </ul>
		Yetkin Olmayan Ekip Üyeleri ile Çalışma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etkili iletişim kuramayan ekip üyeleri</li> <li>Bilgi/beceri eksikliği olan ekip üyeleri</li> <li>Günü kurtarmaya yönelik uygulamaları olan ekip üyeleri</li> <li>Psikiyatrik tanısı olan çalışanlar</li> </ul>
	<b>Etik İhlale Tanıklık Etme</b>	Hasta Onurunun Göz Ardı Edilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastayı birey olarak görmeme</li> </ul>
		Hasta Otonomisin Göz Ardı Edilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastanın rızası olmadan ilaç uygulaması</li> <li>Hastalara bilgi vermeme</li> </ul>
		Hasta Mahremiyetinin Göz Ardı Edilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgi mahremiyetinin ihlali</li> </ul>
		Tedavi Hakkının İhlali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tedavi bitmeden taburcu edilmesi</li> </ul>
		Zarar Vermeme İlkesinin İhlali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaya şiddet uygulama</li> </ul>
		Eşitlik hakkının ihlali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protokol hastalarına ayrıcalık</li> <li>Adli süreçteki hastaya ayrımcılık</li> <li>Kişilik bozukluğu olan hastaya ayrımcılık</li> </ul>



**Tablo 4.3. (devamı)** Hemşirelerin yaşadıkları moral distres deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar

<i>Bağlamlar</i>	<i>Temalar</i>	<i>Alt temalar</i>	<i>Kodlar</i>
	<b>Ekip Çatışması</b>	Kuşak farkı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Değer farklılıkları</li> </ul>
		Çalışanlar arasında rol/sınır karmaşası	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kalıplaşmış eski personel kültürü</li> <li>Meslek kimliğine yönelik farklar</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Görev, rol ve sorumluluklara yönelik görüş farklılıkları</li> </ul>
		İletişim çatışmaları	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olumsuz bireysel tutumlar</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Ekip üyeleri arasında hiyerarşi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Değer farklılıkları</li> </ul>
	<b>Karar çatışması</b>	Zor kararlar/bireysel değerlerde çatışma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verilecek iznin sınırları</li> <li>Tespiti başlatma/sürdürme/sonlandırma</li> <li>Taburculuğa karar</li> </ul>
		Karar sürecinde yer almama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ekibin sorgulayıcı yaklaşımı</li> <li>Ekibin hemşirelerin gözlemlerini göz ardı etmesi</li> </ul>
	<b>Kurumsal Nedenler</b>	Psikiyatri Birimlerine Yeterince Kaynak Ayrılmaması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiziki kaynak yetersizliği</li> <li>Personel kaynağında yetersizlik</li> <li>Maddi kaynakta yetersizlik</li> </ul>
		Kurumdaki Tedavi ve Bakım Felsefesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fizyolojik bakıma öncelik</li> <li>İlaç tedavisine ağırlık</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Yetkin Olmayan Sorumlu hemşireler</li> <li>Yetkin Olmayan hemşirelik dışı yöneticiler</li> </ul>
		Baskı ve Ceza Kültürü	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yer Değişikliği ile tehdit</li> <li>Arzu edilen uygulamaların engellenmesi</li> </ul>
	<b>Sistemsel Nedenler</b>	Psikiyatri Birimlerine Yeterince Kaynak Ayrılmaması	
		Tedavi ve Bakımın Devamlılığının Olmaması	<ul style="list-style-type: none"> <li>TRSM Hizmetlerini Yeterli Bulmama</li> <li>Evde bakım hizmetlerine yönelik sorunlar</li> <li>Kurum bakımına yönelik sorunlar</li> <li>Döner kapı sendromu</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Maddi</li> <li>Fiziki</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta haklarına yönelik</li> <li>Hemşirelere yönelik</li> <li>Psikiyatri kurumları ve hastalara yönelik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yasal Prosedürlerde Eksiklik</li> </ul>			

**Tablo 4.3. (devamı) Hemşirelerin yaşadıkları moral distres deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar**

Bağlamlar	Temalar	Alt temalar	Kodlar
2. Bağlam: Moral Distresin Sonuçları	<b>Duygusal Sonuçlar</b>	Çaresizlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemşirelerin sorunlarının göz ardı edilmesi</li> <li>Nöbette ajite olan hasta ile baş başa kalma</li> <li>Ne yapacağını bilememe</li> <li>Öğrenilmiş çaresizlik</li> </ul>
		Üzüntü	
		Öfke	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yönetime karşı</li> <li>Güvenlik personeline karşı</li> <li>Hekime karşı</li> <li>Meslektaşlarına karşı</li> </ul>
		Korku	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uygun bakımı vermeyen hemşireler gibi olmak</li> <li>Hastadan zarar görme</li> <li>Gece nöbetinde tek başına görev yapmak</li> </ul>
		Yetersizlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Komplike durumları yönetmek</li> </ul>
		Değersizlik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesleğe yönelik</li> <li>Sağlık sistemi yöneticileri</li> </ul>
		Merhamet Yorgunluğu	
	<b>Fiziksel ve Mental Sonuçlar</b>	Yorgunluk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta ve ekip arkadaşlarının güvenliğini sağlamak</li> <li>Aynı anda</li> </ul>
		Kendini İhmal Etme	
	<b>Mesleki Sonuçlar</b>	Tükenmişlik	
		İş Doyumunun Azalması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastaları iyileşme süreçlerinin uzun olması</li> <li>Hastalıkların kalıcı olması</li> </ul>
		Yer Değişikliği Düşüncesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Farklı alana geçme isteği</li> <li>Kapalı servisten açık servise geçme</li> <li>Kadın servisinden erkek servisine geçme</li> </ul>
		İstifa Etme Düşüncesi	
		Olumsuz Bakım Tutumları	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalara karşı kendini izole etmek</li> <li>Hastalara karşı ilgisiz olmak</li> <li>Bakımdan çekilmek</li> <li>Sadece medikal tedaviyi verme</li> <li>Asıl gereksinimlerini gözden kaçırma</li> <li>İşe yaramadığını düşünme ve yapmama</li> </ul>

**Tablo 4.3. (devamı)** Hemşirelerin yaşadıkları moral distres deneyimlerine ilişkin bağlam, tema, alt temalar ve kodlar

Bağlamlar	Temalar	Alt temalar	Kodlar	
3. Bağlam: Moral Distresle Başetme	<b>Ekipten Destek Alma</b>	Ekibin önemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yöneticinin ulaşılabilirliği ve çabası</li> <li>• Ekibin kararından güç alma</li> <li>• Ekibin iletişiminin iyi olması</li> <li>• Ekip üyelerinin yetkin olması</li> <li>• Hemşirenin kararlarına saygı duyulması</li> </ul>	
	<b>Duygusal Başetme</b>	Uygulamanın Gerekçesine İnanma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uygulamanın gerekçesini anlama</li> <li>• Uygulamanın gerekçesini mantıkla açıklama</li> </ul>	
		Kendine Telkin Verme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastanın olabilecek en iyi halinin o olduğunu düşünme</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriz anında gerekeni yaptığına yönelik telkin verme</li> </ul>	
	<b>Problem Odaklı Başetme</b>	Mesleki gelişmeye önem verme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastaların geri bildirimlerinden destek alma</li> <li>• Ekibin geri bildirimlerinden destek alma</li> </ul>	
		Teorik bilgiyi uygulama yansıtma çabası	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriz yönetmeyi öğrenme</li> <li>• Diğer hemşirelik alanlarında mesleki deneyim</li> </ul>	
	<b>Değerlerine Uygun Davranma Çabası</b>	Telafi Davranışı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta merkezli bakım verme</li> <li>• Bütüncül bakım verme</li> <li>• Bakımı standardize etme çabası</li> </ul>	
		Moral ajanlık yapma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Görev tanımı dışındaki ihtiyaçlarını da karşılama</li> <li>• Vasisi olmayan hastalara maddi kaynak sağlama</li> <li>• İşini yapmayan meslektaşların eksikliğini tamamlama</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekip içinde konuşma</li> <li>• Diğerlerini uyarma</li> <li>• Bir üst yönetime bildirme</li> </ul>

#### 4.4. Moral Distres

Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin MD deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları üç bağlam altında incelenmiştir.

##### 4.4.1. Bağlam 1: Moral Distres Nedenleri

MD nedenleri bağlamında; *arzu ettiği bakımı verememe, etik ihlale tanıklık etme, ekip çatışması, karar çatışması, kurumsal nedenler ve sistemsal nedenler* olmak üzere 6 tema yer almıştır.

## **Tema 1. Arzu Ettiği Bakımı Verememe**

Arzu Ettiği Bakımı Verememe teması, katılımcıların eğitimleri kapsamında öğrendikleri bilgi, beceri ve edindikleri bakım felsefesinin karşılığı olan bakımı sahada verememe durumlarını içermektedir. Bu tema; *teori uygulama farklılığı, güvenlik kaygısı, aşırı iş yükü, kendini yetersiz hissetme ve yetkin olmayan ekip üyeleri ile çalışma olmak üzere toplam 5 alt temalarından oluşmaktadır.*

### **Alt Tema 1: Teori ve Uygulama Farklılığı**

Hemşireler kendilerine Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanına ilişkin lisans ve lisansüstü derslerde, Psikiyatri hemşireliği sertifika programı kapsamında, kurum hizmet içi eğitim programı kapsamında, kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler kapsamında öğretilen psikiyatri hemşireliği uygulamalarının sahada yapılmadığını ve/veya yapılamadığını vurgulamıştır. Ayrıca güncel ve bilimsel gelişmeleri takip eden hemşireler, edinmiş oldukları yeni bilgilere uygun uygulamalarda da bulunamamaktadır.

*“ Şimdi şöyle açıyorsun hani makalelerden bir şeyler okuyorsun, sonra kongrelerde bir şeyler tartışıyorsunuz, kitaplardan bir şey okuyorsunuz. Ama kliniğe gittiğinizde, kliniğin fiziksel özellikleri olsun, paydaşlar olsun, bu... o literatürde gördüğün şeyi sahaya uygulamana ciddi engel teşkil ediyor.” (Katılımcı 1)*

*“Lisansta öğrendiğimiz hemşireliğin vicdani boyutunu biraz sarsan gerçekler o yüzden bu beni bayağı zorlamıştı.”(Katılımcı 6)*

*“Verilen hemşirelik eğitimiyle sahada uygulanan hemşirelik eğitim arasında dağlar kadar, uçurumlar kadar fark var... Çok idealist işte, orada her şeye müdahale edebilecek şekilde, farkındalığı olan bireyler olarak mezun oluyoruz ama sahada bunları kullanım alanında çatışmalar yaşadığımızda mesela çok yalnız kalıyoruz.” (Katılımcı 14)*

*“O yüklerle donanımlanıyorsunuz. Hocalarınız etik bilgiler veriyor. Yani eğitim aldığım hocalarım çok iyidiler sağ olsunlar ama ben böyle insanlarla karşılaşacağım hiç düşünmedim...” ”(Katılımcı 15)*

## Alt Tema 2: Güvenlik kaygısı

Hemşireler psikiyatri hastalarının bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçlerindeki değişimler nedeniyle, hastanın kendisine, hemşireye ve diğer hastalara yönelik şiddet davranışları olabildiğini ve bu nedenle zaman zaman arzu ettikleri bakımı veremediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu bir hasta tarafından fiziksel ve sözel şiddete kendisi maruz kalırken bazı hemşireler meslektaşlarının şiddet görmesine tanıklık etmişlerdir. Hemşirelerin yaşadıkları bu deneyimler bir yandan bakım vermekle sorumlu oldukları hastalarının gereksinimlerine yönelik hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmekle, kendileri ve diğer hastalar için güvenliği sağlama arasında kalmalarına neden olduğu görülmüştür. Hemşirelerin bazıları, güvenlik tehdidi altında hissettiği için doğru olmadığını düşünmelerine rağmen hastalara karşı yaklaşımlarında mesafe koyduklarını ifade etmişlerdir.

*“Güvenlik meselesi çok sorun oluyordu hani hasta hani kimi ... Ataktaki hastaları kontrol etmek biraz zorlaşıyordu. Güvenlik görevlisi bazen yetmiyordu, iki defa darp edildim ben hani, darp raporu almıştım erkekte çalışırken. O beni zorluyordu. Her an şey böyle saldırıya uğrayacakmışın ...şey böyle darp edildikten sonra bir süre travmatize oluyorsun zaten, bir süre ayağın hani geri geri gidiyorsun, korkarak servise gidiyordun.” (Katılımcı 1)*

*“Gerçekten artık tehlikeli diyebilirim çünkü birilerine mutlaka şiddet göstermiş oluyor akut serviste bu insanlar. Hasta da olsalar, şiddet gösterip, bıçaklayıp ya da dövüp gelmiş oluyorlar.” (Katılımcı 4)*

*“Hastam DM( Diyabetes Mellitus) diyeti alıyordu. Yemekte anlaşılamadık heralde, uzlaşamadık da bilmiyorum. Yemeğini yedikten sonra odasına geçti, ilacını çağırmaya gittiğimde koridorda boynuma yapıştı, boğmaya çalıştı beni./ Çok etkilemişti beni, aslında biraz daha geri çekilmeme sebebiyet vermişti” (Katılımcı 6)*

*“... saldırganlık risklerinden de çekiniyorsunuz. Görüşme yapmaya çalışıyorsunuz ama her hasta da bu mümkün olmuyor. Bazen hani böyle, ne bileyim... Mesguliyetinizin bir köşesine geçme ihtiyacı duyuyorsunuz bazen. Çünkü hani, yalnız kaldığınızda size saldırma ihtimali olduğu için hastanın hani o izole o çevresel olarak da uygun ortamı sağlayamayabiliyorsunuz hastayla.” (Katılımcı 14)*

*“Biraz da korkmayla alakalı sanırım. Şiddet fobim var, kişilik anlamında benim. O yüzden de mümkün oldukça asla hastayla, birebir atak hastasıyla aynı odada kalmazdım” (Katılımcı 15)*

### **Alt Tema 3: Aşırı İş Yükü**

Hemşireler psikiyatri hastalarının bakımında sadece fizyolojik gereksinimlerin değil psikolojik ve sosyal gereksinimlerin karşılanması da çok önemli olduğunu ve bundan dolayı da hemşirelik bakım uygulamalarına ayrılması gereken zamanın daha fazla olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ancak, servislerde giderek artmakta olan hasta sayılarına rağmen yeterli personel istihdamının olmamasının hemşirelerin iş yükünü artıran faktörlerin başında geldiği sonucuna ulaşılmıştır.

*“Tek başımayım bakımı, tedavi, takibi ben yapıyorum ve üst üste yatış olduğum çok oluyor ve her bir yatışın ben görüşme yaparken serviste kontrol altında tutmak durumundayım o arada başka şeylerde olabiliyor gibi bir süreçte çok kez kendimi ihmal ettiğim oldu. (Katılımcı 2)*

*“...35 hastayı bahçeye çıkardığım zaman ki acaba kaçacak mı edecek mi işte eve çıkardım biraz rehabilite olsun ama ben de o anın tadını çıkaramıyorum sürekli bir tehdit halindeyim bir alertim yani hasta hakkında herhangi bir şey yapacak bir düşecek mi kaçacak mı acaba dışarıdan birisi gelecek mi bir iletişim kuracaklar mı yerden taş mı alacak gibi değil bir kendimi alacak kendisine zarar mı verecek takibi anlamında bu sefer çok fazla oluyor.” (Katılımcı 3)*

Hemşireler hastaların ajitasyonlarının, agresyonlarının arttığı zamanlarda ve psikiyatrik hastalığın yanına komorbiditesi olan hastaların komplike bakım gereksinimleri nedeniyle iş yüklerinin arttığını, bundan dolayı diğer hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin olumsuz etkilendiğini ifade etmişlerdir.

*“Bizim 60 tane hastamız var, bir şekilde bakım hastasına bakamıyoruz ve bu hastalar otizm spektrumlu, bayağı kötü durumdadı. Kendi tuvaletlerini yapmıyorlar ya da konuşamıyorlardı. Hastaları bir şekilde kırmaktan, etmekten ya da bağırılmaktan durdurmak için çok fazla ilaç uyguluyoruz, uyguluyorduk ve gün içerisinde 18-20 saate kadar tespit kalıyorlardı. Yani o artık taburcu olsun, başka yere gitsin. Biz bu hastaya bakamıyoruz. Hasta tespitleyen de hasta çok saldırgan ve iriler, yani 2 metre bayağı iri hastalar 5-6 tane güvenlik çağırıp anca bakımlarını yapabiliyorduk ve*

*güvenlik çağırabilmek 5-6 tane kolay değil çünkü ordan burdan gelmeleri gerekiyor ve boş kalıyor öbür klinikler.” (Katılımcı 4)*

*“Özellikle o gün ajite olan hastamız varsa, ajite hastaya yoğunlaştığımız için etkinlikleri de aksattık ve etkinlikleri de yapamadık. Dolayısıyla hastanın bakımında ve serviste düzensizliğe sebebiyet verdi.” (Katılımcı 6)*

*“Yetersizlik nedeniyle insan belirli o sınırlarının dışına çıkabiliyor bazen. Ben bazen posta (destek personeli) hastaya müdahale edebiliyor, posta izinli oluyor, bir şey oluyor. Kapıyı (Servis giriş kapısı) da açıp kapatabiliyorum. Servis kapısı kilitli ya bizim, o kapıyı bile açıp kapatabiliyorum yeri geldiğinde.” (Katılımcı 11)*

Katılımcı 8, temelinde personel eksiliğine bağlı olarak hemşirelerin gözlem yapmalarının zorlaşması sonucunda yaşanan bir deneyimi şu şekilde aktarmıştır:

*“Kendini hasta yakmıştı öyle anlatayım, yanarak vefat etti.*

...

*1 saat falan ortalama gün içerisinde bir bahçe uygulaması oluyor... (Hasta) o ortamı takip etmiş, her seferinde genelde hangi saatlerde çıkıldığını, onu izlemiş. Ondan sonra zaten 2 kişi nöbet tutuyor 51 kişiye! . Hastalar çıktığında bir kişi (hastaların) başında gidiyor, tek kişi kalıyor. Tek kişi de etrafı takip ediyor ama odalar ister istemez saat başı geziliyor. (Hasta) Onu da takip etmiş, yatakları, iki tane, kapıya dizmiş, sonra ateşi nereden bulmuş bilemiyorum. Çünkü yangın sonrasında bir ateş, çakmak tarzı bir şey bulunamamış. Artık nasıl oldu bilemiyoruz, öyle bir yangın durumu oldu, hasta kendini yaktı.” (Katılımcı 8)*

#### **Alt Tema 4: Kendini Yetersiz Hissetme**

Hemşirelerin bir kısmı psikiyatri kliniğinin bakım hizmetlerini karşılayabilme, hastaların işlevsel bozukluklarını yönetme, hastalarla ve ekip arkadaşlarıyla sınır koyma, karşı cinste hastaya bakım verme, karmaşık durumlarla baş etme, hasta adına karar verme gibi konularda yetersizlikler yaşadıkları için MD deneyimledikleri görülmüştür.

*“Özellikle mutist hastalarda çok zorlandığımı düşünüyorum çünkü düşünce içeriğini açmıyor, konuşmuyor, onun şeyi de yok kapatıyor kendini tamamen ona ait tüm karar vericilik sizde. Biz psikiyatride hastanın da bakımına katılmasını aslında karar verici rolünü isterken tamamen her şeyi size bırakıyor.... Genelde kişilik*

*bozukluğu olan hastalarla çok zorluk yaşıyorum, borderline'lar işte u antisosyaller falan gerçekten zorlu gruplar.” (Katılımcı 2 )*

*“Birden fazla çok dağınık, saldırgan hastayla uğraşmak çok zordu.” (Katılımcı 4)*

*“Hastanın ajite halini görmek, saldırgan halini görmek ya da yani böyle hastanın günlerce yataktan kalkmadığını görmek. Yani bir hastayı biz kaldırıp tuvalete götüremedik. Gayet sağlıklı, bütün konsültasyonlar yapıldı sağlıklı ama 3 gün bir hastaya bir bardak su içiremedik. Yani bunlar üzücü.”(Katılımcı 9)*

*“İnsan empati kuruyor, aynı zamanda da iyi bir tedavi vermek istiyor iyi bakım vermek istiyor bu anlamda biraz daha güçlü karakterli olmak isterdim.” (Katılımcı 9)*

*“Yardıma muhtaç hissetmişim. Evet, hastanın (intihar eden hasta) yardıma ihtiyacı var ama benim de yardıma ihtiyacım var gibi hissetmişim” (Katılımcı 11)*

Katılımcılar yaşadıkları şiddet deneyiminden sonra kendi yeterliliklerini sorguladıkları, çaresiz ve yetersiz hissettikleri görülmüştür.

*“Bu konuda ne kadar yeterli olduğumu sorguladım. Kendimi yani bu konuda ne yapabilirim nasıl işte nasıl bir yol izlemeliyim kendime bunları sordum.” (Katılımcı 9)*

### **Alt Tema 5: Yetkin Olmayan Ekip Üyeleri**

Hemşireler meslektaşları ve diğer meslek gruplarının tedavi ve bakım uygulamalarına yönelik bilgi ve beceri eksiklikleri, uygun olmayan iletişim biçimleri, hastalara bütüncül bakım vermek yerine anlık çözümler sağlayacak günü kurtarmaya yönelik uygulamaların yapılması gibi durumlar nedeniyle MD yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

*“Hastayla fazla iletişim kurduğun için “zaten anlamayacak o hasta niye konuşuyor” gibi ifadeler olabiliyor. “İletişim kuracağım tabiki, iletişim kurduğum zaman biraz basit hemşire gibi adlandırılabiliriz.”(Katılımcı 3)*

*“Bir hemşirenin hastayı azarlayarak odasına gönderdiğini duyduğumda üzüldüm. Dedim ki ‘mümkün olduğunca azarlamayalım, mümkünse güvenlik eşliğinde gönderelim ama kimseye hakaret etmeyelim’.” (Katılımcı 9)*

*“Bir günaydın toplantısını yapmak için işte bir psikoloğu beklememek yani bu hemşirenin görev yetki sorumluluğu arasında olabildiğini bile bilmemeleri*



(Hemşireler için söylüyor). Kişilerin bilmedikleri için aslında ben sorun olarak görüyorum ...” (Katılımcı 12)

“Tamamen o psikiyatri hemşireliği yine yönelik algı... Yani işte tedavi saatinde tedaviyi yapmak, sabah kahvaltısını o saatte vermiş olmak, kahvaltıdan önce kan alınması gereken hastadan kan almak ya da uyku saatinde hastaların odalarına geçmesini sağlamak değil bana göre olan. Bu noktada ekstra olan şeyleri bireyselde yapıyor olmak beni en çok yoran şey.” (Katılımcı 12)

“...uzun yıllardır yatan hastalar oluyor mesela. Örneğin Aysel Hanım. “Aysel, nasılsın?”. Burada senli benliden ötürü Aysel hanım’ı kullansa. Hani yıllardır takipli hastalar var burda, yıllardır yatmış. Artık iyice şey olmuşlar... İşte o profesyonellik anlamında rollerini biliyor olmaları lazım yani” (Katılımcı 14)

“(Klinikte )Önceliği ‘ay çayımı içeyim, kahvemi içeyim’ şeklinde olan bireylerle oldu. Hasta orada mesela atıyorum ‘tespitini kahveden sonra açarız bilmem ne bilmem neden sonra yaparız’ şeklinde insanlar oldu.” (Katılımcı 15)

“Yani sorumlu bizden 2 yaş büyüktü. 2 yıl önce gelmişti, 2 yıllık bir sorumlumuz vardı. Onun da yeterliliği yoktu haliyle o alanda gelişmiş durumu yoktu. Yani ..oranın nabızı tutulmuyordu, dedikodu, kargaşa, yaşıt bir grup hani. İşin önüne geçiyordu bazı şeyler. Eğitim de yoktu, varoş bir alandı açık açık söyleyim. Sokakla aynı olması saçma ” (Katılımcı 15)

Hastaların tedavi ve bakım sürecinde yer alan hekim, güvenlik personeli ve destek personellerinin hastalarla uygun olmayan iletişim biçimleri, psikiyatriye özgü bakımı bilmemeleri, hemşirelerle olan iletişimdeki tutum ve davranışları da katılımcılar tarafından MD nedeni olarak vurgulanmıştır.

“... işte hastayı örneğin belirli aralıkta işte 2 saatte bir çözmek gerekiyordu sekiz saatte aşmaması gerekiyor hani, bazen o iki saat geçebiliyordu ... benim 2 saatte bir açmam gerekiyor, açarsam bir daha bağlayamam bu ya da işte hekime ulaşamıyordum ya da (hekim) gelip hastayı görmüyordu” (Katılımcı 1)

“Birebir hastayla birebir iletişim kuracağım güvenlik araya dahil oluyor. Kendilerini çıkardığım zaman işte “(Güvenlik personeli) o zaman kendin tek başına uğraşsın!” diye tepki alıyorsun (Katılımcı 3)

*“Güvenlik önlemleri yeterli düzeyde değil, güvenlik elamanı psikiyatriye özgü hastalara nasıl yaklaştığını bilmeyen kişilerden seçiliyor, rastgele her gün güvenlikler değişiyor.” (Katılımcı 7)*

*“Doktor da sadece tedavi noktasında biraz daha var psikiyatride... Biraz daha işin ilaç kısmında öyle söyleyim.” (Katılımcı 8)*

*“Sınırlı iletişimleri var. Hastayı biraz daha kabullenici olmalarını isterdim. Daha ihtiyaçlarına odaklanan kişiler olmalarını isterdim... Mesela bir hasta, hastanedeki kıyafeti giymek istemiyor. Yakınına ulaşmak çok zor değil, yakının aranması çok zor bir şey değil... “ (Katılımcı 12)*

*“Hastanın ihtiyaçlarından ziyade o anki nöbet çözümleyici şekilde davranıyordu. Yani tedaviler biraz şeydi, o an hastanın, evet şu anki ilgi ihtiyacını gidereyim bugün dolsun şeklindeydi.” (Katılımcı 15)*

*“İşin ehli olmayan, yeni başlamış asistanlar çok zorluyorlardı. Hani işi bilmiyorlardı, tedaviyi muncuk muncuk yapıyorlardı (az az). Yani gerekli oldu miktarda değil de daha az. O da çok büyük sıkıntı uyandırıyor... Birinde az bir ilaç uyguladık, gitti diğer hastayı dövdü.” (Katılımcı 15)*

*“Hastanın tedavisinin yetersiz olduğu durumlar oluyor. Tabiki hekimin tedavisine müdahale ediyoruz bir hemşire olarak. Tedavi yetersiz geldiği zaman hastanın ajitasyonu maalesef ki bitmiyor ve hastaya daha fazla müdahale etmek durumunda kalıyoruz.” (Katılımcı 16)*

## **Tema 2. Etik İhlale Tanıklık Etme**

Hemşireler çalıştıkları servislerde etik ihlal olduğunu gözlemlemişlerdir. Hasta onurunun göz ardı edilmesi, hasta otonomisinin göz ardı edilmesi, bilgi alma hakkının göz ardı edilmesi, tedavi hakkının ihlali, hasta mahremiyetinin göz ardı edilmesi, zarar vermeme ilkesinin ihlali, VIP hastalara sunulan hizmette farklılıkların olması durumlarına tanıklık etmek ve bu durumlara bir şey yapamamak hemşirelerin rahatsız olduklarını ifade etikleri durumlardır.

*“Ya şöyle hani burada bir etik ikilem vardı. Hani durumla karşılaştığımda bunun bir etik ikilem olduğunu, bunu böyle okumamıştım ben bunu böyle konuşmamıştım bu böyle olmamalı.. Ama herkes böyle olmasını gerektiğini düşünüp*

*ve eee.. Uyum içerisinde hareket ediyor, hani kimsede ya biz etik bir ikilemeyiz u... yani yaptığımız etik açıdan uygun değil kimse demiyor.” (Katılımcı 1)*

### **Alt Tema 1: Hasta Onurunun Göz Ardı Edilmesi**

Hemşirelerin tamamı psikiyatri hasatlarını birey olarak görmenin ve kurulan iletişiminin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bazı hemşireler öfkelenerek ve üzülerek, yapılan zorunlu uygulamalar, sağlık personellerinin hastaların süreçlerine yönelik tutumları, hastaların birey olduğunun unutulması ya da önemsenmeyerek kurulan iletişim biçimlerinden rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir.

*“İnsan haklarına aykırı bir şeyken burda böyle bir şey var hani yapılamaz dedim hani insan haklarına aykırı, hasta mahremiyetine aykırı şu an hastaya da izin vermiyor, hasta şöyle izin veriyor mecbur... İzin vermezsem beni yatırmayacaklar ve tedavi ben olamıcam, yani hasta çaresizliğinden izin veriyor yoksa hasta aslında bu durumu dışlanırsak tabiki izin vermeyecek.” (Katılımcı 1)*

*“Bir tane şey var hemşire arkadaşım var gerçekten hemşirelik anlamında da psikiyatri anlamında da birçok şeyini toparlamaya çalıştığımız... Çok kez ceza almanın sınırdan geçen bir arkadaş ama hep şöyle hasta geliyor bir yakınması var: ‘Tamam git doktoruna söyle gel, tamam buraya gelmiyorsunuz önce git doktorunla konuş.’. Bir, karşında ki insanı sen bu şekilde azarlayamazsın. İki, kovamazsın zaten bunu söylemek onun hakkı. Üç, yani bu nasıl bir tutum. Bu ne yani hemşireliğe zaten sığmıyor orasını geçtim mesleki değer ve insanı değerlere de sığmıyor bence karşında kim olursa olsun bu şekilde bir üslupla konuşamazsın...” (Katılımcı 2)*

*“...Sen zaten delisin gibi bir etiketle yaklaşmamız lazım ya da böyle bir sözcükle... “Ya zaten burası hastane psikiyatri hastanesi senin geldiğin yer burası” gibi yani o stigmaya maruz bırakmamamız gerekiyor ki en çok bizler yapıyoruz.” (Katılımcı 3)*

*“Tedavinin diğer parçası olan bakım hizmetleri elamanının, temizlik personeli elemanının, güvenliğinin. Hastayla gerekmediği sürece iletişim kurmaması gerektiği, sanrısıyla dalga geçmemesi gerektiğini düşünüyorum”. (Katılımcı 3)*

*“Tespit tecritin cezalandırma amaçlı yapıldığını da gördüm... Uzun zaman tutulması mesela ben nöbet teslimi alıyorum 10 saatin üstünde tutulmuş hasta. Yemek yedirilmemiş, tuvaletin altında yapmış... Evet, tuvaletin yapacak ama tuvaletini*

*tuvaletim var diyen hastayı tuvalete götürmeyip de altına yapması izleyip de onun o pislik içerisinde kalmasını sağlamak insani değil. Bu beni rahatsız ediyor.” (Katılımcı 15)*

### **Alt Tema 2: Hasta Otonomisinin Göz Ardı Edilmesi**

Bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerinde bozulmaların olduğu hastalara bakım veren hemşireler, hastaların otonomilerinin desteklenmesi gerekirken bunu yerine zorunlu yatış ve tedavi uyumlarında, taburculuk süreçlerinde hastaların karara dahil edilmemesi gibi durumları ifade etmişlerdir.

*“Yani etik üzerine etik meselelerde çok üzerine okuyup, işte sonra akşam nöbete gidip nöbette hasta yatışı aldığımız zaman işte...uu. Hasta yatmak istemiyor zorla yatışını alıyorduk. Bu mahkeme kararıyla olabiliyordu, ailenin ... ki hekimin kararı olabiliyordu, hasta istemiyordu...” (Katılımcı 1)*

*“Ben bakım evine gitmek istemiyorum diyen hastalar oluyor. Çünkü hasta gerçekten bazı durumlar sosyoekonomik düzeyi iyi, bilinç durumu iyi, hastalığını yönetebilecek kişiler olabiliyor, gruplar olabiliyor ama çıkan kararda hastaya diyoruz ki sen bir kurumda yatacağın, bu kadar basit, başka alternatifin yok diyebiliyoruz.” (Katılımcı 3)*

*“... işte hastanın artık umutsuz bir şekilde hasta yakınlarını beklemesi işte ben o eve gitmek istemiyorum işte babam evde yemek yememe izin vermiyor gibi mesela onun yanına gitmek istemiyorum diyor ama vasisi o, onun yanına tekrar teslim etmek zorunda kalıyorsun.” (Katılımcı 3)*

*“Kötü hissediyorum. Kendimi hastanın yerine koyduğum zaman böyle bir uygulama bana uygulansın istemezdim. İşte tespit gibi, zorunlu enjeksiyon gibi kişinin rızası olmadan ilaç uygulanması gibi. Onun için rahatsız oluyorum.” (Katılımcı 10)*

*“Ben hastaya bir şey açıklarken şu vardı, o alınan tespitlerden kaç tanesi gerçek tespit kaç tanesi etik olmayan tespit?” (Katılımcı 15)*

### **Alt Tema 4: Hasta Mahremiyetinin Göz Ardı Edilmesi**

Psikiyatri hastaların incinebilir bir grup olmaları maalesef ki onları suistimale açık hale getirebilmekle birlikte bilinçli olarak yapmadıkları eylemler dolayısıyla da

yargılanmaya açık hale getirebilmektedir. Hemşireler de karşılaştıkları ve hastaların mahremiyetlerinin göz ardı edildiğini düşündükleri durumları ifade etmişlerdir.

*“Adli süreçte gelen hastanın işte dosya içeriğinin sürekli dinlenmesi işte okunmaya çalışılması defaatle işte hastayı o şekilde lanse etmemiz ya da hasta madde kullanım bozukluğu varsa direk bu maddeci gibi ifadeler kullanmamamız gerekiyor bunlar çok hassas şeyler” (Katılımcı 3)*

*“Teslim esnasında hemşirelerin rahatsız edilmesi durumunda. Hemşire ve doktorların kendi aralarında hasta tartışırken başkalarının duyması yoluyla. İki hasta arasında sorun çıkması durumunda. Örneğin bir hasta eşyalarını karıştırdığı için ajite olan bir hastaya, diğer hastanın durumu anlatmak durumunda kalabiliyoruz. Bu hasta şuan kendinde değil dağınık. Bilerek yapmıyor vb. gibi.” (Katılımcı 4)*

*“Hastanın üst araması, hastanın daha fazla mahremiyetine girmeye ilgili sıkıntımız yoktu (Psikiyatri dışındaki servisler). Onlara girmek belki benim zorluğum olabilir çünkü kişinin özel malzemelerini kontrol ediyoruz biz kliniğe geldiğimizde. O onun mahrem alanına saldırıymış gibi, kendim öyle tanımlıyorum. O bir tık beni rahatsız ediyor.” (Katılımcı 10)*

*“Mesela biz telefon saatinde görüşmeye çıkartıyoruz. Güvenlik bazen orda ziyaret saati için bulunuyor. Hastalar ilgili böyle kendi aralarında konuşuyorlar, diğer hastalarla ilgili. Sonuçta orada yatan da başka bir psikiyatri hastası. Kendi aralarında oralarda, olmadık yerde bilgi paylaşımında bulunuyorlar.” (Katılımcı 14)*

*“Yani tespit edilirken, yani hastayla çok böyle bir nasıl diyeyim zorlama aşamasına girildiği için sanki böyle bir sıkıntı duyduğumuz durumlar olabiliyor. Yani elini kolunu bastırmak ya da işte bayan hastadır ama güvenliğini tutmak için işte hani böyle bir göğüs kısmına hani böyle sanki özel bölgesine dokunuyormuş gibi bir algılama durumları olabilir. Bu alanlarda sıkıntı yaşıyoruz hani ama o da mecbur kaldığımız için. Çünkü hastayı başka türlü gerçekten baş edemiyoruz. Hani bu tarz durumlarda problemler olabiliyor ya da hasta mahremiyeti yani şöyle mesela bizim bir paravanımız falan yok, var ama hani onu hasta odalarında durduramıyoruz.” (Katılımcı 14)*

Görüşmeler sırasında hemşireler hastalara doğru bilgilerin verilmemesi, hastalıklarına yönelik eğitimlerin verilmemesi, taburculuk süresine ilişkin konularda kısacası hastayı ilgilendiren konuları hastayla paylaşmamak ya da hastaya dürüst

davranmamaya ilişkin bilgi mahremiyeti ile ihlallerinden dolayı MD yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

*“İlk yatış hasta bizde olduğu için, haliyle hastanın ajitasyonu daha yüksek oluyor. Zaten hasta kandırılarak (hekimler tarafından) servise getiriliyor falan filan.”* (Katılımcı 3)

*“Bazen hastanın hiç bilgisi olmuyor mesela, kuruma yerleşeceğini ya da alınmayacağını, alınmak istenmediğini bilmiyor.”* (Katılımcı 3)

*“Mesela bazı hekimimiz var, hastayı yatırırken diyor ki acilden, -3-4 gün yatacaksın. Hastayı orada ikna ettiğini düşünüyor, ama bu sefer aradan 3-4 gün geçiyor, “ (Hasta) bana 3-4 gün yatacaksın “dendi. Hani bunu yapan hekimimiz de var, sırf orada yatış kabul edilsin diye. Orada ne diyelim şeker verip, şekerle kandırıp, sonra ama onun bir sürü şeyiyle uğraşıyoruz.”* (Katılımcı 14)

Katılımcı 12, hastaları için ilaçlarına yönelik hazırladığı bilgi kartlarının meslektaşları tarafından kaldırılmasının nedenini sorduğunda aldığı yanıtı şu şekilde ifade etmiştir:

*“Sorduğumda da şu yanıtı aldım: ‘Burası akut psikiyatri servisi ve burda her hasta her ilacını bilmeyebilir, bilmesine gerek yok. Çünkü ilacı bildiği zaman bazen içmek istemiyorlar.’ Ben böyle kaldım. Bilmeden içmesi mi daha iyi ya da başka bir şey olarak bildiği ilacı içip çıkınca bıraksın mı diye sorularım oldu”* (Katılımcı 12)

### **Alt Tema 5: Tedavi Hakkının İhlali**

Görüşmeler sonucunda hemşirelerin ve diğer meslek üyelerinin bireysel değerlerinin ve düşüncelerinin bakım ve tedavi sürecini etkilediği görülmüştür. İşe yönelik tutumlar, hastanın tanısına ve belirti sürecine yönelik tutumların hastaların tedavi ve bakımı alamamaları, yetersiz almaları gibi sonuçlarının olduğu görülmüştür.

*“Hekimler zorladı, hekimler hasta yatırmak istemiyordu çünkü diyordu ki ben poliklinik yapıyorum niye servisle uğraşayım ki, niye hasta yatırayım, niye beni akşama ya da hafta sonu çağırsın, arasınlar ki zaten bana bir maddi geliri de yok deyip hasta yatırmıyorlardı. Gelen hastayı geri çeviriyorlardı, gelen hastaya ÇEMATEM kapalı, öyle bir klinik yok diyorlardı oysa klinik var, kliniğin hemşiresi, psikoloğu, temizlik personeli hepsi var.”* (Katılımcı 1)

*“Gidip hani hastaya nerede yattığını böyle sürekli bir dikte etmeye çalışıyoruz işte hastalarda bu sefer psikolojiye giriyor ‘ben zaten hastayım işte benim istediklerimi yapmam lazım ya da işte burada da ben, hasta gibi görüyorlar, işte neden zaten toplum beni kabul etmiyor yani destek almak için geldiğim yerde bana böyle davranırsa hiçbir anlamı yok’. İşte bu sefer tedaviye tedavi ekibine hastaneye birçok şeye yükselebilir yani bu bizim elimizde kazanmakta kaybetmekte bizim elimizde oluyor.” (Katılımcı 3)*

*“Mevcut azaltmak için yakını istiyor diye taburcu edilen bir hasta vardı mesela” (Katılımcı 12)*

### **Alt Tema 6: Zarar Vermeme İlkesinin İhlali**

Hemşireler hasta yararını gözettiklerini ifade ederken bazı hemşireler çoğunlukla kendileri tarafından karar verilmeyen tespit ve tecrit uygulamalarında zarar vermeme ilkesinin ihlal edilmiş olduğunu ifade etmişlerdir.

*“Tespit tecritlerde uu.. Hastayı işte zorla bağlama durumları olabiliyordu,uu.. Benim gözlemediğim...uu. Ya da benim başkalarında gördüğüm şey şuydu. Tespit tecriti bir ceza yöntemi olarak kullanma olabiliyordu (Katılımcı 1)*

*“Kapalı bölümde yatan; psikotik, işitsel halüsinasyonları olan tecritteki hastaya ziyaret saatinde gelen ailesi çakmak vermiş. Hasta tecrit odasına gittiğinde sigara içmek için çakmağını yakıp üzerine tutmuş. Üzerinde yanmaya elverişli naylon pijama olduğu için kıyafetleri ateş almış. Kameralardan çakmağı yaktığını gören nöbetçi arkadaşım kapalı bölüme gidip, kapıyı açana kadar hastanın göğsünde ve kolunda 3. derece yanık oluşmuştu ve hastayı yanık servisine nakil etmek zorunda kalmıştık. Yanık tedavisi bir ay kadar sürmüştü. Yanık olayında; hasta ziyaret sonrası tecrite alınmadan önce kontrol edilseydi, çakmağı görülürdü ve yanık olayı gerçekleşmezdi. Yine hastanın giydiği kıyafetler çabuk ateşlenen değil de pamuklu bir kıyafet olsaydı yanığın derecesi hafif olabilir veya olmayabilirdi.” (Katılımcı 7)*

Katılımcı 4, güvenlik görevlisi tarafından şiddet gören hastasına ilişkin deneyimini şu şekilde aktarmıştır:

*“MR otizmlili bir hastamız vardı... Son zamanlarda evin içinde zıplıyormuş, annesine saldırmış vs. öyle bir şekilde yatışı yapılmış. Hasta muhtemelen ilgi gördüğü için sevgi gördüğü için beni öpmeye çalıştı ve yanımızda bir güvenlik vardı, yeni*

*başlamış bir güvenlik. Böyle koridorda gidiyorduk, bana doğru yöneldi tam öpecekti, güvenlik tuttu ve erkekler tuvaletine çekip hastayı dövdü” (Katılımcı 4)*

Hemşirelerden bazıları çalışma arkadaşlarının hastalara yönelik anlık öfkeleri sebebiyle zarar vermeme ilkesinin ihlal edildiğini ifade etmişlerdir.

*“Bir enjeksiyon yapılacaksa işte çektiğim iğne ucunu kullanmamam gerekiyor ama hemşire arkadaşına ‘değiştirelim mi?’ (Diye soruyor) yani gerek yok zaten aslında öfkelenmişse’ dur şöyle yapalım daha çok acıtsın’ diyebiliyor.” (Katılımcı 3)*

*“Antisozyal davranış örüntüleri olan ve askerlik yapmak istemeyen bir hastaya vizitte hocaya küfür ettiği için kimyasal ilaçla ( nörodol 10 mg+akineton 5 mg) tespit edilmişti.” (Katılımcı 7)*

### **Alt Tema 7: Eşitlik Hakkının İhlali**

Hemşirelerin çalıştıkları servise kendilerinin yakını, çalışma arkadaşlarının yakını, hastane üst yöneticilerinin yakını, siyasi kimlikli veya ünlü kişilerin VIP hasta olarak geldiğini ifade etmişlerdir. Hemşireler kendi değerleri doğrultusunda, verdikleri hemşirelik bakımını hasta ayırımı gözetmeden adil bir şekilde verdiklerini ifade ederken bazı hemşireler çalıştıkları kurumun bu konuya ilişkin tutum ve zaman zaman baskısından dolayı VIP hastalara ayrıcalık tanındığına şahit olduklarını ve MD yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

*“Zaman zaman VIP hastalar geliyor. İdarede çalışanların yakınları oluyor genelde. Ziyaret saatleri, sigara içme saatleri, telefon ile görüşme saatleri, tespit endikasyonları gibi konuları esneterek hastaya sınır koymayı ve tedavi edici ortam özelliklerini kötü etkilediği oluyordu.” (Katılımcı 4)*

*“Psikiyatri kliniklerinde VIP yatışları olduğunda; hasta için mutlaka tek kişilik, tuvaleti-banyosu olan oda ayarlanır. Diğer hastalara izin verilmeyen elektrikli cezve, kettle bulundurulmasına izin verilir. ... Klinik ziyaret saatlerine ziyaret saatinde değil de ziyaret saati bitiminde ya da gecenin bir yarısı gelen ve kabul etmek zorunda kaldığımız oldu. Klinik kuralları anlatıldığında Başhekime, Cumhurbaşkanına, Başbakanına şikâyet edileceğine dair bir sürü sözlü tacize maruz kaldım. En kötüsü de klinik şefine ya da nöbetçi doktora ulaşıp onlar tarafından izin verilmesiydi.” (Katılımcı 7)*



*“Pandemiyle birlikte ziyaretçi yasağı geldi refakatçi yasağı falan geldi ama bu gibi konularda özellikle hastalar arasında farklılıklar olabiliyor öyle söyleyim.” ... Bir imtiyaz düzeyinde bir aralık veriliyor, o durumdan çok rahatsızlık duyuyorum.” (Katılımcı 13).*

Katılımcılar, adli süreçler nedeniyle gelen ya da öyküsünde çalışanların değerleri ile çatışan durunlar olan hastalara ayrımcılık yapıldığına yönelik ifadelerde bulunmuştur.

*“Hastayla iletişimi direkt olarak kesebiliyoruz. Bir hastaya yarım saat harcarken bu hastaya (adli psikiyatri hastası) otuz saniyemi bile vermek istemeyebiliyorum.” (Katılımcı 3)*

*“Antisosyal davranış örüntüleri gösteren hastalara ASK(Antisosyal Kişilik Bozukluğu) işte ne olacak denmesi, Konversif hastalara, simülatif askerden yırtmak için yapıyor denmesi, BAB bozukluk tanısı olan, renkli ve dikkat çekici şekilde giyinen hastalara, zaten Bipolar hasta, normal böyle giyinmesi denmesi. Depresif hastalara çok kötü kokuyor, yemiyor, içmiyor, konuşmuyor bununla mı uğraşacağız denmesi, yatalak, bakım hastalarına ben dokunamam, yakını gelsin denmesi.” (Katılımcı 7)*

*“Sabrını korumak zorundasın. O hastanın hastalığından dolayı bu belirtiyi gösterdiğini bilerek davranmak durumundasın ama bazen de şunu düşünüyorum mesela, yani bir madde bağımlılığıyla sokakta karşılaşsak mesela yolumuzu değiştiririz ya da ne bileyim işte selam dahi vermeyiz. Göz göze bile gelmeyiz ama madde bağımlısı serviste yattığı zaman atıyorum. A bey işte B bey gelin ilacınızı vereceğiz. Hani bunu demekte mesela zor geliyor. Çünkü neden bazı şeyleri tolere etmek durumunda kalıyoruz? Bazı şeyleri sineye çekmek durumunda kalıyoruz, bu da bizi zorluyor.” (Katılımcı 16)*

### **Tema 3. Ekip Çatışması**

Hemşireler; meslektaşları ile kuşak farkları, psikiyatri hemşireliğine bakış açısı, birbirleri ile olan iletişimdeki ifadeleri ve üslupları, hekim, güvenlik, destek personelleri ile olan rol ve sınır karmaşaları, onların hastalara ve hemşirelere karşı olan tutumlarının yarattığı çatışma klinik içi ortamın huzurunun bozulması, ekiplerin ve/veya hemşirelerin birbirlerine karşı olumsuz tutumları nedeniyle MD deneyimledikleri sonucuna ulaşmışlardır.

### Alt Tema 1: Kuşak Farkı

Yapılan görüşmeler sonucunda hemşirelerin kendi meslektaşlarının birbirlerinin girişimlerine müdahale etmeleri, küçümsemeleri, yaptıkları işi önemsememeleri, uzun süredir psikiyatri servisinde çalışan ileri yaştaki hemşirelerin yeni başlayan hemşirelerin girişimlerine olan uygun olmayan tavırları nedeniyle MD deneyimledikleri görülmüştür.

*“Hastayla görüşmeler sonrasında benzer görüşmeler yapmıyorlar biraz daha böyle mahalle de arkadaşlarınızla görüşme yapar gibi bir lise mezunu kıdemli bir hemşire arkadaşımız bir süre sonra bana ‘aaa hoş geldin Nightingale sen şimdi görüşürsün hastalarla’ falan bu tarz bana söylemleri oluyor tabi bunu diğer hastalar duyuyor. (Katılımcı 2)*

*“Hastayla hiç iletişim kurmayı ama direkt tedavi için hekimle iletişim kurmaya çalışan, iki kişinin ortak nöbet tuttuğunda bir fikir alışverişi yapmayan, bir grupta denk geldiğimiz zaman işte hasta yararı için acaba yanlış bir şey yapıyor mu, ben buna nasıl müdahale ederim gibi kaygılar ya da bir şey söylesem mi, söylemesem mi, nasıl düzelir söylesem, kavga mı etsem, acaba normal söylesem anlar mı, ya da bunu benim söylememe gerek var mı, kendi fark edebilir mi?” (Katılımcı 3)*

*“Hastayla fazla iletişim kurduğun için ‘zaten anlamayacak, zaten boşuna konuşuyorsun, zaten anlamıyor’ basit gibi nitelendiriliyor” (Katılımcı 3)*

*“Hastayla ben bir şey konuşurken diğeri (hemşire) işte biraz daha yüksek perdeden işte şöyle yapmasaydın böyle yapmasaydın gibi şeyler oluyor işte benim alanıma benim iletişimimi bölmüş oluyor. Böyle şeyleri sevmem genelde de sınır koyup ‘ya bir sen bana bir müsaade et’ çok dediğim çok olur’ (Katılımcı 3)*

*“Yıllanmış bir ekip vardı, Gerçekten artık hemşirelikten de yorulmuş bir ekip vardı. 30-40 senelik ekipler. Biz yeni gelmişiz, cıvıl cıvıllı ve tabiki bizim bilgilerimiz daha yeni ve daha taze ilk karşılaşmamızda şöyle bir şey olmuştu ben ve diğer ekip arkadaşlarıma ‘İlk görev yeriniz burası, bir yoğun bakım bile görmemişsiniz siz bize hemşirelik öğretemezsiniz’ gibi bir üslup vardı.”... “Benim yaptığım tedaviyi ve yenilikleri kabul etmeme vardı, kabul etmeye direnç vardı. ‘Bize iş çıkarmayın’ gibi bir söylem mevcuttu hoş olmayan. (Katılımcı 6)*

*“Biz çünkü korku imparatorluğu gibiydi, yani o dönemler böyle şey gibi ‘ya sürüden biri olursun ya da ses çıkardığınız anda şey moddaydınız dışlanma ya da*

*çatışmanın ortasında kalma, sizi ortaya atma vs. gibi sıkıntılar daha çok yaşıyorduk.”*  
(Katılımcı 14)

## **Alt Tema 2: Çalışanlar Arasında Sınır/Rol Karmaşası**

Rol karmaşasına ilişkin ifadede bulunan hemşirelerin özellikle ilk çalışmaya başladıkları zamanlarda temizlik ve güvenlik personelleri tarafından dikkate alınmamaları, tedavi ve bakıma ilişkin konularda değerlendirme yapma haklarını kendilerinde görmeleri ve ekibin de bunu yadırgamamasını MD nedeni olarak ifade etmişlerdir.

*“Tedaviye ben bile karar veremiyorken diğer grupların tedaviyi ya da tespiti ya da bu hastaya iğne yapalım, neden bu hastaya iğne yapılmıyor gibi söylemler”*  
(Katılımcı 3)

*“Personellerde 20 yıllık-30 yıllıktı. Kalıplaşmış personeller, söz dinlemiyorlardı. Biz yeni geldiğimiz için bize iş gösteriyorlardı. Bir anım var... Kesici delici alet kutusu kaldırılmıştı personel tarafından. Mavi kod verilmişti, biz de mavi koda gitmiştik. Personel, oksijen tüpü basıncını ayarlarken gördüm ve ben böyle kaldım. Onlar bize iş öğretmeye çalışıyorlar ama temizlik personeli !”* (Katılımcı 15)

*“Ben destek personellerinin kendi işi dışında birçok işte olduğunu gördüm. ... Güvenlik anlamında deyim, tespitten çıkarımına çok fazla müdahil olmaları, ‘Yok çıkarmayalım hemşire hanım yarım saat -bir saat sonra çıkaralım’ bilmem ne, şu an yoğun olduğunu veya ertelediklerini. Asıl tedavi ekibi doktor, hemşireden ziyade bu hastane kalıplaşmış bir yer, yılların hastanesi sanki onlar (temizlik ve güvenlik personeli) ele geçirmiş gibi orayı”* (Katılımcı 15)

Bazı hemşirelerde hekim yahut sorumlu hemşirenin kendilerine ait olmayan işlerde hemşireler üzerinde baskı uygulamaları nedeniyle hemşirelik rollerine ilişkin karmaşaların yaşandığını ifade etmişlerdir.

*“Biz evet biraz sana yardım ediyoruz sen bize yardım ediyorsun bir şekilde biz bu servisi yürütüyorduk ama hemşireler senin yardımcın değildir, senin sekreterin değildir, sekreterine söyle sekreterin arasın ailesini. Sana yardım ettik, sana yardımcı olduk aslında, servisi yürütmeye çalıştık diye de işimiz olmayan bir şeyi de bize angarya olarak da hani hesapta soramazsın”*(Katılımcı 1)

*“İkili ilişkileri kullanarak aslında hekimin yapması gereken şeyleri hemşire arkadaşlara yıkmaya çalışması. Bunu sorumlu hemşire bazında söyleyeceğim.”*  
(Katılımcı 2)

### **Alt Tema 3: İletişim Çatışmaları**

Hemşireler, özellikle hekimlerle ve güvenlik personeli ile yaşadıkları karşılıklı iletişim ve hastaya olan tutuma ilişkin yaşadıkları sorunları MD nedeni olarak ifade etmişlerdir.

*“Üçüncü mesele yine hekimlerin ekip anlayışını güçlendirecek ya da gelip de ekiple birlikte çalışabilecek bir hani ortam yoktu, gelmiyorlardı şeydi böyle ekip diye bir şey yoktu dağınıktı böyle. Hastayla hangi görüşme yaptı, hasta hekime ne anlattı bilmiyoruz ya da bizim sormamamız lazım, kopukluk olması.. beni en çok bu rahatsız etti”... “....işte ekip çatışması çok fazlaydı. Hemşire, psikolog, ergoterapist, sosyal çalışmacı bir tarafa hemşireler bir tarafa olmuştu ve bunlar kendilerine şey diyordu ” biz psikososyal grubuyuz” işte sosyal çalışmacı, psikolog, ergoterapist kendine psikososyal grubu diyor, hemşire de odalarını ayırmışlardı, çaylarını her şeyini ayırmışlardı u hemşire de ilaç vermek dışında hiçbir şeye dokunmuyordu”( Katılımcı 1)*

*“Güvenliklerle yaşadığım şeylerde çok zorlanıyorum. Hastaları tespite alırken mesela ben hastamı görüşecek seni evet şu an kısıtlamak durumundayım gibi açıklama yaparak. ‘Ya hemşire hanım konuşmayın biz hastayı götürelim’ gibi hayır diyorum hani bu sefer onlara sesimi yükseltmek zorunda kalıyorum, hayır hastayla benim görüşmeme bir izin verin !. Ben hastayla görüşüyorum. İşte ‘sana saldırsın da biz de tutmayalım gör’. Tehdit, alenen tehdit bu.”(Katılımcı 2)*

*“Mesela hastayı tutarlarken hastaya temasları olduğu zaman yanlış bir temas olduğunda uyarıyorsunuz ama karşınızda çok üslupsuz cevaplar alıyorsunuz. Bunla ilgili birim sorumlumuza kendileriyle görüştüğünüz zaman çıkıp çok yükseliyorlar ve aşırı derecede rahatsız edici bir durum. Bunla ilgili bir hemşire arkadaşın yaşadığı bir şey vardı. Güvenlik hemşire arkadaşın üstüne yürüdü mesela”( Katılımcı 2)*

*“Biz hiçbir şekilde söz sahibi olmayınca karar verdik. Biz küstük tamam dedik. Onlar (hekimler) ne yaparlarsa yapsınlar. Sonra hasta kalmaya devam etti bu arada taburcu oldu geri geldi kendini solunum asidozuna sokup vefat etti hasta klinikte. Yani*

*solunum asidozuyla öldü kalp krizinden. Yani aslında bizim bir şekilde müdahale etmiyor olmamız onun 2 asistan -3 asistan ve 1 uzman 1 klinik şef arasında kalıp böyle hiçe gitmesine sebep oldu.”(Katılımcı 4)*

*“Göreve ilk başladığımda, güvenlikle birlikte yüksek, ajite olan bir hastanın tedavisine gitmişim. O zaman aynı anda yemekte geliyor, yemek için kapıyı açmak zorunda kalıyor güvenlik ve bana haber vermeden gidip kapıyı açıyor, beni de hastayla tek başıma bırakıyor. O zaman bir (hasta tarafından) şiddete maruz kalmıştım.” (Katılımcı 5)*

#### **Tema 4. Karar Çatışması**

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda hemşirelerin bireysel değerleri ile klinikte alınan kararların çatışması, hemşirenin kararlara katılımına izin verilmemesi, kararlarının sorgulanması nedeniyle MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

#### **Alt Tema 1: Zor kararlar/Bireysel Değerlerde Çatışma**

Hemşirelerin zorunlu ilaç, tespit ve tecrit uygulamalarında, hastanın üst araması yapılması ve klinik içi kuralları uygulama konusunda verilen kararlara uymak ve uygulamakla, sahip oldukları bireysel değerlerin çatışması nedeniyle MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır .

*“Mutlaka ilk 3 gün NIA1 (Nörodol ve Akineton) yapılıyor hastalara. Bazen gereksiz bulduğum oluyor.” (Katılımcı 4)*

*“Hasta tespitidir mesela zorunlu yatış ve ilaç uygulamaları, onlardır (Kendisini psikiyatride zorlayan).../ “O hasta evet o anda öfkeli, kendine zarar verme ya da başkalarına zarar verme potansiyeli var ama o bir birey ve biz onun özgürlüğünü kısıtlıyoruz orada ve uygulayıcı olarak da bizler(hemşireler) aktif olarak görev aldığımız için o duygu sevimsiz geliyordu.” (Katılımcı 10)*

*“Bir hasta için tespit kararı verebiliyor olmak bıçak sırtı bir durum. Kim ister ki bir hastayı tespit etmeyi bu tercih edeceğimiz en son şey.” ... “Kabaca baktığınızda, kuş bakışı baktığınızda bir özgürlük kısıtlaması ya bu kritik bir karar... Vermesine verirsin ama bunun hastaya yansımaları, ekibe yansımaları, size yansımaları nasıl olacak. (Katılımcı 11)*

*“Ben ilk başlarda acaba birkaç dakika daha beklenebilir miyi düşündüğüm oluyordu çünkü hastaya şey yapmışız gibi kısıtlama getirmek için. Gerçekten çok sıkıntılı bir durum. Hasta içinde sağlık personeli içinde aslında ama baktığımda çok masum bir şey ama uygulamaya geçtiğinde gerçekten sıkıntılı bir durum. Orada öyle bir acabam oluyor.” (Katılımcı 13)*

*“Kurallar bir şeyler oluşturulmuş hani u.. Örneğin bazen kurallarda olmayan gri alandaki bazı şeyler önüme geliyor ben bazen duraksıyorum... ya u şöyle nasıl söylesem biraz daha somutlaştırsam u ya hasta u saçını boyamak istiyor, çocuk ergen madde bağımlılığı merkezinde işte yatan bir hasta saçını boyamak istiyor, izin verir misin vermez misin?” (Katılımcı 1)*

*“Acaba gerçekten egomu zedelediği içi mi, hastaya öfkelendiğim için mi onu tepsite alıyorum? Gerçekten hasta yararını gözeterek mi tepsite alıyorum noktası beni her zaman düşündürür.” (Katılımcı 3)*

*“Şöyle ilk zamanlarım için konuşuyorum tabii ki şimdi biraz daha alıştım ama ilk zamanlarda yani başka bir yolu olamazlar konuşarak ikna edilemez mi çünkü benim gördüğüm geldi 5 dakika bile iletişim kurmadan tekrar tamam tespiti anlıyoruz fiziksel ve kimyasal tespitlerini yapıyoruz dediler. Acaba hiç mi olamaz mı hani iletişim kurarak hiç mi orta yolu bulamazdık bir şeylerim , düşüncelerim oldu ve gerçekten hani o ahlaki vicdan boyutu çok sarsıldı.” (Katılımcı 6)*

*“Bir 18 yaşında bir hastamız vardı. Kendisine zarar verme şikayetiyle ayrı ailesiz psikiyatriye başvurmuş, yatışı önerildi. Hastanın üst araması yapıldı ve maalesef ki mahrem bölgesi olduğu için alt iç çamaşırını kontrol ettirmek istemedi. Biz de hasta mahremiyetine saygı göstererek ve menstrüasyon döneminde olduğu için alt çamaşırını kontrol etmedik ve hasta peçeteye sarıp jilet saklamıştı alt iç çamaşırına. Birkaç gün sonra bizi vizitte iken hasta tuvalette bileklerini kesmişti. Bu durumu ben hiçbir şekilde unutamiyorum. Çünkü acaba gerçekten orada bakılmalı mıydı, yoksa hasta mahremiyetine saygı duyulup bakılmamakta doğru olan mı yapıldı? Burada ikilemde kaldığım bir süreç.” (Katılımcı 16)*

Yapılan görüşmelerde hemşireler tarafından sıklıkla ifade edilen bir diğer bireysel değerlerle çatışma yaşanan mesela taburculuk sürecine ilişkin verilen kararlar olmuştur. Hastane tarafından uygulanan ceza programı, hastaların isteklerini karılamamak için alınan taburculuk kararı, henüz iyileşmesi sağlanmamış hastaya

yapılan yanlış yönlendirmeler, erken ya da geç taburcu etme gibi hemşirelerin gözlemlerinin ve hastaya verdikleri bakımın göz ardı edilerek alınan taburculuk kararları alındığı görülmüştür.

*“AMATEM’deki şey kurallar, bir şeyler belirlenmiş. Örneğin bir kural var burda uygulanıyor Erenköy’de öyle bir kural yok, Bakırköy’de de yok. Sen soruyorsun niye bu kural var burda, kimse bilmiyor. Bir şey uygulanıyor ve kimse bunun niye uygulandığını bilmiyor. ... burda niye böyle bir şey var, niye böyle bir kural koymuşsunuz, siz kuralla niye hastayı taburcu ediyorsunuz ya da hasta taburcu edilmeli mi hasta ?” (Katılımcı 1)*

*“Sigara içmeye çıkıyor şey sigara içmek istiyor gece oldu sigara odası kilitlenir. Gece 2 de hasta uyandı, sigara içmek istiyor hastayı sigara içirtmeyip taburcu eden biliyorum.” (Katılımcı 1)*

*“Acımasızca geliyor hani karşı tarafın bu hâli acımasızca geliyor hani taburcu etmeyi çok iyi çok matah bir şey sandıkları için sürekli dile getiriyor olmaları fazla işlevsiz bence yani bu da benim engellenmiş hissettiriyor bana engellenmişlik duygusunu çok hissettiriyor yani bu kişiyi ben olsam taburcu etmem ama o yetki bende değil.” (Katılımcı 12)*

*“Bizim TRSM’de taburculuk sonrası kayıtlar oluyor. Onda da hani bazı hastalar taburculuğa uygun değil. Hatta uzmanımız diyor ‘yok artık, bu hâlâ aktif atak döneminde’ ve atak dönemleri 3 ay süren bir süreç ama aktif atak hasta halisüne şu anda, kendinde değil, yani toparlamadan çıkarmışlar.” (Katılımcı 15)*

*“Yeterli tedavi olmadan da taburculuk edilebiliyor. Bazen de gereğinden fazla da tutulabiliyor. Şöyle düşünün, hani A doktoru uzun tutmayı tercih ederken B doktoru da kısa tutmayı tercih edebiliyor.” (Katılımcı 15)*

Katılımcı 16, taburcu edilen bir hastasının hayatını kaybetmesi olayıyla ilgili şunları ifade etmiştir:

*“Duyduk çok üzüldük çünkü sonucu ölümle biten bir olay oldu. Yani şimdi daha uzun süre kalsaydı durum daha farklı olur muydu? Bir kere sorgulama dönemine giriyorsunuz yani. ... Suçluluk, pişmanlık sorgulama hani bu ikilem arasında kalıyorsunuz”(Katılımcı 16)*

## Alt Tema 2: Karar Sürecinde Yer Almama

Hemşireler servis içindeki aldıkları, alacakları kararlara ilişkin hekimin, üst yöneticilerin sorgulamalarına maruz kaldıklarını, bu sorgulamaların olacağı düşüncesiyle hasta gereksinimlerini karşılama arasında karar vermekte zorlandıklarını ve MD yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

*“Hasta diyor ki ben bir kantine gitmek istiyorum güvenlikle kantine göndercem daha önceden hiç böyle uygulama olmamış göndersen bir dert göndermesen yani gönderebilirsin nolcak ki, mesai saatleri sonrası, işte torbacının olmadığı, kimsenin görmeyeceği, hastanın düşmanın şeyinin dostunun kimsenin hastayı görmeyeceği bir saate hastayı gönderirsin rahatlıkla alışverişini yapar ama eee.. Biz bunu hekimle görüşmedik, psikologla, diğer meslek gruplarıyla görüşmedik. Ben karar veriyorum bu konuda yarın karşıma dikildiklerinde sen nasıl hastayı servisten çıkarırsın?”* (Katılımcı 1)

*“Gelip değerlendirmedeği bir şey hakkında onun(hekim) o kadar net bir şekilde karar veriyor olması, hastanın o anki zarar verici durumu ya da neyse hastayı koruma amaçlı, bunu kendisi göremiyor ama görene de engel olması biraz dediğim gibi kötü yine dicem kötü hissettiriyor.”*

...

*“Bu durumda şöyle oluyor, hastayla 24 saat birlikteyim ama fikrim önemsenmiyor, sonuçta ben de tedavi ekibinin bir parçasıyım. Gözlemlerim kıymetli ki işimizin temeli gözlem. Biraz o durumlarda önemsenmediğimizi, ekip dışında olduğumuzu görünce kötü hissettiriyor.”* (Katılımcı 3)

*“Artık biz dedik ki hastanın tespite alınması gerekiyor. Daha önce de tespite, yumuşak odaya aldığımız zamanlar oldu. Alınmak istediği için yaptığını söylediler, “yumuşak oda ya da tespit onun güvenli alanı, tespite girmek istiyor bir kompulsiyon olarak, artık onu tespite almıyoruz” demişlerdi. Dedim ki artık bizim can sağlığımız sıkıntıda bu hastanın tespite ihtiyacı var çünkü kendisine de zarar verebilir. Kesinlikle tespite almamız gerektiğini söylediler hastayı tespite almadık. Sonra bu sefer doktora saldırdı, (tespite) aldık.”* (Katılımcı 4)

*“Benim sözümün hiç edildiği bir ekip olduğu zaman bu beni çok üzüyor.”* (Katılımcı 6)



*“Kararı sen vermiyorsun uyguluyordun ama hani kararı hastane idaresi veriyor, bir protokol var şey yatış protokolü vardı ya da tespit tecrit protokolleri vardı bunları senden önce birileri şekillendirmiştir sen bir parçasısın, eleştirdiğin sistemin bir parçası olmak öfkelenendiriyor insanı.” (Katılımcı 1)*

### **Tema 5. Kurumsal Nedenler**

Yapılan görüşmeler sonucunda hemşirelerin hastaların insani ve tıbbi gereksinimlerini karşılanamaması, psikiyatri servislerinin fiziki şartlarının yetersiz olması, hemşirelerin tedavi ve bakıma yönelik isteklerinin göz ardı edilmesi, medikal tedavi öncelik verilmesi, hemşirelerin baskı altında bırakılması sonucunda MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Kurumsal nedenler teması ‘psikiyatri birimlerine yeterince kaynak ayrılmaması, kurumdaki tedavi ve bakım felsefesi, kurumda yer alan yetkin olmayan yöneticiler ve kurumun benimsemiş baskı ve ceza kültürü’ olmak üzere toplamda dört alt temadan oluşturulmuştur.

#### **Alt Tema 1: Psikiyatri Birimlerine Yeterince Kaynak Ayrılmaması**

Hemşirelerin çalıştıkları kurumların binalarının eski olması, klinik içi alanın yetersiz olması, hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanması konusunda kaynakları yetersizliği nedeniyle MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

*“Ben hastayı çıkarsam (tespiti kastediyor) fiziki koşullar uygun değil ben hastayı direkt koridora alıyorum... oraya almadan önce bir alanda dinlendirebilirim hastayı ondan sonra aşama aşama koridora alabilirsem tüm hastaların olduğu alana alabilsem... ama benim fiziki koşullarım buna uygun değil” (Katılımcı 1)*

*“Bazen düşünüyorum bir adet yakın gözlem odam var. Örnek olarak bir adet tespit alabilirim diye size öyle ifade edeyim. Ama eş zamanlı olarak dört ya da beş tespit gerektiği durumlar oluyor. Kendi güvenliğimizin yetmediği beyaz kod ekiplerinin yetmediği durumlar olabiliyor.” (Katılımcı 2)*

*“Yaşıyoruz tabiki de yani en basitinden bir giysi yani hastayı soğuktan koruyabilecek bir ceket demek işte yazın çok sıcak olduğu için bir tişört ayakları üşüdüğü için çorap ayağı çok büyük olduğu için ya da çok şiş olduğu için büyük bir terlik bunun gibi şeylere ulaşmak bile çok zor olduğu için hani diğer şeyler artık bizim*

*için çok ütöpik, geliyor temelinde bu temel ihtiyaçları karşılayamadığımız için öbürleri yani çok sonraya kalıyor deyim.” (Katılımcı 3)*

*“Örneğin geçtiğimiz hafta, bir hafta boyunca sıcak su yoktu. Kazan patlamış ama ... Yeterince ısınmıyor klinik, kliniğe bardak gelmiyor, su var, çay vs. de var ama bardak bize göndermiyor yönetim. Hastaların ailelerinden istemek durumunda kalıyoruz. “Isınmıyor, ya çok haklılar... Yatakların yayları çıkmış, mesela istiyoruz defalarca, yatak gelmiyor.”” (Katılımcı 4)*

*“Yemekler çok kötü geliyordu... Genelde soğuk yiyorlardı. Canları sıkıldığı zaman sıcak su, kahve, çay içebilecek yerleri yoktu.” (Katılımcı 7)*

*“...hasta, hasta yakınları ve personeli ilgilendiren temel gıdalar eksik. Mesela bazen hastalara ikinci bir ekmek verilmiyor, bazen peynir olmuyor, zeytin olmuyor, yumurta çıkmıyor bir hafta. Bu tarz şeyler bence önemli” (Katılımcı 11)*

Hemşirelerin büyük çoğunluğu servislerinin yüksek katlarda olduğunu ve bunun hastaların güvenliğini tehdit ettiğini ve servislerinin bahçelerinin olmaması nedeniyle hastaların devamlı olarak kapalı alanda kalmalarının ajitasyonlarını artırdığını, sosyal aktivitelerin sınırlandığını ifade etmişlerdir.

*“Fizik ortamı olarak burayı uygun bulmuyorum çoğu zaman, yani kurallar anlamında şey olarak değil. Bir psikiyatri servisi dördüncü katta, sekizinci katta olmamalı bence, bir bahçesi olmalı vesaire. Hastalar uzun süre yatan hastalar var hiç oksijen alamıyor yani turnak içerisinde oksijen alamıyor hastalar sadece o anlamda geri bulabiliyorum.” (Katılımcı 11)*

## **Alt Tema 2: Kurumdaki Tedavi ve Bakım Felsefesi**

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda tedavi gören hastaların yaş, cinsiyet, tanı ve hastalık sürecine ilişkin farklılıkların gözetilmeden bir arada hatta bazen aynı odalarda kalmasının, hasta merkezli bakımın olmaması, terapötik ortamın olmaması, psikososyal bakımın göz ardı edilmesi nedeniyle MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

*“.. hastanın taburculuğunda o ceza puanlarının oluşturulması, o puan oluşturulurken hasta bir paydaş olarak o karar verme mekanizmasına dahil edilmemiş işte birileri oturmuş belli şeyler yazmış, bu uygulanacak, oysa kime uygulayacak?”*

*Hastaya. Ya hastaya da bir sorsaydınız ya. Hasta orada bir karar verme mekanizmasına dahil olmamış...” (Katılımcı 1)*

*“Terapötik ortamın sağlanmasıyla ilgili belirli şeyler var tabii ki hani sadece fiziksel çevreden bahsetmiyoruz agresyonun önlenmesi çok çok büyük sağlık politikaları gerekiyor. Eee bunlar için işte her biri için hem kurumdan hem u daha üst mercilerden birçok izin alınması gerekiyor. İş siz de bitmiyor sizin üstünüzde amirleriniz var vs. yani siz ordan çıkamıyorsunuz böyle bir kısıtlı kalıyorsunuz.” (Katılımcı 2)*

*“Çalıştığımız yerde hem kadın hem erkek hem çocuk psikiyatri yatıyor. Bu anlamda 15 yaşındaki çocuk da yatabiliyor 70 yaşındaki kadın da yatabiliyor ve bunların hastalık düzeyleri aynı şekilde değil. Çocuk depresyon için yatıyor, kadın psikoz için yatıyor.” (Katılımcı 9)*

*“Karşınızdaki bir insan ve bu insana hak ettiği hizmeti hani şöyle psikiyatri hastada bir dahiliye hastası kadar sıradan bir hasta oysa dahili hastanı aldığı o VIP, kaliteli hizmeti benim hastam almıyor. Onun yarattığı bir öfke hani işte engellenmişliğin yarattığı beraberinde gelen bir öfke onu ifade edebilirim.” (Katılımcı 1)*

*“Uğraşı terapisinde yönlendirme bunlar hem psikiyatri hemşiresinin aslında yapması gereken medikal tedavi haricindeki tedaviler onlara yoğunlaşmasını ben isterdim ama hastanede çok mümkün olmuyor. Yani tedavilerden fırsat kalmıyor. Bunlar için zaten hastanedeki sayı anlamında ekip olarak da çok yoğun bir ekibimiz yok.” (Katılımcı 10)*

*“İlk aklıma gelen mesela klinik ortamda rehabilitasyon çalışmalarını hem önemseyip hem biraz da teşvik etmek için çok çabalıyordum o esnada işte daha önceden yaşanan olumsuz bir deneyim işte bir hastanın kalemi alıp bir başkasının gözüne sokmaya çalışması gibi gibi olaylar yaşandığı için böyle kalem yasak şeklinde bir set çekilmiş davranış, hatta kural vardı ve ben onun üstündeki kırmaya yıkmaya çalışıyordum.” (Katılımcı 12)*

*“..hani daha hasta merkezli çalışıyor olsaydık çok daha o ihtiyaçlar karşılanır ve daha ortak bir dil konuşurduk bir hastanın herkes kendi hastasının tedavisini takip edebilirdi o değişiklik hakkında hastasına bilgi verildi yakınıni arar daha birebirde temas edip ihtiyaçlarını karşılardı.. (Katılımcı 12)*

*“Her hasta iyi gitmiyor ki yani kesinlikle iç görü burada çok çok önemli hastaya içgörü kazandırılmaya yeteri kadar zaman ayrılmıyor, bazılarında hiç ayrılmıyor. Artı yakınları, hastalık sürecine yönelik sadece ev ortamında deneyimliyorlar, bilgi düzeyleri çok düşük tedaviye dahil olmuyorlar bence. Artı hastaya kazandırılacak yani topluma kazandırılacak iyi yönleri ortaya çıkmıyor konuşulmuyor sadece alevlenme dönemi yatıştırılıyor maalesef” (Katılımcı 12)*

### **Alt Tema 3: Yetkin Olmayan Yöneticiler**

Hemşirelerin sorumlu hemşireleri ve hemşire dışı yöneticilerin tedavi ve bakıma ilişkin psikiyatriye ilişkin tecrübeleri olmaması, hemşirelerin hastalarla ve diğer meslek üyeleriyle yaşadıkları sorunları yok saymaları ya da ele alınan sorunlara dair eylemsizlikleri nedeniyle MD yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

*“Alanında uzman olmayan kişilerin bizlerden sorumlu ya da hiyerarşik düzene sahip olması, en üst noktalarda. Psikiyatri alanına hâkim olmayan birisinin, cerrahide ki birisinin psikiyatride şunu şunu yapın demesi, alana hakim olmayan bireylerin bizlere sürekli direktif vermesi açıkçası bizi demoralize ediyor açıkçası.” (Katılımcı 3)*

*“Aslında öfkem hastaya değildi, yönetime karşıydı. Bizi o kadar zor hastalarla güvenliğimizi düşünmeden bilgisiz personelle ve güvenli olmadan bırakmalarınaydı. (Katılımcı 7)*

*“Personelle ilgili, hasta bakıcıyla ilgili, güvenlikle ilgili sıkıntılar vardı ama uyarılamıza rağmen, dilekçeler tutanaklar tutmamıza rağmen, dilekçeler verilmesine rağmen hiçbir önlem alınmadı. Ne personel sayısı arttırıldı ne güvenlik sayısı arttırıldı.” (Katılımcı 7).*

*“Ana Bilim Dalı ile bir bazen böyle informal toplantılar olabiliyor. Bazen toplandığımız zamanlar müdürlük de olabilir. Başhemşiremiz de olabilir eski başhemşiremiz de yeni başhemşiremiz de bunları hep dile getiriyoruz Keşke böyle olsaydı keşke şöyle olsaydı şu da şöyle olsaydı keşke şunu yapabilseydik gibi sadece hani konuşulmuş oluyor, iletilmiş oluyor.” (Katılımcı 11)*

*“Personelim sağlanmadı. Aslında bunu benim de değil de personelin yapması lazımdı... 2 yıl boyunca ben gece personelsiz bir şekilde. Çocuk alkol maddede çalıştım. Doğru değil, biliyorum. Ne kadar istesek de sorumlumuz bunları iletmiyordu.” (Katılımcı 15)*

*“İkili ilişkileri benim korumam gerektiğine dair böyle genelde direktifler veriliyor. Örnek veriyorum, hastanın neden kıyafeti kirli? Bana bunu sorguluyorsun ama ondan önce kıyafet hastanede var mı, hangi zamanlarda hangi yıkama şekliyle geliyor diye kendine sorması gereken soruyu sormadan önce bize sorunca ‘Neden ya, kendileri bunun farkında değil mi?’” (Katılımcı 3)*

#### **Alt Tema 4: Baskı ve Ceza Kültürü**

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda hastalar için etkili ve kaliteli bakım vermek için rol ve sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken sorumlu hemşirelerinin ve hemşire dışı yöneticiler tarafından engellenmeleri, yer değişikliği ile tehdit edilmeleri nedeniyle MD yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır.

*“Psikoeğitim vermene izin vermiyor, günaydın toplantısı, samba yapmana izin vermiyor, bakım planıyla hastayla çalışmama izin vermediler bana ya...! ben dedimki bakın bakım planıyla hastadan veri toplayacağım sonra müdahale, girişimlerde bulunacağım. Beni bir gecede sorumlu hemşire mesaiden nöbete çekti ki ben yapmayım bunları diye” (Katılımcı 1)*

*“Pandemi döneminde çok yoğun çalıştığım süreçler oldu. Kimsenin idari binadaki yöneticileri kimsenin olmadığı yerler vardı. Şimdi de pandemi geçtikten sonra piyasaya çıkan idarecilerin mobbingini yaşıyorum. O zaman neredeydiniz .Yok, yoklardı.” (Katılımcı 2)*

*“Bir şeyleri eksiksiz yapmak istiyorum çünkü insanla çalışıyorum. Hasta olan bende benim bir yakınımda olabilirdi. .. En basitinden sözel bir pozitiflik bile görmüyoruz ki . Hemşire onu da yapsın hemşire bunu da yapsın hemşireler şunu yapacak. Birim sorumluları şunlar şunlar yapılacak bunlar bunlar yapılacak. Böyle hep bir dikteler.” (Katılımcı 2)*

*“.., böyle çok engelle hani mobing aşamasında engellenme ile karşılaştım açıkçası. Hani ‘mevcut azalsın, işte gitsin hasta’ gibi yaklaşımlar oldu. Öyle değil yani o hasta hala kötü.” (Katılımcı 12)*

*“... Yer değişikliği oluyor. AMATEM’le Psikoz arasında gidip geliyor. Yani cezalandırmak amaçlı kadın servisleri kullanılıyor genelde. ‘Bak seni kadın servisine gönderttiririm.’” (Katılımcı 15)*

## **Tema 6. Sistemsel Nedenler**

Hemşirelerin çoğunun farklı hastanelerde çalışmalarına rağmen hemşirelerin, benzer şekilde çalıştıkları kurumların fiziki şartlarının uygun olmaması, psikiyatri servislerinin hastaların bütüncül bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik düzenlenmemiş olması, taburculuk sonrası tedavi ve bakım süreçlerinde yetersizlikler yaşanması, psikiyatri hizmetlerine ulaşmanın zor olması, hastaların ve hemşirelerin haklarına ilişkin konularda eksiklikler olması nedeniyle MD yaşadıkları görülmüştür. Sistemsel nedenler teması; *Psikiyatri Birimlerine Yeterince Kaynak Ayrılmaması, Tedavi Ve Bakımın Devamlılığının Olmaması, Psikiyatri Hizmetlerine Erişim Zorluğu ve Yasal Prosedürlerde Eksiklik* olmak üzere toplamda dört alt temadan oluşturulmuştur.

### **Alt Tema 1: Psikiyatri Birimlerine Yeterince Kaynak Ayrılmaması**

Hemşirelerin hastaların iyi bir tedavi ve bakım hizmeti almak için başvurdukları psikiyatri servislerinin/hastanelerinin fiziki yapılarının eski olması, servislerde terapötik ortama uygun olmaması, zaman zaman önemli ve acil uygulanması gereken ilaçların bulunamaması, sosyal aktivitelere ilişkin kaynakların ve ortamın olmaması ve nedeniyle MD yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

*“Ben bir dal hastanesinde, bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışıyordum bundan önce. Yani uu hastane 1930’larda 1920’lerde yapılmış bir hastane. Ve hastaneyken de verem hastaları için yapılmış, 78’de ruh sinire dönüştürülmüş. Yani işte tamamen hastaların ihtiyaçlarını yani tamamen demeyim de genel itibariyle karşılanmıyordu.....Hemen hemen çalıştığım kliniklerde kliniğin fiziksel koşullarının çok uygun olmadığını, bunun şöyle diğer hastanelerdeki kliniklerinden çok farklı şekilde dizayn edilmediğini hani çok benzer şekilde hatta çoğu da diğer servislerden bozma klinikler olduğunu... ya da kliniklerin renkleri boyandığı renkler olsun çok bunlar uygun olamaması, ya da hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek sivri noktalar, kör noktalar, hemşire odasının çok alakasız yerde olması, hastanın öfkesini boşaltabileceği alanlar olmaması hani bahçenin olmaması..” (Katılımcı 1)*

“...zaten eski bina olduğumuz için yıkılacak yeni binaya geçeceğiz. Çok uygun olduğunu düşünmüyorum. Şartların yani sıvalar döküldü, çatı akıtıyor. Çünkü yapılması gereken çok fazla iş var serviste.” (Katılımcı 16)

“Genel olarak Türkiye psikiyatri servislerinde hastalara uygun ortamın sağlanmadığını düşünüyorum ben. Çünkü daha iyi bir ortam sağlanabilirdi. Hastaların ajite olduklarında kendilerine zarar verebilecekleri hiçbir şeyin orda olmaması gerekiyor. O şekilde olabilirdi. Yeterli bulmuyorum ben Türkiye’deki servislerin ortamını yeterli bulmuyorum” (Katılımcı 5)

“Özellikle kapalı serviste rehabilitasyon etkinlikleri yürütecek kimse yok Corona’dan dolayı gibi hastaların yani o kadar haklılar ki ben olsam bende çok rahatsız hissederdim sabah kalkıyor, kahvaltısını yapıyor mesela boş yapabileceği başka hiçbir şey yok. Top var patlıyor mesela ertesi gün gitti topta yok zaten kart işte satranç vesaire oynamaları vs. yasak devlet tarafından satranç tahtalarıyla bir şeyler yaparlar vesaire gibi. Kalem verilmesi tehlikeli olduğundan boya bile hani yapamıyorlardı ya da bunu yaptırarak o dönemdeki kimse yoktu biz vardık sadece” (Katılımcı 4)

“Yetersizlik hissettiriyor her şeyden önce. Çünkü bu yaptığımız işin vicdani bir tarafı da var ve bu noktada hani gelen danışan en iyi hizmeti almaya hakkı var ama devlet koşullarının yetersizliği üzüyor yani özel bir hastanede alınan hizmetle işte devlet hastanesinden alınan hizmetin aynı olmaması üzüyor.” (Katılımcı 12)

“Zaten bırakın Maslow’un asıl işte yeme içme, işte ya da bulunduğu ortamı, kirasını ödeyebilmekte olmaları gerekiyor. Onlar sağlanmalı yani onlar da. Eksik var.” (Katılımcı 15)

“Malzeme kalitesi çok kötü, malzeme kalitesi giderek kötüleşiyor. Nörodol akineton yapılan bir hastaya akinetonun eczanede kalmadığını duymuştum mesela. Çok ilginç yani benim sadece psikiyatri yatak kapasitem 1100 falandı işte. Böyle bir yatak kapasitesi olan hastanede akineton olmaması ne demek ?” (Katılımcı 12)

## **Alt Tema 2: Tedavi ve Bakımın Devamlılığının Olmaması**

Hemşirelerin; hastaların taburcu olduktan sonra ailenin bilgisizliği, çevrenin damgalaması, ilaç uyumlarının olmaması gibi nedenlerle yani döner kapı sendromu

olarak adlandırdığımız durumla karşılaştıklarını, bunda en büyük etkenin ise TRSM'lerin işlevsizliği nedeniyle olduğunu düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

*“Yani bu hastanede verdiğim şeyi devam ettirecek bir şey olması lazım ki TRSM gibi işe yarasin o yüzden dedim ki ben anlatsam ne olacak anlatmasam ne olacak.” (Katılımcı 4)*

*“Ben böyle adresli telefon numarasını ve ismini öğren işte .. TRSM yazıp hastanın cebine koyuyordum. ‘Bak bunu sakla hani sana söylerler, söylemezler bilmiyorum ama sen buraya muhakkak git’ diye. Ya da TRSM’yi arıyordum işte ‘Ahmet bilmem ne gelecek oraya’, epikrizinle birlikte git falan diye zorla gizli gizli TRSM’ye hasta yönlendiriyordum.” (Katılımcı 12)*

Hemşirelerden bazıları hastaların taburculuk sonrası günlük yaşamlarına uyum sağlayabilmeleri sağlayacak ya da tedavi hizmetlerine ulaşmalarını sağlayacak kuruluşların yetersizliklerinin psikiyatri hastalarının önlerinde birer engel olduğunu, kendilerinin verdikleri bakımın sonrasında devam edemediğini vurgulamışlardır.

*“Ben hastamı taburcu ettim tamam hasta geldi yatırdık, bir süre tedavi oldu ben taburcu ettim. Ya sonra ben kime gönderiyorum bu hastayı? Yani ben bunu hastayı toplum içerisinde de takip etmeliyim böyle bir mekanizma yoktu yani... Örneğin hastayı sen işe yerleştirmeye çalıştırıyorsun kaç tane İŞKUR’a gidiyorsun almıyorlar hani biz işte psikiyatrik hastayı almıyoruz hani oysa engelli kadrosu var almıyor, biz işte ortopedik engelliye alcaz hani biz psikiyatrik engelli almıyoruz şeklinde hani ne o kurumlar olsun kaymakamlık, işte İŞKUR, belediyeler, hani onlar çokta şey yapmak istemiyordu ....” (Katılımcı 1)*

*“...hastanın bakım evi sürecinin çok daha çabuk halledilmesi gerekiyor, (hasta) geliyor aslında 3 ay yatıyor sosyal hizmet süreci o kadar yavaş işliyor ki tabii ki de bir bakım kurumu bulmak çok zor olabilir ama yani artık bellidir hasta artık o kadar uzun süre yatıyorsa ve biraz daha işlemler hızlandırılabilir.” (Katılımcı 3)*

### **Alt Tema 3: Psikiyatri Hizmetlerine Erişim Zorluğu**

Hemşireler psikiyatri ilaçlarına ulaşma ve erişim sağlama konusunda hem kendi yaşadıklarını hem de hastaların yaşadıkları durumları ifade etmişlerdir.

*“Bazen bazı ilaçlar dış reçete yapılabiliyor. Hastanın yakınından istiyoruz, yakını yoksa yine bizim cebimizden çıkabiliyor.” (Katılımcı 12)*



*“İlaç kaynağı mesela. Bizim hafta sonları eczanemiz açık değil. Aktif hastamızda bir sıkıntı olabiliyor, yatışı olan hastanın eksik tedavisi olabiliyor. O tedaviyi bulabilmek bile çok büyük sıkıntı haline gelebiliyor bazen...Yani yetersiz... İlk önce ekonomik durumları düzelmeli, yani ilaçlar çok pahalandı. Özellikle bu süreçte. İlaçlarını almakta sıkıntı yaşayan(bireyler var). (Katılımcı 15)”*

*“Biz mesela en ufak bir ilacı bile işte yatan hasta reçetesi yaptırmaya çalışıyoruz. O ilacı getirmeye çalışıyoruz. İlaç piyasada olmuyor ya da işte hastanın üzerinde var görünüyor. Biz yine ilaca ulaşamıyoruz. Ben bir ativan bir miligram için bir günümü harcadığımı bilirim. Yani ben bu bir günümü hastalarımı ayırsam çok daha fazla verimli olacağını düşünürken böyle teknik sıkıntılar yaşayabiliyoruz maalesef.” (Katılımcı 16)*

*“Ya da hasta işte Manisa'da yaşıyordur ama öyle bir kurum ayarlanmıştır ki hastanın tüm geçmişi işte 60 yılı 50 yılı Manisa'da geçmiştir ama hastaya Samsun'dan bir bakımevi ayarlanır ve hasta tamamen doğduğu topraktan yaşadığı iklimden coğrafyadan koparılıp başka bir yere gönderilir, hiç bilmediği tanımadığı. Bu bana böyle çok dramatik geliyor.”(Katılımcı 3)*

#### **Alt Tema 4: Yasal Prosedürlerde Eksiklik**

Hemşirelerin psikiyatri birimlerinde servisin işleyişine, hastaların ve hemşirelerin haklarının korunması, savunulmasına ilişkin konularda eksiklikler olması ve bundan hastaların ve kendilerinin olumsuz etkilenmesi nedeniyle MD yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

*“Yönetmelik, yönerge bir şeyler var uygulanmıyor hani bunu fark ediyorum ya da yetersizlik vardı, açıklılar vardı hani sürekli mevzuattan kaynaklı, ya da yönetimden kaynaklı eksikler...” (Katılımcı 1)*

*“Ben bile mesela lüzum halinde tedavi uyguladığım için ceza verdiler. .... 7-8 gün önce uyguladığım lüzum halinde tedavi yüzünden mesela uyarı cezası almıştım.” (Katılımcı 8)*

*“Çünkü adam aslında yani mala zarar vermiş ama bu malın karşılığını ödemiş, karşıda bulunan şikayetçi olmamış, kamu davasına dönmüş ama o adam diyor ki ‘ben ne yapabilirim?’ diyor. Adam şu an mesela bir buçuk aydır falan yatıyor. Yani burada*

*aslında adama yardım etmek istiyorsun ama edemiyorsun. Burada prosedür bizi sıkıyor.” (Katılımcı 8)*

#### **4.4.2. Bağlam 2: Moral Distresin Sonuçları**

MD'nin sonuçları bağlamında duygusal yanıt, fiziksel, mesleki sonuçlar ve bakımın kalitesinde düşme olmak üzere 4 tema yer almıştır.

##### **Tema 1: Duygusal Sonuçlar**

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin sıklıkla öfke hissettikleri görülmüştür.

*“Engellenmişliğin yarattığı beraberinde gelen bir öfke onu ifade edebilirim. Hani elinden gelmiyor onun bir çaresizliği, o şekilde..Beraberinde diğer hemşire arkadaşlarda tatsız bir şey yaşandıkları için moralleri bozulmuştu yani ben biraz üzülmiştim hani benim meslektaşlarımın üzülmesi beni üzmüştü.” (Katılımcı 1)*

*“... öfke de diyebilirim ama bu öfke tek oluşuma dair olabilir ya da mesela beyaz kod verdiğim zaman güvenlik çağırdığım zaman onların gelmemesi yada geç gelmesi yada kişi inisiyatifinde mesela her güvenlikte bir değil.” (Katılımcı 2)*

*“Kızgınlık ya özellikle o hastanın bizim kliniğimize yattığın zaman bunun olacağını bilen klinik şefimiz sebebiyle yatıyordu o kabul ediyor hastayı eğer kabul etmese hasta gelmez ve biz ona defalarca açıkladık bu hastaya burada bakım verilemez çünkü ilgilenmemiz gereken çok fazla şey var aynı zamanda güvenlik de çağırıyoruz uygun bir yer değil buraya burası onun için çok kızgınlık duyuyordum.” (Katılımcı 4)*

*“İlaç kısmına gelmeyen doktor olduğu zaman sen de işte hastaya karşı çaresiz hissediyorsun. Yani gelmediği için sen de öfkeleniyorsun.” (Katılımcı 8)*

Hemşireler merhamet yorgunluğu, çaresizlik, değersizlik, yetersizlik hissetmektedir.

*“...kendimi yalancı hissettim. Bazen ne bileyim kirlenmiş gibi hissediyordum...” (Katılımcı 1)*

*“Biliyoruz kısıtlı imkanlar, kısıtlı zaman. 40 hastaya bakarken üst katta, 40 hastam vardır. O gün içerisinde hem öz bakımı sağlayabilmek hem hastayı gözlemleyebilmek 40 hastayı aynı anda çok zor. Türkiye şartlarında yetersiz hissettiriyor bu hemşireyi (Katılımcı 15).*

*“Ben bu kadar şey için çabalarken benim tek başıma kalışım ve Nightingale gibi, bu görüşmenin içerisinde basit biraz bayat kalacak ama yani aşağılanan küçümsenen, çokta değer görmeyen bir yerden bakılıyor oluşu beni çok büyük bir hayal kırıklığına uğrattı”. (Katılımcı 2)*

*“Bende iyi olmalıyım ki hastaya iyi gelmeliyim ama bunun olmadığı çünkü hadi tamam. Ben iyi olayım kim gelecek yok ben, ben tekim orda kim bakacak yok ben tekim o yüzden değersiz hissettiriyor beni mutsuz hissettiriyor... Ciddi anlamda değersiz. Çünkü minimum bakılması gereken hasta başına düşen hemşire sayısı var.” (Katılımcı 2)*

*“Şöyle acaba ileride ben de bu şekilde duyarsız biri olabilir miyim korkusu çok sarıyor şimdi evet farkındayım ama bu insan işte 15 yıl boyunca burada çalışmış ben 4 yıl boyunca çalıştım acaba vicdanından ya da şeyimde ne kadar çok götürüldüm onlar gibi olma korkusu çok sarıyor öncelikle.” (Katılımcı 3)*

*“Yani tabii taleplerimizin dikkate alınması, bununla ilgili eksiklerimizin tamamlanması iyi olurdu. Bunu yapmamak yani şey. Çok dikkate alınmadığını hissini uyandırıyor bize.” (Katılımcı 10)*

*“Dediğim gibi bakılsaydı farklı sonuçlanabilir miydi ya da farklı bir aletle yine aynı eylemi gerçekleştirir miydi? Soru işareti yani suçluluk, pişmanlık ve bir yandan da korku demek istiyorum. Çünkü gerçekten hastaya bir şey olacak endişesi beni çok ürkütmüştü.” (Katılımcı 16)*

*“Mesela o bütün gün hastalarla oturuyor ama işte telefon oynuyor mesela hastayı çok gözlemleyemiyor rehabilitasyon esnasında ya da etkinlik yaptırmıyor sonradan şuna döndü sen işte o etkinlik yaptırırken öyle stajyer etkinlik yaptırırken ya da psikolog günaydın toplantı yaparken hastayla ilgili ne gözlemlediğini söyle gözlemlerini yazalım, sonra şeye döndü, rehabilitasyon yaptırıcı bir hemşireden hastaların yaptığı etkinlikleri izleyen hemşireye.”/umutsuz hissettim”... Aynı örüntüyü hemşireler arasında da hissediyorum. Aynı şekilde onunla iyi anlaşmayan hemşire servis içinde dışlanır aynı hasta gibi o sebeple de dışlanmamak için ben de örüntünün içine girdim, iyi anlaşmaya çalıştım , umutsuz gene hani bu ben bunu değiştiremem diye düşündüm çünkü öncesinde kurulmuş ilişkiler var ve sağlamlar, hastalıklı olsa da...”(Katılımcı 4)*

*“Cerrahide ağrısı varsa işte belli bir ağrı kesici planlanıyor ve kişinin ağrısı geçiyor fakat psikiyatride öyle değil bu da kişide iyi bir sonuç bir anda olmayacağı için bir yorgunluk bırakıyor aslında merhamet yorgunluğu da bırakıyor iş doyumunu biraz daha az oluyor.” (Katılımcı 12)*

*“Zaten çoğunlukla arada kalan hep biz oluyoruz. Yani bütün bakımı veren, tedavisini üstlenen bazı zorlukları gerçekten elinin altına koyup gerçekleştiren (hemşireler var) ama yine de kıymet görmeyen bir meslek olduğumuzu düşünüyorum.” (Katılımcı 16)*

*“Üzüntü çok ciddi bir şekilde üzülmiştim o bize hayal kırıklığı var.” (Katılımcı 6)*

## **Tema 2: Fiziksel ve Mental Sonuçlar**

Hemşirelerin çalıştıkları serviste sadece hemşire olarak bulunmadıkları, yeri geldiğinde; güvenlik görevlisi, bakım personeli, temizlik personeli, hasta yakını gibi roller içerisine de girebildiklerini, tüm bu sorumlulukları tek başlarına yükledikleri için MD yaşadıkları ve sonucunda fiziksel ve mental yorgunluk yaşadıkları görülmüştür.

*“Güvenliklerde o kadar eğitilmiş değil güvenliklerin davranışlarında da ben sorumluyum. Olası hastayı yakaladıklarında ona da zararda vermemeleri lazım. Darpta olabilir çünkü onu da korumam lazım hepsini aynı anda düşündüğüm için çok yorulduğumu hissetmişim” (Katılımcı 2)*

*“... zihnimiz 1.000 parçaya bölünüyor. Yani tabiri caizse arkada da gözümüzün olması gereken bir yer. Yani sen yatışa alırken öbür tarafa da müdahale edip edebileceğin etmek isteyeceğin bir yer burası sürekli takip gözlem zihinsel anlamda yorgunluk. Bunlar gerçekten tüketiyor insanı bir de sabrım kalmıyor. Akşama kadar bir soruyu 10 kere duyuyorsun. Eve gittiğinde gerçekten sessizlik ve dinginlik istiyorum.” (Katılımcı 16)*

*“Bu süreçte ‘benim bir sıkıntım mı var ya da doğru yapmıyor muyum bir şeyleri ya asıl problem, acaba onlar doğru ve ben mi yanlış yapmaya başlıyorum’ olmaya başladım. Asıl uyum sağlayamayan konuma geçtim ister istemez. O sürecin sonunda da psikolojik destek almam gerektiğini düşündüm ve psikolojik destek aldım.*

*Sonrasında bu süreç bir buçuk yıllık sürdü desteğim. Farkındalığım varsa yani aslında ben hani? (Katılımcı 15)*

### **Tema 3: Mesleki Sonuçlar**

Hemşireler motivasyonlarının azaldığını, doyum alamadıklarını, tükenmiş hissettiklerini, yer değişikliği yapma ya da işi bırakmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir.

*“İşte az hemşire ile çok iş yapmaya çalışıyorduk, o işin kalitesi çok düşüyordu buu sefer, Bundan da hani hizmet verdiğimiz grup insan olduğu içinde hasta çok ciddi etkileniyordu. Arada mağdur olan hasta oluyordu. Yani ordaki o bunu ben hala düşünürüm o aklıma geliyor.” (Katılımcı 1)*

*“... yapmak istiyorum ama o gücü kendimde de bulamıyorum, motivasyonu bulamıyorum.” Katılımcı 4)*

*“ Ve yani çok fazla şeyle ilgilenmek durumunda kalıyorsun sadece hastalarla değil kliniğin işleyişiyle de ilgilendiğimiz için kendimi yeterince güçlü hissedemiyordum bunu yönetmek için ve haliyle tükeniyordum, yoruluyordum.” (Katılımcı 4)*

*“O kadar bıkkınlık, bitkinlik, tükenmişlik oluşuyor ki, onlarda bile hiç, bir şey yapmak için bir heves olmuyor.” (Katılımcı 7)*

*“O yetersizliğinin bir parçası oluyorsunuz siz de hani hasta yapacağınız iş işi eksiksiz yapayım derken insan kendisinden bir şeyler verdiği için kendisini tükenmiş hissedebilir.” (Katılımcı 11)*

*“Tabi hani çalıştığımız hani iş hayatım boyunca ‘a evet ya çok iyi, hemşire sayımız çok iyi, herkes gerektiği doyumunu alıyor. Herkes işini fazlasıyla işte sindire sindire yapıyor dediğim anlar olmadı hiç. Olduysa bile belki haksızlık etmeyeyim, belki çok nadir”..” (Katılımcı 11)*

*“İlk başta, çalışmaya başladığım zaman psikiyatride çok istekli başlamıştım zaten hani sadece burada çalışmak istiyordum. ... Çünkü bizde ne oldu, biz ona (hastaya) ne kattık ve gidince yine geldiği yere gidiyor aslında... hani hayatı çoktan değişiyor. Bunun gibi motivasyon kayıpları yaşamaya başladım...” (Katılımcı 12)*

*“Ben psikiyatri aslında yani hiç bırakmak istemedim servisten ayrılmak olarak, hastayla çalışmak olarak hiç bırakmak istemedim. O dönem sadece o birimden ayrılmak istemiştim.” (Katılımcı 12)*

Hemşirelerin özellikle klinikte bakım verdikleri hasta sayısının fazla olmasına rağmen personel istihdamının yetersiz olması ve bu konudaki taleplerinin karşılanmaması nedeniyle her hastaya eşit derecede bakım veremediklerinde, psikiyatri hemşiresinin görev tanımları içinde yer alan olan günaydın toplantısı, sosyal aktivite, görüşme yapma hatta bazen gözlem yapma gibi sorumluluklarının yerine getiremediklerinde MD deneyimledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

*“Zaten içerde bu bulunduğum hemşire odasında gerginim, kendimi iyi hissetmiyorum ki hastaya iyi bir şekilde bakım vereyim çünkü ruhsal olarak ben iyi değilim, ruhsal olarak yani iyilik halimi yok ki hastayı ruhsal olarak iyi yapmaya çalışayım” (Katılımcı 3)*

*“..bir yerde artık mesela çok uğraş verdiğimiz ve tekrar geldiği zaman (hasta). “İşe yaramıyorum gün işte işe yaramıyor yaptığım o zaman yapmama gerek yok.” (Katılımcı 4)*

*“Ya bazen şimdi kendini kötü hissediyorsun çünkü hasta bunu dile getiriyor veya hasta yakını dile getiriyor, kötü hissediyorsun ama sonuçta senin de orada yani empati iyi bir şey, bir yerde ama sürekli empati kurduğun zaman otomatikman bu sana da zarar vereceği için belli bir oranda kendini kapatman gerekir. ...Hani bu oluşmaması için belli oranda kendini yine kapatıyorsun. (Katılımcı 8)*

*“...hemşirelik, psikiyatri hemşireliği bence hastaya duygusal olarak da dokunmayla ilgili bir meslek ama işte buna zaman ayıramadığın zaman daha robotik oluyor. İlaç hazırlama ve ilaç verme. Yani hastaya dokunmadan süreç ilerlemiş oluyor.” (Katılımcı 10)*

#### **4.4.3. Bağlam 3 : Moral Distresle Başetme**

MD’yle başetme bağlamında ekipten destek alma, duygusal baş etme, problem odaklı baş etme, değerlerine uygun davranma çabası olmak üzere 4 tema yer almıştır.

## **Tema 1. Ekipten Destek Alma**

Meslektaşlarının ve ekibin desteğini gören hemşireler kendi yaptıkları işin karşılığını gördüklerini hissettikleri için verdikleri bakım uygulamalarına devam etme, kararlara daha fazla katılma konusunda daha yetkin hissetmelerinin yaşadıkları MD'nin olumsuz etkilerinin azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

*"... bizi iyi etkiliyor diyebilirim çünkü bir yerde sorumluluk almak durumunda kalıyorsunuz sistemi bilmiyor mesela ya da yeterince eğitimi almamış bu konuyla ilgili sen hasta iyi olsun diye sorumluluk hissettiğin için üzerinde daha fazla öğrenmeye çalışıyorsunuz yani hiç yüksek lisans eğitimi almamış ya da bu konuyla ilgisi olmayan hemşirelerin bile bir şekilde hastanın iyiliği için araştırma yapıp bir şeyleri değiştirmek istediğini gördüm ."* (Katılımcı 4)

*"Bizim psikiyatri servislerinde gayet bilinçli bir ekip var yüksek lisans yapıyor bitirmiş bir ekip var genç çalışma arkadaşlarım var bu yüzden psikiyatri servisine yeni bir soluk geldiğimi düşünüyorum."* (Katılımcı 6)

*"Türkiye'nin bence sayılı kendi servislerinden birisi hem de bakım anlamında hastalara bakım anlamında hastaları ele alma hastalığı tedavi etme, o yolu kat ettirme anlamında hem de çalışan personel, genişlik anlamında değil nitelik anlamında yani hani sayı olarak değil ama çalışan personelin niteliği doktorun niteliği hemşirenin niteliği yardımcı personelin içeriği anlamında da ideale yakın bence olması gereken standartların üstünde olduğunu düşünüyorum"* (Katılımcı 11)

*"Tedavi süreciyle ilgili vizitler oluyor vizitte genelde taburculuğa yakın olan hasta hakkında daha fazla görüşülüyor aslında bununla birlikte eğer hastanın genel tıbbi durumu düşünce içeriğinde değişiklik olmadığı iyiye gitmiyor yerinde kalıyor ya da getiriliyorsa bununla ilgili bir tedaviye bir el atmamız gerek kısmını konuşuyoruz bu noktada da bizim gözlemlerimiz ciddiye alınıyor dikkate alındığını söyleyebilirim çünkü devirleri aynı zamanda hekim grubuna da yapıyoruz hani herkes kendi hastasının geceyi nasıl geçirdiğini bazen asistan doktordan nöbetçi olan kişiden tam olarak olamayabiliyor bizlerin de aslında hemşire olarak hastayı daha çok gördüğümüzü bildikleri için bizden de devir alıyorlar bu nedenle tedavi formatına da eklemeleri vesaire çıkartmaları olabiliyor."* (Katılımcı 12)

*"Psikiyatri servisindeki gerek doktorlar gerek yardımcı sağlık personeli gerekse hemşireler iletişim konusunda kesinlikle ne kadar hassas olduklarını ya da*

*sizden ne beklediklerinin çok daha farkında oldukları için o süreç daha kısa ve etkin bir şekilde tamamlanıyor.” (Katılımcı 13)*

*“Hemşire olarak onları tamamlayabilmek hemşire olarak o konudaki hastanın ihtiyaçlarını tespit edebilmek ve bununla ilgili bakım geliştirebilmek bir plan yaparak bakım planı oluşturarak bunu uygulamaya koyup sonuca ulaşmak sizin de çok önemli ve o konuda da gerçekten hani bir üniversite hastanesi olmasının avantajlarını bence yaşıyoruz çünkü çok farklı tanımlardan çok farklı özel insanların hepsine gerçekten kendine has özellikleri olan, yani bir hastayı değerlendirdiğinde o bakan o hastayla ilgilenen hemşirelik kesinlikle yani bütün donanımlarına yetecek bir hasta oluyor.” (Katılımcı 13)*

*“Mesela hastayı gözlemliyoruz. Neler yaşadığımızı, neler olduğunu, bunları okuyan, değer veren, bizim fikirlerimize önem veren hekimlerimiz de var. Böyle olunca tabii ki tedavi süreci daha hızlı oluyor. Çünkü hastadaki olan etkiler ya da yan etkileri gözlemlemeniz daha uygun oluyor. Bu yüzden önemli diye düşünüyorum. “ (Katılımcı 16)*

*“Bilgi veriyoruz ya da bakım verirken ya da herhangi bir tahlil sonucu aldığımızda çıktığında hastanın olması gerektiği hakkında yine bilgilendirme yapıyoruz ve dediğim gibi en zor aşaması bizim için fiziksel tespittir. Bilgi verme konusunda onda bile gerçekten hemşire arkadaşlarım ve ben yeterli bilgiyi verip hastayı o şekilde yaklaşıyoruz.” (Katılımcı 16)*

## **Tema 2. Duygusal Baş Etme**

Duygusal Baş Etme teması, hemşirelerin MD’yi deneyimledikleri durumlarla baş etme stratejilerini içermektedir. Bu tema; *Uygulamanın Gerekçesine İnanma, Kendine Telkin Verme ve Olumlu Geri Bildirimlere Odaklanma* olmak üzere toplam 3 alt temadan oluşmaktadır.

### **Alt Tema 1: Uygulamanın Gerekçesine İnanma**

Hemşirelerin hastanın yatışı, uygulanan tedaviler, tespit ve tecrit kararı uygulamalarında hastaların süreçle ilgili olabilecek en iyi hizmeti aldıklarını düşündüklerinde, uygulamaların tedavinin bir parçası ve olması gereken uygulamalar



olduğunu, hastalara yarar sağladığını gördüklerinde MD deneyimlerinin olumsuz etkileriyle baş edebildikleri görülmüştür.

*“Mükerrer yatışlı çok hastam var ve bir süre sonra şeyi düşünüyorum taburcu oluyor. Ben biraz ummm. Örnek vereyim bir ay sonra geri gelecek bir hafta sonra geri gelecek zaten geri gelecek gerçekten çok uzun süreli olmasa da hemen geri geliyor. Mükerrer yatışlı olan çok fazla hastam var. Onlarda şey gibi düşünmüyorum aslında taburcu olmazsa tamamen düzelir ve bir daha hiç yatmaz. Hayır şu an onun olabiliritesi bu kadar.” (Katılımcı 2)*

*“Ajite hastaya müdahale çok beni zorlayan insani duygularımı ve vicdanımı biraz rahatsız eder ama tabii ki tedavinin bir parçası olduğu için göz yumulan bir tedavi şekil diyeyim o beni zorlamıştı.” (Katılımcı 6)*

*“Şey gibi düşünüyorum, evet biz onları kısıtlıyoruz. Çünkü sürekli olumsuz düşünürsem de süreçte bu sefer meslekten verim alamayacağım için tedavileri için kısa bir zaman diliminde buradalar gibi düşünmüş oluyorum.” (Katılımcı 10)*

*“Erkek psikiyatride daha iyiydi sanki. İlk önce ağır tedavilerle başlanıyor nörodol akineton, atak hastaları oldukları için. Galiba olması gereken bu çünkü ilk önce hastanın zarar vermeme ve kişiye bireye zarar vermemesi ya da kendine zarar vermemesi için mantıklı olduğunu ben de gördüm.” (Katılımcı 15)*

## **Alt Tema 2: Kendine Telkin Verme**

Hemşirelerin hastaların bakımı konusunda yaşanan olumsuz durumlarda ve sonuçlarda kendi yeterlilikleri ile ilgili değerlendirme ve sorunu çözmek için kendilerine telkin vererek ortaya çıkan ikilemden kaynaklı MD'nin etkisini azaltabildiklerini ifade etmişlerdir.

*“.. ‘En azından uğraştım hasta için belli bir çaba sarf ettim ve benim yapabileceğim maksimum şey bu’, belki iletişimi tekrardan gözden geçirebilirim demek ki bu iletişim yöntemi herkes için geçerli değil bunun için farklı bir şey geliştirebilir miyim kendimi bu anlamda biraz değerlendirmeye çalışıyorum” (Katılımcı 3)*

*“O an çaresiz hissetmiştim ama böyle anbean. Kısa sürdü. Sonrasında toparlayıp gerekeni yaptık. Sonra da işte ‘yok evet, hayır sen bu olayın bu yönünde*

*olmamalısn, gerekeni yap, kendine gel, hani kendime verdiğim telkinlerle (toparladım).” (Katılımcı 11)*

### **Alt Tema 3: Olumlu Geri Bildirimlere Odaklanma**

Hemşireler bakım verdikleri kişilerden ve ekip arkadaşlarından aldıkları olumlu geri bildirimler aldıklarında yaptıkları işin doğru olduğunu görmenin ve aynı şekilde devam etmelerinin kendilerine iyi geldiğini ifade etmişlerdir ve bu olumlu geri bildirimler sayesinde hemşirelerin MD yaşamalarına neden olan faktörlerin olumsuz etkileriyle baş etmelerinin kolaylaştığı sonucuna ulaşmıştır.

*“Hastaların şu ifadesini biliyorum: ‘Bir siz insan gibi yaklaşıyorsunuz. Toplumdakiler, ailemiz, komşumuz, herkes bize çok kötü gözle bakıyor. Maddeci, hırsız ya da bunlar, bu sıfatlar devam ediyor böyle. Bize çok kötü gözle bakıyorlar, bizimle iletişim kurmuyorlar böyle, bizi sürekli dışlıyorlar” gibi cümlelerini ben çok duyardım. (Katılımcı 1)*

*“Mesela bir şey olduysa da siz bir şey söylüyorsunuz evet...(kendisi için söyleniyor) böyle söylüyorsa bu şekildedir gibi lanse ediliyor zaten onun güveni var.”(Katılımcı 2)*

*“Hiçbir işlem yapmadığım hasta şey demişti bize insan gibi davranıyorsunuz hemşire hanım dedi. Dedim, hani o öyle bir yerden geldi ki insan gibi davranıyorsunuz. Yani bırakın artık hastalığı için damga yemek, onu yapmak. Bu stigmanın ötesi bir şey, insan gibi davranılmak. İnsan yerine konmak varlığının kabul edilmesi. Öyle bir yerden yaklaşmıştı.” (Katılımcı 2)*

*“... kendi işte arkadaşlarım da genelde o psikiyatrinin olduğu mental olarak yorgunluğunu alıyorum yani bu espri neşe ya da dışa dönüklük biraz onun yorgunluğu hafifletir dökülüyorlar yani o psikiyatrinin inanılmaz bir şekilde evet fiziksel olarak yorgunluğu yok ama mental olarak çok ciddi bir yorgunluğu var bunu dışarıdaki benim meslektaşım da anlamıyor sadece hissiyatın içine giremiyor gerçekten o mental yorgunluğun o yüzden hemşire arkadaşlarım arasında daha iyi ...(hemşirenin kendisi) geliyorsa tamam hani...”(Katılımcı 3)*

*“Hastalarımın söylediği: İyi bir insan diye tarif ediyorlar. Yani ben nöbete geldiğimde genelde olumlu bildirim alıyorum, ‘iyi ki bugün geldiniz, sizi gördüğüme sevindim’ yönünde şeyler var, söylemler var yani.” (Katılımcı 10)*

*“Yani biz mesela sabah gülerek giriyoruz, günaydın diyerek giriyoruz. Enerjimizi yansıtıyoruz ya ‘ hemşire hanım ne güzel oldu’. Hani bu geri dönütler, bu talepler bizim için çok kıymetli” (Katılımcı 16)*

### **Tema 3: Problem Odaklı Baş Etme**

Hemşirelerin karşılaştıkları, çözemedikleri etik konulara, hemşirelik müdahalelerine ilişkin bilgi ve becerilerini artırarak MD ile başedebildikleri görülmüştür. Bu tema; *Mesleki Gelişmeye Önem Verme ve Teorik Bilgiyi Uygulamaya Yansıtma Çabası* olmak üzere toplamda iki alt temadan oluşmaktadır.

#### **Alt Tema 1: Mesleki Gelişmeye Önem Verme**

Hemşirelerin çoğunluğu lisansüstü eğitim alarak, sertifika programlarına katılarak, kriz yönetimini yapmayı öğrenerek MD’ye neden olan faktörlerin olumsuz etkilerini hafifletebildiklerini ifade etmişlerdir.

*“Psikiyatri hemşireliği sertifikası aldım. O sertifikayı da işte dilekçeme de koydum. Dedim ki, en azından bildiğim birimde bana söz verdiniz. Birimde çalışmak istiyorum dedim.... ve psikiyatriye geçtim” (Katılımcı 8)*

*“ Biz birbirimizi tamamıyoruz aslında (kendisinin diğer kliniklerdeki bilgi ve deneyimleri , ile yeni ekip arkadaşlarının psikiyatri bilgi ve deneyimleri). Psikiyatri servisinde yatan hastaların çoğu psikiyatri hastası olmuyor. Genelde başka sistemik, kronik hastalıkları da oluyor. Hemşire olarak onları tamamlayabilmek, hemşire olarak o konudaki hastanın ihtiyaçlarını tespit edebilmek ve bununla ilgili bakım geliştirebilmek, bir plan yaparak bakım planı oluşturarak, bunu uygulamaya koyup sonuca ulaşmak kesinlikle çok önemli (Katılımcı 13)*

*“Eğitimim aslında dışarıdan kursları falan da çok katılıp aktif olmaya çalışıyorum. Hem mesleki birikimi devam ettirmek için tazeleyebilmek için 40 yaşından sonra da yüksek lisans yaptım.” (Katılımcı 13)*

*“Atak hastasında kriz yönetmeyi öğrendim. Kriz yönetmek çok önemli.” (Katılımcı 13)*

Hemşireler hastaların ve hastalıklarının belirsiz olduğunu ancak bu durumlarda hastalarıyla ilgilenerken ve açıklama yaparak bu belirsizliğin ve beraberinde ortaya çıkardığı MD’nin olumsuz etkilerinde korunabildiklerini ifade etmişlerdir.

*“Hastayı biraz daha gerçeğe getirme işlevselliğini destekleme taburculuk sonrasında neler yapabileceğine dahil işte rollerine dahil konuşma değişen rollerine dahil konuşma hastalığın birebir getirisi olarak kendisi dair iş kaybı olabilir ekonomik problem olabilir. Yan etkilerine dair bir şeyler yaşamış olabilir. Sorun hangi alandıysa o konuyla ilgili görüşmeler yapmak.” (Katılımcı 2)*

*Katılımcı 11 her bir hastanın bir belirsizlik olduğunu ifade etmiştir ve buna karşılık kendisine yönelik şu değerlendirmede bulundurmıştır;*

*“Bir hastayı ele alacağı zaman, bir hastaya müdahale edeceği zaman, bir hastayla iletişime geçeceği zaman o hastayla ilgili bilgi sahibi olmak ister... Hastaya da kendisine de zaman verir” (Katılımcı 11)*

## **Alt Tema 2: Teorik Bilgiyi Uygulama Yansıtma Çabası**

Katılımcılar, öğrenimleri süresince aldıkları eğitime uygun olarak hastalarla iletişim kurmak, paylaşmada bulunmak, onları bir birey olarak görmek hasta ve hemşire arasındaki etkileşimi kuvvetlendirmekle kendilerini iyi hissettiklerini ifade etmiştir.

*“İkinci özelliğimde biraz daha eğitimci kısımda kalıyorum eğitimci rolü olarak. Düzenli olarak hastalara şimdi hem TRSM’de hem de şeyde tedavi uyum eğitimi veriyorum.” (Katılımcı 2)*

*“Tüm stajyerlerle iletişim halindeyim ve tüm stajyerler bir yıl iki yıl sonra meslektaşımız olarak karşımıza çıkacak. Kimi görmek kiminle çalışmak istiyorsam o hassasiyeti onlara gösteriyorum. Aralıklı onlarla haberleşip servisten bir haber alıp aynı zamanda onlara kendi deneyimimi aktarıyorum bu beni çok besliyor o yüzden daha fazla insanla iletişimde olduğum için belki daha çok işe yarar bir şey yapabiliyorumdur diye tutunuyorum bir yerde.... Kendi ruhuma iyi geldiği için bildiğimi, öğrendiğim şeyleri hastalarla paylaşmak da bana iyi geliyordu.” (Katılımcı 12)*

*“Bir hastanın ismini bilmek ve merhaba nasılsınız dediğiniz an durumlar değişir. Hastayla aynı yönde oluyorsunuz. Bu da sizin işinizi daha çok kolaylaştırıyor.” (Katılımcı 15)*

Hemşirelerin tanık oldukları yanlış uygulamalara ilişkin tutanak tuttuklarında, meslektaşları ya da diğer meslek gruplarına geri bildirimlerde bulduklarında

MD'nin olumsuz etkilerinin azaldığı, bazı hemşirelerin de bu konuda MD yaşamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

*“Ya genelde şeyi korumuş oluyorum yani, o ön yargılardan uzak mesela bana aslında bir önceki nöbette hakaret etsin, küfür etsin. Bir sonraki nöbette ben aynı iletişimimi devam ettirmiş oluyorum. Yani o hastayla ilgili küslük, kırgınlık alınma gibi bir durumum hastaya karşı olmuyor.” (Katılımcı 10)*

*“Benim ilk gündem itibaren işte güvenliklerin ve personelin uzun yıllardır çalışan personellerin özellikle, ilk gündem beri söylediğim hep şeydi. ‘Hayır, hasta ya hiçbir şekilde şiddet, sözel saldırı sesini yükseltme’, çok net bir çizgim vardı ve hiçbiri bunu çok samimi söylüyorum 3 yıl boyunca 3 buçuk yıl boyunca benim yanımda yapmadı. Hani bunu kendi mesai saatlerim için söylüyorum ama meslektaşlarım da ekip arkadaşlarım da duyduğum oluyordu ve bu bunun için böyle hep böyle bir şikâyet etme eğilimindeydim. İnsanları kenara çekip konuşma eğilimindeydim. Hani bunun üstüne hiç kapatmadım. Bu yüzden içim çok rahat.” (Katılımcı 12)*

*Katılımcı 12, kliniğe yeni gelen bir hastayla görüşme sürecinde yapılması gerekenlere ilişkin ekibe geri bildirimleriyle ilgili şunları ifade etmiştir:*

*“Her şeyden önce ekiple bunu konuşabiliyoruz yani yatış burada yapılıyorken hasta yatışı yapılıp bilgiler alınması gerekirken o an hani orayı birazcık daha sakinleştiririm, işte nöbet teslimi örneğin o an olmasın ya da başka bir yerde olsun bir şey hani yatış alırken ya da bir doktor gelip de rastlantısal bir soru sormasın kendi işini devam ettirmeye çalışmasın çünkü orada oraya yeni gelmiş bir insan ayrılması gereken bir zaman var ekip içerisinde konuşuluyor.” (Katılımcı 12)*

*“İlk başta zorlandım ilk 5-6 ay ya da bir sene zorlandım. Sonra sınır koymayı sorumluma karşı sınır koymayı, işimin önceliğinin yönünü (hastalarına öncelik verme) değiştirdim. Bu da baş etme yöntemi oldu benim için öyle. (Katılımcı 15)*

*“Şöyle oluyor, ben hala enjeksiyona gelmediğini fark edince arıyorum, hasta yakınıyla görüşüyorum gelmesi gerektiği ile ilgili görüşüyorum, bu planlamalar bana ait. Hastanın tedavisini düzenli kullanıp kullanmadığı ile ilgili olan kısmın düzenlemelerini yapıyorum. Hani gelmesiyle ilgili bilgilendirmelerini işte 3 ayda bir gelmezler ise arıyorum, çağırıyorum geldiğinde ilaç uyumuyla ilgili görüşüyorum, işte enjeksiyon sırasında özellikle hani takiplerle ilgili bilgilendirme yapıyorum, atak sorgulaması yapıyorum üstü kapalı şekilde.” (Katılımcı 15)*

#### **Tema 4. Değerlerine Uygun Davranma Çabası**

Hemşireler karşı karşıya kaldıkları ahlaki ve etik olmayan konularda kendilerine yönelik değerlendirmeler yaparak, nasıl daha iyi bakım verebileceklerini düşünerek bireysel ve mesleki değerlerine uygun davranarak, MD'nin olumsuz etkilerini daha az hissettiklerini ifade etmiştir. Bu tema; *Telafl Davranışı ve Moral Ajanlık Yapma* olmak üzere toplamda 3 alt temadan oluşmaktadır.

##### **Alt Tema 1: Telafl Davranışı**

Hemşirelerin vasisi olmayan hastaların beslenme, kıyafet gibi temel gereksinimlerin yanı sıra sigara, parfüm gibi özel gereksinimlerini de karşıladıklarında onların ihtiyaçlarını gidermiş olmaktan dolayı iyi hissetmelerinin kendilerinde oluşan MD'nin olumsuz etkisini azalttığı görülmüştür.

*“Kendi çapımızda işte ne diyeyim örnek veriyorum iç çamaşır eksikliği var kendi aramızda bir şeyler yapmaya çalışıyoruz ya da bir başka hemşire ya da bir başka bir destekçi bulmaya çalışıyoruz işte çorabı mı yok hastaların çorap almaya çalışıyoruz, işte bir parfüm örnek veriyorum parfüm alabiliyoruz, hastaların sigarasını içmek için çakmağa ihtiyacı var onu cebimizden karşılıyoruz.” (Katılımcı 3)*

*“Hastanın sürekli yanına gittim açıkçası hani öfkemi kontrol edemediğim için aslında böyle oldu isteklerine çok hak veriyorum isteklerine ama şu an bazı imkanlarımız kısıtlı ve sana yardımcı olamıyorum olamıyoruz şeklinde konuşmalarım oldu hani hem izole ama aynı zamanda sosyal bir haliyle ilişkiyi sürdürmeye çalıştım ki belli bir o tedavi etki ettikten sonra sakın bir şekilde ortadan ayrılın diye bu şekilde sürdürüyorum.” (Katılımcı 12)*

*“Yeri geliyor hani altına idrar kaçırma işte gayette kaçırma gibi durumlar söz konusu oluyor. Bizim bakım personelimiz yok. Birebir biz giriyoruz. Yani banyosunu yaptırdığım, hastayı da bilirim. Öz bakımını gerçekleştirdiği hastayı da bilirim. Altından yeri geliyor temizliğini yapıyoruz. Bir güzel silip temizleyip temiz kıyafetlerimiz- genelde buraya bırakıyorlar. Hani ihtiyaç sahibi hastalar kullansın onları hastalara, yani giydirip tertemiz bir şekilde oturtuyoruz.” (Katılımcı 16)*

## Alt Tema 2: Moral Ajanlık Yapma

Hemşireler kendilerinin ve hastalarının haklarını savunduklarında, karşılaştıkları ve uygun olmayan tedavi ve bakım uygulamalarına ilişkin geri bildirim verdiklerinde MD deneyimlemedikleri ve/veya MD yaşadıkları durumla ilgili baş edebildikleri görülmüştür.

*“... daha korumacı hastayı savunucu bir yerdeyim. Bir stigma olduğu zaman dışarda da toplum tarafından Erenköyde mi çalışıyorsun, psikiyatri hemşiresi misin denildiği zaman biraz daha hastayı savunucu stigmaya karşı koyucu bir yerden bakıyorum. Kendi şeyimde de hep böyle stigma yapıyor muyum yapmıyor muyum her zaman içsel olarak içsel damgalamam var mı diye çalışmışım mesela çünkü bunu savunurken savunucu rolüm olurken kendimde de olsun istemezdim en belirgin yanımda bu.” (Katılımcı 2)*

*“Benim bir mesleğimin olduğunu hani bir yardımcı sınıf olarak değil hemşire olarak varlığımı sürdürdüğümü 24 saat hastayla bire bir temas halinde benim olduğunu ve fikirlerimin de neden önemli olduğunu anlattıktan sonra bir sorun yaşamadım” (Katılımcı 2)*

*“Ben böyle adresi telefon numarasını ve ismini değerlerin işte zeytinburnu TRSM hemen yazıp hastanın cebine koyuyordum. ‘ bak bunu sakla hani sana söylerler söylemezler bilmiyorum ama sen buraya muhakkak git’ diye.” (Katılımcı 12)*

*“Hastayla iletişim sağlayıp hastayı ikna ettiğimi düşündüğüm zaman hastayı tepite almıyorum ama biliyorum ki o 2 dakika sonra hasta tekrar bana zorluk çıkaracak bu fiziksel kısıtlamaya alınacak bunu ben de biliyorum ama yine de orada işte güvenliğini benim alanıma müdahale etmesi dolayısıyla ben buna karşı çıkıyorum” (Katılımcı 3)*

*“Ya da o gün olmasa bile onun duyabileceği bir ortamda farklı örnekler üzerinden yani dokundurmaya çalışıyorum diyeyim kendisine (çalışma arkadaşına) belki bir şey alır almaz bilemem ama bir farkındalık oluşturmak adına söylemlerde genelde bulunmaya çalışıyorum yani ” (Katılımcı 3)*

*“Aklımda soru işareti bırakmaktan hoşlanmam dürtüsel bir kişilik yapım olduğu için o an o sorunu çözme yanlısıyım. Evet o soru kafamda soru işareti ediyorsa, gerekirse doktorla da konuşurum, gerekirse şefle de veya sorumlumu da konuşuyordum. Bu konuda vicdanen hiçbir hastayla ilgili sıkıntı yaşamadım.” (Katılımcı 15)*

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin moral distres deneyimleri incelenmiş, bulgular üç bağlam altında ele alınmıştır. Dolayısıyla tartışma, “moral distrese nedenleri”, “moral distresin sonuçları” ve “moral distresle baş etme yöntemleri” olarak üç ana başlık altında yürütülecektir.

MD’ye yönelik çalışmalar son 30 yılda hız kazanmış, genellikle de onkoloji(159, 262) , yoğun bakım (133, 147), acil servis (263, 264), pediatrik yoğun bakım (146, 265) ve pediatrik onkoloji kliniklerinde (262, 266), hemşirelerle yürütülmüştür. Bu çalışmalarda MD’ye neden olan faktörler de ilgi odağı olmuş, MD nedenlerine yönelik çeşitli bulgular ortaya konmuştur (119, 120, 128, 248-251). Yapılan çalışmalarda; nafile tedavi, boş umut verme, yaşam sonu dönem bakıma ilişkin konular, ağrı acıya yol açan tedavileri yürütme, ekip içi ve ekipler arası yetersiz iletişim, yetkin olmayan sağlık çalışanları ile çalışma gibi pek çok durum MD nedeni olarak gösterilmiştir (35, 82). Psikiyatri hizmetlerinde MD nedenlerinin incelendiği çalışmalar ise oldukça sınırlıdır (35, 37, 82, 217, 267). Çalışmamızın bulgularına göre psikiyatri kliniklerinde *arzu ettiği bakımı verememe, etik ihlale tanıklık etme, ekip çatışması, karar çatışması, kurumsal nedenler ve sistemsel nedenler* MD nedeni olarak saptanmıştır. MD’ye neden olan faktörler genel başlıklar olarak ele alındığında çalışmamızın bulguları gerek psikiyatri gerekse psikiyatri dışındaki kliniklerde saptanan MD nedenleri ile paralellik göstermektedir. Ancak MD’ye neden olan genel başlıklar ayrıntılı incelendiğinde psikiyatri hizmetlerine özelleşmiş MD nedenleri saptanmış ve ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

“Arzu Ettiği Bakımı Verememe”, hem onkoloji (159, 262, 266), hem yoğun bakım (268, 269) hem de bizim çalışmamızda saptanan bir MD nedeni. Literatür incelendiğinde, aşırı iş yükü (16, 270, 271), kendini yetersiz hissetme (262, 269), yetkin olmayan ekip üyeleri (262, 268, 269) ile çalışma ve güvenlik kaygısının (267, 272) arzu edilen bakımı verilmesinin önündeki engel olarak gösterildiği görülmüş (262, 266, 273) ancak bizim çalışmamızda yer alan “teorik bilginin uygulamaya aktarılamamasına yönelik bir bulguya rastlanmamıştır (155, 274). Bu sonucun ülkemizdeki eğitim ve sağlık sistemine özgü olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (275, 276).



Çalışmamızda ortaya konan ve arzu ettiği bakımı verememeye yol açan bir diğer önemli konu ise *güvenlik kaygısı*dır. Psikiyatri hemşirelerinin hastalarına bakım verirken zorlandıkları durumlar içerisinde güvenliklerini tehdit eden şiddet içeren hasta davranışları yer almaktadır (202, 209, 277, 278). Psikiyatri hemşireleri, bir yandan hastalara bakım verme sorumluluğunu yerine getirmek için hastalarla yakın temas halinde çalışmak durumunda kalırken, bir yandan da kendilerini korumak, can güvenliklerini ve diğer hastaların güvenliğini sağlamak durumundadır. Jansen ve arkadaşları (2022), Norveç'te psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını, şiddet olaylarının hemşirelerin devamlı olarak tehdit altında hissetmesine neden olarak bakım kalitesinde düşmeye yol açtığını bulmuştur (35). Bir MD nedeni olarak güvenlik kaygısı nedeniyle arzu ettiği bakımı verememe, psikiyatri bakım ortamlarına özgü gibi görünmektedir. Onkoloji, yoğun bakım, pediatri gibi pek çok klinikte yapılan çalışmalarda güvenlik kaygısı temasına (152, 279), MD ölçen ölçeklerde de bu konuya ilişkin sorulara rastlanmamıştır (161, 280, 281). Ancak, COVID-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmalarda da hemşirelerin bakımın kalitesini devam ettirme ile kendilerinin ve çevrelerinin güvenliğini sağlama ve sürdürme arasında çatışma yaşadıkları bilinmektedir (270, 282). Dolayısıyla “güvenlik kaygısı” da MD nedeni olarak literatürde yer alması gereken önemli bir noktadır.

Bu temanın üçüncü alt teması *aşırı iş yükü*dür. Literatüre bakıldığında hemen hemen bütün alanlarda aşırı iş yükünün MD'ye neden olduğu görülmektedir (266, 283-285). Benzer ve beklendik bir şekilde bizim çalışmamızda da aşırı iş yükü bir MD kaynağıdır. Tavakol ve arkadaşları (2022)'da İran'da psikiyatri hemşirelerinde MD'ye neden olan faktörlere yönelik yaptıkları çalışmada, doktorların isteklerinin, hastaların tekrarlayan sorularına cevap vermek, yeni hastaları kabul etmek, evrak işleri, agresyonu artmış hastalara ve EKT uygulanmış hastalara bakmayı içeren sorumlulukların hemşirelerin varolan iş yükünü daha da artırdığı ve verilen bakımın kalitesinin düşmesiyle hemşirelerin MD yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır (271). Hamaideh (2014), Ürdün'de psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada, iş yükünün fazla olmasının MD'yi yordayan en önemli faktörlerden biri olduğu ve yetersiz personel nedeniyle hastalara gerekli bakımın verilemediği sonucuna ulaşmıştır (37). Norveç'te yapılan bir çalışmada ise hemşireler, personel sayısının yetersizliği

nedeniyle hastalara güven vermek için, kendini izole etmiş hastaları kontrol etmek için, terapötik konuşmalar, motivasyon, ilişki kurma ve klinik değerlendirmeler yapabilmek için zamanlarının yeterli olmadığını ifade etmişlerdir (35). Aşırı iş yükü alt temasının bizim çalışmamızda ve diğer çalışmalarda kurumsal bir eksiklik olarak yetersiz personel istihdamı ile bağlantılı olduğu, hemşirelerin yetersiz personel sayısından dolayı oluşan zaman kısıtlılığı nedeniyle arzu ettikleri bakımı vermedikleri görülmüştür (213, 215, 267, 285).

Bu temanın dördüncü alt teması *kendini yetersiz hissetmedir*. Psikiyatri birimleri hastalara bütüncül bakımın sunulması gereken alanlardır. Bu sebeple psikiyatri hemşirelerinin; gözlem ve görüşme yapma, iletişim biçimlerini bilme ve kullanma, psikiyatri alanına ve bakımına dair teorik bilgiye sahip olma gibi pek çok becerilere ihtiyaçları vardır ve bu becerileri geliştirmeleri önemlidir (74, 79). Eğer hemşireler bu becerileri geliştiremezlerse komplike hastaların ve kriz durumlarının yönetiminde zorlanabilirler. Çalışmamızda da buna benzer şekilde hemşirelerin yaşadıkları ve baş edemedikleri durumlara ilişkin kendi yeterliliklerine yönelik yaptıkları değerlendirmeler sonucunda yetersizlik hissetmeleriyle birlikte MD yaşadıkları görülmüştür. Literatürde de daha az deneyimli olan hemşirelerin distressi daha yoğun yaşadıkları görülmektedir (37, 220). MD'le ilgili genel kliniklerde yapılan çalışmalarda hemşireler, ağrı yönetimi (13, 286), yaşam sonu dönemde olan hastalara bakım verme (159, 268, 287) gibi fizyolojik gereksinimleri yönetmeye yönelik yetersizlik hissetmekteyken, psikiyatride hemşirelerinin yaşadıkları yetersizliğin bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaları ile görüşme yapma, daha fazla etkileşimde bulunmaya, terapötik iletişim kurma (35, 217) gibi psikiyatri hemşireliğine özgü bakımı verme ve hastaların kendilerine ve çevrelerine zarar verici eylemlerde bulunmalarını önleme (35, 41, 213, 217, 267) ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Ekip çatışması MD nedeni olarak ifade edilen diğer bir konudur. Psikiyatri multidisipliner bir hizmettir, kalabalık bir ekibin bir arada ve uyum içinde çalışmasını gerektirir. Etkili ekip iletişimi, hemşirelerin endişelerini ifade etmeleri, destek aramaları ve iş birliği içinde etik karar verme sürecine katılmaları için önemlidir (175, 288). Hemen hemen tüm alanlarda ekip içi iletişimin yetersiz olması (158, 268, 273, 289) ve yetkin olmayan ekip üyeleri ile çalışmanın (35, 269, 273, 290) tedavi ve bakım uygulamalarına yönelik ekip çatışmasını ortaya çıkardığı ve hemşirelerde MD'ye

neden olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da hemşireler kendi meslektaşları ve diğer meslek üyeleri ile aralarında olan değer farklılıkları, çalışanlar arasındaki rol ve sınır karmaşaları, meslek üyelerinin birbirleriyle ve hastalarla olan iletişim çatışmaları, ekip üyeleri arasındaki hiyerarşi gibi nedenlere dayalı çatışmalar nedeniyle MD yaşamaktadır. Literatürde yapılan çalışmalarda hemşirelerin hasta bakımında birbirleriyle zayıf iş birliği ve iletişim içinde olması (127, 291), hemşirelerin bakım uygulamalarında bireysel ve mesleki değer farklılıkları (127, 274, 292), hekimlerin hemşirelere karşı sert tutumları (127, 291), meslekler arası iletişimsizlik ve çatışmalar (35, 175, 213, 272, 273, 291, 293, 294), gereksiz tedavilerde hekimin kararına uymak (37, 144, 212, 215, 220, 290), ekipten dışlanma (213, 292), iletişim biçimlerindeki olumsuzluklar (16, 35, 127), hastaların diğer çalışanlar tarafından önemsenmemesi (35, 213, 274) konularında hemşirelerin MD yaşadıkları görülmüştür. Tedaviye yönelik kararlar ekip çatışmalarına yol açabilmektedir. Yoğun bakım ve onkoloji servislerinde hemşirelerin özellikle yaşam desteği (144, 158, 295, 296) ve agresif tedavi (290, 295) uygulamalarının hasta için gereksiz olduğunu düşünmelerine rağmen, hekim kararı ile bu uygulamaları yapmak zorunda kalmaları MD nedeniyle (35, 155, 267), bizim çalışmamızla benzer şekilde hastanın durumu değerlendirilmeden uygulanan tecrit, fiziksel ve kimyasal tespit uygulamaları hemşirelerde MD'ye neden olmaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, *Etik İhlale Tanıklık Etme* bir diğer önemli MD nedeni olarak saptanmıştır. MD çalışmalarının öncülerinden olan Jameton (1990)'da tanıklık edilen etik ihlallere kuramında oldukça önem vermiş, hemşirelerin etik ajanlar olarak, ahlaki sorunları fark edebilmek ve bunlarla duyarlılık ve dürüstlikle başa çıkabilmede ve sağlık kurumlarının ahlaki duyarlılıklarını artırmadaki önemli yerlerinden bahsetmiştir (297). Literatürde de hemşirelerin pek çok kez etik ihlale tanıklık ettiği yer almaktadır (75, 298). Psikiyatri hizmetlerinde ise; yöneticilerin hastaların gereksinimlerini önemsememeleri (274), hastaların gerekli tedavi ve bakım hizmetini almadan taburcu edilmesi (35, 77), özellikle tespit ve tecrit gibi tedavi uygulamaları sırasından hastalara kötü davranılması (35), zorunlu yatış ve tedavi uygulamaları (21, 294, 299), hasta haklarına saygı göstermeyen kişilerle çalışmak (43, 127, 220) , hastalarla alay etme (37, 43, 44, 215), hastalara uygulanan gereksiz tedaviler (37, 43, 44, 215), hastadan onam alınmaması(37, 44, 212, 215, 216, 220,

294), insan haklarına saygı duyulmaması (294), sorun çıkarmayan hastalarla konuşmak için vakit ayırmamak (215), hastalarla bilgileri paylaşmamak (215), hastanın bakımı konusunda ailenin isteklerine uymak (215, 291, 294) konularında yaşanan etik ihlallerin hemşirelerde MD'ye neden olduğu bilgisi yer almaktadır. Ayrıca; hastanın bakım vericileri tarafından istismar edildiği şüphesinin olduğu durumları görmezden gelmek, hasta ilacı almak istemediğinde ilaçları hastanın yiyecek ya da içeceklerine gizlice karıştırmak (44, 215), bir meslektaşının yaptığı ilaç hatasını rapor etmediğini öğrenmenin, bunu görmezden gelmenin de (37, 215), hemşirelerin sıklıkla tanık oldukları etik ihlaller olduğu ve MD'ye yol açtığı saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları literatürle oldukça yakından benzerlik göstermektedir. Ancak bizim çalışmamızda elde edilen önemli bir sonuç ise hastalara yönelik ayrımcılık yapıldığına tanıklık etmenin MD nedeni olarak ifade edilmiş olmasıdır. Bu ayrımcılık belirli hasta gruplarına yönelik negatif ayrımcılık ya da VIP hasta kavramı ve bu hastalara yönelik pozitif ayrımcılıktır.

Çalışmamızda katılımcılar katılmadıkları klinik kararlara ilişkin mesleki görüşlerini paylaşmakta zorlandıklarında MD yaşamışlardır. Özellikle, meslektaşlarının görüşlerine değer vermediğine veya kıdemli meslektaşlarının endişelerine göre hareket etmeyeceğine inandıklarında bu durumun daha da zorlaştığı görülmüştür. Bu durum, mesleki çatışmanın ve/veya potansiyel yasal sorunların, hastanın ihtiyaçlarını karşılama ihtiyacının önüne geçtiğine inandıklarında ortaya çıkmıştır. Literatürde de benzer şekilde hemşirelerin dahil ve hemfikir olmadıkları kararların uygulanması durumunda MD yaşadıkları bilgisi yer almaktadır (213). MD ile sonuçlanan kararlar; özellikle ajitasyon yönetiminde tedavinin yetersiz olduğunu düşünme (35, 217), tecrit, fiziksel ve kimyasal tespit uygulaması (35, 217), tespitle hastanın gereğinden fazla tutulması (35, 217), zorunlu ilaç uygulamaları (21, 35, 213, 272), hastaların eşyalarının ve üzerinin aranma derecesi (21) ve taburculuk kararları (44, 215, 216)'dır.

Çalışma bulgularında her ne kadar ayrı başlıklar olarak ele alınmış olsa da kurumsal ve sistemsal nedenler birbirleriyle paralellik göstermektedir. Sistemsal ve kurumsal nedenlerde öne çıkan MD, psikiyatri hizmetlerine yeterli maddi kaynakların sağlanmaması ve fiziksel alanın yetersizliğiyle ilgilidir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde literatürde de personel istihdamının yetersiz olması (35, 37, 43, 44, 212, 215,

216, 220, 267, 274) ve kaynaklara ulaşmada zorluk yaşanması (35, 212, 213, 217, 274) nedeniyle hemşirelerin MD yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda kuruma özgü MD nedeni olarak öne çıkan konular ise psikososyal bakıma verilen önemin yetersiz olması ve yöneticiler tarafından hemşirelerin destek görmemeleri olmuştur. Benzer şekilde literatürde yapılan çalışmalarda da hemşireler zorlu durumlarla karşılaştıklarında meslektaş ve yöneticileri tarafından göz ardı edilmeleri (38, 82, 91, 274, 292, 300) ve medikal tedaviye öncelik verilmesi (35, 213, 245, 267, 274) psikiyatri hemşirelerinin MD yaşamasına neden olan faktörlerdir. Ayrıca bizim çalışmamızda hastaların taburculuk sonrası süreçlerinde bakımın devamlılığının olmaması hemşirelerin MD yaşamalarına neden olan bir diğer faktör olarak belirlenmiştir. Literatürde de psikiyatri hastalarına yapılan damgalamaların hastaların iyileşme süreçlerini olumsuz etkilediği, sonucunda hemşirelerin MD yaşadıkları saptanmıştır (35, 217, 267).

MD hemşirelerin iyi oluşunun önündeki önemi bir engeldir. Çalışmamızda MD'nin hemşirelerin mesleğe yönelik motivasyon, algı ve tutumlarını etkilediği görülmektedir. Benzer şekilde literatürde de MD'nin hemşirelerin iş doyumunun azalmasına (37, 197, 296), verilen bakımın kalitesinde düşmeye (38, 185, 237) ve hemşirelerin tükenmişliklerinin artmasına ve buna paralel olarak işten ayrılma niyetlerinin artmasına (23, 37, 38, 146, 187, 237, 263, 301) neden olduğu görülmektedir. Psikiyatri hemşireleriyle yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin yaşadıkları MD nedeniyle işten ayrılma niyetlerinin olduğu görülmüştür (35, 220, 274, 302). Onkoloji (273, 279), yoğun bakım(124, 303), acil servis (264, 304) gibi alanlarda yapılan çalışmalarda iş yükünün fazla olması nedeniyle hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin arttığı görülürken, bizim çalışmamıza benzer şekilde psikiyatri hemşirelerinin yaşadıkları şiddet deneyiminin yer değiştirmek ya da işten ayrılma niyetlerini önemli ölçüde etkilediği görülmektedir (41, 305) .

Etik ve ahlaki açıdan zorlayıcı bir uygulama karşısında hemşirelerin stratejileri hakkında bilgi sahibi olmak, hangi desteğe ihtiyaç duyduklarını fark etmek, ahlaki bir uygulamayı sürdürmek ve zaman içinde mesleğe devam etmelerine yardımcı olmak için gereklidir (272). Literatürde de bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların iyileşme süreçlerini görmenin (302), bilgi, beceri ve deneyime sahip ekip üyeleri ile çalışmanın, ve iş birliği yapmanın (41, 271, 292, 306), yaşanan ikilemleri ve zorlu

durumları aile ile paylaşmanın (292), öz eleştiri yapmanın (35), karşı karşıya kalınan sorunları meslektaşları ile paylaşmanın, meslektaşlarından destek aramanın, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmenin MD'nin olumsuz etkilerini azalttığı görülmektedir (41, 227, 271, 292).

Jansen ve arkadaşları (41) yaptıkları çalışmada hemşirelerin iş yerlerine olan sadakatlerinin aynı zamanda bir başa çıkma stratejisi, sorumluluğu reddetme ve MD'yi hafifletme yolu olarak kullanabildikleri sonucuna ulaşmışlardır. Deady ve McCharty (2010), yaptıkları çalışmada hemşirelerin; kurumun kültürel baskıya uyum sağlayarak çatışmadan kaçınma yani ekibe uyumlu davranma, sorunu inkâr etme ya da önemsizleştirme (görmezden gelme, rasyonalize etme), belirli bir iş arkadaşına katılmayı ya da onunla çalışmayı reddetme, iş değiştirmek üzere farklı baş etme yöntemleri kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır (213). Bizim çalışmamızda ve literatürde baş etme yöntemlerinin içinde en fazla tercih edilen stratejilerden birinin tanık olunan sistemin bir parçası olmamak, kendilerinin doğru bildikleri uygulamaları yapmaya devam etmek yani bireysel, etik ve ahlaki değerleriyle birlikte mesleki özerkliklerini sağlamak olduğu görülmüştür (41, 267, 292, 306).

Literatürde yer alan çalışmalarda, hastalarla empatiyle birlikte terapötik iletişim kurmak (271, 292), zaman geçirmek, psikososyal bakım vermek (271, 274, 292) bizim çalışmamızın telafi etme davranışı teması ile uyumludur. Görevini yerine getirmeyen meslektaşlara karşı sert tutumlar ve cezalandırma (271), moral ajan olarak hareket etme, MD belirtileri yaşadıklarında kendilerini desteklemek için olumlu kendi kendine konuşma ve sorunlara verdiği önemi azaltmak, teorik bilgi ve becerisini kullanmak (306) ve kendine telkin vermek (306) ise kendini telkin etme alt teması ile paralellik göstermektedir. Psikiyatri hemşirelerinin kullandıkları pek çok baş etme yöntemi bizim çalışmamızla ortaklaşırken, bizim çalışmamızda hemşirelerin mesailerini bittikten sonra yaşadıkları olumsuzlukları azaltmak için yaptıkları aktivitelere, inançları doğrultusunda yetkili kişilerle konuşmaya, sorunları küçültmeye ilişkin baş etme yöntemlerine dair bulgulara rastlanmamıştır.

Çalışmamızın bulguları, MD'nin psikiyatri hemşireleri için önemli ve çözülmesi gereken bir durum olduğunu düşündürmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin bakım verilen hasta grubunun özelliği, izole çalışma ortamı ve yüksek iş stresi gibi nedenlerle devir hızlarının fazla olması, hemşirelerin işte tutulmasını zorlaştırmakta

(307, 308), küresel olarak ruh sağlığı hizmetlerinin zaten yetersiz olduğu düşünüldüğünde (309) bu sorunun önemi daha çarpıcı bir hal almaktadır. Birçok ülkede ruh sağlığı hemşireliği akut bir iş gücü kriziyle karşı karşıyadır ve yetersiz personel seviyeleri rapor edilmektedir (208, 310). Dahası, akut yataklı psikiyatrik sağlık tesislerinde, ruh sağlığı hemşirelerinin işe alınması ve işte tutulması sürekli bir sorundur (311). Bu nedenle çalışmamızdan da yola çıkarak MD kavramının psikiyatri hemşireleri tarafından farkına varılması, konuşulması ve gereken önlemlerin alınmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma bir fenomen olarak MD'ye ilişkin mevcut araştırma literatürüne, daha spesifik olarak da Türkiye'de psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin MD deneyimlerine yeni bir bakış açısı katmaktadır. Çalışma, MD'ye nelerin yol açabileceği, MD'nin hemşireler üzerinde ne gibi sonuçları olabileceği ve hemşirelerin bununla nasıl başa çıktığı konusundaki anlayışımızı genişletmektedir. Çalışmanın ampirik yaklaşımı, akut psikiyatrik bakımdaki etik zorluklar ile hemşirelerin klinik uygulamadaki iç ve dış kısıtlamalara ilişkin deneyimleri arasındaki ilişkiler ve bunların sonuçları hakkında içgörüler sağlamıştır. Sonuç olarak;

Hemşireler arzu ettiği bakımı verememe, etik ihlale tanıklık etme, ekip çatışması, karar çatışması, kurumsal ve sistemsel nedenler gibi süreçler sonucunda MD yaşamaktadırlar. Bu süreçte çaresizlik, üzüntü, öfke, korku gibi duygusal yanıtlar; yorgunluk, kendini ihmal etme gibi fiziksel sonuçlarla karşılaşmakta ve bunlar hemşirelerin verdikleri bakıma yönelik olumsuz tutumların gelişmesinin yanısıra iş doyumunun azalmasıyla birlikte tükenmişlik, yer değişikliği ve istifa etme düşüncesine yol açmaktadır. Hemşireler etik konularla karşı karşıya kaldıklarında ekip arkadaşlarının yetkinliğine güvendiklerinde ve ekip arkadaşları tarafından destek gördüklerinde, uygulamanın gerekçesine inandıklarında, zorlandıkları anlarda kendilerine telkin vererek kontrolü sağlayabildiklerinde, olumlu geri bildirim aldıklarında, teorik, bilgi ve becerilerini uygulamaya aktarabildiklerinde MD ile daha iyi baş edebilmektedirler.

### 6.1. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Psikiyatri hemşirelerinin MD yaşantılarına yönelik farkındalık oluşturulması,
- Psikiyatri servislerinin fiziki koşulları iyileştirilmesi,
- Yeni açılan psikiyatri servislerinin terapötik ortama uygun dizayn edilmesi,
- Psikiyatri servisleri yeterli sayıda eğitilmiş ve yetkin personel sağlanması,
- Psikiyatri kliniklerinde bakım kalitesinin yükseltilmesi için MD'nin de önemli bir bileşen olduğunun farkına varılması,
- Psikiyatri hemşirelerinde MD'ye neden olan durumlarının yaygınlık ve sıklığının araştırılmasına yönelik nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Karakartal D. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi. 2019;4(9):48-62.
2. Johanes C, Monoarfa RA, Ismail RI, Umbas R. Anxiety level of early-and late-stage prostate cancer patients. Prostate international. 2013;1(4):177-182.
3. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. The effects of the service of community mental health center on the patients with schizophrenia-evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning-a summary of one year follow-up. Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14(2):108-114.
4. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. Cukurova Medical Journal. 2019;44(2):431-438.
5. El-Azzab SI, Abu-Salem EM. Effective strategies for nurses empowering the life quality and antipsychotic adherence of patients with schizophrenia. Journal of Nursing Education and Practice. 2018;8(10):106-114.
6. Albert RJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine: McGraw-Hill Education; 2021.
7. Robison WL. Practical and Professional Ethics: Key Concepts: Bloomsbury Academic; 2021.
8. International Council of Nursing (ICN). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES-Revised. 2012.
9. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. 2009.
10. Epstein B, Turner M. The nursing code of ethics: Its value, its history. The Online Journal of Issues in Nursing. 2015;20(2).
11. Association AN. Code of ethics with interpretative statements. Silver Spring, MD: Author. 2015.
12. Jameton A. Nursing practice : the ethical issues. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984.
13. Hamric AB. A case study of moral distress. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2014;16(8):457-463.
14. Lievrouw A, Vanheule S, Deveugele M, De Vos M, Pattyn P, Belle V, et al. Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician Strategies. Oncol Nurs Forum. 2016;43(4).
15. Ghasemi E, Negarandeh R, Janani L. Moral distress in Iranian pediatric nurses. Nursing Ethics. 2019;26(3):663-673.
16. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. Journal of Emergency Nursing. 2016;42(1):37-46.

17. Miljeteig I, Forthun I, Hufthammer KO, Engelund IE, Schanche E, Schaufel M, et al. Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nursing ethics*. 2021;28(1):66-81.
18. Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(6):908-914.
19. Fruet IMA, Dalmolin GdL, Bresolin JZ, Andolhe R, Barlem ELD. Moral distress assessment in the nursing team of a hematology-oncology sector. *Revista brasileira de enfermagem*. 2019;72:58-65.
20. Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of critical care*. 2016;35:57-62.
21. Ando M, Kawano M. Responses and Results to Ethical Problems by Psychiatric Nurses in Japan. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(5):527-530.
22. Eren N. Nurses' attitudes toward ethical issues in psychiatric inpatient settings. *Nurs Ethics*. 2014;21(3):359-373.
23. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(5):1473-1483.
24. Salzmänn-Erikson M. Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care unit. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(6):1851-1860.
25. Grace PJ, Fry ST, Schultz GS. Ethics and Human Rights Issues Experienced by Psychiatric-Mental Health and Substance Abuse Registered Nurses. *J Am Psych Nurses Assoc*. 2003;9(1):17-23.
26. Choe K, Song EJ, Jung CH. Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2012;26(6):495-502.
27. Ohnishi K, Stone TE, Yoshiike T, Kitaoka K. The role of online ethics consultation on mental health. *Nurs Ethics*. 2020;27(5):1261-1269.
28. Er RA, Ersoy N. Ethical Problems Experienced By Nurses Who Work in Psychiatry Clinics in Turkey. *J Psychiatr Nurs*. 2017;8(2):77-85.
29. Dahlqvist V, Söderberg A, Norberg A. Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(3):242-247.
30. Sellman D. *What makes a good nurse: Why the virtues are important for nurses*: Jessica Kingsley Publishers; 2011.
31. Smith G. *Ethical Issues in Mental Health Nursing*. In: Scott PA, editor. *Key concepts and issues in nursing ethics*: Springer; 2017. p. 145-157.
32. Black B. *Ethics: Basic Concepts for Professional Nursing Practice*: Elsevier Health Sciences; 2019.

33. The Regulatory Body For Nursing And Midwifery In Ireland (NMBI). Code Of Professional Conduct And Ethics. [Internet]. [Erişim Tarihi. 07.06. 2022]. Erişim adresi: "<https://www.nmbi.ie/Standards-Guidance/Code>].
34. Bigwood S, Crowe M. 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health nursing*. 2008;17(3):215-222.
35. Jansen TL, Hem MH, Dambolt LJ, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nurs Ethics*. 2020;27(5):1315-1326.
36. Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nursing ethics*. 2012;19(2):196-207.
37. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(1):33-41.
38. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):131-152.
39. American Association of Critical Care Nurses (AACN). Moral distress. [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi. 19.08.2022]. Erişim adresi: "<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress>].
40. Sannino P, Gianni ML, Carini M, Madeo M, Lusignani M, Bezze E, et al. Moral distress in the pediatric intensive care unit: an Italian study. *Frontiers in Pediatrics*. 2019:338.
41. Jansen TL, Hem MH, Danbolt LJ, Hanssen I. Coping with moral distress on acute psychiatric wards: A qualitative study. *Nurs Ethics*. 2022;29(1):171-180.
42. Musto L, Schreiber RS. Doing the best I can do: moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(3):137-144.
43. Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*. 2018;25(5):571-579.
44. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010;17(6):726-740.
45. Kaya E. Psikiyatri hemşirelerinin moral distress, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki: Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2021.
46. Wallis L. Moral distress in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*. 2015;115(3):19-20.
47. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(4).
48. Pieper A. Etiğe Giriş. (Çev. Veysel Atayman, Gönül Sezer). İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1999. 1-126 p.
49. Clement N. *Nursing Ethics: Concepts, Trends and Issues*: Pearson Education India; 2013.

50. Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik (3. Baskı). Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü(çev ed), İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul. 2013.
51. Özlem D. Etik-ahlak felsefesi: Notos Kitap Yayıncılık Eğitim Danışmanlık ve Sanal Hizmetler Tic. Ltd. Şti.; 2010.
52. Aktan CC. Ahlak ve ahlak felsefesine giriş. Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi. 2009;1(1).
53. MAHMUTOĞLU A. Etik ve ahlak, benzerlikler, farklılıklar ve ilişkiler. Türk İdare Dergisi. 2009;81:225-229.
54. Cevizci A. Uygulamalı etik. İstanbul: Say Yayınları. 2013.
55. Erdem A. Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi. 2006.
56. Etik PİM. Yönetmelik, mesleki ve örgütsel etik. 2. Baskı Ankara: Pegem. 2002:84-87.
57. Erdemir F, Algier L, Pınar G, Hakverdioğlu G. Hemşirelikte Etik Programına Katılan Hemşirelerin Karşılaşmış Oldukları Etik İkilem Örneklerinin Çözümlemesi. Arda B, Akdur R, Aydın E II Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları. 2001:317-322.
58. Civaner M. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. Dünya Tabipler Birliği;2015.
59. Civaner M. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. Türk Tabipler Birliği, Gözden geçirilmiş; 2017.
60. Fry ST. Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making: Wiley-Blackwell; 2008.
61. Erdem A. Giriş. Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. p. 1-8.
62. Erdem A. Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006.
63. Namal A. Psikiyatri tarihçesi ışığında ruh hastalarının zorla tedavilerine etik açıdan genel bir bakış. Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı. 2013:41-72.
64. Oğuz Y, Özgüven HD. Psikiyatri ve Etik Sorunları. In: Demirhan E, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. Klinik Etik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. p. 354-369.
65. Aydın Er R, Şehiraltı M. An Unresolved Issue: Involuntary/Compulsory Treatment of Patients with Psychiatric Disorders. J Psy Nurs. 2010;1(1):39-42.
66. Leyla D. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):74-82.
67. Association AN. Code of Ethics for Nurses. [Internet]. "ANA; [Erişim Tarihi. 9 Haziran 2023]. Erişim adresi: "<https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/>".
68. Yıldırım Ö. Sağlık profesyonellerinde eleştirel düşünme. Ay FA (Eds), Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 106. 2011;115.

69. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hemşirelikte Karar Verme Süreci. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2022;2(1):165-173.
70. Kadioğlu F, Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. In: Demirhan E, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H, editors. *Klinik Etik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021. p. 44-64.
71. Arslan BŞ, Buldukoğlu K. Being a nurse working in a psychiatric department: A qualitative study. 2021.
72. Kamyılı S, Daştan L. The Practices of Nursing in a Psychiatric Unit and the Patients' Opinions about the Nursing Practices. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12:45-52.
73. Demir S, Yıldırım NK. Determining the professional behavior of psychiatric nurses. *J Psychiatr Nurs*. 2014;5(1):25-32.
74. Townsend MC. *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*: FA Davis; 2013.
75. Yıldırım S, Dülgerler Ş. Psikiyatride etik ve psikiyatri hemşireliği uygulamasına yansımaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2010;18(2):103-108.
76. Kaçmaz ED, Çam MO. Review of caring nurse-patient interaction for nurses caring for psychiatric patients. *J Psychiatr Nurs*. 2019;10(1):65-74.
77. Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;31(3):665-676.
78. Gürkan S, Özçelik H, YILDIRIM G. Türkiye'de akıl hastalığı olan hastalarda zorla yatırma ve zorla tedavi/hukuki ve etik sorunlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019;9(3):393-404.
79. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
80. Arabacı LB. *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2020. p. 531-553.
81. Özcan A. Psikiyatride Hasta Hakları ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına Yansımaları. *Hekimler Birliği Vakfı, Türkiye Klinikleri, Cilt*. 1997;5:20-23.
82. Tavakol N, Molazem Z, Rakhshan M, Asemani O. Moral Distress in Iranian Psychiatric Nurses: A Content Analysis. *Iran J Psychiat Behav Sci*. 2022;16(3):e121885.
83. Akıncı E, Öncü F, Ger C, Sabuncuoğlu M, Kırmızı A, Eradamlar N. Bipolar bozukluğu olan hastalara yasal temsilci atanma önerisini etkileyen sosyodemografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(3):149-155.
84. Aras Ş, Şemin S. Çocuklarda Psikostimülan Tedavinin Etik ve Toplumsal Boyutu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2005;8(2):74-87.

85. Özcan A. Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim (2. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. 2006;84:97.
86. Terakye G. Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. Ankara: Aydoğdu Ofset. 1994.
87. Tuğlular I. Psikiyatride İlaç Uygulamasının Etik ve Yasal boyutları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999;9(2).
88. Bahadır Yılmaz E, Yüksel A. State anxiety levels of nurses providing care to patients with COVID-19 in Turkey. 2021.
89. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum. 1987;23(1):16-29.
90. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1984.
91. Varcoe C, Pauly B, Webster G, Storch J. Moral Distress: Tensions as Springboards for Action. HEC Forum. 2012;24(1):51-62.
92. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Social science & medicine. 2004;58(6):1075-1084.
93. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(9-10):1309-1326.
94. Bamford P. Moral distress: An inability to care [Ph.D.]. Ann Arbor: Adelphi University; 1995.
95. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002;9(6):636-650.
96. Hanna DR. Moral distress: the state of the science. Res Theory Nurs Pract. 2004;18(1):73-93.
97. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. Western journal of nursing research. 2006;28(4):419-438.
98. Association CN. Code of Ethics for Registered Nurses 2008 Centennial Edition [Online]. 2008 Nov 21. 2008.
99. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. Nursing Ethics. 2015;22(5):608-615.
100. Källemark Sporrang S. Ethical competence and moral distress in the health care sector: A prospective evaluation of ethics rounds: Acta Universitatis Upsaliensis; 2007.
101. Jameton AL. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing. 1993;4 4:542-551.
102. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. Online J Issues Nurs. 2010;15(3).

103. Wilkinson JM. Moral distress: a labor and delivery nurse's experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1989;18(6):513-519.
104. Kovancı MS. *Pediatric Hemşireleri İçin Moral Distres Revize-Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenirlik Çalışması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
105. Johnson MP. "moral commitment". [Internet]. *APA Dictionary of Psychology*: "APA Dictionary of Psychology; 2022 [Erişim Tarihi. 23.08.2022]. Erişim adresi: "<https://dictionary.apa.org/moral-commitment>".
106. Lützen K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: Some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2000;7(6):520-530.
107. Wilson MA. Analysis and evaluation of the moral distress theory. *Nurs Forum*. 2018;53(2):259-266.
108. Wurzbach ME. Long-term care nurses' ethical convictions about tube feeding. *Western journal of nursing research*. 1996;18(1):63-76.
109. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*. 2019;26(3):646-662.
110. Oddi LF, Cassidy VR, Fisher C. Nurses' sensitivity to the ethical aspects of clinical practice. *Nursing Ethics*. 1995;2(3):197-209.
111. Rodney P, Starzomski R. Constraints on the moral agency of nurses. *The Canadian Nurse*. 1993;89(9):23-26.
112. Corley MC. Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):636-650.
113. Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a Model of Moral Distress in Military Nursing. *Nursing Ethics*. 2002;9(4):373-387.
114. Peplau HE. *Interpersonal Techniques: THE CRUX OF PSYCHIATRIC NURSING*. *AJN The American Journal of Nursing*. 1962;62(6):50-54.
115. Ontario CoNo. *Ethics*. Toronto: College of Nurses of Ontario.: College of Nurses of Ontario; 2009.
116. Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, et al. Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *J Adv Nurs*. 2006;55(3):310-319.
117. Lutzen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*. 2010;17(2):213-224.
118. Storch JL, Rodney P, Starzomski R. *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. 2004.
119. Jameton A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J Ethics*. 2017;19(6):617-628.
120. Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*. 2012;24(1):39-49.

121. Kovancı MS, Atlı Özbaş A. Psychiatry services and moral distress (tur). *J Clin Psy*. 2019;22(3):355-363.
122. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*. 2012;19(4):479-487.
123. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-256.
124. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):64-76.
125. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *Aana j*. 2011;79(1):39-45.
126. Keskin Kızıltepe S, koç Z. Moral Distress in Nursing and Its Causes. *Turkish Journal of Bioethics*. 2019;6:5-12.
127. Tavakol N, Molazem Z, Rakhshan M, Asemani O. Moral Distress in Iranian Psychiatric Nurses: A Content Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022;16(3):8.
128. Chen P-P, Lee H-L, Huang S-H, Wang C-L, Huang C-M. Nurses' perspectives on moral distress: A Q methodology approach. *Nursing Ethics*. 2018;25(6):734-745.
129. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-390.
130. Prompahakul C, Keim-Malpass J, Lebaron V, Yan G, Epstein EG. Moral distress among nurses: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*. 2021;28(7-8):1165-1182.
131. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(2):346-356.
132. Hou YC, Timmins F, Zhou Q, Wang JZ. A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress, ethical climate and nursing practice environment. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:9.
133. Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(5):1494-1504.
134. Vincent H, Jones DJ, Engebretson J. Moral distress perspectives among interprofessional intensive care unit team members. *Nursing Ethics*. 2020;27(6):1450-1460.
135. Lazzari T, Terzoni S, Destrebecq A, Meani L, Bonetti L, Ferrara P. Moral distress in correctional nurses: A national survey. *Nursing Ethics*. 2020;27(1):40-52.
136. Ahokas F, Hemberg J. Moral distress experienced by care leaders' in older adult care: A qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2022:11.



137. Wilson MA, Cutcliffe JR, Armitage CNH, Eaton KN. Moral distress in the critical care air transport nurse. *Nursing Outlook*. 2020;68(1):33-44.
138. Powell SB, Engelke MK, Swanson MS. Moral Distress Among School Nurses. *The Journal of School Nursing*. 2018;34(5):390-397.
139. Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics*. 2012;19(4):488-500.
140. AA O. Onkoloji Hemsireliğinde Etik İkilem ve Moral Distres. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing Special Topics*. 2017;3:19-26.
141. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;36:42-48.
142. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. *Adv Emerg Nurs J*. 2015;37(2):134-145.
143. Allen R, Judkins-Cohn T, deVelasco R, Forges E, Lee R, Clark L, et al. Moral distress among healthcare professionals at a health system. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2013;15(3):111-118; quiz 119-120.
144. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Adv Neonatal Care*. 2010;10(3):145-156.
145. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics*. 2012;19(2):183-195.
146. Hally SM, Settle M, Nelson BD. Relationship Between Moral Distress and Intent to Leave a Position Among Neonatal Intensive Care Nurses. *Adv Neonatal Care*. 2021;21(6):E191-E198.
147. Dodek PM, Norena M, Ayas N, Wong H. Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel. *Journal of Critical Care*. 2019;50:122-125.
148. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2005;14(6):523-530.
149. Ameri M, Kavousi A, Safavibayatneed Z. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Aust J Adv Nurs*. 2016;33(3):6-12.
150. Clark P, Hulse B, Polivka BJ. Resilience, Moral Distress, and Job Satisfaction Driving Engagement in Emergency Department Nurses A Qualitative Analysis. *J Nurs Adm*. 2022;52(2):112-117.
151. Jalali K, Tabari-Khomeiran R, Asgari F, Sedghi-Sabet M, Kazemnejad E. Moral Distress and Related Factors Among Emergency Department Nurses. *Eurasian J Emerg Med*. 2019;18(1):23-27.
152. af Sandeberg M, Bartholdson C, Pergert P. Important situations that capture moral distress in paediatric oncology. *Bmc Medical Ethics*. 2020;21(1):9.

153. Ventovaara P, af Sandeberg M, Petersen G, Blomgren K, Pergert P. A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate - Situations in paediatric oncology care that involve children's voices. *Nurs Open*. 2022;9(4):2108-2116.
154. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nurs Inq*. 2003;10(3):177-183.
155. Kertchok R. Ethical Issues And Moral Distress In Psychiatric And Mental Health Nursing: A Literature Review. *J Health Res*. 2015;29(3):227-234.
156. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2016;101(8):701-708.
157. Gorji HA, Etemadi M, Hoseini F. Perceived organizational support and job involvement in the Iranian health care system: A case study of emergency room nurses in general hospitals. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
158. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 2013;39(6):547-552.
159. Ozbas AA, Kovanci MS, Koken AH. Moral distress in oncology nurses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;54:7.
160. Jansen T-L, Hem MH, Dambolt LJ, Hanssen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing ethics*. 2020;27(5):1315-1326.
161. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3(2):1-9.
162. Browning AM. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care*. 2013;22(2):143-151.
163. Sweeney CD. A DAISY Nurse: Moral Distress and End-of-Life Decisions in the Pediatric Setting. *J Nurs Adm*. 2017;47(2):82-84.
164. Laurs L, Blazeviciene A, Capezuti E, Milonas D. Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(2):201-209.
165. Marturano ET, Hermann RM, Giordano NA, Trotta RL. Moral Distress Identification among inpatient oncology nurses in an academic health system. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2020;24(5):500-508.
166. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nursing ethics*. 2012;19(4):464-478.
167. Ko H-K, Tseng H-C, Chin C-C, Hsu M-T. Phronesis of nurses: A response to moral distress. *Nursing Ethics*. 2020;27(1):67-76.
168. Ulrich CM, Grady C. *Moral distress in the health professions*: Springer; 2018.

169. Fiester A. Teaching nonauthoritarian clinical ethics: using an inventory of bioethical positions. *Hastings Cent Rep.* 2015;45(2):20-26.
170. Hanna DR. The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. *Res Theory Nurs Pract.* 2005;19(1):95-124.
171. Tiedje LB. Moral distress in perinatal nursing. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 2000;14(2):36-43.
172. de Veer AJE, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2013;50(1):100-108.
173. Lamiani G, Barlascini L, Borghi L, Giannini A, on behalf of the Open Doors in IcSG. Moral Distress in the Italian PICUs: The Role of Individual and Organizational Factors\*. *Pediatric Critical Care Medicine.* 2022;23(11).
174. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics.* 2015;22(1):15-31.
175. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(2):117-125.
176. Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MS. Executive summary: transforming moral distress into moral resilience in nursing. *Journal of Christian Nursing.* 2017;34(2):82-86.
177. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics.* 2013;20(3):312-324.
178. Wilson MA, Goettemoeller DM, Bevan NA, McCord JM. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *Journal of Clinical Nursing.* 2013;22(9-10):1455-1466.
179. Asadi N, Salmani F, Asgari N, Salmani M. Alarm fatigue and moral distress in ICU nurses in COVID-19 pandemic. *Bmc Nursing.* 2022;21(1):7.
180. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine.* 1999;27(9).
181. Rubin J. Impediments to the development of clinical knowledge and ethical judgment in critical care nursing. 2009.
182. Raines ML. Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation.* 2000;2(1):29-41.
183. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics.* 2008;15(3):304-321.
184. Ramos Toescher AM, Barlem ELD, Tomaschewski Barlem JG, Castanheira JS, Rocha LP. Moral distress among nursing professors: The exercise of <i>parrhesia</i>. *Nursing Ethics.* 2021;28(4):543-553.

185. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing ethics*. 2015;22(1):15-31.
186. Prompahakul C, Keim-Malpass J, LeBaron V, Yan GF, Epstein EG. Moral distress among nurses: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*. 2021;28(7-8):1165-1182.
187. Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral Distress in Physicians and Nurses: Impact on Professional Quality of Life and Turnover. *Psychol Trauma*. 2017;9(4):399-406.
188. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(5):229-241.
189. Wilson MA, Goettemoeller DM, Bevan NA, McCord JM. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1455-1466.
190. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):381-390.
191. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16(3):360-373.
192. Penny N, Bires S, Bonn E, Dockery A, Pettit N. Moral Distress Scale for Occupational Therapists: Part 1. Instrument Development and Content Validity. *American Journal of Occupational Therapy*. 2016;70:7004300020p7004300021.
193. Resnik DB. Moral Distress in Scientific Research. *Am J Bioeth*. 2016;16(12):13-15.
194. Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses [Ph.D.]. United States -- Illinois: Loyola University Chicago; 2007.
195. Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error, and critical care nursing: ProQuest; 2008.
196. Cox KM. Moral distress: strategies for maintaining moral integrity. *Perioperative Nursing Clinics*. 2008;3(3):197-203.
197. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing ethics*. 2015;22(1):64-76.
198. Hally SM, Settle M, Nelson BD. Relationship Between Moral Distress and Intent to Leave a Position Among Neonatal Intensive Care Nurses. *Adv Neonatal Care*. 2021;21(6):E191-e198.
199. Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4):345-349.
200. Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthopaedic Nursing*. 2001;20(2):76-80.

201. Prestia AS, Sherman RO, Demezier C. Chief nursing officers' experiences with moral distress. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2017;47(2):101-107.
202. Yearwood EL, DeLeon Siantz ML. Global issues in mental health across the life span: challenges and nursing opportunities. *Nurs Clin North Am*. 2010;45(4):501-519, v.
203. Aydın Er R, Ersoy N. Ethical Problems Experienced By Nurses Who Work in Psychiatry Clinics in Turkey. *J Psy Nurs*. 2017;8(2):77-85.
204. Çayköylü A. Confidentiality in Psychiatry. *J Clin Psy*. 2002;5(4):248-256.
205. Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Health Care Philos*. 2008;11(1):89-97.
206. Roberts M. Psychiatric ethics; a critical introduction for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(5):583-588.
207. Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lemermeyer G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav*. 2005;15(3):197-212.
208. Milne SL. Understanding moral distress among psychiatric nurses: Endicott College; 2018.
209. Cutcliffe JR, Links PS. Whose life is it anyway? An exploration of five contemporary ethical issues that pertain to the psychiatric nursing care of the person who is suicidal: Part one. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17(4):236-245.
210. Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum V, Johnson MS. Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. *HEC Forum*. 2005;17(1):33-48.
211. Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M. Moral distress and burnout in Iranian nurses: The mediating effect of workplace bullying. *Nursing Ethics*. 2019;26(6):1834-1847.
212. Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, et al. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Med Lav*. 2018;109(2):97-109.
213. 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.
214. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Valimaki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(5):1473-1483.
215. Kovanci MS, Ozbas AA. Validity and reliability study of Turkish form of moral distress scale for psychiatric nurses. *Klin Psikiyatr Derg*. 2020;23(4):486-494.
216. Ghafouri R, Lotfi-Bajestani S, Nasiri M, Ohnishi K, Atashzadeh-Shoorideh F. Psychometrics of the moral distress scale in Iranian mental health nurses. *BMC Nurs*. 2021;20(1):166.

217. Jansen TL, Danbolt LJ, Hanssen I, Hem MH. How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):11.
218. Gabrielsson S, Savenstedt S, Olsson M. Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016;25(5):434-443.
219. Soderberg A, Looi GME, Gabrielsson S. Constrained nursing: Nurses' and assistant nurses' experiences working in a child and adolescent psychiatric ward. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2022;31(1):189-198.
220. Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou EDE, Karanikola MNK. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *Biomed Research International*. 2017;2017:19.
221. Robaee N, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Baghestani A, Barkhordari-Sharifabad M. Perceived organizational support and moral distress among nurses. *Bmc Nursing*. 2018;17:7.
222. Söderberg A, Ejneborn Looi GM, 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.
223. Ohnishi K, Asai A, Akabayashi A. Moral distress in psychiatric nurses: an attempt to explore ethical problems in psychiatric nursing by a questionnaire. *Bulletin of Health Science*. 2003;3(2):1-7.
224. Helen K. A Narrative Framework for Understanding Experiences of People With Severe Mental Illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008;22(2):61-68.
225. Balcıoğlu İ, Balcıoğlu Y. Elektrokonvülsif terapi ile ilgili Türkiye'deki ve dünyadaki yasal uygulamalar ve sorunlar. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2018;11(1):80-84.
226. Olsen DP. Ethical considerations of video monitoring psychiatric patients in seclusion and restraint. *Arch Psychiatr Nurs*. 1998;12(2):90-94.
227. Upasen R, Saengpanya W. Experiencing moral distress in mental health nursing in Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*. 2021;18(8):9240 (9211 pages)-9240 (9211 pages).
228. Wyder M, Ehrlich C, Crompton D, McArthur L, Delaforce C, Dziopa F, et al. Nurses experiences of delivering care in acute inpatient mental health settings: A narrative synthesis of the literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(6):527-540.
229. Salberg J, Bäckström J, Röing M, Öster C. Ways of understanding nursing in psychiatric inpatient care - A phenomenographic study. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1826-1834.
230. Fernandez F, Lézé S. Finding the moral heart of treatment: mental health care in a French prison. *Soc Sci Med*. 2011;72(9):1563-1569.

231. Currid T. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nurs Stand.* 2009;23(44):40-46.
232. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs.* 2015;14:35.
233. Muir-Cochrane E, O'Kane D, Oster C. Fear and blame in mental health nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(5):1511-1521.
234. Weimand BM, Sallstrom C, Hall-Lord ML, Hedelin B. Nurses' dilemmas concerning support of relatives in mental health care. *Nursing Ethics.* 2013;20(3):285-299.
235. Sturm BA. Issues of Ethics and Care in Psychiatric Home Care: Multidisciplinary Perspectives Revealed Through Ethnographic Research. *Home Health Care Manag Pract.* 2007;19(2):94-103.
236. Meaney M. Moral distress: I just can't take it anymore! The Case manager. 2002;13:32-33.
237. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics.* 2013;20(3):312-324.
238. Hanna DR. Moral distress redefined: The lived experience of moral distress of nurses who participated in legal, elective, surgically induced abortions [Ph.D.]. Ann Arbor: Boston College; 2002.
239. Ghazanfari MJ, Emami Zeydi A, Panahi R, Ghanbari R, Jafaraghaee F, Mortazavi H, et al. Moral distress in nurses: Resources and constraints, consequences, and interventions. *Clinical Ethics.* 2022;17(3):265-271.
240. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics.* 2009;16(5):561-573.
241. Lützén K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics.* 2010;17(2):213-224.
242. Malloy DC, Hadjistavropoulos T, McCarthy EF, Evans RJ, Zakus DH, Park I, et al. Culture and Organizational Climate: Nurses' Insights Into Their Relationship With Physicians. *Nursing Ethics.* 2009;16(6):719-733.
243. Montagnino BA, Ethier AM. The experiences of pediatric nurses caring for children in a persistent vegetative state. *Pediatr Crit Care Med.* 2007;8(5):440-446.
244. Green AE, Jeffers BR. Exploring moral distress in the long-term care setting. *Perspectives.* 2006;30(4):5-9.
245. Wojtowicz B, Hagen B, Van Daalen-Smith C. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2014;23(3):257-264.
246. Woods M, Rodgers V, Towers A, La Grow S. Researching moral distress among New Zealand nurses: A national survey. *Nursing Ethics.* 2015;22(1):117-130.

247. Johnson-Coyle L, Opgenorth D, Bellows M, Dhaliwal J, Richardson-Carr S, Bagshaw SM. Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2016;27(4).
248. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*. 2005;8(3):107-118.
249. Dawber C. Reflective practice groups for nurses: a consultation liaison psychiatry nursing initiative: part 2—the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(3):241-248.
250. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications; 2017.
251. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin; 2016.
252. Marczyk GR, DeMatteo D, Festinger D. *Essentials of research design and methodology*: John Wiley & Sons; 2010.
253. Patton MQ. *How to use qualitative methods in evaluation*: Sage; 1987.
254. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F. *Örnekleme yöntemleri*. 2012.
255. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*. 2004;22(2):63-75.
256. Morse JM. *Mixed method design: Principles and procedures*: Routledge; 2016.
257. Dongre AR, Deshmukh PR, Kalaiselvan G, Upadhyaya S. Application of qualitative methods in health research: An overview. *Online J Health Allied Scs*. 2009;8(4):3.
258. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Valimaki M, Kontio R, Anttila M. Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1473-1483.
259. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*. 2007;19(6):349-357.
260. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*: Sage; 1989.
261. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
262. Af Sandeberg M, Bartholdson C, Pergert P. Important situations that capture moral distress in paediatric oncology. *BMC Medical Ethics*. 2020;21(1):1-9.
263. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships Among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments Results From a National Survey. *Adv Emerg Nurs J*. 2015;37(2):134-145.
264. Zavotsky KE, Chan GK. Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses. *Adv Emerg Nurs J*. 2016;38(2):133-146.



265. Carletto S, Ariotti MC, Garelli G, Di Noto L, Berchiolla P, Malandrone F, et al. Moral Distress and Burnout in Neonatal Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-Sectional Study in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14):13.
266. Ventovaara P, Sandeberg Ma, Räsänen J, Pergert P. Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nursing ethics*. 2021;28(6):1061-1072.
267. Upasen R, Saengpanya W. Experiencing Moral Distress in Mental Health Nursing in Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*. 2021;18(8):Article 9240 (9211 pages).
268. Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *J Crit Care*. 2016;35:57-62.
269. Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med*. 2016;42(10):1615-1617.
270. Lake ET, Narva AM, Holland S, Smith JG, Cramer E, Rosenbaum KEF, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *J Adv Nurs*. 2022;78(3):799-809.
271. Tavakol N, Molazem Z, Rakhshan M, Asemani O. Strategies of Iranian psychiatric nurses to deal with moral distress. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2023;27(1):67.
272. Jansen T-L. Moral distress in acute psychiatric nursing: an insider perspective of sources, responses and ways of coping. 2023.
273. Özbaş AA, Kovancı MS, Köken AH. Moral distress in oncology nurses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;54:102038.
274. Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing inquiry*. 2003;10(3):177-183.
275. Akdemir N, Özdemir L, Akyar İ. Türkiye'de Mezuniyet Sonrası Hemşirelik Eğitiminin Durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(1):50-58.
276. Karadağ G, Kılıç SP, Ovayolu N, Ovayolu Ö, Kayaaslan H. Öğrenci Hemşirelerin Klinik Uygulamada Karşılaştıkları Güçlükler ve Klinik Hemşireler Hakkındaki Görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(6).
277. Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC. *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*: Saunders; 2006.
278. Morris M. *Mental health for primary care: a practical guide for non-specialists*: Radcliffe Publishing; 2009.
279. Eche IJ, Phillips CS, Alcindor N, Mazzola E. A Systematic Review and Meta-analytic Evaluation of Moral Distress in Oncology Nursing. *Cancer Nurs*. 2023;46(2):128-142.
280. Grasso C, Massidda D, Maslak KZ, Favara-Scacco C, Grasso FA, Bencivenga C, et al. Moral Distress in Healthcare Providers Who Take Care of Critical

- Pediatric Patients throughout Italy—Cultural Adaptation and Validation of the Italian Pediatric Instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(7):3880.
281. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Cinar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing Ethics*. 2017;24(2):209-224.
  282. Godshall M. Coping with moral distress during COVID-19. *Nursing* 2023. 2021;51(2).
  283. Ghazanfari MJ, Esmaeili S, Zeydi AE, Karkhah S. Moral distress among nurses during COVID-19 pandemic: Challenges and coping strategies. *Nurs Open*. 2022;9(4):2227-2228.
  284. Atashzadeh-Shoorideh F, Tayyar-Iravanlou F, Chashmi ZA, Abdi F, Cistic RS. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. *Clinical Ethics*. 2021;16(1):25-36.
  285. Molinaro ML, Polzer J, Rudman DL, Savundranayagam M. “I can't be the nurse I want to be”: Counter-stories of moral distress in nurses' narratives of pediatric oncology caregiving. *Social Science & Medicine*. 2023:115677.
  286. Pelton N. An inpatient surgical oncology unit's experience with moral distress: part II. Number 4/July 2015. 2015;42(4):412-414.
  287. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *Jama*. 2011;306(24):2694-2703.
  288. Lachman VD. Ethical challenges in the era of health care reform. *Medsurg Nurs*. 2012;21(4):248-250, 245.
  289. Silverman HJ, Kheirbek RE, Moscou-Jackson G, Day J. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. *Nursing Ethics*. 2021;28(7-8):1137-1164.
  290. Gutierrez KM. Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2005;24(5):229-241.
  291. Konishi R, Usami S, Ohi M, Fukugawa M. Current ethical issues and future challenges in psychiatric nursing: based on the pilot test outcome. 2014.
  292. Musto L, Schreiber RS. Doing the best I can do: Moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33(3):137-144.
  293. Jansen TL, Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scand J Caring Sci*. 2017;31(2):388-394.
  294. Tsunematsu K, Fukumoto Y, Yanai K. Ethical Issues Encountered by Forensic Psychiatric Nurses in Japan. *J Forensic Nurs*. 2021;17(3):163-172.
  295. Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(5):922-930.
  296. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007;23(5):256-263.

297. Jameton A. Culture, morality, and ethics: Twirling the spindle. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 1990;2(3):443-451.
298. Yılmaz EB. Psikiyatride hastanın karar verme kapasitesi ve yaşanan etik sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2013;21(1):49-53.
299. Tsunematsu K, Fukumoto Y, Yanai K. Ethical Issues Encountered by Forensic Psychiatric Nurses in Japan. *Journal of Forensic Nursing*. 2021;17(3):163-172.
300. Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag*. 2014;22(4):472-484.
301. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*. 2017;22(1):51-67.
302. Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):571-579.
303. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*. 2017;26(4):e48-e57.
304. Hou Y, Timmins F, Zhou Q, Wang J. A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress, ethical climate and nursing practice environment. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:100972.
305. Ibrahim Sabra A, Elsayed Abd Elkawy F, Mohamed Barakat M. Role of Moral Distress and Sense of Coherence on Job Satisfaction among Psychiatric Nurses. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*. 2022;3(1):286-301.
306. Upasen R, Saengpanya W, Sambutthanon J. Strategies to cope with moral distress among mental health nurses in Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*. 2020;39(1):47-55.
307. Jiang F, Zhou H, Rakofsky J, Hu L, Liu T, Wu S, et al. Intention to leave and associated factors among psychiatric nurses in China: a nationwide cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2019;94:159-165.
308. Liu LX, Goldszmidt M, Calvert S, Burm S, Torti J, Cristancho S, et al. From distress to detachment: exploring how providing care for stigmatized patients influences the moral development of medical trainees. *Adv Health Sci Educ*. 17.
309. World Health Organization (WHO). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva:2021.
310. British Medical Association (BMA). *Mental Health Workforce Report*. England2022.
311. Ward L. Mental health nursing and stress: maintaining balance. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20(2):77-85.

## 8. EKLER

### EK-1. Tanıtıcı Veri Formu

**1. Yaşınız .....**

**2. Cinsiyetiniz**

a) Kadın b) Erkek

**3. Medeni Durumunuz**

a) Evli b) Bekar

**4. Çalıştığınız kurum**

- a) Üniversite Hastanesi  
b) Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanesi  
c) Özel Hastane

**5. Çalışma süreniz .....**

**6. Eğitim Düzeyiniz**

a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü

**7. Etik konulara ilişkin eğitim alma durumunuz**

- a) Almadım  
b) Hemşirelik eğitiminde müfredat gereği aldım  
c) Hemşirelik eğitimim sırasında ek seminer/kurs/konferans olarak aldım  
d) Lisansüstü eğitimim süresinde ders olarak aldım  
e) Lisansüstü eğitimim süresinde dersin içerisinde bir konu olarak aldım  
f) Psikiyatri hemşireliği sertifika programında aldım  
g) Kurumumun hizmetiçi eğitim programı dahilinde aldım  
h) Mezuniyet sonrası kongre/sempozyum vb. bilimsel etkinlikler dahilinde aldım

**8) Çalıştığım birimde etik meselelerle karşı karşıya geliyor musunuz? Cevabınız evetse, ne sıklıkla etik meselelerle karşı karşıya geliyorsunuz ?**

- a) Evet (Belirtiniz)  
b) Hayır

## **EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

### **1. Bana biraz kendinizden bahseder misiniz ?**

- Nasıl bir bireysiniz ?
- Sizin için .... olarak en önemli değerler sizce neler?
- İşinizi yaparken bir hemşire olarak benimsediğiniz değerler neler?
- Nasıl bir hemşiresiniz ?

### **2. İş yaşamınızda değerlerinizi korumakta zorlandığınız durumlar oldu mu? Örneklerle açıklar mısınız?**

### **3. Bu klinikte çalışırken uygulamak durumunda kaldığınız ancak sonrasında mesleki ve bireysel değerleriniz açısından kendinizi huzursuz hissettiğiniz bir deneyiminiz var mı, anlatır mısınız ?**

- Bu deneyim sırasında aklınızdan neler geçti?
- Bu deneyim sırasında neler hissettiniz?
- Bu deneyim sırasında nasıl davrandınız?

### **4. Mesleğinizi yerine getirirken doğru olanı yapmaya karar vermekte zorlandığınız deneyimleriniz nelerdir ?**

- Bu deneyim sırasında aklınızdan neler geçti?
- Bu deneyim sırasında neler hissettiniz?
- Bu deneyim sırasında nasıl davrandınız?

### **5. Mesleğinizi yerine getirirken bireysel ve mesleki değerlerinizi korumakta zorlandığınız deneyimlerinizi anlatır mısınız ?**

- Bu deneyim sırasında aklınızdan neler geçti?
- Bu deneyim sırasında neler hissettiniz?
- Bu deneyim sırasında nasıl davrandınız?
- Hangi değerlerinizi tehdit altında hissettiniz ?
- Bu durum sizi nasıl etkiledi ?

### **6. Çalışma alanınızda ideal tedavi ve bakımın sağlanması konusundaki düşünceleriniz nelerdir ?**

- Mevzuat, kurumsal kaynaklar, ulusal kaynaklar
- Ekip iş birliği, iletişimi,

### **7. Sizin, konuştuklarımıza ek anlatmak istediğiniz başka konular var mı?**

### EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

**Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Moral Distres Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma** bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği AD bünyesinde yapılmaktadır.

**Araştırmanın amacı:** Bu çalışmanın genel amacı psikiyatri hizmetlerinde çalışan hemşirelerin moral distress deneyimlerinin incelenmesidir.

**Sorumlu araştırmacılar:** Çalışmada araştırmacı olarak, ben Nurgül ÖZGEN ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ görev alacaktır.

**Araştırmada sizden beklenenler:** Bu araştırma için, Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan izin alınmıştır. Araştırmada sizinle moral distrese ilişkin deneyimlerinizi belirlemeye yönelik online görüşme yapılacaktır. Bu görüşmelerde size yöneltilen soruları içten bir şekilde yanıtlamanız bizim için çok önemlidir.

**Araştırma için gerekli süre:** Araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız ve araştırma başvuru linkini doldurmanız durumunda tez yürütücüsü Nurgül ÖZGEN tarafından sizinle iletişime geçilecek, size uygun görüşme tarih ve saatine oluşturulmuş online görüşme linki tarafınıza iletilecektir. Onay vermeniz durumunda sesli ve görüntülü, ya da sadece ses kaydının yapılacağı görüşmenin yaklaşık 40-50 dk sürmesi öngörülmektedir. Görüşmede size bir psikiyatri hemşiresi olarak yaşamış olduğunuz öznel deneyimlerinize ilişkin sorular yöneltilen olacaktır. Görüşmenin herhangi bir aşamasında görüşmeyi sonlandırabilir, çalışmadan ayrılabilirsiniz.

**Araştırma için gerekli olabilecek bilgi/belge talebi:** Sizden yalnızca tanıtıcı bilgi formunda yer alan (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan birim, çalışma süresi ve etik konularla ilgili eğitim alma durumu) bireysel bazı bilgiler istenecek, çalıştığımız kuruma yönelik herhangi bir bilgi talebinde bulunulmayacaktır. Araştırma raporunda sizin isminize yer verilmeyecektir.

**Uygulama sürecinin tanıtımı:** Bu çalışmanın sizin ile ilgili bölümü yaklaşık 45-50 dakika sürecektir. Çalışmada önce sizinle tanıtıcı bilgi formu doldurulacak ardından moral distress deneyimlerine ilişkin görüşme yapılacaktır. Araştırmaya devam etmeyi uygun bulmamanız durumunda araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz.

**Olası riskler ve beklenen yararlar:** Bu araştırmaya katılmanın sizin için herhangi bir psikolojik ya da fiziksel riski bulunmamaktadır. Bu noktada herhangi bir şüphe duymanız durumunda konuyu gündeme getirmeniz bizler için son derece önemlidir ve tekrar anımsatmak gerekirse araştırmada herhangi bir noktada çekilme talebiniz koşulsuz kabuldür. Bu araştırma sonucunda içinde bulunduğumuz kültür ve sağlık sistemi bağlamında psikiyatri hemşirelerinin moral distress

deneyimlerinin anlaşılmasına katkı sağlayacak veriler elde edilecek, bu veriler psikiyatri hemşirelerinin moral distres yaşantılarını azaltmaya yönelik uygulamalara zemin oluşturacaktır.

**Gizlilik:** Araştırmada gizlilik son derece önemlidir. Veri gizliliğinin sağlanması: Araştırmanın veri toplama aşamasında elde edilen yazılı dokümanlar ve kayıt cihazındaki veriler araştırmacılar dışında herhangi bir üçüncü şahısla paylaşılmayacaktır. Ses kayıtları ve ham veri dökümleri, araştırmacıların kişisel bilgisayarlarında şifrelenmiş dosya halinde bulundurulacak, veri transferi gerektiği durumlarda sadece araştırmacılar arasında şahsi USB bellek kullanılarak sağlanacaktır. Her bir araştırmacı ses kayıtlarının ve ham dökümlerinin yalnızca bir kopyasını bulunduracak, verileri çoğaltmayacaktır. Ancak tezin yayınlanması aşamasında başvuru derginin ya da bu derginin dahil olduğu veri tabanının talep etmesi durumunda, çalışma verileri dergi/veri tabanı ile paylaşılacaktır. Veriler bahsi geçen araştırma dışında herhangi bir amaçla (ders, sunum vb.) kullanılmayacaktır. Ses kayıtları ve ham kütükler, araştırma verilerinin yasal olarak ambargo süresi dolduğunda (5 yıl içerisinde) imha edilecektir.

**Gönüllü katılım:** Bu araştırmaya katılım için önkoşul gönüllü olmaktır. Ancak, araştırma başladıktan sonra herhangi bir aşamada katılımdan vazgeçmeniz durumunda size hiç bir olumsuz durum yansıtılmayacaktır.

**Çalışmadan çekilme hakkı:** Çalışmaya dahil olma süreciniz yalnızca online görüşmeyi içermektedir. Çalışmadan dilediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışma ile ilgili olası sorularınız için iletişim bilgisi: Herhangi bir soru, görüş ya da yorumunuz için araştırmacı ile doğrudan iletişime geçebilirsiniz.

Yukarıda yer alan bilgileri okudum. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. (Bu belgeyi okuyarak 'onaylıyorum' butonuna tıklamanız çalışmaya gönüllü olarak katılma konusunda olumlu görüş sahibi olduğunuzu ifade etmektedir.).

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Yüksek Lisans Öğrencisi Nurgül ÖZGEN**

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

**Danışman:**

**Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ**

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD Öğretim Üyesi

## EK-4. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı



**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16989551-1387

Konu : **ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 04 EKİM 2022 SALI

**Toplantı No** : 2022/15

**Proje No** : GÖ 22/933 (Değerlendirme Tarihi: 04.10.2022)

**Karar No** : 2022/15-17

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Hem. Nurgül ÖZGEN'in yüksek lisans tezi olan, GÖ 22/933 kayıt numaralı "*Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Moral Distres Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 05 Ekim 2022 - 05 Nisan 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor önerisinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

### İZİNLİ

1. Prof. Dr. Nilüfer Paksoy ERBAYDAR (Başkan) 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK (Üye)

2. Prof. Dr. G. Barça AYDIN (Üye) 9. Doç. Dr. Hande Güneş DENİZ (Üye)

3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK (Başkan V.) 10. Doç. Dr. Merve BATUĞR' (Üye)

4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER (Üye) 11. Doç. Dr. Gülten KÖÇ (Üye)

5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN (Üye) 12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)


6. Prof. Dr. Tolga YILDIRIM (Üye) 13. Av. Buket ÇINAR (Üye)

### İZİNLİ

7. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN



## EK-5. Turnitin Dijital Makbuz



### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Nurgül Özgen
Ödev başlığı:	YENİ
Gönderi Başlığı:	PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MORAL DIST...
Dosya adı:	Nurg_l_ozgen-Y_ksek_Lisans_Tezi-Bas_m.docx
Dosya boyutu:	858.75K
Sayfa sayısı:	113
Kelime sayısı:	28,025
Karakter sayısı:	193,654
Gönderim Tarihi:	11-Haz-2023 10:06ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2113742501

**1. GİRİŞ**

İşletmelerin başarılı olması için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir. İşletmelerin başarılı olabilmesi için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir. İşletmelerin başarılı olabilmesi için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir.

İşletmelerin başarılı olması için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir. İşletmelerin başarılı olabilmesi için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir.

İşletmelerin başarılı olması için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir. İşletmelerin başarılı olabilmesi için sadece kaliteli ürünler ve hizmetler sunmakla yetinmezler. Üstelik müşterilerin beklentileri de sürekli olarak değişmektedir.

Copyright 2023 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

## EK-6. Turnitin Orijinallik Raporu

## PSIKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MORAL DİST...

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>3</b>	% <b>3</b>	% <b>0</b>	% <b>1</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>5</b>	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://acikerisim.erbakan.edu.tr">acikerisim.erbakan.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://sanalhukuk.org">sanalhukuk.org</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>9</b>	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## 9. ÖZGEÇMİŞ