

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN MORAL DİSTRES,
MERHAMET YORGUNLUĞU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ebru KAYA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

Konya-2021

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN MORAL DİSTRES,
MERHAMET YORGUNLUĞU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ebru KAYA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

Konya-2021

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Ebru KAYA**'nın "**Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 02.12.2021

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU İmza
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Üye Doç.Dr. Neslihan LÖK İmza
Selçuk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Üye Dr.Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN İmza
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 22/12/2021 tarih ve 26/06 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02/12/2021

Ebru KAYA



BENZERLİK

Tezin Tam Adı: Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Öğrencinin Adı Soyadı: Ebru KAYA

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 97

PSİKIYATRİ HEMŞİRELERİNİN MORAL DİSTRES, MERHAMET YORGUNLUĞU VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ			
ORJİNALLİK RAPORU			
%6	%6	%3	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı		%3
2	www.journalagent.com İnternet Kaynağı		%1
3	ssyv.org.tr İnternet Kaynağı		%1
4	Birgit Philips, Leen K. Maes, Hannah Keppler, Ingeborg Dhooge. "Cochlear implants in children deafened by congenital cytomegalovirus and matched Connexin 26 peers", International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2014 Yayın		%1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı		%1

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimimin başından bu yana bilgisi, emeği ve tecrübesini benimle paylaşan, tez çalışma konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar olan süreçte yardımını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU'ya,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan eğitimim de emeği geçen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN'a,

Araştırmayı gönüllü olarak kabul eden tüm meslektaşlarıma,

Manevi desteğini her zaman hissettiğim can dostlarım Büşra HAYMANA'ya, Büşra Su KAYA'ya, Merve GÖKBAŞ'a, Sema DALARSLAN'a ve Sabiha DOĞAN'a,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, tüm kararlarımı destekleyen, bugünlere gelmemi sağlayan sevgili annem Hüsne KAYA'ya ve sevgili babam Ramazan KAYA'ya,

En kıymetlilerim canım abim Ersin KAYA'ya, ablam Birsen KAYA'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Tez Onay Sayfası	i
Beyanat.....	ii
Benzerlik	iii
Teşekkür	iv
Kısaltmalar ve Simgeler.....	ix
Şekiller Listesi.....	x
Tablolar Listesi.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Moral Distres.....	5
2.1.1. Moral Distres Süreci	6
2.1.2. Moral Distrese Neden Olan Faktörler	7
2.1.3. Moral Distresin Etkileri.....	10
2.1.4. Moral Distresi Önleme	13
2.2. Merhamet Yorgunluğu	16
2.2.1. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri	18
2.2.2. Merhamet Yorgunluğu Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	19
2.3. Tükenmişlik	20

2.3.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	21
2.3.2. Tükenmişlik Belirtileri	22
2.3.3. Tükenmişlikte Mücadele Yöntemleri.....	22
2.4. Hemşirelerde Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.4. Araştırma Alınma Kriterleri.....	26
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	26
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	27
3.5.2. Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ).....	27
3.5.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (MYAÖ) .	28
3.5.4. Tükenmişlik Ölçeği (TÖ).....	28
3.6. Ön Uygulama	29
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	29
3.7.2. Bağımsız Değişkenler	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.9. Araştırma Soruları	30
3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	30

3.11. Verilerin İstatiksel Analizi	31
4. BULGULAR	32
4.1 Hemşirelerin Demografik Özellikleriyle İlgili Bulgular	32
4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleriyle İlgili Bulgular	33
4.3 PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ ile Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	35
4.4. Demografik Özelliklere Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	39
4.5. Mesleki Özelliklere Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulgular	43
5. TARTIŞMA	49
5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması	49
5.2. PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'nün Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	51
5.3. Demografik Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması	53
5.4. Mesleki Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuç	61
6.2. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR	63
8. ÖZGEÇMİŞ	71
9. EKLER	72

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu	72
Ek 2: Kişisel Bilgi Formu.....	73
Ek 3: Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ)	75
Ek 4: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (MYAÖ). 76	
Ek 5: Tükenmişlik Ölçeği (TÖ).....	77
Ek 6: Etik Kurul Kararı	78
Ek 7: Kurum İzin Yazısı.....	79
Ek 8: Kurum İzin Yazısı.....	80
Ek 9: Kurum İzin Yazısı.....	81
Ek 10: Ölçek İzinleri	82

KISALTMALAR VE SİMGELER

AACN: American Association of Critical Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği)

MDCS: Moral Distress Consult Service (Moral Distres Danışma Merkezi)

MYAÖ: Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği

PHMDÖ: Psikiyatri Hemşireleri İçin Moral Distres Ölçeği

TÖ: Tükenmişlik Ölçeği



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Moral Distres Kreşendo Etkisi.....6



TABLULAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.11.1. Normallik Testi	31
Tablo 4.1.1 Hemşirelerin Demografik Özellikleri.	32
Tablo 4.2.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri.....	33
Tablo 4.2.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri (Devam).....	34
Tablo 4.3.1 Değişkenlere ait Ortalama, Standart Sapma ve Pearson Korelasyon Değerleri (n:107).....	35
Tablo 4.3.2. PHMDÖ'ni Etkileyen MYAÖ'nin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları (n:107).....	36
Tablo 4.3.3. PHMDÖ'ni Etkileyen Duygusal Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.....	37
Tablo 4.3.4. PHMDÖ'ni Etkileyen Zihinsel Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.....	37
Tablo 4.3.5. PHMDÖ'ni Etkileyen Fiziksel Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.....	38
Tablo 4.4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 4.4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).	40
Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).....	44
Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).....	45

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ebru KAYA

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi/ Konya-2021

Bu çalışma psikiyatri hemşirelerinin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini Konya ilinde bulunan hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 107 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan; Kişisel Bilgi Formu, Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ), Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (MYAÖ) ve Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) ile toplanmıştır. Veriler T-testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Pearson Korelasyon ve Çoklu Regresyon Analizleri ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Hemşirelerin %38,3'ünün 26-30 yaş arasında, %61,7'sinin kadın, %60,7'sinin evli, %55,1'inin lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin PHMDÖ puan ortalamaları $1,65\pm 1,23$; MYAÖ puan ortalamaları $1,0\pm 0,75$; TÖ puan ortalamaları $3,01\pm 1,08$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ arasında olumlu yönde anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi demografik özellikler ile PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışma pozisyonu, çalışma şekli, hemşirelik mesleğinden memnun olma, psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olma, etik ile ilgili eğitim alma, etik durum sıklığı, ekip ile etik sorun yaşama, hasta ve hasta yakınlarıyla etik sorun yaşama gibi mesleki özellikler ile PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı, meslekteki çalışma süresi, psikiyatride çalışma süresi, travmatik olay yaşama durumu, yönetici ve meslektaşlarla yaşanan etik sorunlar ile PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak psikiyatri hemşirelerinin PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ arasında olumlu bir ilişki olduğu, psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeyi artıkça merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Merhamet yorgunluğu, moral distres, psikiyatri hemşireleri, tükenmişlik.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Relationship Between Moral Distress, Compassion Fatigue and Burnout Levels of Psychiatric Nurses

Ebru KAYA

Department of Nursing

Master Thesis / Konya-2021

This study was carried out as descriptive and correlational in order to determine the moral distress, compassion fatigue and burnout levels of psychiatric nurses. The sample of the study consisted of 107 nurses who agreed to participate in the study working in psychiatric clinics of hospitals located in Konya province. The data were collected with the Personal Information Form prepared by the researchers, the Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses (MDSP), Compassion Fatigue Subscale of the Quality of Life Scale for Employees (CFS) and the Burnout Measure (BM). The data are evaluated by T-test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Pearson Correlation and Multiple Regression Analyses. The significance level was accepted as $p < 0,05$.

It have been detected that 38,3% of nurses were between the ages of 26 and 30, 61,7% were female 60,7% were married 55,1% bachelor's degree. The nurses' MDSP score mean was found as $1,65 \pm 1,23$; the mean of CFS score was found as $1,0 \pm 0,75$; and the mean of BM score was found as $3,01 \pm 1,08$. It was found that there was a positive and significant relationship between the nurses' MDSP, CFS and BM scores. A statistically significant difference was found between the demographic characteristics such as age, gender, marital status, educational level, and the MDSP, CFS, and BM score averages ($p < 0,05$). A statistically significant difference was found between the vocational characteristics such as work position, shifts, job satisfaction, satisfaction with psychiatry, ethics education, frequency of the ethical situations, ethical problems with the team, ethical issues related to patients and relatives, and MDSP, CFS and BM score averages ($p < 0,05$). There was no statistically significant difference between the number of children, presence of chronic disease, working time in the profession, working time in psychiatry, the state of experienced traumatic events, ethical problems experienced with managers and colleagues, and the MDSP, CFS and BM score averages ($p > 0,05$).

As a result, it was determined that there was a positive relationship between the means MDSP, CFS and BM scores and that compassion fatigue and burnout levels increased as the moral distress level of psychiatric nurses increased.

Keywords: Burnout, compussion fatigue, moral distress, psychiatric nurses.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp, bilim ve teknolojideki ilerlemeler beraberinde bazı değer sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuş, sağlık alanında etik kavramını giderek önemli hale getirmiştir (Yıldırım ve Kadioğlu 2007; Akın Korhan 2015; Arslantaş 2015). Etik, “doğru ve yanlış davranış teorisi” olduğu gibi bireylerin belirli bir davranışında anlatmak istediği değerlerden oluşan ahlak bilimidir (Üstün 2015). Tıp etiği ise, tıp ve sağlık alanındaki profesyonellerin neyin iyi neyin kötü olduğuyla ilgili nasıl tavır ve tutum sergilemeleri, tıbbi eylemlerde nelerden kaçınması gerektiğiyle ilgilenen bir disiplindir (Yıldırım ve Kadioğlu 2007). Sağlıkta bakım hizmetinin çoğalan rolü ve sorumlulukları, bilginin bilimsel içeriğini de arttırmakta, bu sayede hemşireler daha sık etik sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Burkhardt ve Nathaniel 2013). Hemşireler etik olarak kendilerini kısıtlanmış hissettikleri böyle durumlarda, bakım verdiği hastaya karşı ahlaki sorumlulukları azalarak, kendilerini birer etkisiz savunucu gibi hissetmektedirler (Erlen 2001). Hemşireler çalışma ortamında değer çatışması yaşadıklarında, kişisel veya mesleki değerleriyle bir çelişki olduğunda, etik ikilemler ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin bu etik ikilemleri çözmedeki başarısız girişimleri genellikle moral distrese yol açarak moral distrese karşı savunmasızlığı arttırmaktadır (Erlen 2001; Hamric 2012; Jameton 2017).

Ahlaki seçimleri, ahlaki eylemi dönüştürmedeki yetersizlik moral distres olarak tanımlanmaktadır (Erlen 2001; Hamric 2012; Jameton 2017). Moral distres, bireyin doğru eylemi bildiği halde ortaya çıkan engeller nedeniyle bu eylemi gerçekleştirememesi sonucu oluşan sıkıntı hissidir (Jameton 2017). Moral distres, klinik durumlar, iç veya dış kısıtlamalar nedeniyle istenen etik açıdan uygun eylem gerçekleştirilemediğinde hissedilen anlık strestir. Kısıtlamalar ve klinik durumların varlığı, moral distresin temel öğeleridir. İç kısıtlamalar; güçsüzlük algısı, girişkenlik eksikliği gibi psikolojik tepkiler içerirken, dış kısıtlamalar; politikalar, idari destek eksikliği, zaman kısıtlaması gibi faktörleri içermektedir. Klinik durumlar ise yararsız tedavi, bakım sürekliliğinin eksikliği, yetkin olmayan sağlık personelleriyle çalışma gibi durumlardan oluşmaktadır. İlk defa moral distres deneyimleyen bireylerde hayal kırıklığı, öfke, suçluluk gibi duygular çözümlenmediğinde aşamalı bir sürece dönüşmekte ve ahlaki olarak stresli durumlarla sıklıkla karşılaşmak ahlaki kalıntıya, diğer bir deyişle kreşendo etkisine neden olmaktadır. Moral distresin en zarar verici sonucu, etik inançlara göre gerçekleştirilmesi gereken bakımın yapılmaması veya

yapılmasına izin verilmemesinden kaynaklanan utanç, üzüntü, baş ağrısı, taşikardi, mide bulantısı, kaygı, tatminsizlik ve başarısızlık gibi psikolojik ve fiziksel etkiler nedeniyle oluşan ahlaki kalıntı deneyimidir (Epstein ve Hamric 2009; Cavailere ve ark. 2010; Jansen ve ark. 2020). Ahlaki kalıntılar ve bu ahlaki kalıntıların birikmesi nedeniyle kalıcı olması, psikiyatri hemşirelerinde moral distresin oluşmasına neden olmaktadır (Epstein ve Hamric 2009; Cavailere ve ark. 2010; Jansen ve ark. 2020).

Psikiyatri hemşireleri sağlık profesyonelleri arasında yer alan sağlık bakımı vermekte aktif rol üstlenen bir grup ruh sağlığı uzmanlarıdır (Kertchok 2015). Psikiyatri hemşirelerinin, hastalarına bakım verirken hemşirelik uygulamaları, kılavuzları, kodları gibi rehberleri uygulayarak hastaların optimum sağlık ve esenliği için multidisipliner ekiplerle iş birliği sağlaması gerekmektedir (Kertchok 2015; Üstün 2015; Kovancı ve Atlı Özbaş 2019). Buna ek olarak, psikiyatri hemşireleri, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verirken hasta yakınlarıyla da ilgilenmek zorunda kalarak etik sorunlarla yüzleşmektedirler (Kertchok 2015). Zorunlu tedaviler, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki güç dengesizliği, güvenliği sürdürmedeki güçsüzlük, hastaların ihtiyaçlarıyla çatışma, kanıta dayalı tedavinin olmaması ve zaman sınırlaması gibi bütün klinik durumlar, iç ve dış kısıtlamalar altında çalışmak gibi birçok faktör, hemşirelerin aşırı stres yaşamalarına dolayısıyla moral distres ve ahlaki kalıntılar nedeniyle hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ayrıca merhamet yorgunluğunun bir bileşeni olan tükenmişliğe de neden olmaktadır (Stamm 2002; Epstein ve Hamric 2009; Cavailere ve ark. 2010; Kertchok 2015; Jameton 2017; Jansen ve ark. 2020).

Merhamet yorgunluğu, verilen bakımın kalitesini düşürerek hastalarla uzun süreli, sürekli, yoğun temasın ve strese maruz kalmanın neden olduğu ilerleyen aşamalı bir sürecin olası sonucudur. Merhamet yorgunluğu sağlık profesyonellerinde, sürekli ve yoğun olarak merhametle ve empatiyle verilen bir bakımın sonucunda, bireyde ortaya çıkan bakım verme gücü ve isteğindeki azalmayla birlikte psikolojik, fiziksel, sosyal ve ruhsal tükenmeyi tanımlamaktadır (McHolm 2006; Hamilton 2008).

Merhamet yorgunluğunun bir bileşeni olan tükenmişlik, sağlık profesyonelinin çalışma ortamıyla etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Fiziksel ve zihinsel kaynakların tükenmesi sonucunda kişinin işlev görme kapasitesinin azalması veya kaybolması durumunda ulaşılan bir durumdur (Maslach 2003; Mathieu ve

McLean 2014). Tükenmişliğin nedeni çoğunlukla çalışma ortamı, işyeri kültürü veya iş yükü ile ilişkilidir. Sağlık profesyonelleri bireysel, duygusal ve mesleki olarak bu fenomenlerin hepsine karşı risk altındadır. Bununla birlikte her bir fenomen bir diğerinin gelişimi için görülme sıklığını ve riskini artırabilir. Son yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin moral distres düzeyindeki artışın tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi etkilere yol açarak birçok hasta için kötü bakım kalitesinin gelişimine ve çalışanlarda iş bırakma gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı saptanmıştır (Elpren ve ark. 2005; Cavaliere 2010; Mathieu ve McLean 2014)

Psikiyatri hemşireleri için mesleki yaşamda etkili olan stresin zorluğu, verilen sağlık hizmetinin kalitesini ve etkililiğini olumsuz etkileyerek mesleki beceriyi tehlike altına alabilmektedir. Bu zorluklar, özellikle işyeri desteği sınırlı olduğunda, sağlık profesyonellerinin birbiriyle ilişki moral distresin, merhamet yorgunluğunun ya da tükenmişliğin birini veya birden fazlasını yaşamaya karşı savunmasız hale getirmektedir (Epstein ve Hamric 2009; Coetzee ve Klopper 2010; Christodoulou-Fella 2017).

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan savunmasız ve incinebilir hastaların olduğu, zorla tedavi yöntemi, karar verme yeterliliği gibi özgürlüğün kısıtlandığı çok sayıda etik ikilemeyle karşılaşılacak stresli bir ortamda çalışmaktadır. Moral distres, psikiyatri hemşirelerinin önemli rollerini yerine getirmesini engellerken, sunulan bakımı ve mesleği bırakmaya kadar olumsuz etkilere, kişisel ve mesleki değerlerin tehlikeye girmesiyle merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğe de neden olmaktadır. Bununla birlikte psikiyatri hemşirelerini fizyolojik, ruhsal ve sosyal birçok yönden olumsuz etkileyebilmekte, ortaya çıkan bu durum bireyin ve mesleğin profesyonel gelişimini, sunulan bakım, tedavi ve uygulamaların kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Corley 2002; Cavailere ve ark 2010; Christodoulou-Fella 2017; Delfrate ve ark. 2018) Psikiyatri hemşirelerinde moral distres, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin bilinmesi, bu üç fenomenin olumsuz etkilerini, hemşire ve hasta üzerindeki var olan etkisini hafifletmede etkili müdahaleler geliştirmek için, hemşirelerde farkındalık yaratmak için önemlidir.

Türkiye’de moral distres kavramı yeni olmakla birlikte psikiyatri hemşirelerinde moral distresle ilgili yapılan çok az çalışma mevcuttur (Yıldırım ve ark. 2013; Karagözoğlu ve ark. 2017; Kovancı ve Atlı Özbaş 2019; Kovancı 2020).

Uluslararası literatürde psikiyatri hemşirelerinde moral distres; tükenmişlik, iş tatmini, tutarlılık duygusu, ahlaki duyarlılık, iş doyumunu, etik iklim ve işten ayrılma niyetiyle birlikte incelenmiştir (Ohnishi ve ark. 2010; Noh ve ark. 2013; Hamaideh 2014; Ando ve Kawano 2018).

Literatürde bu konuyla ilgili tanımlayıcı çalışmalar olsa da daha önce psikiyatri hemşirelerinin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyinin bu boyutunda incelenmemiştir. Bu bilgiler ışığında, bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Moral Distres

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre, Fransızca “morale” sözcüğünün kökünden türeyen moral kavramı ahlaki, ahlakla ilgili olan anlamına gelmektedir. Arapça kökenli olan ahlak kelimesini “bir toplumdaki bireylerin uymak zorunda oldukları davranış şekilleri ve normları” olarak tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/?kelime> 27 Haziran 2020). Ahlak (moral), toplumu oluşturan bireylerin kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışları arasında ayırım yapan kurallar bütünü olup psikoloji, din, tıp gibi pek çok bilim alanının ilgi odağı olmuş, özünü iyi ve kötü davranış normlarından almıştır (Üstün 2015).

Distres sözcüğü; kaygı, sıkıntı, çökkünlük, üzüntülü hal, güçsüzlük gibi birçok davranış ve durumu içine alarak kriz, anksiyete, depresyon gibi psikolojik dengenin bozulmasına ve ruhsal bozukluklara neden olabilen bir kavramdır (Bultz ve Carlson 2005; Holland ve ark. 2010). Distres kavramı, dilimize psikolojik sıkıntı olarak aktarılmıştır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde, sıkıntı kavramı ise, “bir bozukluğun neden olduğu sürekli devam eden yorgunluk” anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/?kelime> 27 Haziran 2020). Sıkıntı sözcüğünün tanımı üzere daha dar kapsamlı olması, distresin sadece sıkıntıyla ilişkili bir durum olmadığı buradan hareketle moral distress kavramının “moral distres” olarak çevrilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür (Kovancı ve Atlı Özbaş 2019).

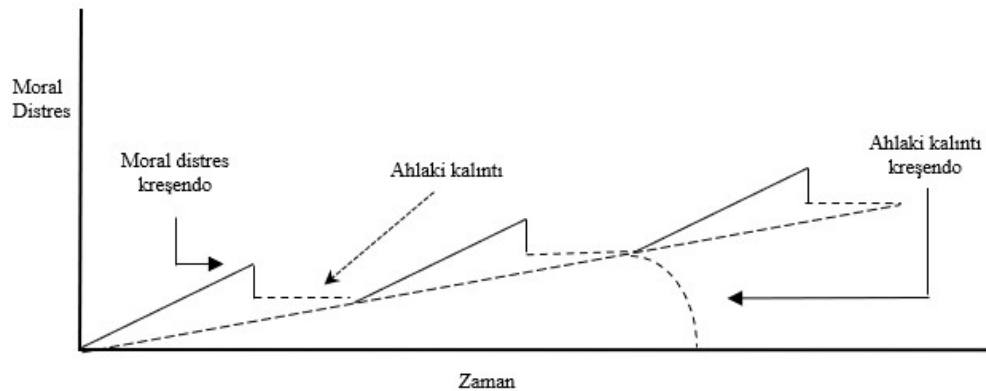
20.yy. başlarında tıp etiğinde teori ve pratik uygulamaların etik davranışı benimseyen bir temel oluşturulmasıyla, moral distres kavramı güncel olarak literatürde yer alarak her geçen gün bu kavram üzerinde çalışmalar önemli hale gelmiştir (Epstein ve Hamric 2009; Kovancı ve Atlı Özbaş 2019; Ohnishi ve ark. 2019). Moral distres kavramının literatürdeki ilk tanımını Andrew Jameton 1984 yılında yapmıştır (Jameton 1993). Jameton tanımına göre moral distres, “bir kişinin yapılacak doğru eylemi bilmesine rağmen, kurumsal kısıtlamalar sebebiyle doğru eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu hallerde yaşadığı sıkıntıdır” (Jameton 1993). Diğer bir araştırmacı olan Wilkinson ise moral distressi “bir profesyonelin ahlaki bir karar aldığı fakat bu karara yönelik davranışı ortaya koyamadığında yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygu” olarak yeniden düzenlemiştir (Wilkinson 1987). Hamric (2012), bu kavramın daha da

yaygınlaşmasını sağlamış, “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” şeklinde ifade etmiştir. Nitekim Kälvemark ve ark (2004), “sağlık hizmeti sağlayıcısının etik boyutları içeren durumlarda, tehlikede olan tüm çıkarları ve değerleri koruyamadığını hissetmesi yüzünden meydana gelen geleneksel negatif stres belirtileri” ile karakterize bir durum olarak ele almıştır.

Sağlık bakım ortamlarında yapılan çalışmalara bakıldığında Moral distres tanımlarından en çok Jameton ve Hamric’in tanımlarının kullanıldığı görülmüştür. Jameton ve Hamric’in moral distres tanımlarındaki ortak özellik bireylerin etik bir sorun ya da etik bir ikileme yüz yüze geldiğinde doğru olduğuna inandıkları eylemleri uygulamada karşılaştıkları bireysel, kurumsal ve dış engeller olduğu belirlenmiştir (Ohnishi ve ark. 2010; Oh ve Gastmans 2015; Morley ve ark. 2019).

2.1.1. Moral Distres Süreci

Moral distres ile ilgili yapılan çalışmalarda moral distres kavramının etik durumlardan farklı bir süreç olduğu belirlenmiştir (Epstein ve Hamric 2009; Jameton 2017). Jameton moral distres tanımını 1994 yılında düzenleyerek aşamalı bir süreç olduğunu “ilk (initial) moral distres” ve “reaktif (reactive) moral distres” ögeleri ile detaylandırmıştır. Bireyin ahlaki olarak doğru eylemi engeller nedeniyle gerçekleştiremeyeceğini fark ettiği sıkıntılı durum ilk moral distresi, bireyler bu sıkıntılı duruma bir çözüm üretmediğinde, tepkisiz kaldığında reaktif moral distres oluşmaktadır (Epstein ve Hamric 2009).



Şekil 1. Moral Distres Kreşendo Etkisi

Kaynak: Epstein ve Hamric, 2009: 1.

Bireyin değerleriyle inandığı Şeyi yapmaktan, kurumsal engeller ve bireysel çatışmalar nedeniyle ortaya çıkan duygusal tepkiler, ilk moral distres olarak açıklanmaktadır. Bunu reaktif moral distres veya "ahlaki kalıntı" izlemektedir. Reaktif moral distres durumu, hafif ve bastırılmış sıkıntıdan kaynaklanan olumsuz duyguların zamanla birikmesi ve ilk moral distresin özölmemesiyle "moral residue (ahlaki kalıntı)" olarak ortaya çıkmaktadır. Nitekim bu vakaların ahlaki kalıntısı, bireyin refahı, Őefkati ve üretkenliği üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Epstein ve Hamric 2009; Hamric 2012). Reaktif moral distres veya ahlaki kalıntı, zamanla aşamalı ve tekrarlayan moral distresten kaynaklanmaktadır. Moral distresin birçok sağlık bakımı sunan meslek üzerindeki yaygın etkisine ek olarak, önemini ve uzun vadede ciddi sonuçlarını fark etmek gerekir. Epstein ve Hamric (2009), moral distresin zaman içinde neden olduğu zararları "kreşendo etkisi" olarak belirtmiştir. Nitekim klinik bir durum ortaya çıktığında, bireyin gerçekleştirmek istediği eyleminin engellenmesiyle başladığı öne sürölmüştür. Eylemlerin olumlu bir sonucu olsa bile, bireyin ahlaki endişesinin görölmemesi, zaman içinde tekrarlanan durumlarla artmaya devam eden ahlaki kalıntıya dönüşmektedir. Kurumsal kısıtlamalar ve bireysel çatışmalarla yaşanan benzer klinik durumlarla yüz yüze gelindiğinde reaktif moral distres nedeniyle geçmiş sıkıntılı durumlar tekrar hatırlanarak moral distrese eğilim gelişir nitekim kreşendo oluşmaktadır (Epstein ve Hamric 2009).

Moral distres ve ahlaki kalıntının varlığı bireylerde artan ahlaki duyarsızlığa bağlı olarak sağlık bakımında hassas davranılması gereken durumların anlaşılamamasına veya yok sayılmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte bireylerin duygusal, psikolojik, fizyolojik ıstırap hissetmelerine ve tükenmişliğe yol açmaktadır (Epstein ve Hamric 2009; Epstein ve Delgado 2010; Epstein ve ark. 2019).

2.1.2. Moral Distrese Neden Olan Faktörler

Hamric (2012)'in aktardığı göre hemşirelikte moral distres kavramını ortaya çıkaran Jameton (1984)'a göre, moral distres, bireysel olarak hemşirelerin doğru eylemi bildiklerinde, ancak kurumsal kısıtlamalar nedeniyle "doğru ahlaki yolda hareket edemediklerinde" gelişmektedir (Hamric 2012). Corley ve ark. (2005)'in aktardığı göre, Jameton (1984), ahlaki eylemleri yerine getirmenin önündeki engelleri; zaman eksikliği, denetim ya da organizasyonel desteğin azalması, doktor

desteğinin olmaması, ailenin gerçekçi olmayan tercihlere sahip olması ve yasal sınırlar olarak belirtmiştir. Bununla birlikte klinikten kaynaklanan problemlerin, sağlık profesyonelleri arasında moral distrese neden olduğu bildirilmiştir Corley ve ark. (2005).

Literatürde moral distresin ortaya çıkmasındaki temel nedenler klinik durumlar, iç kısıtlamalar ve dış kısıtlamalar olmak üzere üç ana kategoriye ayrılmıştır (Hamric 2012; Maluwa ve ark. 2012). Moral distresin ortaya çıkmasına neden olan klinik kaynaklı durumlar; yararı olmayan gereksiz tedavi, agresif tedaviyle ölüm sürecinin uzatılması, yetersiz bilgilendirilmiş onam alınması, yetkin olmayan sağlık profesyonelleriyle çalışılması, tedavi planının hazırlanmasında iş birliği olmaması, bakım sürekliliğinin eksikliği, görev tanımlarının net olmaması, kaynakların uygunsuz kullanımı, hastanın yararına olmayan bakım verilmesi, etkin ağrı kontrolünün sağlanmaması, hastaya ve yakınlarına boş ümit verilmesi, ölüm sürecinin hızlandırılması, gerçeğin söylenmemesi ve hastanın isteklerine saygı duyulmamasıdır (Hamric 2012; Maluwa ve ark. 2012). İç kısıtlamalar; sağlık profesyonellerin artan ahlaki duyarlılık ve kendinden şüphe duyma, girişken olmama gibi kişisel kısıtlamalar nedeniyle moral distres düzeyi etkilenmektedir. Moral distrese neden olan diğer iç kısıtlamalar ise; algılanan güçsüzlük, etik sorunların tanımlanamaması, durumun tam olarak anlaşılabilmesi, alternatif tedavi planları konusunda bilgi eksikliği, diğerlerini takip etmek için sosyalleşme olarak belirlenmiştir (Hamric 2012; Maluwa ve ark. 2012) İç kısıtlamalar, literatürde yapılan araştırmalarda çok az ilgi görmüştür. Bu bağlamda moral distresin çoğunlukla eylem üzerindeki dış kısıtlamadan kaynaklandığı belirtilmektedir (Hamric ve ark. 2012). Jameton moral distres tanımının odağında “politik, idari ve kurumsal yapının, duruma uygun eylemin uygulanmasını engellemesi” şeklinde ele almaktadır. Nitekim dış kısıtlamalar moral distresle ilgili yapılan çalışmaların odak noktasını oluşturmuştur (Hamric ve ark. 2012). Dış kısıtlamalar özellikle sağlık bakım ortamlarında kurumsal politikalar ve güç hiyerarşinin sağlık hizmetleri üzerindeki baskısı nedeniyle bireylerin kaliteli sağlık bakım isteklerinin yerine getirilmemesiyle oluşmaktadır. Moral distrese neden olan diğer dış kısıtlamalar ise; yeni teknolojilerin etkisi, ekip içinde yetersiz iletişim, meslek içinde ya da meslekler arasındaki farklı bakış açısı, personel eksikliği ve işten ayrılmaların artması, idari destek eksikliği, bakım ihtiyaçları ile çelişen politika ve öncelikler, dava açılma korkusuyla ailenin hasta bakımı ile ilgili isteğine uyma, yıkıcı ve yok sayan

davranışa tolerans gösterme, maliyetleri düşürme baskısı nedeniyle bakımdan ödün vermek, sağlık sistemi içindeki hiyerarşiler, çalışanlar arasındaki ilişkilerin zayıf olması, karar verme sürecinde hemşirelerin olmaması, sigorta baskısı ve dava korkusuyla bakımdan ödün verme olarak tanımlanmaktadır (Hamric 2012; Maluwa ve ark. 2012).

Shoorideh ve ark. (2012), İranlı hemşireler üzerinde nitel olarak yürütmüş oldukları bir çalışmada, kurumsal engeller ve kısıtlamalar, iletişimden kaynaklanan sorunlar, gereksiz yapılan uygulamalar, malpraktis ve tıbbi bakım hataları olmak üzere dört faktörün moral distressin ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hastalara güvenli ve uygun bir bakım verilmediğinde hemşirelerde moral distress düzeyinin yükseldiği ve kurumsal engellerin bakımın verilmesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Maluwa ve ark. (2012), hemşirelerde moral distrese neden olan faktörleri personel sıkıntısı, hastaları korumak amacıyla kuralların ihlal edilmesi, saygısızlığa maruz kalmak zorunda olmak, kaynakların yetersiz olması, meslektaşlarının davranışları, amirlerinin ve üstlerinin olumsuz yönetim şekli olmak üzere altı başlık altında toplamışlardır. Aynı çalışmada moral distrese neden olan temel unsurların hasta bakımı, iş arkadaşlıkları ve yönetsel sorunlar ile ilgili olduğu; bu sorunların ilaç, zaman, personel ve ekipman yönünden yetersiz kaynaklarla çalışan hemşireleri hasta bakımı ile ilgili önemli sıkıntılara sürüklediği bildirilmiştir. Langley ve ark. (2015), yapmış oldukları nitel bir araştırma sonrasında hemşirelerde mesleki yetersizlik ve deneyimsizlik, kaynak kısıtlamaları, danışma/iletişim/görüşme eksikliği, yaşam sonu bakım uygulamalarında yararsız tedavi ve kaynak yetersizliği olmak üzere beş majör moral distress kaynağı belirlemişlerdir. Barlem ve ark. (2014), yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin moral distress yaşamalarına neden olan faktörleri, çalışma ekibinin yetersizliği, hasta isteklerinin göz ardı edilmesi, yetersiz çalışma koşulları, hemşirelerin ölüme yaklaşan hastalarıyla ilgili savunucu rollerinin engellenmesi olarak sıralamışlardır. Ohnishi ve ark. (2010), yaptığı bir çalışmada, psikiyatrik tablosu uzun zamanlı hasta yatışı ve hastane bakımını gerektirecek şiddette olmayan hastaların hastanelerde tutulması, hasta otonomisine yeterince saygı duyulmaması ve hastaları dinlemek için zaman ayrılmaması, psikiyatri hemşireleri tarafından moral distress nedeni olarak belirtilmiştir. Dodek ve ark. (2019), sağlık personelleriyle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin karar yetkisi, beceri erginlik düzeyi, sosyal destek gibi faktörlerin düşük

olması diğer sağlık personellerinden daha yüksek düzeyde moral distrese neden olduğunu belirlemiştir. Yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin uzun süre maruz kaldığı bu engeller psikiyatri hemşirelerinin hastalarla profesyonel düzeyde terapötik bir ilişki için gerekli olan yakınlık ve güven geliştirme yeteneğinin azalmasına ve hemşirelerin moral distres yaşamalarına sebep olacağı öngörülmektedir (Lützen ve ark. 2010). Dolayısıyla moral distres deneyiminin sürekli hale gelmesi, psikiyatri hemşirelerinin terapötik hemşire-hasta ilişkilerinin olumsuz etkilenmesine ve uyumsuz başa çıkma mekanizmaları geliştirmesine yol açmaktadır (Deady ve McCarthy 2010; Lützen ve ark. 2010). Bununla birlikte moral distres psikiyatri hemşirelerini iş yeri içinde dışsal ve klinik olarak etkilemekle kalmayıp içsel olarak da etkilemektedir. Bu etkilerin duygusal olarak umutsuz, yalnızlık, güçsüzlük, özgüven eksikliği, şüphecilik gibi duygulara yol açacağı belirtilmiştir (Lützen ve ark. 2010). Ohnishi ve ark. (2019), tarafından yapılan bir çalışmada ise, bireylerin iç kısıtlama faktörlerinin birbirinden farklı olduğu ve özellikle ahlaki duyarlılığın moral distrese neden olduğu görülmüştür.

2.1.3. Moral Distresin Etkileri

Sağlık bakım hizmeti sunumunda birçok problem ve güçlüklerle karşılaşan çalışanlar ve hemşireleri negatif etkileyen faktör bulunmaktadır (Corley ve ark. 2005; Kälvemark 2007). Bu faktörler, moral distres yaşayan hemşirelerin savunmasız hastalara bakım vermesinde daha fazla güçlük yaşadığına, hastayla temastan kaçındığına, hastalara yeterli fiziksel bakım sağlayamadığına, hastanın temel ihtiyaçlarını karşılayamadığını ve inançlarına aykırı davranarak ortaya çıkan psikolojik ve fiziksel sorunlar neticesinde işi bırakmak zorunda kaldıklarını göstermektedir (<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> 20 Haziran 2020). Nitekim literatürde moral distres kavramının negatif etkileri hasta, hemşire ve kurum olarak üç boyutta sınıflandırılmaktadır. (Fourie 2015; Oh ve Gastmans 2015).

Hasta Üzerine Etkisi: Moral distres hem hastayı hem de hemşireyi etkileyen bir süreçtir. Moral distres hastalar üzerinde kendini savunmada güçsüzlük, girişken olmama ve acı düzeylerinde yükselme gibi etkilere neden olmaktadır (Corley 2002). Yapılan çalışmalarda moral distres yaşayan sağlık personellerinde hemşire hasta etkileşiminin azaldığı ve hastaların bakım kalitesinde düşmesine neden olduğu belirlenmiştir (Corley ve ark. 2001; Corley 2002; Kälvemark ve ark. 2004; Deady ve McCarthy 2010; Hamric 2012; Watt ve ark. 2018).

Hemşire Üzerine Etkisi: Moral distres, hemşireleri de fiziksel, duygusal, psikolojik ve mesleki olarak birçok açıdan etkilemektedir (Carse 2013). Moral distreste yaşanan kısıtlamalar nedeniyle hemşirelerin gerekli ve uygun gördüğü görevleri yerine getirmeleri engellenmektedir. Bu kısıtlamalardan dolayı ortaya çıkan olumsuz duyguların bir deneyimi olarak hemşirelerde her şeye acı duymak ve sonucunda işe gitmede isteksizlik, iş doyumunda azalma, tükenmişlik, moral distrese neden olabilecek hastalara bakım vermeme, klinik değişikliği, işten ve meslekten ayrılma durumları ile karşılaşmaktadır (Corley ve ark. 2005). Moral distres ıstırap duyma, aldatma, güvensizlik, öfke, suçluluk, boyun eğme, derin üzüntü ve umutsuzluk duygularıyla ilişkilendirilmiştir (Carse 2013; McCarthy ve Gastmans 2015; Oh ve Gastmans 2015; Field ve ark. 2016; Resnik 2016; Powell ve ark. 2018). Yapılan çalışmalarda moral distres yaşayan personellerin bunalmış, güçsüz ve hüsrana uğramış hissettikleri görülmüştür. Ayrıca moral distres, sağlık personellerinde kâbus, baş ağrısı, korku, kaygı, depresyon, konsantrasyon güçlüğü ve özgüven sorunlarına da neden olmaktadır (Carse 2013; McCarthy ve Gastmans 2015; Oh ve Gastmans 2015; Field ve ark. 2016; Resnik 2016; Powell ve ark. 2018). Jameton (1993), mide bulantısı, ishal, terleme ve ağlama gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra utanç, keder, çaresizlik, pişmanlık ve umutsuzluk gibi duygusal ve psikolojik semptomları tanımlamıştır. Bununla birlikte moral distres, aile üyeleri ile çatışma, aile ilişkilerinde bozulma gibi sosyal problemlere de neden olmaktadır (Nuttgens ve Chang 2013).

Sağlık Kurumu Üzerine Etkisi: Moral distresin hasta ve hemşireler üzerindeki etkileriyle beraber kurum içinde önemli etkileri bulunmaktadır. Moral distrese maruz kalan hemşirelerde gelişen, iş yerine geç kalma, verimde azalma, iş memnuniyetsizliğinde artma, bakım verme kalitesinde azalma, işi bırakma düşüncesi ve işi bırakma gibi durumlar sağlık bakım kurumu üzerinde negatif etkilere neden olmaktadır (Shoorideh ve ark. 2015). Kurumda yaşanan moral distrese neden olan problemler, istihdam sağlanmasında güçlük oluşturmaktadır (Corley 2002). Özellikle yoğun bakım, onkoloji, pediatri vb. birimlerdeki profesyonel hemşirelerin işten ayrılmasına neden olmaktadır. Ayrıca, kurumlarda sağlık bakım kalitesinde bozulma, maliyette artma ve hasta memnuniyetinde düşüş yaşanmaktadır (Kälvemark ve ark. 2004; Hamaideh 2014).

Jansen ve ark. (2020), yaptığı bir çalışmada, psikiyatri hemşireleri tarafından deneyimlenen moral distressi etkileyen faktörler ve özellikleri incelenmiştir. Moral distressi etkileyen faktörlerin; personel eksikliği ve hasta ihtiyaçları, zorunlu tedavi ve şiddet riski, moral distrese neden olan fiziksel ve psikolojik tepkiler olarak üç ana kategoride gruplandırılmıştır. Psikiyatri hizmetinde moral distressi etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Birçok etik ikilem, hastaların acı çekmesine tanık olma, yasa ve yönetmeliklere bağlılık gibi etkenler hemşireleri moral distrese maruz bırakmaktadır. Yapılan çalışmalarda moral distress yaşayan psikiyatri hemşireleri ruhsal, fiziksel, sosyal olarak etkilenmektedir. Bu etkiler, öfke, depresyon, kaygı, suçluluk, yorgunluk, güçsüzlük, işten ayrılma ve tükenmişlik gibi sorunlara yol açmaktadır (Hamric 2012; Hamaideh 2014; Oh ve Gastmans 2015; Lamiani ve ark. 2017; Karakachian ve Colbert 2019). Nitekim moral distress düzeyinin yüksek olması, hemşirelerin etik ikilemlerle baş etme mekanizmalarındaki bilgi ve becerilerinin eksikliği ile de açıklanmaktadır (Hamaideh 2014). Bu nedenle psikiyatri hemşirelerine moral distress, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetini azaltmaya yönelik eğitimsel müdahale programlarının yürütülmesi gereklidir (Hamaideh 2014). Rapor edilen moral distress psikiyatri hemşirelerinin, hastaya sağlanan tedavi ile bakımı sorgulamaya ve hastaya verdiği bakımdan şüphe etmesine neden olabilmektedir. İrlandalı psikiyatri hemşirelerinin etik ikilemlerden kaçınarak ve hasta haklarını koruyarak etik sorunları en aza indirdiği görülmüştür. Bununla birlikte disiplinler arası yapılan tartışma toplantıları, ekip iş birliğinin sağlanması, hizmet içi eğitimlerin varlığı moral distressin önlenmesinde etkili olabileceği belirlenmiştir (Deady ve McCarthy 2010). Psikiyatri hemşirelerine moral distress yaşatan durumlar daha çok çalışma ortamıyla ilgili görünmektedir; bu nedenle psikiyatri hemşirelerin kurumsal olarak güçlendirilmesine ilişkin müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir (Christodoulou-Fella ve ark. 2017).

Bu doğrultuda moral distressin tanınması, önlenmesi ve farkındalığın artırılması, moral distressin önlenemediği durumlarda ise moral distress etkileri ile nasıl baş edilebileceğine yönelik çalışmalar yapılması, kısacası psikiyatri hemşirelerinin ve kurumun profesyonel olarak desteklenmesi sağlanmalıdır (Kovancı 2020). Bu bağlamda, psikiyatri hemşireliğine büyük rol düşmektedir.

2.1.4. Moral Distresi Önleme

Uluslararası literatürde moral distresin önlemesine yönelik öneriler sunan çalışmalar yapılmıştır. Moral distres modelleri ile yapılan bu çalışmalar bireysel ve kurumsal olarak sınıflandırılmıştır. Moral distresin önemi ve sebep olan faktörler ele alındığında, bireysel ve kurumsal yaklaşımlar beraber yürütülmelidir (Epstein ve Hamric 2009; Karagözoğlu ve ark. 2017; Kovancı 2020).

Moral distres, bireyin çoğu zaman düşünmek istemediği yüz yüze gelmekten kaçındığı, uzaklaştırmak istediği güç bir durumdur. Bu yüzden moral distresin önlenmesinde ilk olarak, yaşanan bu durumun konuşulması ve tanımlanması gerekir. Yaşanılan moral distresin tanımlanması için kurumsal düzeyde bir zemin hazırlanmalıdır. Kişilerin kendilerini açıklayabileceği bir ortamın hazırlanması ve çözüm bulmak için multidisipliner bir yaklaşımın olması gerektiği belirlenmiştir (Hamric 2012; Jameton 2017; Maffoni ve ark. 2019).

Sağlıklı bir çalışma ortamını teşvik etmek, Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği (American Association of Critical Care Nurses) (AACN)'nin ilk amaçlarındandır. AACN'nin Etik Çalışma Grubu, hemşirelere çalışma ortamlarındaki moral distresi fark etmeleri, tanımlayabilmeleri ve çözümlenmeleri için hem klinik hem de idari etik konuları ele almak için yararlı bir rehber olan 4 A'yı geliştirmiştir. Nitekim bu rehber 4A aracılığıyla; sor, doğrula, değerlendir, harekete geç yaklaşımıyla oluşmaktadır (<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> 20 Haziran 2020).

Ask (Sor): Moral distresin ve belirtilerinin gözden geçirilerek hissedilen durumun moral distres olup olmadığını sorgulama aşamasıdır. Bu aşamanın amacı, moral distres varlığının farkına varmaktır. Moral distres kişinin psikososyal durumunu etkilediği için acıya neden olmaktadır. Bu nedenle yaşanan durumun fark edilmesi ve yaşanan bu durumun meslektaşlarla konuşulması önerilmektedir (<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> 20 Haziran 2020).

Affirm (Doğrula): Moral distres neden olan durumla ilgili hissedilen duyguyu, acıyı ve distresi doğrulayıp, bu durumun moral distres olarak kabul edilme aşamasıdır. Bu aşamanın amacı, moral distresin azaltılmasına yönelik bir adım atılarak sorumluluğunun alınmasıdır. Bu doğrultuda, profesyonel destek alınması önemlidir (<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> 20 Haziran 2020).

Assess (Değerlendir): Moral distres kaynağının ne olduğu, belirlenmesinde ve belirlendiğinde uygulanacak doğru eylemin seçilmesinde yol gösterici olduğu aşamadır. Hangi koşullarda belirtiler ortaya çıkıyor? Diğer kişiler bu durumdan dolayı moral distres yaşıyor mu? Kaynaklar kurumsal mı, bireysel mi? Moral distres kaynağı ortadan kaldırılabiliyor mu? Deneyimlediğim moral distres hangi seviye de? vb. gibi sorular aracılığıyla, birey kendinde var olan moral distresin kaynağını ve seviyesini gösterir (<https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> 20 Haziran 2020).

Act (Harekete Geç): Bu aşamada, içsel ve dışsal engeller ele alınarak, belirlenen risklerin azaltılması ve hemşirenin güçlendirilmesi amaçlanır. Bu aşama uygulama için bir plan oluşturma ve uygulamada yol göstericidir Aynı zamanda geliştirebilecek ya da geliştirilebilen yeni stratejiler önerilmektedir. Hemşirenin, kaynağı, türü ve düzeyi belirlenen moral distrese yönelik bir strateji oluşturduktan sonra, bu stratejinin mümkün olduğu düzeyde uygulamaya geçirmesi önerilmektedir. (Savel ve Munro 2015; Ohnishi ve ark. 2019).

AACN'nin 2008 de tasarladığı 4A yaklaşım modelinde en önemli nokta, bulunan çözümün kalıcı olmamasıdır. 4A modeli bilim ve teknoloji ile kurumsal değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda moral distrese sebep olan durumları durdurabilme gücüne sahiptir. Fakat bu durumun kalıcılığının sağlanması ve evrensel hale gelebilmesi için yasal ve kurumsal değişikliklerin olması çok önemlidir (Oh ve Gastmans 2015).

Moral distresin önlenmesine yönelik kurumsal düzenleme birçok sağlık personelinin yaşadığı problemi tanımlamasına ve çözüme kavuşmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda Amerika Virginia'da bulunan "Moral Distres Danışma Merkezinin (MDCS)" amacı, sağlık personeline moral distres yaşıtan durumları ele alarak erken müdahale etmek, moral distres düzeyini düşürmek ve bu konuda her zaman destek olmaktır (Epstein ve Hamric 2009; Epstein ve Delgado 2010; Hamric ve Epstein 2017).

MDCS'nin tüm kurumsal etik kaynaklarında olduğu gibi öncelikli hedefi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının süreçte ahlaki bütünlüklerini korurken güvenli, kaliteli bakım sağlamak için iş birliği yapmaya ve problem çözmeye teşvik edildiği bir çalışma ortamına katkıda bulunmaktır. Merkez, sağlık personelinin moral distres hakkındaki anlayışını geliştirmekte ve güçsüz hissettiği durumlarda güçlendirme

sağlamaktadır. Merkez, hasta, birim ve örgütsel düzeydeki sorunları vurgulayarak, kurumdaki moral distressi yönetmek için stratejiler oluşturma ve uygulama yöntemlerini geliştirmiştir. MDCS'nin danışmanları moral distress yaşayan sağlık personeli ile görüşür, konuyu ele alır ve baş etme stratejisine yardımcı olarak mevcut moral distressi azaltmak, ahlaki olarak üzücü durumların tekrarlama eğilimine dikkat çekmek ve gelecekteki durumları nasıl azaltılacağı veya önleneceği bireysel veya grup oturumu şeklinde düşünmeye sevk etmektedir (Epstein ve Hamric 2009; Epstein ve Delgado 2010; Hamric ve Epstein 2017). Bu merkez sayesinde moral distresse sebep olan durumlar belirlenmekte ve yaşanan problemler öngörülebilmektedir. Bu şekilde kişilerde oluşan ve oluşabilecek moral distress problemlerinin çözüme kavuştuğu belirlenmiştir (Hamric 2012).

Kurumsal ortamlarda sağlık personelleri, mesleki standartlardan ödün vermelerini veya optimal bakımdan daha az hizmet vermelerini gerektiren kısıtlamalara ve engellere maruz kaldıklarından moral distresse neden olan durumlar yaşayabilmektedirler. Moral distress gözlemlenen sağlık personellerinin aynı zamanda ortaya çıkan kurumsal kısıtlamalar ve engeller nedeniyle optimal bakımdan daha az bakım verdikleri ortaya çıkmaktadır. Ancak kurumsal müdahalelerin, bireysel müdahalelerle desteklenmesi çok daha etkili ve olumlu olmaktadır. Bireysel müdahaleler, kendini tanıma, kendini ifade edebilme, moral distresse neden olan olayı ve kendi üzerindeki etkilerini tanımlayabilmektir. Bununla birlikte duruma yönelik baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ve etkin kullanılmasıyla moral distressi engelleyeceği öngörülmektedir (Green ve ark. 2017). Ayrıca sağlık profesyonellerinin, moral distressle ilgili eğitim alması ve etik konulara ilgi yeterliliklerinin artırılması da moral distress ile bireysel baş etmede önemli bir unsur olarak belirlenmiştir (McCarthy ve Gastmans 2015). Hamaideh (2014), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada moral distress workshopuna ve eğitimlere katılan hemşirelerin, eğitim sonrası daha az moral distress yaşadıklarını saptamıştır.

Moral distresse sebep olabilecek bireysel ve kurumsal pek çok unsurun ortadan kaldırılması ile moral distressin olumsuz sonuçları önlenebilir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan düzenli eğitimler, ahlaki duyarlılık ve farkındalık ile çalışma ortamlarının ve kurum politikalarının geliştirilmesi, meslek örgütleri ve kurum yöneticilerinin yaşanan moral distresse karşı dikkatli olmaları gerekmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinde moral distressin belirlenmesi ve olumsuz

sonuçlarının azaltılmasına yönelik bireysel ve kurumsal stratejilerin beraber geliştirilmesi ve kullanılması önemlidir (Corley 2002; Epstein ve Hamric 2009; Karagözoğlu ve ark. 2017).

2.2. Merhamet Yorgunluğu

Türk Dil Kurumu merhamet kavramını "bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma" duygusu olarak tanımlamıştır (<https://sozluk.gov.tr/> 17 Kasım 2020). Merhamet kavramı başka bir tanımda, bir bireyin yaşadığı zor anlarında şefkat göstererek o bireye karşı ilgili olmak, sıkıntılarını paylaşarak yardımcı olmak, kötülüğe yönelmesini engelleyerek destek olma durumudur (Gör 2013). Merhamet, herhangi birinin kendisini, başka birinin yerine koymasıyla meydana gelen, bir canlının sıkıntısına empati gösterme, ızdırap çekme ve eylemde bulunma durumudur (Burkhardt ve Nathaniel 2013; Avşaroğlu ve Güleş 2019). Merhamet eğer davranışa yansımazsa, acı duyma duygusu olarak ortaya çıkar. Merhameti acıma duygusundan farklı kılan bireyin sıkıntısını yenmeye, acılarını gidermeye yönelik eyleme geçme bulunmaktadır. Merhamet kavramını, empatiye benzer diğer kavramlardan ayırtıran başlıca sebep, acı duymayı gidermeye yönelik tutumun ve acı hissinin nedenini kavramayla ilişkili zihinsel eylemlerle birlikte, merhametli davranışların beraber bulunması gerekmektedir (Avşaroğlu ve Güleş 2019).

Sağlık bakım hizmeti verilirken birey ile doğrudan veya dolaylı olarak en yakın iletişime geçen sağlık personeli hemşirelerdir (Çelik 2008). Merhamet, hemşire ve sağlık bakım hizmeti alan birey arasındaki sağlık bakımında gerekli ve önemli bir kavram olup, merhamet hissi olmadan kaliteli ve bütüncül bakım verilememektedir (Şirin ve Yurttaş 2015). Hemşireler sağlık bakımında hastaların birçok ruhsal ve fiziksel sıkıntılarıyla karşı karşıya gelerek merhamet yorgunluğunu çok fazla yaşamaktadırlar (Şirin ve Yurttaş 2015). Bu nedenle merhamet yorgunluğu, bakım veren hemşireleri birçok yönden etkileyen bir kavram olup önem arz etmektedir.

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde yorgunluk kavramı, "çalışma gibi nedenlerin bireydeki ruh ve beden aktivitelerindeki verimlilik seviyelerinde azalma" olarak tanımlamıştır (<https://sozluk.gov.tr/> 17 Kasım 2020). Merhamet yorgunluğu kavramı ise Joinson (1992), tarafından acil serviste bakım veren sağlık personeli olan hemşireleri gözlemledikten sonra bu kavrama değinen ilk hemşiredir. Joinson (1992), hemşirelerin bakım verdikleri hastalardan ruhsal ve emosyonel olarak etkilenmesini

merhamet yorgunluğu olarak tanımlamıştır. Merhamet yorgunluğunun, sağlık bakımı verilen hastaların yaşadığı zorluklar nedeniyle hemşirelerde duygusal, fiziksel ve sosyal yakınmaların tükenmişlik gelişmesine ve üretkenliğin azalmasına neden olduğu görülmüştür (Joinson 1992). Bu bağlamda merhamet yorgunluğu hasta ve sağlık bakım hizmeti sunan hemşire arasındaki tükenmişliğe neden olan doğal ve merhametli davranışın bir bedeli olarak ortaya çıktığı öngörülmektedir (Figley 2002).

Aycock ve Boyle (2009), merhamet yorgunluğunu, sağlık hizmeti sağlayan profesyonellerin meslekteki duygusal zorlanma ve zorluklar nedeniyle yeterli bakım ve özenin sağlanamaması olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte Coetzee ve Klopper (2010), merhamet yorgunluğunu, sağlık hizmeti veren bireylerin hastalarla uzun süreli, sürekli ve yoğun temas sonucunda strese maruz kalmanın neden olduğu ilerleyici, birikimli sürecin bir sonucu olarak bildirmiştir. Hastalarla yoğun temas ve strese maruz kalmanın sonucunda hemşirede oluşan merhamet rahatsızlığı ve sonrasında merhamet stresine yol açan bu durum merhamet yorgunluğuna neden olur. Merhamet yorgunluğu hemşirelerin çok fazla merhamet göstermesi sonucunda bu enerjinin tükenerek iyileşme gücünü etkisiz hale getirmektedir (Coetzee ve Klopper 2010). Stamm'a (2002), göre merhamet yorgunluğu bireylerin çalışma temposundaki etmenlerin merhamet yorgunluğuna neden olduğunu, ıstırap duyan hastalara sağlık hizmeti sağlayıcıların sorumluluklarından ve yüksek performans göstermek istedikleri için meydana geldiğini ifade etmiştir.

Merhamet yorgunluğu başka bir tanıma göre, kronik hastalığı olan veya travma geçirmiş hastalarla yoğun etkileşimin sonucu bireyi güçsüz ve zayıf bırakan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Mcholm 2006). Merhamet yorgunluğu, bireyin bakım konusundaki istek, arzu, yetenek ve enerjisindeki yoğun düşüşe neden olan duygusal, fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak tükenmesidir (Figley 2002). Sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin çoğunda konsantrasyon kaybı, umutsuzluk, yorgunluk, sinirlilik gibi değişimlerin olduğu gözlemlenmiştir (Deville ve ark. 2009; Negash ve Sahin 2011). Dolayısıyla bireyin kişisel yaşam ve mesleki yaşam memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır. Merhamet yorgunluğu, travmaya uğramış ve ciddi ağrısı olan bireylere yardım veya yardım etme isteğinden kaynaklanan normal, davranışsal ve duygusal tepkilerdir (Figley 1983,1995; Mcholm 2006). Bu nedenle sürekli stres etmenleriyle karşı karşıya gelmek beklenmedik bir şekilde merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Bu bağlamda merhamet yorgunluğu, travmaya uğramış

bakım alan birey ve sağlık hizmeti sağlayan hemşire etkileşiminin potansiyel sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Figley 2002).

Bu tanımlamalardan anlaşılacağı üzere, sağlık hizmet sağlayıcıları ve özellikle hemşireler, travma geçirmiş hastaların farkına vardıklarında, tanık olduklarında ve bakım verdiklerinde bireye zararlı, dengesiz bir yaşam oluşturmaktadır (Slatten ve ark. 2011). Slatten ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık yöneticileri, sağlık bakım sağlayıcılarının yaşadıkları stres nedeniyle düşük iş tatmini, işten ayrılma sıklığı, hasta bakımı ve üretkenliğinin düştüğünü gözlemlediklerinde, çalışanlarda tükenmişlik ya da merhamet yorgunluğu geliştiği sonucuna varabilmektedir (Slatten ve ark. 2011). Bu olası problem sağlık hizmeti verilen birçok serviste görülebileceği gibi kendini sağlık hizmetine adanmış hemşire gibi profesyonellerde daha çok görülmektedir. Sağlık hizmetinin merhametli çalışanları, acı duyan hastalara bakım verirken yaşamı zorlaştıran belirgin ve olumsuz fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal ve entelektüel birçok belirtiliyle karşı karşıya kalmaktadır (Figley 2002; Coetzee ve Klopper 2010; Slatten ve ark. 2011).

2.2.1. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Showalter (2010)'e göre, sağlık bakımının bedeli, sağlık profesyonellerinin fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlıklarını büyük ölçüde etkileyerek bireylerde tükenmişlik geliştirmektedir. Bu bireyler tükenmişliklerine rağmen kendi öz bakımını ihmal ederken, hastalara gereken bakım ve özeni göstermeye devam etmektedir. Merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti veren profesyonelleri etkilediği gibi farklı birçok meslek grubunda bulunan bireyleri de etkilemektedir. Dolayısıyla travma geçiren bireylerle temas halinde olmak, stresin birikmesi, hasta kayıplarının artması, çoklu ölümlerin olması, hasta yakınlarının tutumları, sağlık profesyonellerinin başa çıkamamasına merhamet yorgunluğu belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu belirtiler fiziksel, duygusal, davranışsal, zihinsel ve manevi olarak sınıflandırılmıştır (Hamilton 2008).

Merhamet yorgunluğunun fiziksel belirtileri; yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı, mide ağrısı gibi gastrointestinal şikayetler, ağlama, tembellik ve hastalığa karşı artan duyarlılık gibi sorunlardır (Hamilton 2008; Coetzee ve Klopper 2010; Showalter 2010; Young Hee ve Jong Kyung 2012). Madde kullanımının artması veya kötüye kullanımı, haz alamama, öz bakım eksikliği, aktivite sayısında azalma,

işe devamsızlık, düzensizlik, ilgisizlik, yardım etmeme merhamet yorgunluğunun bireydeki davranışsal belirtileridir (Hamilton 2008; Coetzee ve Klopper 2010; Showalter 2010; Young Hee ve Jong Kyung 2012). Öfke, sinirlilik, umutsuzluk, çaresizlik, kızgınlık, korku, bunalma, sıkıntı, çökkünlük merhamet yorgunluğunun duygusal belirtileridir (Hamilton 2008; Coetzee ve Klopper 2010; Showalter 2010; Young Hee ve Jong Kyung 2012). Merhamet yorgunluğunun zihinsel belirtileri; unutkanlık, dikkatsizlik, motivasyon eksikliği, umursamazlık gibi zihinsel değişimlerdir (Hamilton 2008; Coetzee ve Klopper 2010; Showalter 2010; Young Hee ve Jong Kyung 2012). Bireyin temel değer yargılarındaki değişim, inanç sistemindeki tehdit, manevi olarak farkındalık ve duyarlılık göstermeme gibi belirtilerse manevi belirtilerdir (Coetzee ve Klopper 2010; Showalter 2010; Young Hee ve Jong Kyung 2012).

2.2.2. Merhamet Yorgunluğu Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Merhamet yorgunluğu yaşayan bireyler, kişisel ve mesleki yaşantılarında birçok yönden özellikle de duygusal olarak üretmeye uygun olmadıklarını fark etmektedirler. Bu bireylerden bazıları etkin olarak çalışmaya ve üretmeye devam ederken istediği gibi bu yaşantılara kendilerini veremezler (Hamilton 2008). Bireyde merhamet yorgunluğuna neden olan üç risk faktörü bulunur (McHolm 2006). Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasındaki ilk risk faktörü travma öyküsü bulunan bireyin bu travmaları deneyimleyen biriyle veya travmalı durumla karşılaşması, ikinci risk faktörü ise bakım verilen veya yardım edilen bireylerin yeterli donanıma sahip olmadan sorumluluk alması üçüncü risk faktörü ise, hastalık, ölüm, statü, mesleki veya bireysel değişimler gibi beklenmedik ani gelişen değişimler, kayıplar, ikilemler merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır. Bunlarla birlikte mesleki yaşamda çok genç olmak, 18 yaşından küçük travma yaşayan bireylerle çalışmakta risk faktörleri içindedir (Figley 2002; Hamilton 2008). Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasını engellemek için ilk olarak farkındalık geliştirilmelidir. Dolayısıyla bireylerin duygusal ve zihinsel sağlıklarını korumak için öz bakım stratejilerinin sağlanması, fizyolojik ve psikolojik birçok stres faktörünün azalmasına katkıda bulunan mizahın kullanılması, kendi hakkında olumlu düşünceleri fark etmesi ve iç gözlem yapması ayrıca yoga ve meditasyon gibi uygulamalar ile maneviyatın güçlendirilmesi merhamet yorgunluğundan koruyucu faktörlerdir (Figley 2002; Hamilton 2008).

2.3. Tükenmişlik

İnsana hizmet veren çalışma kurumlarında, çalışanların bireylerle ilgilenmesi için yoğun bir zamana ihtiyaç vardır. Genellikle hemşire-hasta gibi etkileşimin bulunduğu bu kurumlarda, hizmeti alan bireyin mevcut sorunlarına (psikolojik, sosyal ve fiziksel) odaklanmak, birçok duygunun açığa çıkmasına neden olur. Bireylerin sorunları için bulunan çözümler her zaman kolaylıkla ulaşılamadığından bu süreç daha karmaşık ve yıpratıcı olmaktadır. Dolayısıyla sürekli insan etkileşiminin bulunduğu bu ortamlarda stresin kronik hale gelerek bireylerde duygusal yıpranmaya ve tükenmişliğe neden olmaktadır (Maslach ve ark. 1996).

Tükenmişlik kavramı, 1974 yılında Alman Psikolog Freudenberger tarafından, “iş hayatında yaşanan yıpranma, başarısızlık, enerji ve istek azalması ile karşılanamayan taleplerin oluşturduğu yüke bağlı olarak bireyin içsel kaynaklarında tükenme yaşaması hali” şeklinde ifade edilmektedir (Göktepe 2016). Maslach (2003)’a göre tükenmişlik, “toplum hizmeti sağlayan bir meslekte çalışan bireylerde meydana çıkabilen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarıdaki düşmeye neden olan” bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Pines ve Aronson’da “duygusal olarak talepkar durumlara uzun süre maruz kalmanın sebep olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk hali” olarak farklı bir bakış açısıyla açıklamaktadır (Kayabol ve Kaynakçı 2019).

Tükenmişlik, sürekli duygusal olarak zorlanmaya karşı verilen bir tepki olduğu gibi bir tür iş stresi olarak da nitelendirilebilir (Kayabol ve Kaynakçı 2019). Nitekim mesleki tükenmişlik, çalışma ortamındaki çatışmalar ve bireylerle etkileşimden kaynaklanan stresörlere karşı gelişmektedir (Maslach 2003). Maslach (2003), tükenmişliği “duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma, üretkenlikte ve bireysel başarıda azalma” olarak üç boyutta ele almıştır. İlk boyut olan duygusal yorgunluk boyutu, bireyde görülen en temel belirtidir. Birey, duygusal emek isteği karşısında gösteremediği, saklamak zorunda olduğu duygularıyla yoğun stres ve bunalma hissetmektedir. Sürekli yorgunluk (yeniden işe gitme düşüncesi) hali, uyku bozuklukları, yaygın fiziksel semptomlar, enerji yoksunluğu ve hastalığa yatkın olma görülebilmektedir (Maslach 2002; Längle 2003; Bakker ve ark. 2014). Bu nedenle bireylerde görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma boyutundaki yoğunluğunu etkileyerek hizmet verenlerin doğru eylemi yapmasına ve aktif çalışma isteğinin azalmasına neden olmaktadır (Maslach 2003). Duyarsızlaşma boyutunda bakım veya

hizmet verilen bireylerle çalışma ortamındaki ekip arkadaşlarına karşı mesafeli davranış tutumu gösterilmektedir. Sorumluluklarının yerine getirilmemesi, işten kaçınma davranışının gösterilmesi, iş paylaşımlarından geri çekilerek sadece rutin işler yapılmaktadır. Etrafındaki bireylere karşı davranış ve düşüncelerinden dolayı aynı zamanda kendini suçlamaktadırlar. Bireyin kendini önemsemediği, değer verilmediğini hissettiğinde tükenmişliğin üçüncü boyutu ortaya çıkar (Maslach 2002; Längle 2003; Bakker ve ark. 2014). Tükenmişliğin üçüncü boyutu olan üretkenlikte ve bireysel başarıda azalma ortaya çıkar. Tükenmişliğin bu boyutunda, meslektaşlar ve hizmet alanlara karşı sorumluluk ve görevlerini yerine getiremediğini düşünen birey, üretkenliğinde ve başaramamasındaki olumsuz tutumunu yetersizlik olarak kabullenip sonunda kendisini başarısız, yetersiz, güçsüz biri olarak atfedecektir (Maslach 2002; Längle 2003; Bakker ve ark. 2014). Pines ise tükenmişliği beş aşamada ele almaktadır. İlk aşama bireylerin çalışma yaşamında belirlediği ve ulaşmak istediği kariyer hedeflerden oluşmaktadır. Çalışma yaşamında yoğun stresörlere maruz kalan bireyler kariyer hedeflerinde azalma ile karşı karşıya kalarak ikinci aşama oluşmaktadır. Üçüncü aşamada hedeflerine ulaşamayan bireylerde başarısızlık ile karakterize bir durum oluşmaktadır. Dördüncü aşamada ise başarısızlığın ortaya çıkardığı yetersizlik gibi birçok olumsuz duygu beşinci aşama olan tükenmişlik sendromuna yol açmaktadır (Göktepe 2016).

2.3.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliği etkileyen faktörler iki bölümde ele alınmaktadır. Bu faktörler çalışma ortamından kaynaklanan belirleyiciler ve bireyin özelliklerinden kaynaklanan belirleyiciler olarak ortaya çıkabilmektedir. Çalışma faktörlerine bağlı tükenmişliğe yol açan belirleyiciler şöyle sıralanabilir; iş tanımının belirsizliği, verilen hizmetin maddi olarak yetersizliği, iş yükünün fazlalığı, denetimsel ve yönetimsel eksiklik, mesai saatlerinin uzun olması, hizmet alan kişilerin olumsuz davranışları, yetersiz malzeme ve kaynak temini, iş güvenlik önlemlerinin yoksunluğu, karar verme üstünlüğünün üstlerde bulunması, iş arkadaşları arasında haksız rekabet, hizmet içi eğitimlerin yapılmaması, kariyer geliştirme imkanının olmaması, işle ilgili yüksek beklentiler, takdir ve ödül yoksunluğundan oluşmaktadır (Göktepe 2016; Kayabol ve Kaynakçı 2019).

Bireysel faktörlere bağlı tükenmişlik belirleyicileri ise; düşük özsaygı, etkisiz baş etme mekanizmaları, bireyden yüksek beklentilerin olması, düşük düzeyde

dayanıklılık, gerginlik, A tipi kişilik özellik varlığı, kişilerarası ilişkilerin rolü ve kontrol eksikliğidir (Kayabol ve Kaynakçı 2019).

2.3.2. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik, bireyler üzerinde duygusal/ruhsal, fiziksel, davranışsal belirtilere neden olmaktadır. Bu bireylerde görülen fiziksel belirtiler; baş ağrıları, psikosomatik hastalıklar, uykusuzluk, uyku bozuklukları, grip, sırt ağrıları, gastrointestinal bozukluklardır. Yetersizlik, korku, kaygı, üzüntü, depresyon, hayal kırıklığı, öfke, sosyal ilişkilerde bozulmalar, ilgisizlik, tahammülsüzlük, sinirlilik, güvensizlik vb. gibi belirtiler tükenmişliğin ruhsal/duygusal belirtileridir. Davranışsal belirtileri ise, düşük özsaygı, yaşam doyumunda azalma, işten ayrılma, madde kullanımı, düşük iş performansı gibi belirtilerdir (Kayabol ve Kaynakçı 2019).

2.3.3. Tükenmişlikte Mücadele Yöntemleri

Tükenmişliğin bireyin özel hayatı ve çalışma yaşamındaki olumsuz sonuçları nedeniyle mücadele yöntemleri kullanılmaktadır. Bu mücadele yöntemleri bireylerin baş etmesinde bireysel ve örgütsel mücadele yöntemleri olarak açıklanmıştır. (Karakuş 2020).

Bireysel yöntemler; kendini tanıma, ulaşılabilir hedefler belirleme, gevşeme tekniklerini kullanma, hayır demeyi öğrenme, hobiler edinme, işe ara verme veya değiştirme teknikleri başa çıkma teknikleridir (Karakuş 2020).

Örgütsel yöntemler ise; işe alımda mesleki uygunluk testlerinin yapılması, örgüt içindeki çalışanların ve sistemin geliştirilmesi, sağlıklı çalışma ortamının oluşturulması, düzenli performans değerlendirmesi, düzenli mesleki/tıbbi psikolojik izleminin sağlanması, hizmet içi eğitimlerin yapılması, çatışma yönetiminin sağlanması gibi yöntemler tükenmişliğin mücadelesinde proaktif bir tutum sergilemektedir (Karakuş 2020).

2.4. Hemşirelerde Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik

Sağlık bakım ortamında hasta ve aileleri ile çalışan hemşireler, ani, olası trajik ve karmaşık sonuçların etkisiyle moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik riski taşımaktadırlar (Mason ve ark. 2014; Oh ve Gastmans 2015). Nitekim sağlık bakım ortamındaki hemşireler, savunmasız bireylere sundukları empatik tutumlu bakımın, fiziksel ve duygusal sorunlara yol açmasının yanı sıra çalışma şartları, yoğun iş yükü ve bakım kalitesinden de etkilenmektedir (Fernandez-

Parsons 2013; Mason ve ark. 2014). Dolayısıyla hemşireler, yüksek hayal kırıklığı, iş tatminsizliği ve iş yeri şiddetinin neden olduğu yoğun bir stres yaşayarak sağlıklı bir çalışma ortamında moral distres deneyimlemeye maruz kalmaktadır (Cavaliere ve ark. 2010; Fernandez-Parsons 2013).

Psikiyatri hemşireleri, psikiyatri birimlerinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin en önemli bakım sağlayıcılarından biridir (T.C. Resmî Gazete, 19 Nisan 2011 Sayı: 27515) Psikiyatri hemşireleri, bu bireylerin duygusal, zihinsel ve davranış bozukluklarının tedavi ve bakımında karmaşık durumlarına tanıklık ederken, aktif olarak da tedavi ve bakımını sağlamak zorundadırlar (Upasen ve Saengpanya 2021). Ruhsal olarak savunmasız ve acı çeken hasta ve yakınlarıyla çalışmak, mutlidisipliner bir ekiple iş birliği sağlamak, hastane politika ve prosedürlerine uyma zorunluluğu olduğu için psikiyatri hemşirelerinde moral distres kavramı çok önemlidir (Upasen ve Saengpanya 2021). Bu durumlar psikiyatri hemşirelerinde de sağlık hizmet ortamında çeşitli etik sorunlarla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Ruhsal hastalığın özellikleri doğrultusunda özellikle, hastanın otonomisinin göz ardı edilmesi, bireysel özgürlüğünün kısıtlanması ve tedaviye rıza ile ilgili konular ruh sağlığı bakımında sıklıkla ortaya çıkan etik sorunlardır. Aynı zamanda bu etik sorunlar ahlaki olarak stresli durumlara yol açarak diğer sağlık hizmet ortamlardaki hemşirelerden daha farklı zorlanmalara neden olabilmektedir (Austin ve ark. 2008; Epstein ve Hamric 2009; Musto ve Schreiber 2012). Nitekim psikiyatri hemşireleri, uygulanan tedaviler doğrultusunda, hastaların hak ve özgürlüklerinde etkili olan aldıkları kararların etik yükünü her an yaşamaktadır (Corley 2002). Bu bağlamda etik zorluklarla dolu oldukça stresli bir ortamda çalışan psikiyatri hemşireleri moral distres yaşayabilmektedir (Ohnishi ve ark. 2010).

Yüksek moral distes düzeyi kurumu, hastayı ve farklı alanlarda çalışan birçok hemşireyi etkilemektedir (Hamaideh 2014). Bu etkiler kurum üzerinde personel yetersizliğine, iş doyumunda azalmaya ve işten ayrılmaya neden olurken, hasta üzerinde bakım kalitesinin etkilenmesine, hemşire üzerinde ise fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmaktadır (Hamaideh 2014). Sağlık bakım ortamlarında çalışan birçok hemşire çalışma ortamı (ekip iş birliğinin olmayışı, kapalı çalışma ortamı vb.) ve sağlık sisteminin (kaliteli hasta bakımını engelleyen politikalar vb.) etkisiyle moral distres riski barındırmaktadırlar. Gutierrez ve ark. (2005), yaptığı bir çalışmada moral distresin hasta bakımını etkilediğini, özellikle hastalarla ve aileyle olan

etkileşimlerinin azaldığını; hemşirelerin hastalara bakım vermede zorlandığı bulunmuştur. Moral distres, sağlık bakımının kalitesi için önemli olduğu gibi (Mason ve ark. 2014; Oh ve Gastmans 2015), travmatik stres ve acı çekenlere yardım etmenin olumsuz sonucu olan merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır (Turnage-Butterbaugh 2015). Moses ve ark. (2018), tarafından yapılan bir çalışmada bir hasta için doğru tercih olduğuna inandıkları şeyi yapamamanın orta veya şiddetli strese neden olduğu görülmüştür. Bu durumun moral distres ve merhamet yorgunluğu arasında doğrudan bir ilişki olduğu açıklanmıştır.

Merhamet yorgunluğu sağlık bakımı veren meslek grupları için önemlidir. Ancak hemşirelik uygulamalarında merhamet yorgunluğunun etkisi, hemşirelerin meslektaşları içinde daha az empati duymasına, bununla birlikte tıbbi bakımın kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (McHolm 2006). Travmatik yaşam öyküsü olan bireylerle temas halinde bulunmak, ruhsal acılarına tanıklık etmek, kaliteli iletişim sağlayamamak merhamet yorgunluğuna yol açmaktadır (Showalter 2010). Merhamet yorgunluğu ortaya çıktığında sadece hemşireye duygusal olarak zarar vermekle kalmaz aynı zamanda iş veriminde düşüşe ve hataların oluşmasına sebep olur (McHolm 2006). Bu durumda bile çalışmaya devam eden hemşirelerde kişiler arası ilişkinin bozulmasına, durumun ciddiyetine bağlı olarak da ruhsal ve bedensel sağlıklarında sorunlar ortaya çıkmasına duygusal, zihinsel ve fiziksel tükenme riski yaşamalarına sebep olduğu öngörülmektedir (Cocker ve Joss 2016). Nitekim merhamet yorgunluğu, kişi bu etkileri tanımlamak ve önlemek için eğitime, başa çıkma mekanizmasına veya desteğe sahip değilse tükenmişliğinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Foote 2020).

Hemşireler mesleği gereği dinamik bir ortamda bireylerin bakım gereksinimlerini karşılarken emasyonel ve psikolojik talepleriyle de yüz yüze kalmaktadır (Maslach 2002). Bu durum hemşirelerde duygusal, fiziksel ve zihinsel yıpranmaya bağlı olarak tükenmişlik yaratmaktadır (Yang ve ark 2018). Tükenmişlik, artan iş yükü ve işle ilgili stresle ilişkili birikimli bir süreçtir, ancak bir travma sonucu olarak ortaya çıkmaz. Öyle ki, mesleki tükenmişlik uzun süreli işle ilgili stresli koşullara maruz kalmaktan kaynaklanan duygusal, fizyolojik ve bireysel sıkıntı olarak ifade edilmektedir (Maslach ve Leiter 2016). Mesleki tükenmişliğin en genel tanımı, çalışma koşullarıyla ilgili psikolojik yorgunluktan kaynaklanan duygusal tükenmedir (Maslach 2002). Hemşirelerde duygusal tükenme deneyimleri,

moral distresle ilişkili olduğu gibi (Meltzer ve Huckabay 2004; Hamric ve Blackhall 2007; Lamiani ve ark. 2017), üretkenliğin azalması, düşük iş tatmini, istifaların çoğalması ve işten ayrılma oranları ile (Alexandrova-Karamanova ve ark. 2016), ayrıca merhamet yorgunluğu (Mangoulia ve ark. 2015), ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan başka çalışmalarda tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun yine moral distres ile önemli ölçüde ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Dalmolin ve ark. 2014; McAndrew ve ark. 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.03.2021-01.04.2021 tarihleri arasında, Konya İl Sağlık Müdürlüğüne Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi ve Selçuk Üniversitesi Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde, psikiyatri hizmeti vermek amacıyla, Konya'nın Yazır bölgesinde hizmet vermektedir. Psikiyatri Kliniğinde, psikiyatri polikliniği, AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi), ÇAMATEM (Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) ve toplum ruh sağlığı birimleri sabit olarak hizmet vermektedir. Psikiyatri kliniğinde, Psikiyatri Polikliniği, AMATEM, ÇAMATEM olmak üzere toplamda 189 yatak kapasitesine sahiptir. Hastane bünyesinde toplam 113 hemşire hizmet vermektedir. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği 16 kadın, 14 erkek toplam 30 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte toplam 10 hemşire hizmet vermektedir. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri kliniği ise 20 yataklı olup toplam 6 hemşire hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 129 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya tüm hemşirelerin dahil edilmesi hedeflendiği için tam sayım örneklem yöntemiyle araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili kliniklerde hizmet veren 107 psikiyatri hemşiresi oluşturmuştur. Bu çalışmada evrenin %83'üne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırma Alınma Kriterleri

- En az 6 aydır bir psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmak (Karagözoğlu ve ark. 2017)

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma verileri toplanırken, bir kısmı online anket yöntemi ile bir kısmı araştırmacı tarafından hemşireler çalıştıkları ortamda ziyaret edilmiş, araştırmanın

amacı açıklanarak onamları (Bkz. Ek 1) alınmıştır. Veri toplama araçları hemşirelerin kendi öz bildirimlerine dayalı doldurmuş, araştırmacı anket formunun ve ölçeklerin doldurulma sürecinde herhangi bir müdahale de bulunmamıştır. Literatür doğrultusunda Kişisel Bilgi Formu (Bkz. Ek 2), Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ) (Bkz. Ek 3), Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (Bkz. Ek 4) ve Tükenmişlik Ölçeği (TÖ) (Bkz. Ek 5) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu; literatür doğrultusunda hazırlanmış 15 soruluk bir formdur. Demografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu ve sağlık durumuna yönelik sorulardan oluşmaktadır. Mesleki özellikler; çalışma şekli, meslek ve çalışma süreleri, meslekten memnun olup olmadığı, psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olma durumu, etik eğitim alma durumu, etik durumlarla karşılaşma sıklığı, travmatik olay yaşama durumu, etik bir durumla karşılaşma nedenlerini içermektedir (Epstein ve Hamric 2009; Coetsee ve Klopper 2010; Ohnishi ve ark. 2010; Christodoulou- Fella 2017; Ando ve Kawano 2018; Keskin Kızıltepe 2019; Jansen ve ark. 2020).

3.5.2. Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ)

Ohnishi ve ark. (2010) tarafından, psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeylerini belirlemek amacıyla Kovancı ve Atlı Özbaş (2020) tarafından Türkçeye uyarlanan Psikiyatri hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (Moral Distress Scale for Psychiatric Nurses) bir bireyin, karşı karşıya kaldığı etik durumlarda, doğru olduğuna inandığı davranışı, kurumsal ve bireysel kısıtlamalar nedeniyle yerine getiremediği, bu eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı olan moral distres olgusunu ölçmeye yarayan ve 15 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama da verilen durumla ilgili karşı karşıya kalındıysa “Evet” eğer bu durumla karşı karşıya kalınmadıysa “Hayır” seçeneği işaretlenir. İkinci aşama da ise bu deneyimlenen durumla ilgili olarak yaşanan distresin yoğunluğunu ölçmek için 7’li likert tipte olan 0: hiç sıkıntı yaşanmadığı, 6: çok şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadığı belirtilerek puanlanır. Ölçekten alınabilecek puan 0-105 arasındadır. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakta, ölçekten alınan puan arttıkça moral distresin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek puanı hesaplanırken her alt boyutun ve ölçeğin puanı

madde toplam puanlarının madde sayısına bölünmesi ile elde edilmiştir. Dört alt boyutu: Mesleki özerklik (madde 4,5,6,7,9,10,14), eylemsizlik (8,11,13), adalet (1,2,3) ve yönetsel etik (12,15) olmak üzere, ölçeğin mesleki özerlik alt boyutu için alfa değeri 0,86 olarak, eylemsizlik alt boyutu için 0,65, adalet alt boyutu için 0,67, yönetsel etik alt boyutu için 0,70 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin tümü için alfa değeri 0,87 olarak bulunmuştur. PHMDÖ'nün dört alt boyutlu formunun Türk dili ve kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir (Kovancı ve Atlı Özbaş 2020). Bu araştırmada ölçeğin adalet boyutuna ait alfa değeri 0,67 mesleki özerklik boyutuna ait alfa değeri 0,79 eylemsizlik boyutuna ait alfa değeri 0,53 yönetsel etik boyutuna ait alfa değeri 0,52 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamına ait alfa değeri ise 0,86 olarak bulunmuştur. Eylemsizlik boyutunda yer alan “Hasta artık ödeme yapamadığından dolayı tedaviye son vermeye yönelik talimatlara veya kurumsal politikalara uymak” ifadesi ilgili boyutun alfa değerini düşürdüğü ($\alpha=0,33$) için analiz dışı bırakılmıştır.

3.5.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (MYAÖ)

Stamm (2005), tarafından geliştirilen Yeşil ve ark. (2010), tarafından da Türkçeye uyarlanan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. 6'lı likert tipte ve mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu araştırmada kullanılacak olan merhamet yorgunluğu alt ölçeği, bireyin stres yaratan durumlarla karşılaşmasıyla ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir ölçektir. Merhamet yorgunluğunu ölçen madde sayısı 10'dur. Bu maddeler 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28 olarak geliştirilmiştir. Ölçek maddelerinin “0 Hiçbir zaman” ve “5 Çok Sık” puan olarak hesaplanır. Ölçekten alınabilecek puan 0-50 arasındadır. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakta, ölçekten alınan puan arttıkça merhamet yorgunluğunun arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek puanı hesaplanırken madde toplam puanının madde sayısına bölünmesi ile elde edilmiştir. Ölçeğin alfa değeri 0,83 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise alfa değeri 0,87 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)

Pines ve Aronson (1988), tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek için geliştirilen duygusal, zihinsel ve fiziksel tükenme olmak üzere üç alt boyutu oluşmaktadır. Çapri (2006), tarafından Türkçe formuna çevrilmiş geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin 2, 5, 8, 12, 14, 17, 21 numaralı 7 maddesi duygusal tükenme; 3, 6, 9, 11, 15, 18, 19 numaralı 7 maddesi zihinsel tükenme; 1, 4, 7, 10, 13, 16, 20 numaralı 7 maddesi ise fiziksel tükenme boyutunu oluşturmaktadır. Ölçek maddeleri “1 hiçbir zaman” ve “7 her zaman” biçiminde puanlanmaktadır. Bu durumda, ölçekten alınabilecek en yüksek puan “7” en düşük puan ise “1”dir. Ölçek puanı hesaplanırken, tükenmişliğin olumlu ifadesi olarak ölçeğe yerleştirilen 3, 6, 19, 20. maddeler ters, geri kalan 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21. maddeler ise düz puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yorumlanırken, elde edilen puana göre, ölçeği yanıtlayan bir kişinin tükenmişlik düzeyi dört şekilde yorumlanmaktadır. Buna göre, bu kişi için: ölçekten alınan 3 ve altındaki puanlar herhangi bir tükenmişlik durumu olmadığı; ölçekten alınan 3,01-3,99 arasındaki puanlar tükenmişlik için önemli bir risk olduğu; ölçekten alınan 4-4,99 arasındaki puanlar bir tükenmişlik durumu içinde bulunduğu; ölçekten alınan 5 ve üzerindeki puanlar önemli düzeyde bir tükenmişlik durumu içinde olduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ölçeğin alfa değeri 0,93 alt boyutları ise duygusal 0,83 zihinsel 0,75 ve fiziksel 0,88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada alfa değeri 0,95 alt boyutları ise duygusal tükenme 0,87 zihinsel tükenme 0,85 ve fiziksel tükenme 0,88 olarak bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın evreni dışında araştırmacı tarafından kamuya ait bir hastanede, psikiyatri klinikleri dışında çalışan 10 hemşireye uygulanmış ve veriler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Anketin doldurulma süresinin ortalama 15 dakika olduğu belirlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Tükenmişlik düzeyi
- Merhamet yorgunluğu düzeyi

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Moral distres düzeyi

- Demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, sağlık durumu).
- Mesleki özelliklere ait değişkenler (çalışma pozisyonu, çalışma şekli, meslekte çalışma yılı, psikiyatri alanında çalışma yılı, meslekten memnun olma durumu, psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olma durumu, etik ile ilgili eğitim alma durumu, etik bir durumla karşılaşma sıklığı, etik bir durumla karşılaşma nedenleri, yakın zamanda travmatik olay yaşama durumu).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Konya İl Merkezinde bulunan araştırmanın yapılmasına izin veren hastanelerin psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile sınırlandırılmıştır.

3.9. Araştırma Soruları

- Psikiyatri hemşirelerinde moral distres düzeyi nedir?
- Psikiyatri hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyi nedir?
- Psikiyatri hemşirelerinde tükenmişlik düzeyi nedir?
- Psikiyatri hemşirelerinde moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeyini merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri etkilemekte midir?
- Psikiyatri hemşirelerinin demografik özelliklerine göre moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- Psikiyatri hemşirelerinin mesleki özelliklerine göre moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

3.10. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.02.21 tarihinde 21/01 sayılı karar ile etik kurul kararı alınmıştır (Bkz. Ek 6).

- Araştırmanın Sağlık Bakanlığına bağlı Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülebilmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 7).

- Araştırmanın Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülebilmesi için Başhekimlikten yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 8).
- Araştırma Selçuk Üniversitesi Hastanesinde yürütülebilmesi için Başhekimlikten yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 9).
- Araştırmada kullanılan ölçekler için araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır (Bkz. Ek 10).

3.11. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırma da elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanarak değerlendirildi. Psikiyatri hemşirelerinin demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde, yüzdeler ve ortalama-standart sapma kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadığı basıklık ve çarpıklık değerleri (Skewness- Kurtosis) ile belirlenmiştir. Yapılan normallik testi sonucunda boyutlara ait Skewness ve Kurtosis değerlerinin -2 ile +2 arasında olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (George ve Mallery 2010; Can 2018). Verilerin normal dağılıp dağılmamaları dikkate alınarak ve nicel verilerin analizinde gözlerde 30'un altında değer varlığında nonparametrik testlerden Kruskal-Wallis, Mann Whitney U, parametrik testlerden T-testi, Çoklu Regresyon Analizi (enter model) ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 3.11.1. Normallik Testi

Boyutlar	N	Skewness	Kurtosis
Adalet	107	-0,167	-0,549
Mesleki Özerklik	107	0,509	1,661
Eylemsizlik	107	0,999	1,385
Yönetmelik Etik	107	0,790	0,324
Merhamet Yorgunluğu	107	0,727	-0,315
Duygusal Tükenme	107	0,672	-0,052
Zihinsel Tükenme	107	0,402	-0,131
Fiziksel Tükenme	107	0,092	-0,256

4. BULGULAR

4.1 Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1.1 Hemşirelerin Demografik Özellikleri.

Demografik Özellikler	Sayı (n:107)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	66	61,7
Erkek	41	38,3
Yaş grubu		
20-25	18	16,8
26-30	41	38,3
31-35	19	17,8
36-40	21	19,6
41-45	6	5,6
46-50	2	1,9
Medeni durum		
Evli	65	60,7
Bekar	42	39,3
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	26	24,3
Ön lisans	15	14,1
Lisans	59	55,1
Lisansüstü	7	6,5
Çocuk sayısı		
0	54	50,5
1	20	18,7
2	21	19,6
3	10	9,3
4	2	1,9
Kronik hastalık varlığı		
Var	25	23,4
Yok	82	76,6

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin elde edilen sonuçlarının demografik özellikleri Tablo 4.1.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %61,7'sinin kadın, %38,3'ünün ise erkek olduğu görülmektedir. %38,3'ünün 26-30 yaş grubunda olduğu, %55,1'inin lisans mezunu, %60,7'sinin evli, %50,5'inin çocuk sahibi olmadığı, psikiyatri hemşirelerinin kronik hastalık bulundurma durumları göz önüne alındığında %23,4'ünün bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri İlgili Bulgular

Tablo 4.2.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri.

Mesleki Özellikler	Sayı (n:107)	Yüzde (%)
Çalışma yılı		
1-5 Yıl	33	30,8
6-10 Yıl	42	39,3
11-15 Yıl	18	16,9
16-20 Yıl	10	9,3
20-25 Yıl	4	3,7
Hemşirelikten memnun olma durumu		
Memnun	82	76,6
Memnun değil	25	23,4
Psikiyatri servisinde çalışma yılı		
1-5 Yıl	50	46,7
6-10 Yıl	54	50,5
11-15 Yıl	3	2,8
Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olma durumu		
Memnun	98	91,6
Memnun değil	9	8,4
Çalışma pozisyonu		
Sorumlu Hemşire	5	4,6
Klinik Hemşire	102	95,4
Çalışma şekli		
Gündüz	19	17,8
Gündüz+Gece	77	72
Gece	11	10,2
Etik eğitim alma durumu		
Eğitim Alan	96	89,7
Eğitim Almayan	11	10,3
Etik durumla karşılaşma sıklığı		
Nadiren	57	53,3
Bazen	32	29,9
Sıklıkla	13	12,1
Her zaman	5	4,7
Travmatik olay yaşama durumu		
Yaşayan	19	17,8
Yaşamayan	88	82,2
Yöneticilerle sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	37	34,6
Sorun yaşamayan	70	65,4
Psikiyatri ekibi ile sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	54	50,5
Sorun yaşamayan	53	49,5
Meslektaşlarla sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	29	27,1
Sorun yaşamayan	78	72,9

Tablo 4.2.2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri (Devam).

Mesleki Özellikler	Sayı (n:107)	Yüzde (%)
Hastalarla sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	55	51,4
Sorun yaşamayan	52	48,6
Hasta yakınlarıyla sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	41	38,3
Sorun yaşamayan	66	61,7
Fiziki koşullar nedeniyle sorun yaşama durumu		
Sorun yaşayan	4	3,7
Sorun yaşamayan	103	96,3

Tablo 4.2.2.'de psikiyatri hemşirelerinin mesleki özellikleri yer almaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin çalışmakta olduğu zaman dilimleri göz önünde bulundurulduğunda %39,3'ünün 6-10 yıl arasında çalışma yılı olduğu, hemşirelerin sürdürmekte oldukları hemşirelik mesleğinden %76,6'sının memnun olduğu, psikiyatri alanında çalışma süreleri göz önünde bulundurulduğunda %50,5'inin 6-10 yıl arasında ilgili alanda çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin %91,6'sının psikiyatri alanında çalışmaktan dolayı memnun olduğu, hemşirelerin çalıştıkları pozisyonlar göz önünde bulundurulduğunda %4,6'sının sorumlu hemşire, %95,4'ünün ise klinik hemşire olarak çalıştığı görülmektedir. Çalışma şekilleri incelendiği zaman hemşirelerin %17,8'inin gündüz, %72'sinin gündüz+gece, %10,2'sinin ise gece çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin %89,7'sinin etik eğitim aldığı, %10,3'ünün ise etik eğitim almadığı görülmektedir. Hemşirelerin karşılaştıkları etik durum sıklığı göz önünde bulundurulduğunda %53,3'ünün nadiren (yılda birkaç defa), %29,9'unun bazen (ayda birkaç defa), %12,1'inin sıklıkla (haftada birkaç defa) ve %4,7'sinin de her zaman (günde birkaç defa) etik durum yaşadığı görülmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin meslekte karşılaştığı etik sorunlardan yöneticileriyle sorun yaşayıp yaşamama durumları göz önünde bulundurulduğunda %34,6'sının sorun yaşadığı, %65,4'ünün ise sorun yaşamadığı görülmektedir. Psikiyatri ekibi ile sorun yaşayıp yaşamama durumları göz önünde bulundurulduğunda %50,5'inin ekip ile sorun yaşadığı, %49,5'inin ise ekip ile sorun yaşamadığı görülmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin meslektaşlarıyla sorun yaşayıp yaşamama durumları göz önünde bulundurulduğunda %27,1'inin sorun yaşadığı, %72,9'unun ise sorun yaşamadığı görülmektedir. Hastalarla sorun yaşayıp yaşamama durumları göz önünde bulundurulduğunda %51,4'ünün hastalarla sorun yaşadığı, %48,6'sının ise hastalarla

sorun yaşamadığı görülmektedir. Hasta yakınlarıyla sorun yaşayıp yaşamama durumları göz önünde bulundurulduğunda %38,3'ünün hasta yakınlarıyla sorun yaşadığı, %61,7'sinin ise hasta yakınlarıyla sorun yaşamadığı görülmektedir. Fiziki koşullar nedeniyle sorun yaşama durumu göz önünde bulundurulduğunda %3,7'sinin sorun yaşadığı, %96,3'ünün sorun yaşamadığı görülmektedir.

4.3 PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ ile Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Tablo 4.3.1 Değişkenlere ait Ortalama, Standart Sapma ve Pearson Korelasyon Değerleri (n:107).

		Ort.	S. S	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Adalet	2,23	1,16									
2	Mesleki Özerklik	1,57	0,87	,606**								
3	Eylemsizlik	1,67	1,23	,259**	,542**							
4	Yönetmelik	1,95	1,42	,416**	,545**	,475**						
5	Merhamet Yorgunluğu	1,00	0,75	,364**	,457**	,373**	,234*					
6	Duygusal Tükenme	2,39	1,06	,112	,241*	,399**	,349**	,346**				
7	Zihinsel Tükenme	2,50	0,96	,129	,241*	,301**	,320**	,234*	,621**			
8	Fiziksel Tükenme	2,96	1,12	,156	,245*	,394**	,362**	,297**	,688**	,606**		
9	Moral Distres	1,65	1,23	,638**	,620**	,335**	,629**	,247*	,233*	,326**	,240*	
10	Toplam Tükenmişlik Toplam	3,01	1,08	,072	,086	,333**	,232*	,304**	,617**	,517**	,637**	,093

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 4.3.1' de psikiyatri hemşirelerinin PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları ve değişkenler arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. PHMDÖ ile değerlendirilen Adalet alt ölçek puan ortalaması 2,23±1,16, Mesleki Özerklik alt ölçek ortalaması 1,57±0,87, Eylemsizlik alt ölçek puan ortalaması 1,67±1,23, Yönetmelik alt ölçek puan ortalaması 1,95±1,42 olarak belirlenmiştir. PHMDÖ toplam puan ortalaması ise 1,65±1,23 olarak bulunmuştur. MYAÖ toplam puan ortalaması 1,00±0,75 olarak bulunmuştur. TÖ ile değerlendirilen Duygusal Tükenme alt ölçek puan ortalaması 2,39±1,06, Zihinsel Tükenme alt ölçek puan ortalaması 2,50±0,96, Fiziksel Tükenme alt ölçek puan ortalaması 2,96±1,12 olarak bulunmuştur. TÖ toplam puan ortalaması ise 3,01±1,08 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1' de Pearson korelasyon analizinde elde edilen bulgulara göre, adalet ile merhamet yorgunluğu (r=0,364; p<0,01) ve moral distres (r=0,638; p<0,01) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Mesleki özerklik ile merhamet yorgunluğu (r=0,457; p<0,01) orta düzey, duygusal

tükenme ($r=0,241$; $p<0,05$) düşük düzey, zihinsel tükenme ($r=0,241$; $p<0,05$) düşük düzey, fiziksel tükenme ($r=0,245$; $p<0,05$) düşük düzey ve moral distres ($r=0,620$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde ve anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır. Eylemsizlik ile merhamet yorgunluğu ($r=0,373$; $p<0,01$) düşük düzey, duygusal tükenme ($r=0,399$; $p<0,01$) orta düzey, zihinsel tükenme ($r=0,301$; $p<0,01$) orta düzey, fiziksel tükenme ($r=0,394$; $p<0,01$) orta düzey, moral distres ($r=0,335$; $p<0,01$) orta düzey ve tükenmişlik ($r=0,333$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Yöneltil etik ile merhamet yorgunluğu ($r=0,234$; $p<0,05$) düşük düzey, duygusal tükenme ($r=0,349$; $p<0,01$) orta düzey, zihinsel tükenme ($r=0,320$; $p<0,01$) orta düzey, fiziksel tükenme ($r=0,362$; $p<0,01$) orta düzey, moral distres ($r=0,629$; $p<0,01$) orta düzey ve tükenmişlik ($r=0,232$; $p<0,05$) arasında düşük düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu ile duygusal tükenme ($r=0,346$; $p<0,01$) orta düzey, zihinsel tükenme ($r=0,234$; $p<0,05$) düşük düzey, fiziksel tükenme ($r=0,297$; $p<0,01$) düşük düzey, moral distres ($r=0,247$; $p<0,05$) düşük düzey ve tükenme ($r=0,304$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Duygusal tükenme ile moral distres ($r=0,233$; $p<0,05$) düşük düzey ve tükenmişlik ($r=0,617$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Zihinsel tükenme ile moral distres ($r=0,326$; $p<0,01$) orta düzey ve tükenmişlik ($r=0,517$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Fiziksel tükenme ile moral distres ($r=0,240$; $p<0,05$) düşük düzey ve tükenmişlik ($r=0,637$; $p<0,01$) arasında orta düzey pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Diğer değişkenler arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır.

Tablo 4.3.2. PHMDÖ'ni Etkileyen MYAÖ'nin Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları (n:107).

Değişkenler	B	SH	ß	Tolerance	VIF
Adalet	0,113	0,071	0,176	0,610	1,641
Mesleki Özerklik	0,245	0,110	0,285*	0,444	2,250
Eylemsizlik	0,134	0,065	0,220*	0,647	1,547
Yöneltil Etik	-0,052	0,056	-0,099	0,641	1,561
Sabit	0,243	0,153			

* $p<0,05$; $R^2=,253$; Düz. $R^2=0,224$; $F_{(4-102)}=8,656$

PHMDÖ belirleyicilerinin test edilmesi için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(4-102)}=8,656$;

$p<0,01$]. Düzeltilmiş R^2 değeri 0,22'dir. Bu sonuç, merhamet yorgunluğundaki %22 oranındaki varyansın mesleki özerklik ve eylemsizlik tarafından açıklandığını göstermektedir. Beta katsayıları incelendiğinde, mesleki özerklik ($\beta=0,285$; $p<0,05$) ve eylemsizliğin ($\beta=0,220$; $p<0,05$) merhamet yorgunluğunu pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Modele ait Tolerance ve VIF değerlerine bakıldığında çoklu bağlantı sorununun olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.3.3. PHMDÖ'ni Etkileyen Duygusal Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	Tolerance	VIF
Adalet	-0,089	0,102	-0,098	0,595	1,682
Mesleki Özerklik	-0,128	0,160	-0,106	0,424	1,359
Eylemsizlik	0,218	0,094	0,255*	0,621	1,612
Yönetmel Etik	0,195	0,080	0,262*	0,635	1,574
Sabit	1,661	0,220			

* $p<0,05$; $R^2=0,251$; Düz. $R^2=0,214$; $F_{(5-101)}=6,768$

Çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(5-101)} = 6,768$; $p<0,01$]. Düzeltilmiş R^2 değeri 0,21'dir. Bu sonuç, duygusal tükenmedeki %21 oranındaki varyansın eylemsizlik ve yönetmel etik tarafından açıklandığını göstermektedir. Beta katsayıları incelendiğinde, eylemsizlik ($\beta=0,255$; $p<0,05$) ve yönetmel etiğin ($\beta=0,262$; $p<0,05$) duygusal tükenmeyi pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Modele ait Tolerance ve VIF değerlerine bakıldığında çoklu bağlantı sorununun olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.3.4. PHMDÖ'ni Etkileyen Zihinsel Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.

Değişkenler	B	SH	β	Tolerance	VIF
Adalet	-0,052	0,098	-0,063	0,595	1,682
Mesleki Özerklik	0,001	0,155	0,001	0,424	2,359
Eylemsizlik	0,114	0,090	0,147	0,621	1,612
Yönetmel Etik	0,163	0,078	0,242*	0,635	1,574
Sabit	1,924	0,213			

* $p<0,05$; $R^2=0,148$; Düz. $R^2=0,106$; $F_{(5-101)}=3,504$

Çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(5-101)} = 3,504$; $p<0,01$]. Düzeltilmiş R^2 değeri 0,10'dur. Bu sonuç, zihinsel tükenmedeki %10 oranındaki varyansın yönetmel etik tarafından açıklandığını göstermektedir. Beta katsayıları incelendiğinde, yönetmel etiğin ($\beta=0,242$; $p<0,05$) zihinsel tükenmeyi

pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Modele ait Tolerance ve VIF değerlerine bakıldığında çoklu bağlantı sorununun olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.3.5. PHMDÖ'ni Etkileyen Fiziksel Tükenme Alt Boyutunun Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.

Değişkenler	B	SH	β	Tolerance	VIF
Adalet	-0,022	0,110	-0,023	0,595	1,682
Mesleki Özerklik	-0,153	0,173	-0,119	0,424	2,359
Eylemsizlik	0,241	0,101	0,265*	0,621	1,612
Yönetmel Etik	0,208	0,087	0,264*	0,635	1,574
Sabit	2,142	0,237			

* $p < 0,05$; $R^2 = 0,226$; Düz. $R^2 = 0,188$; $F_{(5-101)} = 5,909$

Çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlıdır [$F_{(5-101)} = 5,909$; $p < 0,01$]. Düzeltilmiş R^2 değeri 0,18'dir. Bu sonuç, fiziksel tükenmedeki %18 oranındaki varyansın eylemsizlik ve yönetmel etik tarafından açıklandığını göstermektedir. Beta katsayıları incelendiğinde, eylemsizlik ($\beta = 0,265$; $p < 0,05$) ve yönetmel etiğin ($\beta = 0,264$; $p < 0,05$) fiziksel tükenmeyi pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Modele ait Tolerance ve VIF değerlerine bakıldığında çoklu bağlantı sorununun olmadığı görülmektedir.

4.4. Demografik Özelliklere Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Tablo 4.4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.

Grup	N	Adalet	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Yöneltil Etik	Moral Distres Toplam	Merhamet Yorgunluğu Toplam	Duygusal Tükenme	Zihinsel Tükenme	Fiziksel Tükenme	Tükenmişlik Toplam
Cinsiyet											
Kadın	66	2,34±1,41	1,56±0,83	1,62±1,23	1,71±1,22	1,59±1,09	1,15±0,72	2,54±1,08	2,60±0,89	3,17±0,07	3,29±1,01
Erkek	41	2,06±1,19	1,58±0,95	1,75±1,25	2,34±1,64	1,76±1,43	0,76±0,74	2,14±0,98	2,34±1,04	2,63±1,13	2,57±1,06
		t=1,22	t=-0,97	t=-0,546	t=-2,08	t=-0,72	t=2,66	t=1,91	t=1,34	t=2,47	t=3,52
		p=0,223	p=0,923	p=0,586	p=0,041	p=0,472	p=0,009	p=0,058	p=0,183	p=0,015	p<0,001
Yaş											
21-25 ¹	18	1,59±1,31	1,18±0,82	1,41±0,94	1,47±1,45	1,33±1,09	0,94±0,70	2,33±1,21	2,39±0,74	2,57±1,19	2,86±1,47
		Mdn=1,50	Mdn=1,28	Mdn=1,25	Mdn=1,00	Mdn=1,00	Mdn=0,80	Mdn=1,92	Mdn=2,28	Mdn=2,57	Mdn=2,75
26-30 ²	41	2,27±0,99	1,56±0,90	1,58±1,08	1,85±1,15	1,52±1,24	1,07±0,83	2,23±0,97	2,26±0,97	2,75±1,11	2,78±1,07
		Mdn=2,33	Mdn=1,71	Mdn=1,00	Mdn=2,00	Mdn=1,50	Mdn=0,90	Mdn=2,14	Mdn=2,00	Mdn=3,00	Mdn=3,00
31-35 ³	19	2,31±1,07	1,51±0,33	1,31±0,82	2,10±1,21	1,84±0,97	0,82±0,68	2,48±1,10	2,67±1,02	3,19±1,01	3,26±0,87
		Mdn=2,33	Mdn=1,42	Mdn=1,50	Mdn=2,00	Mdn=2,00	Mdn=0,50	Mdn=2,28	Mdn=2,42	Mdn=3,00	Mdn=3,00
36-40 ⁴	21	2,49±1,39	1,61±0,88	1,73±1,38	1,97±1,72	1,92±1,59	0,85±0,58	2,25±0,96	2,64±1,03	3,06±1,08	3,00±0,74
		Mdn=2,66	Mdn=1,57	Mdn=1,50	Mdn=2,00	Mdn=1,50	Mdn=0,90	Mdn=2,28	Mdn=3,00	Mdn=3,28	Mdn=3,00
41-45 ⁵	6	2,39±0,71	2,19±0,85	3,75±1,80	3,16±1,63	1,66±0,87	1,31±0,73	3,45±0,73	3,11±0,51	4,14±0,69	4,16±0,75
		Mdn=2,16	Mdn=2,21	Mdn=3,75	Mdn=3,25	Mdn=1,75	Mdn=1,35	Mdn=3,35	Mdn=3,21	Mdn=4,14	Mdn=4,00
46-50 ⁶	2	3,50±0,23	3,42±2,02	2,25±1,76	3,25±3,18	2,75±0,35	2,35±0,07	3,57±1,21	3,50±0,70	4,00±0,20	3,75±1,06
		Mdn=3,50	Mdn=3,42	Mdn=2,25	Mdn=3,25	Mdn=2,75	Mdn=2,35	Mdn=3,57	Mdn=3,50	Mdn=4,00	Mdn=3,75
		KW=8,69	KW=9,34	KW=10,08	KW=7,50	KW=4,87	KW=7,39	KW=10,45	KW=9,21	KW=14,69	KW=10,49
		p=0,120	p=0,96	p=0,073	p=0,186	p=0,432	p=0,193	p=0,063	p=0,101	p=0,012	p=0,062
										5>1,5>2,5>3,5>4	
Medeni Durum											
Evli	65	2,30±1,13	1,65±0,87	1,75±1,25	2,05±1,45	1,75±1,27	1,04±0,72	2,50±0,90	2,60±0,85	3,18±0,90	3,22±0,87
Bekar	42	2,13±1,20	1,45±0,87	1,54±1,22	1,80±1,39	1,51±1,16	0,94±0,79	2,22±1,25	2,35±1,10	2,60±1,34	2,70±1,29
		t=0,74	t=1,13	t=0,84	t=0,86	t=0,99	t=0,68	t=1,23	t=1,22	t=2,46	t=2,29
		p=0,456	p=0,261	p=0,403	p=0,390	p=0,324	p=0,493	p=0,221	p=0,225	p=0,016	p=0,025

KW= Kruskal Wallis, t= Bağımsız ikili gruplarda T testi.

Tablo 4.4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).

Grup	N	Adalet	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Yöneltil Etik	Moral Distres Toplam	Merhamet Yorgunluğu Toplam	Duygusal Tükenme	Zihinsel Tükenme	Fiziksel Tükenme	Tükenmişlik Toplam
Eğitim Durumu											
Sağlık Meslek Lisesi ¹	26	2,44±1,01 Mdn=2,66	1,50±0,51 Mdn=1,50	1,17±0,64 Mdn=1,00	1,76±1,00 Mdn=1,50	1,75±1,04 Mdn=1,50	0,80±0,67 Mdn=0,70	1,98±1,00 Mdn=1,78	2,25±1,06 Mdn=2,07	2,52±1,07 Mdn=2,57	2,76±1,02 Mdn=3,00
Önlisans ²	15	2,40±1,45 Mdn=2,00	1,75±0,92 Mdn=1,71	2,43±1,30 Mdn=2,50	2,60±1,92 Mdn=2,50	1,96±1,54 Mdn=1,50	0,99±0,51 Mdn=0,90	2,88±1,15 Mdn=2,85	2,86±0,96 Mdn=2,85	3,59±1,15 Mdn=3,57	3,40±0,87 Mdn=3,50
Lisans ³	59	2,10±1,16 Mdn=2,33	1,59±1,01 Mdn=1,71	1,68±1,33 Mdn=1,50	1,83±1,46 Mdn=2,00	1,60±1,23 Mdn=1,50	1,09±0,83 Mdn=0,90	2,43±0,96 Mdn=2,42	2,53±0,88 Mdn=2,57	2,99±1,03 Mdn=3,14	3,02±1,14 Mdn=3,00
Lisansüstü ⁴	7	2,23±1,08 Mdn=2,00	1,26±0,57 Mdn=1,28	1,78±1,25 Mdn=2,50	2,28±0,90 Mdn=2,00	1,14±1,21 Mdn=1,00	0,97±0,66 Mdn=0,60	2,51±1,51 Mdn=1,85	2,42±1,10 Mdn=2,42	3,00±1,49 Mdn=2,85	3,07±1,20 Mdn=3,00
		KW=1,65 p=0,647	KW=1,98 p=0,576	KW=10,35 p=0,016 2>1,2>3	KW=3,21 p=0,360	KW=1,98 p=0,576	çKW=2,20 p=0,532	KW=8,15 p=0,043 3>1,2>1	KW=5,34 p=0,148	KW=10,08 p=0,018 2>1	KW=3,67 p=0,298

KW= Kruskal Wallis, U=Mann Whitney U testi.

Tablo 4.4.1’de psikiyatri hemşirelerinin demografik özelliklerine göre ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Cinsiyetlerine göre yapılan karşılaştırma sonucunda, yönetsel etik alt boyutu, merhamet yorgunluğu toplam puan ortalaması, fiziksel tükenme alt boyutu ve tükenmişlik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın, yönetsel etik alt boyutunda, erkeklerin yönetsel etik alt boyut puanı ($\bar{X}=2,34$) kadınlarınkinden yüksek ($\bar{X}=1,71$) olup aradaki fark ($t_{(67,52)}=2,08$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Merhamet yorgunluğu toplam puanı incelendiğinde kadınların merhamet yorgunluğu puan ortalaması ($\bar{X}=1,15$) erkeklerinkinden yüksek ($\bar{X}=0,76$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,66$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Fiziksel tükenme alt boyut puanı incelendiğinde kadınların fiziksel tükenme puanı ($\bar{X}=3,17$) erkeklerinkinden yüksek ($\bar{X}=2,63$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,47$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Tükenmişlik toplam puan ortalaması incelendiğinde, kadınların tükenmişlik toplam puan ortalaması ($\bar{X}=3,29$) erkeklerinkinden yüksek ($\bar{X}=2,57$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=3,52$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırma sonucunda, fiziksel tükenme alt boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fiziksel tükenme alt boyut puanı incelendiğinde farklılığın 21-25 yaş aralığındaki ($Mdn=2,57$) psikiyatri hemşireleri ile 41-45 yaş aralığındaki ($Mdn=4,14$) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=13,50$; $z=-2,702$; $p<01$), 26-30 yaş aralığındaki ($Mdn=3,00$) psikiyatri hemşireleri ile 41-45 yaş aralığındaki ($Mdn=4,14$) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=30,50$; $z=-2,953$; $p<01$), 36-40 yaş aralığındaki ($Mdn=3,28$) psikiyatri hemşireleri ile 41-45 yaş aralığındaki ($Mdn=4,14$) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=23,00$; $z=-2,346$; $p<05$) tespit edilmiştir.

Medeni durumları göre yapılan karşılaştırma sonucunda fiziksel tükenme alt boyutunda ve tükenmişlik toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Evli psikiyatri hemşirelerinin fiziksel tükenme alt boyut puanı ($\bar{X}=3,18$) bekar psikiyatri hemşirelerinkinden yüksek ($\bar{X}=2,60$) olup aradaki fark ($t_{(64,86)}=2,46$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Tükenmişlik toplam puan ortalaması incelendiğinde evli psikiyatri hemşirelerin tükenmişlik toplam puan ortalaması ($\bar{X}=3,22$) bekar psikiyatri hemşirelerinkinden yüksek ($\bar{X}=2,70$) olup aradaki fark ($t_{(65,44)}=2,29$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırma sonucunda, eylemsizlik, fiziksel tükenme ve duygusal tükenme alt boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eylemsizlik alt boyutu incelendiğinde farklılığın sağlık meslek lisesi mezunu (Mdn=1,00) psikiyatri hemşireleri ile n lisans mezunu (Mdn=2,50) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=68,00$; $z=-3,493$; $p<0,01$), ve lisans mezunu (Mdn=1,50) psikiyatri hemşireleri ile n lisans mezunu (Mdn=2,50) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=285,00$; $z=-2,136$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutunda; farklılığın sağlık meslek lisesi mezunu (Mdn=1,78) psikiyatri hemşireleri ile lisans mezunu (Mdn=2,42) psikiyatri hemşireleri arasında ($U=541,50$; $z=-2,155$; $p<0,05$) ve sağlık meslek lisesi mezunu (Mdn=1,78) psikiyatri hemşireleri ile n lisans mezunu (Mdn=2,85) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu tespit edilmiştir ($U=10,050$; $z=-2,564$; $p<0,05$). Fiziksel tükenme alt boyutunda farklılığın sağlık meslek lisesi mezunu (Mdn=2,57) psikiyatri hemşireleri ile nlisans mezunu (Mdn=3,57) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu tespit edilmiştir ($U=84,50$; $z=-2,990$; $p<0,05$).

4.5. Mesleki Özelliklere Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.

Grup	N	Adalet	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Yönelimsel Etik	Moral Distres Toplam	Merhamet Yorgunluğu Toplam	Duygusal Tükenme	Zihinsel Tükenme	Fiziksel Tükenme	Tükenmişlik Toplam
Çalışma Pozisyonu											
Sorumlu Hemşire	5	2,73±1,01 Mdn=3,33	2,17±0,50 Mdn=2,00	2,60±1,55 Mdn=2,50	2,50±1,73 Mdn=2,00	2,50±0,50 Mdn=2,50	1,18±0,84 Mdn=1,20	3,31±1,03 Mdn=2,85	3,02±0,46 Mdn=3,00	3,85±0,74 Mdn=3,57	4,30±0,75 Mdn=4,00
Klinik Hemşire	102	2,21±1,17 Mdn=2,33 U=184,50 p=0,296	1,54±0,88 Mdn=1,57 U=121,00 p=0,047	1,62±1,21 Mdn=1,50 U=151,00 p=0,121	1,93±1,41 Mdn=2,00 U=207,00 p=0,474	1,61±1,24 Mdn=1,50 U=128,50 p=0,059	0,99±0,75 Mdn=0,85 U=213,00 p=0,535	2,34±1,04 Mdn=2,21 U=123,00 p=0,051	2,48±0,97 Mdn=2,42 U=152,00 p=0,128	2,91±1,12 Mdn=3,00 U=117,00 p=0,041	2,95±1,06 Mdn=3,00 U=74,50 p=0,007
Çalışma Şekli											
Gündüz ¹	19	2,01±1,07 Mdn=2,00	1,47±1,19 Mdn=1,28	2,02±1,42 Mdn=2,50	2,07±1,66 Mdn=2,00	1,12±0,58 Mdn=1,10	1,36±1,17 Mdn=1,00	3,03±1,15 Mdn=3,00	2,80±0,98 Mdn=2,71	3,58±1,05 Mdn=3,42	3,65±0,89 Mdn=4,00
Gündüz+Gece ²	77	2,26±1,20 Mdn=2,33	1,58±0,73 Mdn=1,57	1,60±1,17 Mdn=1,50	1,90±1,37 Mdn=2,00	0,93±0,73 Mdn=0,60	1,75±1,19 Mdn=1,50	2,29±0,99 Mdn=2,28	2,47±0,94 Mdn=2,42	2,88±1,09 Mdn=3,00	2,94±1,04 Mdn=3,00
Gece ³	11	2,45±1,04 Mdn=2,66 KW=1,29 p=0,524	1,66±1,22 Mdn=1,85 KW=0,91 p=0,632	1,54±1,36 Mdn=1,00 KW=2,35 p=0,308	2,09±1,48 Mdn=2,50 KW=0,38 p=0,827	1,23±1,04 Mdn=0,90 KW=2,05 p=0,358	1,50±1,61 Mdn=1,00 KW=2,37 p=0,306	1,96±0,97 Mdn=1,85 KW=8,41 p=0,015 1>2,1>3	2,23±0,97 Mdn=2,00 KW=2,55 p=0,278	2,41±1,10 Mdn=2,28 KW=9,06 p=0,011 1>2,1>3	2,45±1,25 Mdn=2,00 KW=10,55 p=0,005 1>2,1>3
Psikiyatri Kliniğinden Memnun Olma											
Memnun	98	2,15±1,13 Mdn=2,16	1,54±0,89 Mdn=1,57	1,65±1,27 Mdn=1,50	1,87±1,44 Mdn=1,75	1,53±1,16 Mdn=1,50	0,99±0,75 Mdn=0,85	2,30±1,03 Mdn=2,14	3,39±0,92 Mdn=2,42	2,87±1,11 Mdn=3,00	3,00±1,11 Mdn=3,00
Memnun Değil	9	3,18±1,08 Mdn=3,33 U=214,50 p=0,011	1,82±0,57 Mdn=1,85 U=346,00 p=0,285	1,88±0,78 Mdn=1,50 U=349,00 p=0,296	2,88±0,85 Mdn=3,50 U=213,50 p=0,010	3,00±1,22 Mdn=3,50 U=165,50 p=0,002	1,10±0,72 Mdn=0,90 U=385,50 p=0,533	3,30±0,87 Mdn=3,14 U=191,50 p=0,005	3,66±0,48 Mdn=3,71 U=93,50 p=0,000	3,85±0,80 Mdn=3,71 U=195,50 p=0,006	3,16±0,79 Mdn=3,00 U=427,50 p=0,878
Hemşirelik Mesleğinden Memnun Olma											
Memnun	82	2,38±1,17	1,62±0,94	1,60±1,31	1,95±1,35	1,79±1,27	1,05±0,78	2,30±1,06	2,50±1,01	2,95±1,06	3,06±1,07
Memnun Değil	25	1,76±1,02 t=2,40 p=0,018	1,40±0,60 t=1,08 p=0,283	1,88±0,93 t=-0,95 p=0,342	1,96±1,67 t=-0,08 p=0,993	1,22±1,00 t=2,06 p=0,042	0,82±0,60 t=1,56 p=0,123	2,36±1,07 t=0,14 p=0,886	2,51±0,77 t=-0,04 p=0,961	2,96±1,33 t=-0,02 p=0,982	2,86±1,12 t=0,83 p=0,406

KW= Kruskal Wallis, U=Mann Whitney U testi, t= Bağımsız ikili gruplarda T testi.

Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).

Grup	N	Adalet	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Yönetsel Etik	Moral Distres Toplam	Merhamet Yorgunluğu Toplam	Duygusal Tükenme	Zihinsel Tükenme	Fiziksel Tükenme	Tükenmişlik Toplam
Etik Eğitim Alma											
Eğitim Alan	96	2,14±1,18 Mdn=2,00	1,53±0,84 Mdn=1,57	1,69±1,25 Mdn=1,50	1,89±1,42 Mdn=2,00	1,57±1,21 Mdn=1,50	1,00±0,75 Mdn=0,90	2,35±1,01 Mdn=2,28	2,43±0,87 Mdn=2,42	2,93±1,09 Mdn=3,07	3,01±1,12 Mdn=3,00
Eğitim Almayan	11	3,06±0,44 Mdn=3,33	1,90±1,10 Mdn=1,85	1,45±1,12 Mdn=1,50	2,54±1,42 Mdn=2,50	2,40±1,17 Mdn=2,00	0,98±0,76 Mdn=0,70	2,70±1,44 Mdn=2,57	3,10±1,43 Mdn=3,42	3,18±1,38 Mdn=3,57	3,09±0,73 Mdn=3,00
		U=266,50	U=428,00	U=478,50	U=385,50	U=330,00	U=526,00	U=462,00	U=368	U=436,00	U=519,50
		p=0,007	p=0,304	p=0,608	p=0,140	p=0,040	p=0,984	p=0,498	p=0,098	p=0,345	p=0,930
Etik Durum Sıklığı											
Nadiren ¹	57	2,16±1,12 Mdn=2,00	1,50±0,79 Mdn=1,42	1,53±0,99 Mdn=1,50	2,09±1,48 Mdn=2,00	1,57±1,23 Mdn=1,50	0,85±0,66 Mdn=0,60	2,23±1,04 Mdn=2,14	2,41±0,99 Mdn=2,42	2,78±1,17 Mdn=3,00	2,86±1,20 Mdn=3,00
Bazen ²	32	2,22±1,27 Mdn=2,16	1,64±1,01 Mdn=1,85	1,48±1,38 Mdn=1,00	1,50±1,35 Mdn=1,25	1,67±1,26 Mdn=1,50	1,09±0,80 Mdn=1,00	2,37±1,02 Mdn=2,14	2,50±0,91 Mdn=2,50	3,05±1,08 Mdn=3,14	3,01±1,01 Mdn=3,00
Sıklıkla ³	13	2,46±1,29 Mdn=2,66	1,60±0,81 Mdn=1,71	2,07±1,05 Mdn=2,00	2,26±1,18 Mdn=2,50	1,96±1,29 Mdn=2,00	1,35±0,84 Mdn=1,20	2,91±1,21 Mdn=3,28	2,81±0,96 Mdn=2,71	3,24±1,02 Mdn=3,42	3,42±1,13 Mdn=4,00
Her Zaman ⁴	5	2,53±0,50 Mdn=2,33	1,80±1,17 Mdn=1,85	3,40±1,98 Mdn=2,50	2,50±1,41 Mdn=2,00	1,70±1,09 Mdn=2,00	1,14±0,92 Mdn=0,90	2,94±0,41 Mdn=2,85	2,82±0,82 Mdn=2,71	3,68±0,79 Mdn=3,57	3,70±0,57 Mdn=3,50
		KW=1,00 p=0,800	KW=2,66 p=0,447	KW=9,37 p=0,025 4>1,4>2	KW=6,73 p=0,081	KW=1,81 p=0,611	KW=4,84 p=0,183	KW=6,99 p=0,072	KW=3,33 p=0,343	KW=5,48 p=0,140	KW=5,62 p=0,131
Psikiyatri Ekibi ile Sorun Yaşama											
Sorun Yaşayan	54	2,59±0,98	1,73±0,86	1,81±1,45	2,10±1,32	1,75±1,22	1,14±0,75	2,43±1,12	2,48±1,00	3,07±1,14	3,08±1,07
Sorun Yaşamayan	53	1,88±1,23	1,40±0,87	1,52±0,95	1,85±1,51	1,56±1,24	0,86±0,73	2,34±0,99	2,52±0,92	2,84±1,10	2,95±1,10
		t=3,30 p=0,001	t=1,91 p=0,058	t=1,20 p=0,232	t=1,05 p=0,295	t=0,77 p=0,443	t=1,94 p=0,055	t=0,45 p=0,648	t=-0,23 p=0,813	t=1,04 p=0,298	t=0,62 p=0,537

KW= Kruskal Wallis, U=Mann Whitney U testi, t= Bağımsız ikili gruplarda T testi.

Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (Devam).

Grup	N	Adalet	Mesleki Özerklik	Eylemsizlik	Yöneltil Etik	Moral Distres Toplam	Merhamet Yorgunluğu Toplam	Duygusal Tükenme	Zihinsel Tükenme	Fiziksel Tükenme	Tükenmişlik Toplam
Hastalarla Sorun Yaşama											
Sorun Yaşayan	55	2,23±1,18	1,67±0,94	1,77±1,12	2,38±1,43	1,72±1,34	0,93±0,73	2,49±1,11	2,57±1,05	3,01±1,19	2,99±1,09
Sorun Yaşamayan	52	2,24±1,15	1,45±0,79	1,56±1,35	1,51±1,29	1,58±1,15	1,07±0,77	2,28±0,99	2,43±0,85	2,90±1,05	3,04±1,08
		t=-0,03 p=0,975	t=1,29 p=0,198	t=0,85 p=0,394	t=3,30 p=0,001	t=0,58 p=0,558	t=-0,99 p=0,324	t=1,01 p=0,313	t=0,78 p=0,437	t=0,53 p=0,593	t=-0,27 p=0,787
Hasta Yakınlarıyla Sorun Yaşama											
Sorun Yaşayan	41	2,18±1,31	1,78±1,03	2,00±1,17	2,34±1,64	1,90±1,41	0,86±0,68	2,56±0,99	2,69±0,87	3,22±1,03	3,08±1,05
Sorun Yaşamayan	66	2,27±1,07	1,43±0,74	1,46±1,24	1,72±1,22	1,50±1,08	1,08±0,78	2,28±1,09	2,38±0,99	2,79±1,15	2,97±1,11
		t=-0,36 p=0,713	t=2,03 p=0,048	t=2,19 p=0,031	t=2,08 p=0,041	t=1,52 p=,132	t=-1,49 p=0,138	t=1,32 p=0,187	t=1,63 p=0,106	t=1,94 p=0,054	t=0,49 p=0,619

t= Bağımsız ikili gruplarda T testi.

Tablo 4.5.1.'de psikiyatri hemşirelerinin mesleki özelliklerine göre ölçekler ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Çalışma pozisyonuyla ilgili yapılan karşılaştırma sonucunda, mesleki özerklik alt boyutu, fiziksel tükenme alt boyutu ve tükenmişlik toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerin mesleki özerklik alt boyut puanı (Mdn=2,00) klinik hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerden yüksek (Mdn=1,57) olup aradaki fark ($U=121,00$; $z=-1,983$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerin fiziksel tükenme alt boyut puanı (Mdn=3,57) klinik hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerden yüksek (Mdn=3,00) olup aradaki fark ($U=117,00$; $z=-2,040$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerin tükenmişlik toplam puan ortalaması (Mdn=4,00) klinik hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerden yüksek (Mdn=3,00) olup aradaki ($U=74,50$; $z=-2,694$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışma şekliyle ilgili yapılan karşılaştırma sonucunda duygusal tükenme alt boyutu, fiziksel tükenme alt boyutu ve tükenmişlik toplam puan ortalamasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutu incelendiğinde farklılığın gündüz çalışan (Mdn=3,00) hemşireler ile gündüz+gece çalışan (Mdn=2,28) hemşireler arasında olduğu ($U=457,50$; $z=-2,524$; $p<0,05$) ve gündüz çalışan (Mdn=3,00) hemşireler ile gece çalışan (Mdn=1,85) hemşireler arasında olduğu ($U=50,00$; $z=-2,351$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Fiziksel tükenme alt boyutu incelendiğinde farklılığın gündüz çalışan (Mdn=3,42) hemşireler ile gündüz+gece çalışan (Mdn=3,00) hemşireler arasında olduğu ($U=451,50$; $z=-2,578$; $p<0,05$) ve gündüz çalışan (Mdn=3,42) hemşireler ile gece çalışan (Mdn=2,28) hemşireler arasında olduğu ($U=45,50$; $z=-2,549$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Tükenmişlik toplam puan ortalaması incelendiğinde, farklılığın gündüz çalışan (Mdn=4,00) hemşireler ile gündüz+gece çalışan (Mdn=3,00) hemşireler arasında olduğu ($U=451,50$; $z=-2,578$; $p<0,05$) ve gündüz çalışan (Mdn=3,42) hemşireler ile gece çalışan (Mdn=2,28) hemşireler arasında olduğu ($U=45,50$; $z=-2,549$; $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, adalet alt boyutu, yönetsel etik alt boyutu, moral distres toplam puan ortalaması, duygusal, zihinsel ve fiziksel alt boyut ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan

hemşirelerin adalet alt boyut puanı (Mdn=2,16) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,33) olup aradaki fark ($U=214,50$; $z=-2,555$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan hemşirelerin yönetsel etik alt boyut puanı (Mdn=1,75) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,50) olup aradaki fark ($U=213,50$; $z=-2,578$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan hemşirelerin moral distres toplam puan ortalaması (Mdn=1,50) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,50) olup aradaki fark ($U=165,50$; $z=-3,124$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puanı (Mdn=2,14) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,14) olup aradaki fark ($U=191,50$; $z=-2,805$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan hemşirelerin zihinsel tükenme alt boyut puanı (Mdn=2,42) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,71) olup aradaki fark ($U=93,50$; $z=-3,906$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olan hemşirelerin fiziksel tükenme alt boyut puanı (Mdn=3,00) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerden düşük (Mdn=3,71) olup aradaki fark ($U=195,50$; $z=-2,759$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hemşirelikten memnun olma durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, adalet alt boyutu ve moral distres toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hemşirelikten memnun olan psikiyatri hemşireleri adalet alt boyut puanı ($\bar{X}=2,38$) hemşirelikten memnun olmayan psikiyatri hemşirelerinden yüksek ($\bar{X}=1,76$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,40$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Hemşirelikten memnun olan psikiyatri hemşirelerinin moral distres toplam puan ortalaması ($\bar{X}=1,79$) hemşirelikten memnun olmayan psikiyatri hemşirelerinin moral distres toplam puan ortalamasından yüksek ($\bar{X}=1,22$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,06$; $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlıdır.

Etik eğitim alma durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, adalet alt boyutu ve moral distres toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Etik eğitim alan psikiyatri hemşirelerin adalet alt boyut puanı (Mdn=2,00) etik eğitim almayan psikiyatri hemşirelerinden düşük (Mdn=3,33) olup

aradaki fark ($U=266,50$; $z=-2,696$; $p<0,01$) istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur. Etik eğitim alan psikiyatri hemşirelerin moral distres toplam puan ortalaması ($Mdn=2,50$) etik eğitim almayan psikiyatri hemşirelerinden düşük ($Mdn=2,00$) olup aradaki fark ($U=330,00$; $z=-2,052$; $p<0,05$) istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur.

Etik durum sıklığıyla ilgili yapılan karşılaştırma sonucunda eylemsizlik alt boyutunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eylemsizlik alt boyutu incelendiğinde farklılığın etik durum sıklığını her zaman yaşayan ($Mdn=2,50$) psikiyatri hemşireleri ile etik durum sıklığını nadiren yaşayan ($Mdn=1,50$) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=58,00$; $z=-2,214$; $p<0,05$) ve etik durum sıklığını her zaman yaşayan ($Mdn=2,50$) psikiyatri hemşireleri ile etik durum sıklığını bazen yaşayan ($Mdn=1,00$) psikiyatri hemşireleri arasında olduğu ($U=27,50$; $z=-2,357$; $p<0,05$) tespit edilmiştir.

Meslekte karşılaşılan etik sorunlardan psikiyatri ekibiyle sorun yaşama durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, adalet alt boyutunda istatikselsel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Ekip ile sorun yaşayan hemşirelerin adalet alt boyut puanı ($\bar{X}=2,59$) ekip ile sorun yaşamayan hemşirelerden yüksek ($\bar{X}=1,88$) olup aradaki fark ($t_{(98,98)}=3,30$; $p<0,01$) istatikselsel olarak anlamlıdır.

Meslekte karşılaşılan etik sorunlardan hastalarla sorun yaşama durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, yönetsel etik alt boyutunda istatikselsel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hastalarla sorun yaşayan hemşirelerin yönetsel etik alt boyut puanları ($\bar{X}=2,38$) hastalarla sorun yaşamayan hemşirelerden yüksek ($\bar{X}=1,51$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=3,30$; $p<0,01$) istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur.

Meslekte karşılaşılan etik sorunlardan hasta yakınlarıyla sorun yaşama durumuna göre yapılan karşılaştırma sonucunda, mesleki özerklik, eylemsizlik ve yönetsel etik alt boyutlarında istatikselsel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Hasta yakınlarıyla sorun yaşayan hemşirelerin mesleki özerklik alt boyut puanı ($\bar{X}=1,78$) hasta yakınlarıyla sorun yaşamayan hemşirelerinden yüksek ($\bar{X}=1,43$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,00$; $p<0,05$) istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur. Hasta yakınlarıyla sorun yaşayan hemşirelerin eylemsizlik alt boyut puanı ($\bar{X}=2,00$) hasta yakınlarıyla sorun yaşamayan hemşirelerden yüksek ($\bar{X}=1,46$) olup aradaki fark ($t_{(105)}=2,19$; $p<0,05$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarıyla sorun yaşayan hemşirelerin yönetsel etik alt boyut puanı ($\bar{X}=2,34$) hasta yakınlarıyla sorun yaşamayan hemşirelerden yüksek ($\bar{X}=1,72$) olup aradaki fark ($t_{(67,28)}=2,084$; $p<0,05$) istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri hemşirelerinin moral distres düzeyi ile merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

5.2. PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'nin Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

5.3. Demografik Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması

5.4. Mesleki Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması

5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin moral distres ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $1,65 \pm 1,23$ bulunmuştur (Tablo 4.3.1.). Ohnishi ve ark. (2010) tarafından, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerde moral distres düzeyi $2,86 \pm 1,79$ bulunmuş ve düşük düzeyde moral distres yaşadıkları belirtilmiştir. Delfrate ve ark. (2018), ruh sağlığı hemşirelerinde moral distres ve tükenmişlik üzerine yaptıkları bir çalışmada hemşirelerde moral distres düzeyi 2,0 olarak bulmuştur. Ando ve Kawano (2018), 130 psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada hemşirelerin moral distres düzeyi $2,11 \pm 1,45$ olarak bulmuştur. Hamaideh (2014), ruh sağlığı hemşireleriyle yaptığı çalışmada moral distres düzeyini $3,86 \pm 1,23$ bulmuş ve orta düzey olarak belirtmiştir. Kovancı ve Atlı Özbaş (2020), yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşirelerinde moral distres yaşama düzeyini $1,68 \pm 1,13$ olarak bulmuş ve düşük olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgular çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Psikiyatri hemşirelerindeki moral distres düzeyinin düşük olma nedeni, psikiyatri hemşirelerinin doğru eyleme karar veremiyor olması ve ruh sağlığı hizmetinde sistem içindeki mesleki yetkinliğinin karar verme süreçlerinde etkin olamaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Ölçek puanları incelendiğinde; psikiyatri hemşirelerinin en fazla adalet alt boyutunda $2,23 \pm 1,16$ distres yaşadıkları, bunu sırası ile yönetsel etik $1,95 \pm 1,42$ eylemsizlik $1,67 \pm 1,23$ ve mesleki özerklik alt boyutlarının $1,57 \pm 0,87$ takip ettiği belirlendi. Ohnishi ve ark. (2010), psikiyatri hemşireleri için moral distres ölçeğinin orijinalinde üç alt boyuttan biri olan yetersiz personel alt boyutunda psikiyatri hemşireleri en yüksek düzeyde distres yaşarken, hasta hakları ihlallerine rıza gösterme alt boyutunda ise en düşük düzeyde moral distres yaşadıkları bulunmuştur. Ando ve Kawano (2018), hasta hakları ihlallerine rıza gösterme alt boyutunda $2,64 \pm 1,58$ distres düzeyini daha yüksek bulurken, yetersiz personel alt boyutunda $1,69 \pm 1,39$ yaşanan distres düzeyi daha düşük bulunmuştur. Sağlık sistemindeki katı hiyerarşi ve kurallar psikiyatri hemşirelerinin bağımsız rollerini gerçekleştirememesine dolayısıyla adalet alt boyutunda daha yüksek düzeyde moral distres yaşamalarına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının $1,0 \pm 0,75$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1.). Yapılan çalışmalarda psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyi düşük (Ray ve ark 2013; Coşkun 2015; Foster 2019; Başoğul ve ark. 2021), olduğu gibi bu sonuçların aksine Mangoulia ve ark. (2015), psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu puanını yüksek bulmuştur. Çalışmamız literatürle uyumlu olduğu gibi farklı sonuçların olduğu da görülmüştür. Öyle ki, kültürel farklılıklar, meslekteki stres faktörleri, sağlık sistemindeki hizmet ortamı ve kurumsal düzenlemeler gibi bunlara ek olarak bireysel özelliklerinde etkili olabileceği görülmüştür (Başoğul ve ark. 2021).

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik puan ortalamasının $3,01 \pm 1,08$ orta seviyede ve tükenmişlik için önemli bir risk olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1.). Literatürde hemşirelerle yapılan çalışmalarda hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2010; Şahin 2020). Bununla birlikte Mangoulia (2015), Yunanistan'daki psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada tükenmişliğin hemşireler için orta düzeyde ve yüksek bir risk (%49,4) olduğu bulunurken, Kore'de psikiyatri hemşireleriyle yapılan bir çalışmada tükenmişlik düzeyleri orta seviyede bulunmuştur (Kim ve ark. 2012). Başoğul ve ark. (2021) tarafından, psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik düzeylerinin farklı çıkmasının sebebi tükenmişliği

etkileyen birçok faktörün olması olabilir. Bireylerdeki tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerden biri de çalışma ortamıdır (Göktepe 2016). Lopez-Lopez ve ark. (2019) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında, ruh sağlığı hemşirelerinin çalışma ortamından da etkilendiği, yoğun iş yükü, zayıf kişilerarası ilişkiler, fiziksel ve duygusal şiddet tükenmişlik gelişmesine katkıda bulunan faktörler olarak belirlenmiştir. Konstantinou ve ark. (2018), Yunanistan'daki ruh sağlığı hemşireleriyle yaptığı çalışmada, ağır iş yükü ve maaş gibi etmenlerin yanında örgütsel, yönetsel ve iş arkadaşlarından alınan desteğin tükenmişlik üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin %91,6'sının bu alanda çalışmaktan memnun olması, %72,9'unun meslektaşlarıyla sorun yaşamadığını ifade etmesinin tükenmişlik düzeyinin $3,01 \pm 1,08$ çıkması üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür. Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin en fazla fiziksel tükenme alt boyutunun $2,96 \pm 1,12$, bunu sırası ile zihinsel tükenme $2,50 \pm 0,96$ ve duygusal tükenme $2,39 \pm 1,06$ alt boyutlarının izlediği belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Kaya ve ark. (2010)'ı, hemşirelerle yaptığı çalışmada en fazla fiziksel tükenme alt boyutunda tükenmişlik yaşandığını, bunu sırası ile zihinsel tükenme alt boyutu ve duygusal tükenme alt boyutunda tükenmişlik yaşandığını belirtmiştir. Lee ve Gang (2018) hemşirelerle yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer sonuçlar bulmuştur. Fiziksel tükenmenin yaşanmasında yetersiz personel, ekip dinamiği, iş yükünün ağırlığı ve rol belirsizliğinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.2. PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'nün Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'nün alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1.). Ulaşılan sonuçlara göre moral distres düzeyleri yükseldikçe merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin de yükseldiği, merhamet yorgunluğu düzeyinin yükseldikçe moral distres ve tükenmişlik düzeylerinin de yükseldiği, tükenmişlik düzeyleri yükseldikçe moral distres ve merhamet yorgunluğu düzeyinin de yükseldiği görülmüştür. Ulusal literatürde hemşirelerde moral distres ve etkileyen faktörleri inceleyen çalışmaların çoğunlukta olduğu belirlenmiştir (Keskin Kızıltepe ve Koç 2019; Sezer ve Ceran 2021) Merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışmaların bir kısmı sağlık profesyonelleriyle arasında karşılaştırma amacıyla, bir kısmı ise hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla

yapıldığı görülmüştür (Aslan ve Özen 2021; Şeremet ve Ekinci 2021; Tanrikulu ve Ceylan 2021; Yılmaz ve Buldukoğlu 2021). Ulusal literatürde tükenmişlik ise birçok alanda çalışan bireyler ve öğrencilerle özellikle hemşirelerle yapılmıştır (Kaygusuz ve Karagün 2021; Macit 2021; Yılmaz ve Buldukoğlu 2021). Hemşirelerin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki birkaç çalışma ile kısıtlı kalmıştır (Şahin 2020; Kayaoğlu ve Aslanoğlu 2020). Uluslararası literatürde ise genellikle hemşirelerin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalar mevcuttur (Mohammadi ve ark. 2014; Delfrate ve ark. 2018; Karakachian ve Colbert 2019; Barr 2020). Literatürde yer alan bu araştırma bulgularını destekleyen çalışmalara Delfrate ve ark. (2018), psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada moral distres ve tükenmişlik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu ve moral distres düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığını bulmuştur. Barr (2020), yeni doğan yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerle yaptığı bir çalışma moral distres düzeyinin arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığını belirlemiştir. Karakachian ve Colbert (2019), hemşirelerin moral distres, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkiyi tanımlayan bütünleştirici incelemesinde, birçok araştırmanın moral distres ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Mohammadi ve ark. (2014), yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada moral distres ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı derecede pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Saleh ve ark. (2019), yeni doğan yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerle yaptığı bir çalışmada moral distres düzeyindeki yoğunluk ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında bir ilişki bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında, moral distres alt boyutlarının merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik alt boyutları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon sonuçlarında; moral distres alt boyutlarının değişen yordama düzeyleriyle birlikte eylemsizlik alt boyutunun ve mesleki özerklik alt boyutunun merhamet yorgunluğunu anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür (Tablo 4.3.2.). Mesleki özerklik, “kişinin mesleki değerler, yükümlülükler doğrultusunda mesleki uygulamalarına ilişkin kararlarını verebilme durumudur” (Baykara ve Şahinoğlu 2013). Nitekim psikiyatri hemşireleri ruhsal, duygusal ve fiziksel olarak sürekli acı çeken bireylerin birçok farklı yönüyle karşılaştığı gibi onların güçsüzlüğüne, mahrem ve özel yönlerine de tanıklık etmektedir (Dinç 2009). Öyle ki bu durum ruhsal olarak

acı çeken bireyler adına bazı zamanlarda karar verip bir eylemde bulunmayı önemli kılmaktadır (Dinç 2009). Hemşirenin karar vermesini dolayısıyla mesleki özerkliğinde ve eylemlerinde distres yaşamaları hastaları olumsuz etkileyerek acı çekmelerine, buna maruz kalan hemşirelerde merhamet yorgunluğu gelişmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca moral distres alt boyutlarından eylemsizlik alt boyutu ve yönetsel etik alt boyutu duygusal tükenme alt boyutunu (Tablo 4.3.3.) ve fiziksel tükenme alt boyutunu (Tablo 4.3.5.), pozitif yönde etkilerken yönetsel etik alt boyutunun aynı zamanda zihinsel tükenmeyi (Tablo 4.3.4.), de pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Mesleki yaşamdaki yasal ve yönetsel yaptırımlar ile sağlık politikaları, psikiyatri hemşirelerinin eylemlerinde karar verirken karşılaştıkları moral distres engelleri olarak ortaya çıkmaktadır (Kovancı 2020). Öyle ki, sağlık sistemindeki yasal ve yönetsel yaptırımlar yetersiz personel alımına ve aşırı iş yükü oluşmasına yol açarak hemşirelerin makine gibi çalışmalarına, görev tanımlarının yansırı meslek dışı işler yapmalarına yol açtığı, sonuç olarak hemşirelerde duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenme gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

5.3. Demografik Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetlerine göre moral distres düzeyi incelendiğinde, yönetsel etik dışındaki alt boyut ve toplam moral distres puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.4.1.). Yönetsel etik alt boyut düzeyinin erkeklerde daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatürde de çalışmamızda olduğu gibi moral distres alt boyutları ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Ohnishi ve ark. 2010; Ando ve Kawano 2018; Delfrate ve ark. 2018). Bunun nedeni moral distres üzerinde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin ortaya çıkan engeller karşısında diğer değişkenlerin etkili olduğu düşünülmüştür, ancak yönetsel etik boyutunun erkeklerde yüksek olmasının sebebi erkeklerin çalışma ortamında daha fazla baskıya maruz kalmaları ve gündüz+gece çalışma sisteminde daha etkin yer almalarından kaynaklanıyor olabileceği bildirilmiştir (Zabetian ve ark. 2019).

Psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluğu düzeyleri incelendiğinde kadınların merhamet yorgunluğu düzeyinin erkeklere göre daha yüksek ve anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.4.1.). Psikiyatri hemşireleriyle

yapılan çalışmalarda kadınlarda merhamet yorgunluğu düzeyinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sukut ve ark. 2021; Mangoulia ve ark. 2015). Mooney ve ark (2017), yoğun bakım ve onkoloji hemşireleriyle yaptığı benzer bir çalışma da kadınların merhamet yorgunluğu düzeyi erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun nedeni kadınların erkeklere göre daha duygusal yapıda olması, ülkemizin kültürel altyapısı ve ataerkil düzenin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde tükenmişlik toplam puan ortalaması ve fiziksel tükenme alt boyut puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.1.). Kadınların duygusal tükenme ve zihinsel tükenme alt boyut puanları da erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Akyüz (2015), hemşirelerle yaptığı bir çalışmada kadınların duygusal tükenme ve tükenmişlik düzeyini daha yüksek bulmuştur. Işıklı (2018), sağlık personeliyle, Alotni ve Elgazzar (2020), yoğun bakım hemşireleriyle, Azevedo ve ark. (2019), ruh sağlığı hemşireleriyle yaptıkları çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirlemişlerdir. Bijaem ve Ghiasi (2020), hemşirelerle yaptığı çalışmada cinsiyet ve istihdam durumu ile iş tükenmişliği arasındaki ilişkiyi araştırmış, kadınların erkeklerden daha fazla tükenmişlik yaşadığı sonucuna ulaşmıştır. Bunun nedeni, kadınların baş etme becerilerinin duygusal odaklı olması, kişilik özellikleri, mesleki sorumluluklarından farklı olarak ev ve aile ile ilgili sosyal sorumluluklarının daha fazla olması, erkeklerin mesleki yaşam sonucu elde ettiği maddi kazancı yaşamı ve ailesi üzerinde bir sağlayıcı olarak görmesi olarak düşünülmüştür.

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin yaş grubuna göre fiziksel tükenme alt boyut puanı incelendiğinde 41-45 yaş grubundaki psikiyatri hemşirelerinin diğer yaş grubundaki psikiyatri hemşirelerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.1.). Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kaya ve ark. (2010), 320 hemşireyle yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş grubu arttıkça fiziksel tükenmeyi daha düşük bulunmuştur. Kim ve Kweon (2020) tarafından Kore'de psikiyatri hemşireleriyle yapılan bir çalışmada tükenmişlik düzeyinin genç hemşirelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şahin (2020), hemşirelerle yaptığı tez çalışmasında yaş gruplarıyla fiziksel tükenme ve

tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir. Sukut ve ark. (2021), psikiyatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada yaş gruplarıyla tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde yaş grupları odak noktası olduğunda tükenmişlikle ilgili farklılık görülmektedir. Öyle ki bu farklılık yoğun iş yükü ve farklı sağlık hizmet ortamlarında görülebileceği gibi ileri yaş etkeni de ruhsal ve fiziksel olarak yıpranın etkisiyle tükenmişliğe yol açmaktadır (Yang ve ark. 2018).

Psikiyatri hemşirelerinin medeni durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde evlilerin tükenmişlik toplam puan ortalaması ve fiziksel tükenme alt boyut puanı bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.1.). Literatürde hemşireler ile yapılan çalışmalarda tükenmişlik düzeylerinin medeni durumdan etkilendiği ve evli hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Alotni ve Elgazzar 2020; Bashirian ve ark. 2020; Kim ve Kweon 2020; Camci 2021). Benzer şekilde Azevedo ve ark. (2019), ruh sağlığı hemşirelerinde tükenmişlik sendromu riski üzerine yaptığı çalışmada evli ve özellikle çocukları olan hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Sinat ve Kutlu (2009), psikiyatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada medeni durum ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu araştırmada literatür ile kısmen uyumlu çalışmalar olduğu görülmüştür. Öyle ki, bu araştırmadaki katılımcıların yaş grubu özelliklerinden, psikiyatri kliniklerindeki iş yükü ve alana özgü farklı stres kaynaklarının yansira evli hemşirelerin eş, anne, baba gibi rollerini aksatmaları daha fazla fiziksel ve psikolojik gerilime maruz kaldıkları ve tükenmişlik yaşadıkları düşünülebilir.

Psikiyatri hemşirelerinin eğitim düzeyine ile eylemsizlik dışındaki alt boyut ve toplam moral distres puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 4.4.1.). Eylemsizlik alt boyutu ön lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesi ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur. Literatürde eğitim düzeyi yüksek olan psikiyatri hemşirelerinin moral distres toplam puanı ve alt boyutları daha yüksek bulunmuştur (Ohnishi ve ark. 2010; Hamaideh 2014). Ancak çalışmamızda olduğu gibi yapılan diğer benzer çalışmalarda ise moral distres alt boyutları ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Oh ve Gastmans 2015; Christodoulou-Fella ve ark. 2017). Bunun nedeni hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça karar verme sürecine daha aktif katılım

sağlaması, moral distrese neden olan sorunları ve çözüm önerilerinin keşfedilmesinde yol gösterici olması, moral distresin gelişmemesi için her klinik duruma daha duyarlı ve titiz davranılmasının sebep olduğu belirtilmiştir (Hamric ve Blackhall 2007; Ohnishi ve ark 2010). Ancak eylemsizlik boyutunun önlisans mezunlarında daha yüksek olmasının sebebi, eğitim süresi daha uzun olan kurumlarda hemşireleri yetiştirirken eleştirel düşünme becerileri kazandırılmaktadır. Bu becerileri kazanan hemşireler karar verme yeteneklerine de daha fazla güven duymayı öğrenmekte ve bu beceriyi eyleme dönüştürürken daha rahat olabileceği düşünülebilir.

Psikiyatri hemşirelerinin eğitim düzeyine göre lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesine göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı, ön lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre daha fazla duygusal tükenme ve fiziksel tükenme yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.1.). Schimp (2015), yaptığı doktora tez çalışmasında ruh sağlığı çalışanların eğitim düzeyi yükseldikçe duygusal tükenme düzeylerinin yükseldiği bulunmuştur. Benzer şekilde Hu ve ark. (2015), halk sağlığı hemşireleriyle yaptığı çalışmada lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesine ve ön lisans mezunu hemşirelerin sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı belirlenmiştir. Barlas (2021), hemşirelerde kaygı ve tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörler üzerine yaptığı tez çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe duygusal tükenme yaşadığı bulunmuştur. Behilak ve Abdelraof (2020), psikiyatri hemşirelerinde tükenmişlik ve iş doyumunu ilişkisiyle ilgili yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin yükseldikçe tükenmişlik düzeyi arttığı belirlenmiştir. Literatürde hemşirelerle yapılan çalışmalarda fiziksel tükenme alt boyutu ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kaya ve ark 2010; Şahin 2020). Bunun nedeni olarak psikiyatri kliniklerindeki yoğun iş yükü, meslektaşlar arasındaki iş birliğinin olmayışı, kaynak eksikliği, düşük gelir ve çalışma ortamı gibi stres kaynakları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

5.4. Mesleki Özelliklere Göre PHMDÖ ile MYAÖ ve TÖ'ye Ait Bulguların Tartışılması

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma pozisyonuna göre sorumlu hemşirelerin mesleki özerklik alt boyutu dışındaki alt boyut ve toplam moral distres puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5.1.). Ando ve

Kawano (2018), psikiyatri hemşirelerinin pozisyonları arasında moral distres düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir. Wenwen ve ark. (2018), Çin’de hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşire unvanı arttıkça moral distres düzeyi daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Whitehead ve ark. (2021), yönetici hemşirelerle yaptığı nitel çalışmada hemşirelerin en çok mesleki özerklik alt boyutundaki yetersiz ve güvensiz personelle çalıştığında moral distres yaşadığı bulunmuştur. Moral distres yaratan klinik durumlarda sorumlu hemşirelerin klinik çalışanlarını ve hastaları etkileyecek kararlarının sorumluluğunu taşımak zorunda olduğu, bununla baş edebilmek için ekip iş birliğinden yararlanıldığını baş edemediklerinde moral distres yaşadıkları bulunmuştur (Whitehead ve ark. 2021).

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma pozisyonuna göre sorumlu hemşirelerin fiziksel tükenme alt boyutu ve tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Ando ve Kawano (2018), psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ve hemşirelik pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Behilak ve Abdelraof (2021), tarafından yapılan çalışmada ise psikiyatri kliniğinde sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyini daha yüksek ancak anlamlı olmadığını bildirmiştir. Bunun nedeni sorumlu hemşirelerin mesleki deneyimi itibariyle daha ileri ve yetkin olmasıyla hem klinikteki diğer hemşirelere rehberlik etmesi, hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesi gibi sorumluluklarının olması hem de yönetimsel rolünün etkinliği tükenmişlik gelişimini destekleyici faktörler olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma şekline göre gündüz çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve fiziksel tükenme alt boyutları ile tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Sukut ve ark. (2021), gündüz+gece çalışan psikiyatri hemşirelerinin sadece sabah çalışan psikiyatri hemşirelerine göre tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Azevedo ve ark. (2019), ruh sağlığı hemşireleriyle yaptığı çalışmada, gece çalışan hemşirelerde tükenmişliğin gelişimi için daha riskli olduğu bulunmuştur. Vidotti ve ark. (2018), hemşirelerde tükenmişlik ile ilişkili faktörleri iş vardiyasına göre incelemek için yapılan çalışmada, gündüz çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni, psikiyatri kliniklerinde öncelikli olarak gündüz çalışan ve çalışma deneyimi daha fazla olan sorumlu hemşirelerden oluşması, bakım ve hemşirelik

prosedürlerinin gün içinde daha yoğun olması, multidisipliner ve kişilerarası ilişkilerinin daha sık oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnun olma durumuna göre adalet alt boyutu, yönetsel etik alt boyutu ve moral distres düzeyi psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Öyle ki, bu araştırmada etik bir durum yaşanmasına neden olan sorunlar arasında ekiple sorun yaşayanların adalet alt boyutu, hastalarla sorun yaşayanların yönetsel etik boyutu, hasta yakınlarıyla sorun yaşayanlarda mesleki özerklik alt boyutu, eylemsizlik alt boyutu ve yönetsel etik alt boyutları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Şeko (2019), yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı moral distres düzeyinin iş doyumu ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisini incelediği tez çalışmasında yoğun bakım alanında sorun yaşayan ve ekip ile iletişim kurmakta zorlanan hemşirelerin moral distres düzeyini daha yüksek ve anlamlı bulmuştur. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerine beklenen desteğin ve iş birliğinin sağlanamaması, moral distres yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin hemşirelik mesleğinden memnun olma durumuna göre adalet alt boyutu ve moral distres düzeyi, hemşirelik mesleğinden memnun olan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Keskin Kızıltepe (2019), acil servis hemşireleriyle yaptığı doktora tezinde mesleği sevme durumu ve moral distres arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, hastane ekibiyle ve hasta-hasta yakınıyla yaşanan sorunların moral distrese neden olduğunu belirlemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda iş tatminin hasta hakları ihlallerine rıza gösterme ve moral distres toplam puanıyla negatif ilişki olduğu bulunmuştur (Hamaideh 2014; Ando ve Kawano 2018). İş tatmini ve meslekten memnun olma durumu literatürde daha geniş kapsamda incelendiği için bu çalışmayla uyumlu olmadığı, mesleğini sevenlerin engellerle karşılaştığında güçsüzlük algısı ve savunuculuk rolünü gerçekleştiremediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnun olma durumuna göre psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme, zihinsel tükenme ve fiziksel tükenme alt boyutları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Bununla birlikte hemşirelik mesleğinden memnun olmayan psikiyatri hemşirelerinin duygusal, zihinsel ve fiziksel tükenme alt boyutları daha yüksektir ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır. Sinat ve Kutlu (2009),

psikiyatri hemşireleriyle yapılan çalışmada çalışma ortamından memnun olmayan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Şahin (2020), meslekten memnun olmayan hemşirelerde duygusal tükenme, zihinsel tükenme ve fiziksel tükenme alt boyutlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlara dayanarak mesleğinden ve çalıştığı alandan doyum sağlayamamanın tükenmişliği arttıracığı düşünülebilir.

Psikiyatri hemşirelerinin etik eğitim alma durumuna göre etik eğitim almayan hemşirelerin adalet alt boyut düzeyi ve moral distres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.1.). Keskin Kızıltepe (2019), yaptığı doktora tezinde mesleki eğitim ve hizmet süresinde etik eğitim almayan hemşirelerin, etik eğitim alan hemşirelere göre moral distres düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Grady ve ark. (2008), sosyal hizmet çalışanları ve hemşirelerle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %23'ünün etik eğitimi olduğunu aynı zamanda en az özgüvene sahip olduklarını, etik kaynaklarını kullanma olasılıklarının ve etik kaygıları doğrultusunda hareket etme olasılıklarının en düşük olduğu belirlenmiştir. Öyle ki etik eğitimi birçok meslek çalışanına yalnızca uygulamada karşılaştıkları sorunların ne ölçüde etik sorun olduğunu belirlemelerine yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda kendi etik değerlerini ve inançlarını tanımlamalarına ve bunlarla mücadele etmek için ahlaki olarak güçlenmelerine yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla hemşireler karşılaştıkları sorunların etik sorun olup olmadığını belirleyecek ahlaki yargıya varamadıklarında moral distres yaşamaktadırlar (Ulrich ve Grady 2019).

Psikiyatri hemşirelerinin yaşadığı etik durum sıklığına göre, etik durum sıklığını her zaman yaşayan hemşirelerin etik durum sıklığını nadiren ve bazen yaşayan hemşirelere göre eylemsizlik alt boyut düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş, moral distres düzeyinde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5.1.). Keskin Kızıltepe (2019), doktora tezinde etik durum sıklığı yaşayan hemşirelerde moral distres düzeyleri daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte Kovancı ve Atlı Özbaş (2020), psikiyatri hemşirelerinin mesleki yaşamda sıklıkla etik durumlarla karşılaştığını ve bunun sonucunda moral distres yaşadığı belirlenmiştir. Öyle ki, eylemsizlik alt boyutu “bir hastanın, durumunun stabil olmasına ve hastanede yatırılmadan günlük yaşamını sürdürebilecek olmasına rağmen hastanede yatırılmaya devam ettiği durumlarda müdahale etmeden gözlemlemek” ve “hasta ilacı almak istemediğinde ilaçları hastanın yiyecek ya da

içeceklerine gizlice karıştırmak” maddelerinden oluşmaktadır (Kovancı ve Atlı Özbaş 2020). Bununla birlikte Konishi ve ark. (2014), psikiyatri hemşireleriyle yaptığı nitel bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin savunucu rolünü gerçekleştiremedikleri, hastaların taburcu olmasında müdahale edemedikleri ve hastanın otonomisini göz ardı ettikleri bulunmuştur. Bunun nedeni ruhsal olarak acı çeken hastaya verilen psikiyatrik hizmetin hastanın ihtiyaçları, bireysel ve mesleki standartlar ile sistemin talimatlarına bağlılık arasında sıkışıp kaldıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada psikiyatri hemşirelerinin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre:

- Psikiyatri hemşirelerinin PHMDÖ puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır.
- Psikiyatri hemşirelerinin MYAÖ puan ortalaması düşük olduğu saptanmıştır.
- Psikiyatri hemşirelerinin TÖ puan ortalaması orta düzeyde tükenmişlik için bir risk olduğu, alt boyut puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Psikiyatri hemşirelerinde moral distres puan ortalamalarının, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puan ortalamaları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- PHMDÖ alt boyutlarından mesleki özerklik ve eylemsizliğin MYAÖ etkilediği saptanmıştır.
- PHMDÖ alt boyutlarından eylemsizlik ve yönetsel etiğin TÖ alt boyutlarından duygusal tükenmeyi etkilediği saptanmıştır.
- PHMDÖ alt boyutlarından yönetsel etiğin TÖ alt boyutlarından zihinsel tükenmeyi etkilediği saptanmıştır.
- PHMDÖ alt boyutlarından yönetsel etik ve eylemsizliğin TÖ alt boyutlarından fiziksel tükenmeyi etkilediği saptanmıştır.
- Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan ve etik eğitim almayan hemşirelerin moral distres düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadınların merhamet yorgunluğu düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadınların, evlilerin, sorumlu hemşirelerin ve gündüz çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk sayısına, kronik hastalık durumuna, meslekteki çalışma süresine, psikiyatride çalışma süresine, travmatik olay yaşama durumuna, yöneticilerle yaşanan sorunlara ve meslektaşlarla yaşanan sorunlara göre PHMDÖ, MYAÖ ve TÖ puan ortalamaları arasında farklılık saptanmamıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre,

- Moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik ile ilgili baş etme stratejilerinin bireysel ve kurumsal olarak geliştirilmesi,
- Hemşirelerinin mesleki yaşamdaki etik sorunları tanınması ve çözümünün sağlanabilmesi için, mesleki eğitimde ve eğitim sonrası programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin çalışmak istedikleri kliniklere yönelik görüşleri dikkate alınmalı,
- Hemşireler empatiye yönelik desteklenmeli,
- Hemşirelerin liderlik becerileri desteklenmeli ve geliştirilmeli,
- Düzenli olarak kurum içi ve yöneticilerle yapılacak toplantıların moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik riski açısından değerlendirilip gerekli önlemlerin alınması,
- Hasta, hasta yakınları ve ekip içi iletişim ve iş birliğinden kaynaklı sorunların çözümü için birim toplantılarının düzenlenip iletişimin geliştirilmesi,
- Yöneticilerin psikiyatri kliniklerindeki hemşirelerin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşama risklerinin farkında olması, kurumsal politikalar belirlemesi, hemşirelere destek olması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği kavramları. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2007; 29(2): 7-12.
- Akın Korhan E. Etik ve Hemşirelik. Hemşirelikte Etik Karar Verme. Ed: Üstün Ç. Ege Üniversitesi Basımevi, 2015, 1. Baskı, İzmir, s:17-66.
- Arsıntaş H. Ethical issues, codes, and standards in mental health and psychiatric nursing. J Psy Nurs. 2015; 6(1): 47-56.
- Üstün Ç. Etik ve Ahlak Konusuna Genel Bakış. Hemşirelikte Etik Karar Verme. Ege Üniversitesi Basımevi, 2015, 1. Baskı, İzmir, s:17.
- Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik. İstanbul Tıp Kitabevi, 2013, 3. Baskı, İstanbul, s:49-77.
- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. Orthop Nurs. 2001; 20(2): 76-80.
- Hamric AB. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. HEC Forum. 2012; 24(1): 39-49.
- Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. AMA J Ethics. 2017; 19(6): 617-628.
- Epstein GE, Hamric BA. Moral distress, moral residue and crescendo effect. J Clin Ethics. 2009; 20(4): 330-342.
- Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNS. Adv Neonatal Care. 2010; 10(3): 145-56.
- Jansen TL, Hem MH, Dambolt LJ, Hassen I. Moral distress in acute psychiatric nursing: multifaceted dilemmas and demands. Nurs Ethics. 2020; 27(5): 1-12.
- Kertchok R. Ethical issues and moral distress in psychiatric and mental health nursing: a literature review. J Health Res. 2015; 29: 227-34.
- Kovancı MS, Atlı Özbaş A. Psychiatry services and moral distress. J Psychiatric Nurs. 2019; 22(3): 355-63.
- Stamm BH. Measuring Compassion Satisfaction as well as Fatigue: Developing History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. Treating Compassion Fatigue. Ed: Figley CR. Brunner-Routledge, 2002, 3rd Edition, New York, p:107-119.
- McHolm F. Rx for compassion fatigue. J Christ Nurs. 2006; 23(4): 12-19.
- Hamilton M. Compassion fatigue: what school counsellors should know about secondary traumatic stress. The Alberta Counsellor. 2008; 30(1): 9-21.
- Maslach C. Burnout the Cost of Caring. Malor Books, 2003, Los Altos, p:2-24.
- Mathieu F, McLean L. Patient/Family Centered Care, 2014 AJN Award Recipient. Managing Compassion Fatigue, Moral Distress and Burnout. Eds: Barnsteiner J, Disch J, Walton M. Sigma Theta Tau, 2014, 1st Edition, Toronto, p:338-361.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care. 2005; 14(6): 523-30.
- Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. Nurs Health Sci. 2010; 12(2): 235-243.
- 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 Res Int. 2017; 1-19.
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002; 9(6): 636-50.
- Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, et al. Moral distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. Med Lav. 2018; 109(2): 97.

- Yıldırım D, Özden D, Karagözoğlu S. Moral distress: an issue not on the agenda in the field of health in Turkey. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2013; 35: 318-325.
- Karagözoğlu S, Yıldırım G, Özden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2017; 24(2): 209-224.
- Kovancı MS. Pediatri hemşireleri için moral distress revize-ölçeği Türkçe formunun geçerlik güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş).
- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010; 17(6): 726-40.
- Noh D, Kim S, Kim S. Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 22(4): 307-319.
- Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014; 23(1): 33-41.
- Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nurs Ethics*. 2018; 25(5): 571-579.
- <https://sozluk.gov.tr/?kelime> (27 Haziran 2020).
- Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol*. 2005; 23(26): 6440-1.
- Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Compas B, Dudley MD, et al. Distress management clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010; 8(4): 448-485.
- Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Valimaki M, Kontio R, et al. Impact of moral distress among psychiatric nurses. *Nurs Ethics*. 2019; 26(1): 1473-1483.
- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4): 542-51.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1987; 23(1): 16-29.
- Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*. 2004; 58(6): 1075-84.
- Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1): 15-31.
- Morley G, Ives J, Bradbury Jones C, Irvine F. What is "moral distress" a narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2019; 26(3): 646-66.
- Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs*. 2010; 15(3): 1-17.
- Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019; 10(2): 113-24.
- Corley CM, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005; 12(4): 381-390.
- Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nurs Ethics*. 2012; 19(2): 196-207.
- Shoorideh FZ, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nurs Ethics*. 2012; 19(4): 464-478.
- Langley GC, Kisorio L, Schmollgruber S. Moral distress experienced by intensive care nurses. *Southern African Journal of Critical Care*. 2015; 31(2) :1-5.
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Almeida AS, et al. Psychometric characteristics of the moral distress scale in Brazilian nursing professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2014; 23(3): 563-72.

- Dodek PM, Norena M, Ayas N, Wong H. Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel. *J Crit Care*. 2019; 50: 122–125.
- Lützen K, Blom T, Kvist BE, Winch S. Moral stress, moral climate moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics*. 2010; 17(2): 213-224.
- 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): 209-20.
- Källemark S. Ethical competence and moral distress in the health care sector: a prospective evaluation of ethics rounds. Acta University Department of Public Health and Caring Sciences, Social Medicine, Doctoral Dissertation, Uppsala, 2007 (Advisor: Prof. Dr. Bengt Arnetz).
- <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> (20 Haziran 2020).
- Fourie C. “Moral distress and moral conflict in clinical ethics”. *Bioethics*. 2015; 29(2): 91-97.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001; 33(2): 250-256.
- Watt K, Kirschen MP, Friedlander JA. Evaluating the inpatient pediatric ethical consultation service. *Hosp Pediatr*. 2018; 8(3): 157-61.
- Carse A. Moral distress and moral disempowerment. *Narrat Inq Bioeth*. 2013; 3(2): 147-151.
- McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument based. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1): 131-152.
- Field D, Deeming J, Smith LK. Moral distress: an inevitable part of neonatal and paediatric intensive care. *Arch Dis Child*. 2016; 101(8): 686-7.
- Resnik DB. Moral distress in scientific research. *Am J Bioeth*. 2016; 16(12): 13-5.
- Powell SB, Engelke MK, Swanson MS. Moral distress among school nurses. *J Sch Nurs*. 2018; 34(5): 390-7.
- Nuttgens S, Chang J. Moral distress within the supervisory relationship: implications for practice and research. *Counselor Education and Supervision*. 2013; 52(4): 284-296.
- 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.
- Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019; 9(3): 245-54.
- Savel RH, Munro CL. Moral distress, moral courage. *Am J Crit Care*. 2015; 24(4): 276-8.
- Hamric AB, Epstein EG. A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation. *HEC Forum*. 2017; 29(2): 127-43.
- Green MM, Wicclair MR, Wocial LD, Kondrat A, Mukherjee D. Moral distress in rehabilitation. *PMR*. 2017; 9(7): 720-6.
- <https://sozluk.gov.tr/> (17 Kasım 2020).
- Gör F. İlköğretim din kültürü ve ahlak bilgisi öğretim programında merhamet değeri. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Macid Yılmaz).
- Avşaroğlu S, Güleş E. Özel gereksinimli çocuğa sahip anne babaların yaşam doyumlarının öz-anlayış ve merhamet düzeyleri açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2019; 27(1): 365-376.
- Çelik F. Sağlık kurumlarında iletişim; hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Abdullah Koçak).
- Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015; 8(2): 123-130.
- Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992; 22(4): 116-121.

- Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *J Clin Psychol.* 2002; 58(11): 1433-1441.
- Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs.* 2009; 13(2): 183-191.
- Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009; 43: 373–385.
- Negash S, Sahin S. Compassion fatigue in marriage and family therapy: implications for therapists and clients. *J Marital Fam Ther.* 2011; 37(1): 1–13.
- Figley CR. Catastrophes: An Overview of Family Reactions. *Stress and the Family.* Eds: Figley CR, McCubbin HI. Routledge, 1983, 1st Edition, New York, p:3-20.
- Figley CR. Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized. *Compassion Fatigue.* Routledge, 1995, 1st Edition, New York, p:4-21.
- Slatten LA, Carson DK, Carson PP. Compassion fatigue and burnout: what managers should know. *Health Care Manag.* 2011; 30(4): 325-333.
- Showalter SE. Compassion fatigue: what is it? why does it matter? recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue and strengthen the professional already suffering from the effects. *Am J Hosp Palliat Care.* 2010; 27(1): 239-242.
- Young Hee Y, Jong Kyung K. A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing.* 2012; 24(1): 38-51.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory.* Consulting Psychologist Press, 1996, 3rd Edition, Palo Alto, p:191-218.
- Göktepe AK. *Tükenmişlik Sendromu.* Nesil Yayınları, 2016, 1. Baskı, İstanbul, s:24-27.
- Kayabol BA, Kaynakçı ZÜ. İkincil Travma, Travma Sonrası Büyüme ve Öz Bakım. *Travma Psikolojik Danışmanlığı.* Ed: Çakar FS. Pegem Akademi, 2019, 1. Baskı, Ankara, s:374-376.
- Länge A. Burnout existential meaning and possibilities of prevention. *European Psychotherapy.* 2003; 4(1): 107-121.
- Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior.* 2014; 1(1): 389-411.
- Karakuş S. *Sağlık Kurumlarında Tükenmişlik, Yetenek Yönetimi ve Çalışan Performansı.* Hiber Yayın, 2020, 1. Baskı, İstanbul, s:55-59.
- Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *Journal of Emerg Nurs.* 2013; 39(6): 547-552.
- T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, Sayı: 27515.
- Upasen R, Saengpanya W. Experiencing moral distress in mental health nursing in Thailand. *Walailak J Sci Technol.* 2021; 18(8): 9240-11.
- 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.
- Musto L, Schreiber RS. Doing the best i can do: moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs.* 2012; 33(3): 137-44.
- Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014; 33(4): 215–225.
- Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005; 24(5): 229-41.
- Turnage-Butterbaugh IS. Development and validation of an instrument to measure moral distress among counselors working with children and adolescents. University of Mississippi Department of Leadership and Counselor Education, Doctoral Dissertation, Mississippi, 2015 (Advisor: Prof. Dr. Lori Wolff).

- Moses L, Malowney MJ, Wesley Boyd J. Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: a survey of North American veterinarians. *J Vet Intern Med.* 2018; 32(6): 2115-2120.
- Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2016; 13(6): 618.
- Foote A. Moral distress, compassion fatigue and burnout in veterinary practice. *The Veterinary Nurse.* 2020; 11(7): 292-295.
- Yang G, Liu J, Liu L, Wu X, Ding S, et al. Burnout and resilience among transplant nurses in 22 hospitals in China. *Transplant Proc.* 2018; 50(10): 2905–2910.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016; 15(2): 103-111.
- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care.* 2004; 13(3): 202-208.
- Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007; 35(2): 422-429.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol.* 2017; 22(1): 51-67.
- Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagapoulou E, Costa P, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health.* 2016; 89(7); 1059–1075.
- Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015; 29(5): 333–338.
- Dalmolin G, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem EL, Silveira RS. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2014; 22(1): 35–42.
- McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. *Nurs Ethics.* 2018; 25(5): 552–570.
- Keskin Kızıltepe S. Acil servis hemşirelerinde ahlaki sıkıntı ve başa çıkma yollarını etkileyen faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Samsun, 2019 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zeliha Koç).*
- Kovancı MS, Atlı Özbaş A. Psikiyatri hemşireleri için moral distres ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2020; 23: 486-494.
- Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun N ve ark. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2010; 47(2): 111-117.
- Çapri B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2006; 2(1): 62-77.
- George D, Mallery M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update.* Routledge, 2010, 10th Edition, Boston, p:6-20.
- Can A. *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi.* Pegem Akademi Yayıncılık, 2018, 1. Baskı, Ankara, s:20-100.
- Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology.* 2013; 19(4): 255–267.
- Coşkun S, Şarlak K, Taştan H. Psikiyatri hemşirelerinde öğrenilmiş güçlülük düzeyi ve iş yaşamı kalitesi: şartlı bir çalışma uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015; 4(1): 84-101.
- Foster C. Investigating professional quality life in nursing staff working in adolescent psychiatric intensive care units (PICUS). *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice.* 2019; 14(1): 59-71.

- Başıoğul C, Baysan AL, Mutlu SE, Büyükbayram AA. Professional values and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2021; 23(2): 362–371.
- Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişliği. *İnsan Bilimleri Dergisi.* 2010; 7(1): 401–419.
- Şahin Ö. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Hatay, 2020 (Danışman: Doç. Dr. Hatice Tambağ).
- Kim GH, Kim J, Limb J. Mediating effect of psychological empowerment in relationship between professional self-concept and burnout in psychiatric nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2012; 21(3): 229-237.
- López-López IM, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, Dela Fuente EI, Albendín-García L, et al. Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs.* 2019; 28(5): 1035-1044.
- Konstantinou AK, Bonotis K, Sokratous M, Siokas V, Dardiotis E. Burnout evaluation and potential predictors in a Greek cohort of mental health nurses. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018; 32(3): 449-456.
- Lee J, Gang M. Development and validation of the communication behavior scale for nurses caring for people with dementia. *J Korean Acad Nurs.* 2018; 10(19): 498-505.
- Keskin Kızıltepe S, Koç Z. Hemşirelikte ahlaki sıkıntı ve nedenleri. *Türkiye Biyoetik Dergisi.* 2019; 6(1): 5-12.
- Sezer HK, Ceran MA. Pediatri hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.* 2021; 29(2): 245-9.
- Aslan Ş, Özen MY. Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve merhamet yorgunluğunun sosyo-demografik açıdan farklılıkları. *Ekev Akademi Dergisi.* 2021; 25(85): 435-452.
- Şeremet GG, Ekinci N. Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve merhamet korkusu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.* 2021; 12(29): 330-344.
- Tanrıkulu G, Ceylan B. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2021; 30(1): 31-36.
- Yılmaz YÇ, Buldukoğlu K. Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2021; 8(2):144-150.
- Kayğusuz Ş, Karagün E. İstanbul Avrupa yakası fitness antrenörlerinin tükenmişlik, stresle başa çıkma ve yardım arama tutumları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi.* 2021; 17(35): 2102-2124.
- Macit M. Üniversite öğrencilerinde tükenmişlik ve yaşam tatmini: KSÜ öğrencileri üzerine bir çalışma. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi.* 2021; 8(2): 263-290.
- Kayaoğlu K, Aslanoğlu E. Psikiyatri hemşirelerinde görülen tükenmişlik sendromu ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2021; 13(3): 676-82.
- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh L, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2014; 7(2): 27-35.
- Karakachian A, Colbert A. Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review. *J Forensic Nurs.* 2019; 15(3): 133-42.
- Barr P. Burnout in neonatal intensive care unit nurses: relationships with moral distress, adult attachment insecurities, and proneness to guilt and shame. *J Perinat Med.* 2020; 1-7.
- Saleh ZN, Loghmani L, Rasouli M, Nasiri M, Borhani F. Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit. *Electronic Journal of General Medicine.* 2019; 16(2): 1-4.
- Baykara ZG, Şahinoğlu S. Hemşirelikte mesleki özerklik kavramının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013; 16(3): 176-181.
- Diñç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2009; 40(2): 113-119.

- Zabetian H, Zarei MJ, Honarmand JF, Siasi S, Radmehr M, et al. Investigation of moral distress in nurses of Jahrom hospitals in 2018. *Journal of Research in Medical and Dental Science*. 2019; 7(1): 195-200.
- Sukut O, Şahin Bayındır G, Ayhan Balık H, Albal E. Professional quality of life and psychological resilience among psychiatric nurses. *Perspect Psychiatr Care*. 2021; 1-10.
- Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, et al. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *J Trauma Nurs*. 2017; 24(3): 158-163.
- Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*. 2015; 3(1): 21-34.
- İşıklı Eİ. Hastane çalışanlarında tükenmişlik: Düzce ve Sakarya ili örneği. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi*. 2018; 53(1): 259-272.
- Alotni AM, Elgazzar ES. Investigation of burnout, its associated factors and its effect on the quality of life of critical care nurses working in Buraydah Central Hospital at Qassim Region, Saudi Arabia. *Open Nurs J*. 2020; 14: 191-202.
- Azevedo DS, Ferraz MMM, Ferreira RSA, Lira JAC, Azevedo DS, et al. Risk of burnout syndrome in mental health nurses. *Journal of Nursing UFPE Online*. 2019; 1-9.
- Bijaem KM, Ghiasi Z. Investigating the relationship between gender and employment status and job burnout in the nursing staff of the armed forces of Zahedan. *Zahedan J Res Med Sci*. 2020; 22(1): 1-6.
- Kim S, Kweon Y. Psychological capital mediates the association between job stress and burnout of among Korean psychiatric nurses. *Healthcare*. 2020; 8(3): 199.
- Bashirian S, Bijani M, Borzou SR, Khazaei S, Mohammadi F. Resilience, occupational burnout, and parenting stress in nurses caring for COVID-2019 patients. *Research Square*. 2020; 1-13.
- Camci GB. Hemşirelerin iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri ile meslek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2021 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Esin Kavuran).
- Sinat Ö, Kutlu Y. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 17(3): 174-183.
- Schimp JB. Health behaviors, hardiness, and burnout in mental health workers. Walden University Doctor of Philosophy, Psychology, Minnesota, 2015 (Advisor: Dr. Susan Marcus).
- Hu HX, Liu LT, Zhao FJ, Yao YY, Gao YX, et al. Factors related to job burnout among community nurses in Changchun, China. *J Nurs Res*. 2015; 23(3): 172-180.
- Barlas P. Hemşirelerde kaygı ve tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörler. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan).
- Behilak S, Abdelraof AS. The relationship between burnout and job satisfaction among psychiatric nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2020; 10(3): 8-18.
- Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, Lifeng C, Congcong S. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. *Nurs Ethics*. 2018; 25(4): 470-480.
- Whitehead PB, Carter KF, Garber JS, Epstein B. The nurse manager's experience of moral distress. *J Nurs Adm*. 2021; 51(6): 334-339.
- Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino M, Martins JT. Burnout syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018; 26: 1-10.
- Şeko Ö. Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki sıkıntı durumunun iş doyumu ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Tez Danışmanı Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım).
- Grady C, Danis M, Soeken LK, O'Donnell P, Taylor C, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers. *Am J Bioeth*. 2008; 8(4): 4-11.

Ulrich CM, Grady C. Moral Distress and moral strength among clinicians in health care systems: a call for research. *NAM Perspect.* 2019; 1-9.

Konishi R, Usami S, Ohi M, Fukugawa M. Current ethical issues and future challenges in psychiatric nursing: based on the pilot test outcome. *Bulletin of Kumamoto University School of Health Sciences.* 2014; 37-45.



8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı- Soyadı	Ebru Kaya
Doğum Tarihi ve Yeri	
Medeni Durum	
E-posta	
Tel	
Yazışma Adres	

Yabancı Dil	İngilizce
--------------------	-----------

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi / Hemşirelik Programı	2018
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı	2021

İş Deneyimi

Görevi	Kurum/ Görev	Süre (Yıl- Yıl)
Öğretim Görevlisi	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi	2 ay (2018-2019)

9. EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu

“**Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki**” adlı yüksek lisans tezi olarak planlanmış olan bu araştırma, psikiyatri hemşirelerin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Araştırmaya katılırsanız sizden Demografik Bilgi Formu, Psikiyatri Hemşireleri İçin Moral Distres Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği ve Tükenmişlik Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulacak ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma boyunca hiçbir maddi yükümlülük bulunmamaktadır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama **Ebru KAYA** tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru KAYA

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

Ek 2: Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız: _____

2) Cinsiyetiniz:

1.() Kadın

2.() Erkek

3) Eğitim durumunuz:

1.() Sağlık Meslek Lisesi

2.() Ön Lisans

3.() Lisans

4.() Lisansüstü

4) Medeni durumunuz:

1.() Evli (cevabınız evet ise çocuk sayınız _____)

2.() Bekar

5) Meslekteki çalışma yılınız: _____

6) Hemşire olmaktan memnun musunuz?

1.() Evet

2.() Hayır

7) Psikiyatride çalışma yılınız: _____

8) Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun musunuz?

1.() Evet

2.() Hayır

9) Birimde çalışma pozisyonunuz:

1.() Yönetici Hemşire

2.() Sorumlu Hemşire

3.() Klinik Hemşiresi

10) Çalışma şekliniz:

1.() Gündüz

2.() Gündüz+Gece

3.() Sürekli Gece

11) Mesleki eğitiminiz sırasında etik ile ilgili eğitim aldınız mı?

1.() Evet

2.() Hayır

12) Etik bir durumla karşılaşma sıklığınız:

1.() Nadiren (yılda birkaç kez)

2.() Bazen (ayda birkaç kez)

3.() Sıklıkla (haftada birkaç kez)

4.() Her zaman (günde birkaç kez)

13) Mesleki yaşamda etik bir durum yaşamanıza neden olan sizce neden/nedenler nelerdir?

1.() Yöneticilerle yaşadığım sorunlar

2.() Hekim, psikolog gibi ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar

3.() Hemşire meslektaşlarımla yaşadığım sorunlar

4.() Hastalarla yaşadığım sorunlar

5.() Hasta yakınlarıyla yaşadığım sorunlar

6.() Diğer (belirtiniz _____)

14) Son 6 ayda travmatik olay yaşadınız mı?

1.() Evet

2.() Hayır

15) Şuan da tanı konmuş bir hastalığınız var mı?

1.() Evet 2.() Hayır

Ek 3: Psikiyatri Hemşireleri için Moral Distres Ölçeği (PHMDÖ)

Bir bireyin, karşı karşıya kaldığı etik durumlarda, doğru olduğuna inandığı davranışı, kurumsal ve bireysel kısıtlamalar nedeniyle yerine getiremediği, bu eylem sürecini takip etmesinin neredeyse imkânsız olduğu durumlarda yaşadığı sıkıntı moral distres olarak tanımlanmaktadır. Aşağıda, yer alan ölçek psikiyatri hemşirelerinin moral distres yaşama sıklıklarını ve yoğunluklarını ölçmek için geliştirilmiştir. Her bir soruya yönelik sizden iki aşamalı bir cevap vermeniz beklenmektedir. **İlk aşamada** bu durumla karşı karşıya kalma durumunuzu belirtiniz. Bu durumu deneyimlediyseniz “Evet”, bu durumu daha önce hiç deneyimlemediyseniz “Hayır” seçeneğiniz işaretleyiniz. **İkinci aşama** ise deneyimlediğiniz bu durumun sizde yaşatmış olduğu distresin yoğunluğunu ölçmektedir. Yaşamış olduğunuz distresin derecesini 0’dan 6’ya kadar olan bir aralıkta belirtiniz. 0: hiç sıkıntı yaşamadığınız, 6: çok şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadığınız şeklinde yorumlanmaktadır.

	Hayır Deneyimlemedim	Evet Deneyimledim						
		Hiç sıkıntı yaşamadım.			Çok şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadım.			
1. Hastaneye dava açılmasından korktuğunuz için, aynı görüşte olmasanız da hastanın bakımı konusunda ailenin isteklerine göre davranmak		0	1	2	3	4	5	6
2. Ailenin isteklerini hastadan daha fazla önemseyen doktorun talimatlarına uymak.		0	1	2	3	4	5	6
3. Doktorun gereksiz test ve tedavi istemlerini uygulamak		0	1	2	3	4	5	6
4. Aydınlatılmış onam olmaksızın bir test veya tedaviyi uygulayan bir doktora yardım etmek		0	1	2	3	4	5	6
5. Hastanın bakım vericileri tarafından istismar edildiği şüphesinin olduğu durumları görmezden gelmek		0	1	2	3	4	5	6
6. Bir meslektaşınızın yaptığı ilaç hatasını rapor etmediğini öğrendiğinizde, bunu görmezden gelmek		0	1	2	3	4	5	6
7. Hasta bakımı konusunda yeterli düzeyde olmadığı için hasta güvenliğinde risk oluşturacağını düşündüğünüz hemşire ile çalışma		0	1	2	3	4	5	6
8. Hasta artık ödeme yapamadığından dolayı tedaviye son vermeye yönelik talimatlara veya kurumsal politikalara uymak.		0	1	2	3	4	5	6
9. Sağlık personeli bir hastayla alay ettiğinde müdahale etmemek, sadece gözlemek		0	1	2	3	4	5	6
10. Hasta soru sorduğunda, doktorun ona gerçeği söylememe talimatına uymak		0	1	2	3	4	5	6
11. Bir hastanın, durumunun stabil olmasına ve hastanede yatırılmadan günlük yaşamını sürdürebilecek olmasına rağmen hastanede yatılmaya devam ettiği durumlarda müdahale etmeden gözlemek.		0	1	2	3	4	5	6
12. Eksik personel nedeniyle hastalara (örneğin, amaçsız gezinen hastaları kısıtlamak ya da idrarını tutamayan hastalar) yetersiz bakım vermek		0	1	2	3	4	5	6
13. Hasta ilacı almak istemediğinde ilaçları hastanın yiyecek ya da içeceklerine gizlice karıştırmak.		0	1	2	3	4	5	6
14. Sorun çıkarmayan hastalarla konuşmak için vakit ayırmamak		0	1	2	3	4	5	6
15. Hemşirelere bir makinaymış gibi davranarak istifa etmelerine neden olan bir birimde çalışmak		0	1	2	3	4	5	6

Ek 4: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği (MYAÖ)

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **Geçtiğimiz son bir aydaki** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede 0 ile 5 arasındaki belirtilen rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız (Uygun kolonun altına X işareti koyarak).

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

2.Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	0	1	2	3	4	5
5.Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyor ya da ürküyorum.	0	1	2	3	4	5
7.Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9.Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5
11.Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	0	1	2	3	4	5
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4	5
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	0	1	2	3	4	5
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	0	1	2	3	4	5

Ek 5: Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. İş ortamınız ve mesleğiniz ile ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın. ÖRNEK: 5 1- YORGUN

1	2	3	4	5	6	7
HİÇBİR ZAMAN	SADECE BİR DEFA	NADİREN	BAZEN	SIKSİK	ÇOĞUNLUKLA	HER ZAMAN

- _____ 1-YORGUN.
- _____ 2-ÇÖKMÜŞ.
- _____ 3-NEŞELİ, KEYİFLİ.
- _____ 4-FİZİKSEL OLARAK YORGUN(TÜKENMİŞ).
- _____ 5-DUYGUSAL OLARAK YORGUN (TÜKENMİŞ).
- _____ 6-MUTLU.
- _____ 7-BİTKİN.
- _____ 8-TÜKENMİŞ.
- _____ 9-MUTSUZ.
- _____ 10-SAĞLIKSIZ.
- _____ 11-KAPANA KISILMIŞ.
- _____ 12-DEĞERSİZ.
- _____ 13-BIKKIN.
- _____ 14-KAFASI KARIŞMIŞ, SIKINTILI.
- _____ 15-İNSANLARLA İLGİLİ HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRAMIŞ VE GÜCENMİŞ.
- _____ 16-ZAYIF.
- _____ 17-UMUTSUZ.
- _____ 18-REDDEDİLMİŞ.
- _____ 19-İYİMSER.
- _____ 20- ENERJİK.
- _____ 21-KAYGILI.

Ek 6: Etik Kurul Kararı



**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI**

Toplantı Sayısı: 7	Toplantı Tarihi: 03.02.2021
Karar Sayısı: 1	

Karar Sayısı 1: Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU'nun, yüksek lisans öğrencisi Ebru KAYA ile birlikte hazırlayacağı "Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışması ile ilgili Kurulumuza yaptığı etik kurul başvurusu görüşüldü. Çalışmanın Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, çalışmaya etik kurul onayı verilmesine oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU
Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru KAYA

ASLI GİBİDİR

10.02.2021

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 7: Kurum İzin Yazısı



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ

03/03/2021 14:51 - E-86737044 - 806 01 03 - 968



00136062302

Sayı : E-86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırmalar Hk.

Sayı n Ebru KAYA

İlgi : 16.12./2021 tarihli dilekçeniz


Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazımız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Kadir DURGUT
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek:
Yazı

Ek 8: Kurum İzin Yazısı

 T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başmüdürlüğü

Sayı : E-14567952-900-20337
Konu : Tez Çalışması Hk.

24.02.2021

Ebru KAYA

İlgi : 23.02.2021 tarihli dilekçeniz..

İlgi sayılı dilekçenize istinaden, "Psikiyatri hemşirelerinin moral distres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki" başlıklı tezinizi Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalına bağlı Psikiyatri Kliniğinde yapmanız uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

e-imzadır
Prof. Dr. Tevfik KÜÇÜKKARTALLAR
Başhekim

Ek 9: Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.03.2021-E.37640



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :E-30292447-045.99-37640
Konu : ANKET ÇALIŞMASI HK

Sayın EBRU KAYA

İlgi : 18.02.2021 tarihli, Bila sayılı yazı

İlgi yazınız içeriğinde bahsi geçen "Psikiyatri Hemşirelerinin Moral Distres, Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmanızı Hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde yapmak için gerekli kurum izni talebiniz Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür.

Prof. Dr. İnci KARA
Kalite Koordinatörü

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
Fatih TUNA
..03./03./2021..

Ek 10: Ölçek İzinleri

Sayın Mustafa Sabri hocam,
Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Dr.Öğr.Üyesi Nesibe Günay Molu danışmanlığındaki tez çalışmamda Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Psikiyatri Hemşireleri İçin Moral Distres Ölçeğini" izninizle kullanmak istiyorum.

Merhaba Ebru hocam,

Tabii ki "Psikiyatri Hemşireleri İçin Moral Distres Ölçeğini" kullanabilirsiniz. Tezinizde başanlar dilerim.

Ölçek ve puanlanmaya ait bilgiler ektedir.

Sayın Aslı hocam,
Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğr.Üyesi Nesibe Günay Molu danışmanlığındaki tez çalışmamda Türkçe geçerlik ve güvenirliği tarafınızdan yapılmış olan "Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeğini" izninizle kullanmak istiyorum.

Merhaba

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Maile makalesini ve ölçek maddelerini ekledim

Kolaylıklar dilerim.

Dr. / PhD. Aslı YEŞİL
Dr. Öğretim Üyesi Bursa Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Sayın Burhan hocam,

Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Dr.Öğr.Üyesi Nesibe Günay Molu danışmanlığındaki tez çalışmamda Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Maslach Tükenmişlik Ölçeğini" izninizle kullanmak istiyorum.

Alıcı: ben ▾

Ebru Hanım,
İlgili ölçme aracının kısa ve uzun formlarını ekte gönderiyorum.
İyi çalışmalar...