



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEKİM
VE HEMŞİRELERDE MERHAMET
YORGUNLUĞU VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Özlem TÜYSÜZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13/01/2023

Özlem TÜYSÜZ

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, hayatımın her alanında varlığıyla bana güç veren, yüksek lisans eğitim hayatımın her aşamasında sabır ve anlayışına hayran olduğum ve annesi olmaktan gurur duyduğum canım oğlum Ziya Efe' ye ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın bütün süreçlerinde tecrübesinden ve bilgisinden yararlandığım, mesleki değerleri ile bana öncülük eden, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve tüm bu süreçte göstermiş olduğu hoşgörü ve sabır nedeni ile danışman hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Lisansüstü eğitimim süresince bana bilimsel bilgi ve destekleriyle katkı sağlayan değerli hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Verilerin istatistiksel değerlendirmesine katkı sağlayan Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne

Veri toplama sürecinde benimle işbirliği yaparak desteklerini esirgemeyen Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi COVID-19 klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelere,

Yüksek lisans tez çalışmam süresince beni teşvik eden ve destekleyen sevgili Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi ekip arkadaşlarıma,

Varlığı ile bana güç veren ve her zaman her koşulda desteğini esirgemeyen, başarılarımın arkasındaki gizli kahramanlarım sevgili eşim Hamdi TÜYSÜZ'e ve canım oğlum Ziya Efe TÜYSÜZ'e,

Hayatım boyunca üzerimde emeklerini hiç eksik etmeyen ve her zaman destekleyen canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman desteklerini hissettiğim sevgili kayınvalidem ve kayınpederime,

Başarılarımla gurur duyup daha iyisinin olması için dualarında her zaman yer aldığı canım anneanneme teşekkürlerimi sunarım.

Özlem TÜYSÜZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. COVID-19 Etiyolojisi

4

2.2. COVID-19 Patofizyolojisi

4

2.3. COVID-19’da Bulaşma

8

2.4. COVID-19’da Semptomlar

8

2.5. COVID-19’da Tanı

9

2.6. COVID-19’da Tedavi

9

2.7. COVID-19’dan Korunma

10

2.8. COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanları

10

2.9. Merhamet Yorgunluğu

12

2.9.1. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Kavramlar

13

2.9.2. Merhamet Yorgunluğunun Oluşumu

14

2.9.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

15

2.10. COVID-19 Pandemisinde Hekimler ve Merhamet Yorgunluğu

15

2.11. COVID-19 Pandemisinde Hemşireler ve Merhamet Yorgunluğu

18

2.12. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etmede Hekim ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

23

3. GEREÇ ve YÖNTEM

27

3.1. Araştırmanın Tipi

27

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	27
3.5. Araştırmanın Kabul Edilmeme Ölçütleri	27
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu	28
3.6.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	28
3.7. Veri Toplama Yöntemi	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	72
7. KAYNAKLAR	75
EKLER	90
Ek 1. Yapılandırılmış Bilgi Formu	91
Ek 2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	92
Ek 3. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	94
Ek 4. COVID-19 Bilimsel Araştırma Onayı	96
Ek 5. Kurum İzni	97
Ek 6. Etik Kurul Onayı	98
Ek 7. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni	101
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikler	31
Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait özellikler	33
Tablo 3. Hekim ve hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve puanların dağılımı	35
Tablo 4. Hekim ve hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu, Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	36
Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı	37
Tablo 6. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı	40
Tablo 7. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine Göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı	43
Tablo 8. Hekim ve hemşirelerde çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı	48
Tablo 9. Hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	55
Tablo 10. Hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	56
Tablo 11. Meslek/unvanın Merhamet Yorgunluğu, Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin düzeyine etkisini gösteren Lojistik Regresyon Modeli	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. SARS-CoV-2 şematik görünümü	5
Şekil 2. COVID-19 patofizyolojisi	7
Şekil 3. COVID-19'un potansiyel tedavilerinin özeti	10
Şekil 4. Merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu modeli	15



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACE-2	Anjiyotensin dönüştürücü enzimi-2
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
BT	Bilgisayarlı tomografi
CoV	Koronavirüs
COVID-19	Koronavirus Hastalığı-2019
CXCL-10	CXC motifli kemokin ligandı 10
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven aralığı
IFN	İnterferon
IL	İnterlökin
KKE	Kişisel koruyucu ekipman
Max	Maximum
MCP-1	Monosit kemoatraktan protein-1
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
MIP-1a	Makrofaj enflamatuvar protein-1a
Min	Minimum
Odd(s)	Olasılık
RTEEAH	Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi
RT-PCR	Real Time- Polymerase Chain Reaction
SARS	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu
SARS-CoV-2	Yeni koronavirüs
SH	Standart hata
TNF-a	Tümör nekroz faktörü-a
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
vb.	ve benzeri
Wald	Lojistik regresyon analizi
YBÜ	Yoğun bakım ünitesi

Simgeler

n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi

SS	Standart sapma
X	Aritmetik ortalama
%	Yüzde
>	Büyük
<	Küçük
t	Bağımsız gruplarda t testi
r	Korelasyon analizi
F	Varyans analizi



ÖZET

COVID-19 Birimlerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Araştırma, COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın örneklemini Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi COVID-19 hasta yatışlarının yapıldığı COVID-19 1-2-3-4-5-6-7 klinikleri, Anestezi, Göğüs ve Nöroloji Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan 203 (90 hekim ve 113 hemşire) kişi oluşturdu. Veriler, araştırmacı tarafından Nisan- Eylül 2021 tarihleri arasında “Yapılandırılmış Bilgi Formu” ve “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Skewness ve Kurtosis testi, t testi, LSD, Dunnett C, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, Spearman Korelasyon Analizi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Araştırmada, hekimlerin %50'sinde, hemşirelerin %48.7'sinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu saptandı. Mesleki tükenmişlik puan ortalaması anlamlı olarak hekimlerde hemşirelerden daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Hekimlerin %60'ının, hemşirelerin %44.2'sinin mesleki tükenmişliğe sahip olduğu belirlendi. Mesleki tatmin puan ortalaması ise hekimlerde 31.11 ± 8.18 , hemşirelerde 29.48 ± 8.27 olarak bulundu. Hekimlerin %62.2'sinin, hemşirelerin %72.6'sı düşük düzeyde mesleki tatmine sahip oldukları belirlendi. Hekimlerin merhamet yorgunluğunu, “mesleğini kendi isteğiyle tercih etme, birimde çalışma süresi, pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi ve kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme”nin; hemşirelerin ise “kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme”nin anlamlı olarak etkilediği bulundu ($p<0.05$). Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönlü; mesleki tatmin ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Bununla birlikte hekim ve hemşirelerin meslek/unvanının merhamet yorgunluğu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı ($p>0.05$), mesleki tatmin ve mesleki tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Anahtar sözcükler: COVID-19, Hekim, Hemşireler, Merhamet Yorgunluğu, Pandemi

ABSTRACT

Determination of Compassion Fatigue and Affecting Factors in Physicians and Nurses Working in COVID-19 Units

This study was carried out as descriptive in order to determine compassion fatigue and affecting factors in physicians and nurses working in COVID-19 units. The sample of the study consisted of 203 people (90 physicians and 113 nurses) who working in the COVID-19 1-2-3-4-5-6-7, Anesthesia, Chest and Neurology Intensive Care Units clinics where COVID 19 patients are hospitalized of Rize Recep Tayyip Erdoğan Education and Research Hospital. The data were collected with face to face interviews technique by using the “Structured Information Form” and the “Professional Quality of Life Scale” from April to September 2021. In the evaluation of data were used number, percentage, mean, standard deviation, Skewness and Kurtosis test, t test, LSD, Dunnet C, Kruskall Wallis, Mann-Whitney U, Spearman Correlation Analysis and logistic regression analysis.

In the study, high levels of compassion fatigue were found in 50% of the physicians and 48.7% of the nurses. The mean burnout score was found to be significantly higher in physicians than in nurses ($p<0.05$). It was determined that 60% of the physicians and 44.2% of the nurses had burnout. The mean compassion satisfaction score was found to be 31.11 ± 8.18 in physicians and 29.48 ± 8.27 in nurses. It was determined that 62.2% of the physicians and 72.6% of the nurses had low level of compassion satisfaction. It was found that “choosing the profession voluntarily, working time in the unit, the thought of leaving work due to the pandemic, and taking a break from working in the clinic as a method of self-relaxation” significantly affect Physicians' compassion fatigue on the other hand “listening to music as a way of relaxing themselves” affect nurses' compassion fatigue($p<0.05$). It was determined that there was a positive correlation between the compassion fatigue and burnout levels; a negative correlation between compassion satisfaction and burnout levels of physicians and nurses ($p<0.05$). However, it was determined that the profession/degree of physicians and nurses was not a significant predictor of compassion fatigue ($p>0.05$), but was a significant predictor of compassion satisfaction and burnout levels ($p<0.05$).

Keywords: Compassion Fatigue, COVID-19, Nurses, Pandemic, Physician

1. GİRİŞ ve AMAÇ

COVID-19 pandemisi, bulaşıcı bir hastalık olan SARS-CoV-2'nin (yeni koronavirüs) etken olduğu küresel koronavirüs salgınıdır. İlk COVID-19 vakaları 2019 yılının Aralık ayında Çin'de tespit edilmiş ve virüs hızla dünyadaki diğer ülkelere yayılmıştır. Bu durum Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün salgını 11 Mart 2020 tarihinde “pandemi” olarak nitelendirmesine yol açmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün 23 Eylül 2022 tarihi verilerine göre COVID-19 pandemisi nedeniyle dünya genelinde 611 421 786 vaka ve 6 512 438 ölüm görülmüştür (2). Türkiye’de ise ilk vakayı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 11 Mart 2020 tarihinde duyurmuştur. Bu tarihten itibaren vaka sayılarında artış meydana gelmiş ve 23 Eylül 2022’de Türkiye’de toplam vaka sayısı ve ölüm sayısı sırasıyla 16 873 793 ve 101 139 olmuştur (3).

Pek çok ülkede COVID-19’un prevalansı, yüksek morbidite ve mortalite oranları küresel çapta sağlık çalışanları üzerinde benzeri görülmemiş bir yük oluşturmuştur (4). İleri derecede bulaştırıcılığı olan ve birden fazla sistemi etkileyen COVID-19 hastalığı, solunum sistemi başta olmak üzere çoğunlukla renal, kardiyovasküler, gastrointestinal ve santral sinir sistemini etkilemektedir. İleri yaşla birlikte hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi komorbiditesi olan hastalarda hastalık şiddeti artmakta ve kardiyojenik şok, akut solunum sıkıntısı sendromu, aritmi, septik şok ve multi organ yetmezliği gelişebilmektedir (5). Sonuçta COVID-19’a yakalanan hastaların tedavi ve bakım gereksinimleri ile hastane yatış oranları büyük oranda artmaktadır (6).

Hekim ve hemşireler, pandemiden etkilenen en önemli sağlık çalışanlarıdır (7). Hekim ve hemşirelik mesleği, COVID-19’un içinde bulunduğu hastalıkların tedavi ve bakım sürecinde korunma ve acının hafifletilmesinde ilk sıradaki meslekler olarak kabul edilir (8, 9). Hekim ve hemşireler, pandemi sürecinin ön saflarında yer alan ve 24 saat kesintisiz hizmet veren sağlık çalışanlarıdır. Dünyanın dört bir yanında hemşireler, COVID-19'un yaşamları ve aileleri üzerindeki etkisiyle, uzun süreli çalışma saatleri ve çalışma ortamı güvenliği ile ilgili sorunlarla mücadele etmektedir. Örneğin İtalya'da ön cephede çalışan birçok COVID-19 hemşiresinin yüzlerinde sıkılaştırılmış maske kullanmaya bağlı çürükler oluşmuştur. Ayrıca bu hemşirelerden bazıları 10 saatlik aralıksız vardiya sisteminde uykusuzluk nedeniyle bayılmış, altı saatten fazla tuvalete gidememiş, kişisel koruyucu ekipmanı yeterince yerleştirememekten veya farkında olmadan herhangi bir kirli yüzeye dokunmaktan korkmuş ve çok fazla stres altında kalmışlardır (4, 8, 10). Liu ve arkadaşları,

COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığını ve COVID-19 pandemisinin neden olduğu bu dolaylı travmatizasyonun görmezden gelinmemesine vurgu yapmışlardır (11, 12). Ayrıca, pandemi sürecinde hekim ve hemşireler, işlerinin yoğunluğunun artmasının yanı sıra “yeni protokollere” ve “yeni olan bir normale” adapte olmak için yoğun çaba göstermektedir. Hekim ve hemşireler, COVID-19 hastalarının sağlık durumlarında sıradışı ve hızlı bir bozulmaya şahit olurken sıklıkla terminal dönem hasta bakımı sağlamakta, farklı birimlerde ve uzun saatler aralıksız çalışmakta, kişisel koruyucu ekipman eksikliği ile mücadele etmekte, yoğun bakım yatağı ve ventilatör tahsisinin hangi hastaya sağlanacağı gibi yüksek düzeyde strese neden olan durumlarla baş etmek zorunda kalmaktadır (4, 7). Yine hekim ve hemşireler; yaşanmakta olan pandemi süreci, uzun ve molasız çalışma saatleri, koruyucu ekipmanlarla çalışma, aile/sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, COVID-19 bulaş riski, tedavi/bakım verilen hastaların ve sağlık ekibi arkadaşlarının ölümüne şahitlik etme gibi durumlarla fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar arasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), korku, tükenmişlik, apati, uyku sorunları ile ilgili anksiyete, umutsuzluk ve depresyon yer almaktadır (4, 10, 12). Huang ve arkadaşlarının çalışmasında, Çin’de COVID-19 birimlerinde çalışan hemşirelerin hekimlerden daha fazla psikolojik belirti gösterdiği, 230 hekim ve hemşirenin %27.4’ünde TSSB ve %23’ünde klinik anksiyete belirtilerinin görüldüğü belirtilmiştir (13).

Acil ve yoğun bakım üniteleri gibi ortamlarda çalışan hekim ve hemşireler, hastalarının uzun süre acı çekmesine tanıklık etmeleri nedeni ile duygusal bir travma yaşamaktadır. Bu travma özellikle, tedavi/bakım verdikleri hastaların çektikleri acıyı hafifletme konusundaki yetersizlikleri ile ilgilidir. Pandemi öncesi yapılan çalışmalarda, hekim ve hemşirelerin yüksek düzeyde strese neden olan afet ve pandemi durumlarında ruh sağlıklarını bozulduğu gösterilmiştir (4, 14). Gerçekten de COVID-19 sürecinde hekim ve hemşireler defalarca acı çekmiş, çok yorulmuş ve çok yoğun travmatik stres yaşamışlardır (8, 12). Örneğin, 7000’den fazla sağlık çalışanının verilerini içeren yakın tarihli bir çalışmada, TSSB semptomlarının, anksiyete ve depresyon prevalansının sırasıyla %9.6 ile %51 ve %20 ile %75 arasında değiştiği bulunmuştur (15). Barelllo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, İtalyan sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde stres ve somatik belirtiler rapor edilmiştir (16). Ayrıca, Kotera ve arkadaşları Japonya’da, genel nüfusa kıyasla hekimlerin daha fazla zihinsel sağlık bozukluğuna sahip olduğunu, daha fazla yalnız hissettiklerini, daha az umut ve öz şefkate sahip olduklarını bulmuşlardır (17). Tüm bunların sonucunda

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini ktleştirmesi ve tükenmişlik gibi önceden var olan sorunları ağırlaştırması şaşırtıcı değildir. Bununla birlikte, akademisyen ve klinisyenler sağlık hizmetlerinde ve palyatif bakım alanında çalışanlarda duygusal sorunları açıklamak için tükenmişliğin tek başına yeterli olmadığına dikkat çekmişlerdir (15). Yakın tarihli birçok çalışmada, sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğundan muzdarip olduğunu göstermektedir (18-20).

Merhamet yorgunluğu, travma ve stres yaratan durumlarla yakın ilişki içinde olup sağlık alışanlarında sıklıkla görülmektedir (21, 22). Merhamet yorgunluğu kavramını ilk kez Joinson, acil servis hemşirelerinin travma mağduru kişilerle çalışırken dolaylı şekilde bu travmanın duygusal etkisine maruz kaldıkları şeklinde bahsetmiştir (23). Pandemi döneminin getirdiği ağır çalışma koşulları ve yoğun çalışma saatleri fiziksel yorgunluğu arttırdığı gibi, COVID-19 tanısı alan ve şiddetli solunum sıkıntısı yaşayan hastaların sıklıkla kaybedilmesi sağlık alışanlarında endişe ve korkuya neden olmuştur. Tüm bu süreç sağlık çalışanlarının ruhsal ve fiziksel sorunları ile birleşip merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasına yol açmıştır (24). Literatürde özellikle hemşirelerde merhamet yorgunluğuyla ilgili fazla sayıda yayın olmasına rağmen (18-20, 25), hekimlerde sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir (7, 15). Pandeminin getirdiği yoğun çalışma saatleri ve iş yükü artışıyla birlikte özellikle kritik alanlarda çalışan sağlık alışanlarında merhamet yorgunluğunun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (26). Fernandez ve arkadaşlarının İşpanya’da pandeminin en yoğun olduğu zamanda COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlik görüldüğünü belirtmişlerdir (7). Yine lkemizde zgnay ve arkadaşlarının COVID-19 pandemisinde yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında, asistan hekimler, uzman hekim ve hemşirelere göre merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlikten daha fazla etkilenen grup olmuşlardır (27).

COVID-19 pandemi birimlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada yanıtları aranan araştırma soruları aşağıda yer almaktadır.

Araştırma sorusu 1: COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyleri nasıldır?

Araştırma sorusu 2: COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Etiyolojisi

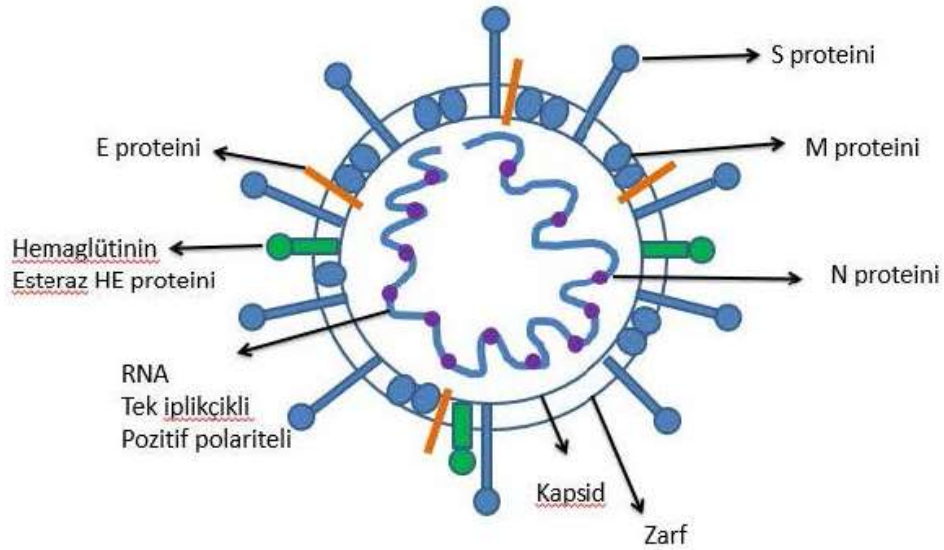
Koronavirüsler (CoV'ler), zarfları üzerinde yer alan spike glikoproteinleri nedeniyle elektron mikroskopunda “taç”a benzer görünümü olan, pozitif polariteli, tek sarmallı RNA virüsleridir. Coronaviridae ailesinin alt ailesi olan Orthocoronavirinae, Alfakoronavirüs, Betakoronavirüs, Deltakoronavirüs, Gamakoronavirüs olmak üzere dört CoV cinsine ayrılır. Genomik olarak incelendiğinde, alphaCoV'lerin ve betaCoV'lerin kemirgen ve yarasaları enfekte ettiği, deltaCoV'lerin ve gammaCoV'lerin ise kuş türlerini enfekte ettiği görülmüştür (28). Koronavirüsler, solunum yolu hastalığı salgınlarında en önemli patojenler olarak yerini almıştır. Bu büyük virüs ailesinde yarasa, kedi, sığır, deve yerini alırken farklı hayvan türlerinde solunum, gastrointestinal ve nörolojik hastalıklara yol açmaktadır. Sebepleri hala açıklanamayan bu virüsler insanlarda soğuk algınlığı ve daha ciddi Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS) ve Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) gibi hastalıklara yol açabilmektedir. Günümüzde insanları enfekte edebilen yedi insan CoV'ü tanımlanmıştır. Bazı insan CoV'lerinin 1960'larda tanımı yapılırken, bazıları 2000'li yıllarda tespit edilmiştir (28, 29).

SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2 ile ilişkilendirilen aynı alt türe ait yeni bir beta CoV'dür. SARS-CoV-2'nin kökeni kesin olmamakla birlikte hayvandan insana bulaşın neden olduğu yaygın olarak kabul görmektedir. Yapılan genomik incelemeler, yüksek olasılıkla yarasalarda bulunan bir türden SARS-CoV-2'nin kökeni olarak değiştiğini göstermektedir (29). İnsan SARS-CoV-2 gen dizisi ve tanımlanan hayvan koronavirüsleri arasındaki karşılaştırmada, yarasaların gerçekten de yüksek benzeşim (%96) gösterdiği ortaya çıkmıştır. İnsanlarda görülen bu yeni virüse SARS CoV'e yakın benzerliği nedeni ile SARS-CoV-2 ve hastalığa da Coronavirus Diseases-2019 (COVID-19) adı verilmiştir (28-30).

2.2. COVID-19 Patofizyolojisi

Solunum damlacıkları ve aerosoller aracılığıyla SARS-CoV-2 insandan insana bulaşmaktadır. Vücuda giren virüs, konak reseptörlere bağlanmakta, konak hücrelere membran füzyon veya endositoz yoluyla girmektedir. Koronavirüsler spike, zar, zarf, nükleokapsid, hemagglutinin-esteraz proteini olmak üzere beş yapısal protein içerir. Spike proteini viral yüzeyden dışarı çıkmakta ve penetrasyon için en önemli protein olmaktadır. Bu protein, konakçı hücre reseptörüne bağlanmadan sorumlu olduğu (S1) ve

viral- konakçı hücresel membranların füzyonunda rol oynadığı (S2) iki fonksiyonel alt birimden oluşmaktadır. Ayrıca, S1 alt birimi, reseptör bağlama alanını içeren C-terminal alanı ve N-terminal alanı olmak üzere iki alan içerirken, S2 alt birimi membran füzyonu için gerekli temel unsurları içermektedir. Spike proteini, konak hücrenin ACE-2 (anjiyotensin dönüştürücü enzimi-2) reseptörüne bağlanabilmekte ve konak hücre seçiciliğini belirleyen önemli bir protein olarak görev yapmaktadır (31, 32). Zar ve nükleokapsid proteinleri, virüs konak hücre içinde replike olduktan sonra tekrar virüsün oluşturulmasında rol alan önemli zarf proteinleridir ve zar proteininin interferon sistemini aktive ettiği düşünülmektedir. Zarf proteini, konak hücre içinde replike olan ve sentezlenen viral parçaların birleşmesinden oluşan patojeniteden sorumlu olduğu düşünülen bir yapıdır. Hemagglutinin-esteraz proteini, zarf üzerinde bulunur ve sialik asit içeren reseptörlere virüsün bağlanmasını sağlar (31-34).



Şekil 1. SARS-CoV-2 şematik görünümü (Evren ve Us' dan, 35)

Angiotensin dönüştürücü enzim-2, SARS-CoV-2'nin konak hücreye girme reseptörü olarak tanımlanmıştır ve pulmoner epitel hücrelerinde yüksek oranda eksprese edilmektedir. Ayrıca, özofagusta, ileumda, kolonda, böbrekte (proksimal kıvrımlı tübüller), miyokarda, mesanede (ürotelyal hücreler) ve yakın zamanda oral mukozada tanımlanmıştır. ACE-2 reseptörleri, virüsün konak hücrelere girişini ve ardından viral replikasyonu sağlamaktadır (32, 33). Önceki insan CoV enfeksiyonlarına dayanarak, SARSCoV-2'nin şiddeti ve patogenezinin üç aşamaya ayrılması önerilmiştir (36).

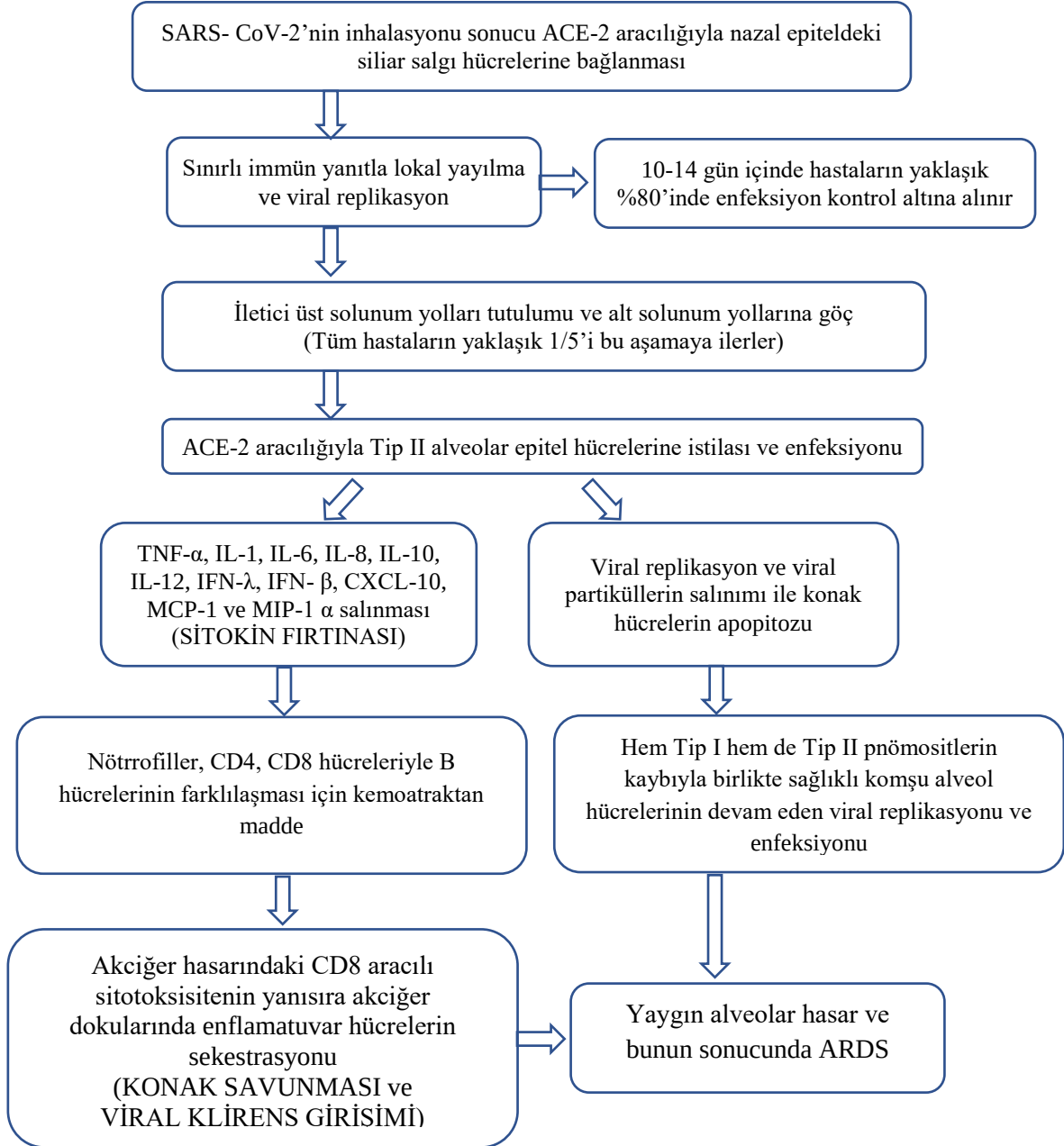
1. Asemptomatik Faz: Solunum aerosolleri aracılığıyla alınan SARS-CoV-2, üst solunum yollarında yer alan nazal epitel hücrelere bağlanır. Konak hücre reseptörü olan ACE-2, hücrelere giriş için gereklidir. Bu reseptör yetişkin nazal epitel hücrelerinde yüksek oranda eksprese edilmektedir. Virüs, iletilen hava yollarındaki hücrelerin enfekte olmasıyla lokal replikasyona uğrar ve yayılmaya başlar. Bu aşamanın gerçekleşmesi birkaç gün zaman alır ve görülen immün yanıt sınırlıdır. Bu aşamada, bireyler düşük viral yüke sahip olmalarına karşın oldukça bulaşıcıdır. Alınan nazal sürüntü testinde virüs tespit edilebilmektedir (36, 37).

2. Üst solunum Yolu Enfeksiyonu ve İnvazyonu: Virüsün nazal epitelden iletilen hava yolları aracılığıyla üst solunum yollarına göçü gerçekleşir. Üst solunum yollarının tutulumu nedeniyle ateş, halsizlik ve kuru öksürük semptomları başlar. Bu aşamada, virüsle enfekte hücrelerden interferonların (IFN- α ve IFN- λ) ve CXC motifli kemokin ligandı 10 (CXCL-10) salınmasıyla sonuçlanan daha kapsamlı bir bağışıklık yanıt kendini gösterir. Bu immün yanıt enfeksiyonun kontrol altına alınması için yeterli olup, hastaların birçoğunun bu aşamanın ötesine geçmesini engeller (31, 33).

3. Alt Solunum Yollarının Tutulumu ve Akut Solunum Sıkıntısı Sendromuna (ARDS)

İlerleme: Virüsle enfekte tüm hastaların yaklaşık 1/5'i hastalığın bu aşamasına geçer ve bu durum ciddi semptomların görülmesine neden olur. Virüs, ACE-2 yoluyla Tip 2 alveolar epitel hücrelerine saldırır ve hücreye yerleşir. Viral nükleokapsid sayısını arttırmak için replikasyona girmeye başlar. Virüs yüklü pnömositler, artık interlökinler (IL-1, IL-6, IL-8, IL-12 ve IL-12), tümör nekroz faktörü-a (TNF-a), IFN- λ , IFN- β , CXCL-10, monosit kemoatraktan protein-1 (MCP-1) ve makrofaj enflamatuvar protein-1a (MIP-1a) gibi birçok farklı sitokin ve enflamatuvar belirteçleri salgılamaktadır. Bu “sitokin fırtınası”, nötrofiller, CD4 yardımcı T hücreleri ve daha sonra akciğer dokusunda tutulmaya başlayan CD8 sitotoksik T hücreleri için bir kemoatraktan görevi görür. Bu hücreler virüsle savaşmaktan sorumludur. Ancak bunu yaparken sonraki iltihaplanma ve akciğer hasarından da sorumludur (28, 31, 36). Konakçı hücre, komşu Tip 2 alveolar epitel hücrelerini aynı şekilde enfekte eden yeni viral partiküllerin salınımı ile apoptoza girer. Sonunda hem Tip 1 hem de Tip 2 pnömositlerin kaybına yol açan viral replikasyon ve enflamatuvar hücrelerin neden olduğu göllenme nedeniyle ARDS ile sonuçlanan yaygın alveolar hasar görülür (29, 36). Akciğer hücrelerinde şiddetli skarlaşma ve fibrozis gözlenir. Fibrinden zengin hiyalin membran ve diffüz alveolar hasar yaşlılarda azalmış

epitel onarım yeteneği ve mukosiliyer klirens durumu hızla kötüleştirir ve sonunda ölümlerle sonuçlanır (36, 37).



Şekil 2. COVID-19 patofizyolojisi (Parasher'dan, 33)

Backhaus, toplum bazlı taramalar yapan ülke verilerinde, ACE-2 ekspresyonunun yüksek olduğu düşünülen genç popülasyonda COVID-19 vaka sayısının yüksek olduğunu, ACE-2 ekspresyonu daha az olan yaşlılarda hastalığın daha ağır seyrettiğini belirtmiştir (38). Bu durum, ACE-2 düzeyinin yüksek olduğu genç nüfusta hastalığa yakalanma

riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. ACE-2 düzeyinin daha düşük olduğu yaşlı grupta bu hastalığın ağır seyrinin görülmesini açıklayan mekanizma ise ACE-2 düzeyinin azlığı sonucunda artmakta olan anjiyotensin-II düzeyidir. SARS-CoV-2'nin hedef organlarından bir diğeri endoteldir. COVID-19 hastalarında endotelit görülmektedir. Anjiyotensin-II, enflamatuvar süreci ve vasküler değişiklikleri endotel hücresinde arttırmakta, hasarlı epitelde nitrik oksit salınımını azaltmakta ve sonuçta endotelial enflamasyonu ve vazokonstriksiyonu şiddetlendirmektedir. Ağır seyri olan COVID-19 enfeksiyonu olan kişilerde ortaya çıkan bir başka sorun ise artan prokoagülan aktivite sonucunda ekstrapulmoner mikrotrombozlarla birlikte görülen pulmoner embolidir (29, 39).

2.3. COVID-19'da Bulaşma

Çin sağlık otoritelerinin en son yönergelerine göre COVID-19 için damlacık, temas ve aerosol olmak üzere üç ana bulaşma yolu tanımlanmıştır (40).

1. Damlacık yoluyla bulaşma; solunum damlacıklarının (enfekte bir kişi öksürdüğünde veya hapşırdığında ortaya çıktığı gibi) yakınlardaki kişiler tarafından yutulduğunda veya solunduğunda gerçekleşmektedir (29, 31).
2. Temas yoluyla bulaşma; virüsle kontamine olmuş bir yüzeye veya nesneye dokunulduğunda ve ardından ağıza, buruna veya gözlere dokunulduğunda gerçekleşmektedir (29, 31).
3. Aerosol yoluyla bulaşma; solunum damlacıkları havaya karışarak aerosoller oluşturduğunda gerçekleşmektedir. Kapalı bir ortamda akciğerlere yüksek dozda aerosoller solunduğunda enfeksiyona neden olabilmektedir (29, 40).

Bu üç yola ek olarak, Zhang ve arkadaşları sindirim sistemini COVID-19 enfeksiyonu için potansiyel bir bulaşma yolu olarak göstermiştir. Hastalarda karın rahatsızlığı ve ishal semptomları olduğunda, araştırmacılar sindirim sisteminin tek hücreli transkriptomları ile dört veri setini analiz etmişler ve ACE-2'nin ileum ve kolondan gelen emici enterositlerde yüksek oranda eksprese edildiğini bulmuşlardır (41).

2.4. COVID-19'da Semptomlar

COVID-19 enfeksiyona bağlı gelişen semptomlar, ortalama olarak 5.2 günlük kuluçka sürecinin sonrasında ortaya çıkar. COVID-19 semptomlarının ortaya çıkmasıyla birlikte ölüme kadar geçen süre ortalama 14 gündür. Hastanın yaş ve bağışıklık durumuna

göre bu süre 6-41 gün arasında değişmektedir (42). COVID-19 hastalarında görülen en yaygın klinik semptomlar; ateş, öksürük, nefes darlığı ve diğer solunum güçlüklerinin yanı sıra baş ağrısı, kas ağrısı ve yorgunluk gibi diğer spesifik olmayan semptomlardır. Ayrıca bazı hastalarda ishal ve kusma gibi sindirim semptomları da görülmektedir (43).

Göğüs bilgisayarlı tomografi (BT) sonucunun raporlarında klinik durum pnömoni olarak tanımlanırken, ARDS, akut kardiyak hasar ve ölüme neden olabilen yaygın cam dansiteleri gibi normal olmayan özellikleri vardır (33). Bazı vakalarda, bilateral akciğerlerin alt bölgelerinde, çoklu periferik buzlu cam dansiteleri gözlenmiştir ve muhtemelen hem hümmoral hem de hüccresel immün yanıt uyarılmıştır. Bunun sonucunda, enflamasyon artmış olup, mevcut tedaviye yanıt vermeyen bazı vakalarda ilerleyen pulmoner dansiteler yoluyla durumu daha da kötüleştirmiştir (42).

2.5. COVID-19’da Tanı

COVID-19 enfeksiyon şüphesi olan hastalarda tanı için balgam, boğaz sürüntüleri ve alt solunum yolu salgılarından alınan örneklerde SARS-CoV-2'nin pozitif nükleik asidini saptamak için Real Time- Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) testi yapılması önerilmiştir. Bu test tanıda altın standart olarak kabul edilmiştir. Ayrıca yanlış negatif RT-PCR sonuçları olan ve arada kalınan COVID-19 vakalarının tanısında akciğer BT incelemesi de kullanılan bir yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi incelemesi sadece COVID-19'u tanılamada değil, ayrıca hastalığın seyrini ve tedavi etkinliği değerlendirmede de oldukça önemlidir (31, 40, 44).

2.6. COVID-19’da Tedavi

COVID-19 tedavisi için immünoterapi, antiviral terapi, hüccresel terapi ve Çin bitkisel tıbbı gibi mevcut tedaviler vardır. Bununla birlikte bu tedavilerin hepsi hala geliştirme veya araştırma aşamasındadır. Hem MERS-CoV hem de SARS-CoV, SARS-CoV-2 ile yakından bağlantılı betakoronavirüsler olduğu için benzer özellikler gösterirler. COVID-19'un tedavi seçeneklerinin birçoğu, MERS ve SARS'ın önceki tedavi araştırmalarından gelmektedir. COVID-19 için tedavi kılavuzları ülkeler arasında da farklılık göstermektedir (45, 46).

COVID-19’da tedavi yönetiminin temeli, destekleyici, semptom tedavisi ve solunum yetmezliğini önlemeye yönelik oluşturulmuştur. Bulaşmayı önlemek için hasta izolasyonunun sağlanması esastır. Hafif vakaların ateş, boğaz ağrısı veya öksürük gibi

semptomlarında yeterli sıvı alımı ve dengeli beslenmeyle tedavi sağlanırken, evde kendi kendine izolasyon tedavide en iyi seçenektir. Ağır vakalar için hastane yatışları olabilir ve başlıca tedavi; antiviral ilaçlar, klorokin/hidroksiklorokin ve solunum tedavisidir. Sonuç olarak, birçok tedavi önerilmiş olmasına rağmen karantina, bulaşma oranını azaltmada etkili görünen tek müdahaledir (47).



Şekil 3. COVID-19'un potansiyel tedavilerinin özeti (Tsang ve ark.' dan, 37).

Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu ile genel tedaviye ek olarak COVID-19 hastaları için farklı potansiyel tedaviler önerilmiştir. Bu tedavilerin COVID-19 üzerindeki etkinliği ve klinik faydaları halen araştırılmaktadır (37).

2.7. COVID-19'dan Korunma

COVID-19'dan korunmada en etkin yol virüse maruz kalmamaktır. Bulaşma yolları göz önünde bulundurulduğunda, en etkili korunma yolları; aşılama, maske kullanımı, sosyal mesafe, kalabalık ve havalandırmanın kötü olduğu ortamlarda bulunmama, vakaların tespiti ve tedavisi, temaslıların takibi, el hijyeninin sağlanması, çevre temizliği, karantina ve izolasyon kurallarına uyulmasıdır (48).

2.8. COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanları

Küresel çapta sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin birçok alanında talep ve iş yükündeki ani ve önemli artışı karşılamak için her ülkenin mücadelesinde ön saflarda yer almıştır. Öyleki Dünya çapında milyonlarca insan SARS-CoV-2'nin bulaşmasını minimum seviyeye düşürmek için evde izole olurken, sağlık çalışanları bu durumun aksine klinik ve

hastanelerde görev alarak kendilerini yüksek derecede riskin içinde bulmuşlardır (7, 49). Çin Ulusal Sağlık Komisyonu, 2020 Mart ayı başlarında 3300'den fazla sağlık çalışanının enfekte olduğunu ve Mart ayının başına kadar en az 22 kişinin öldüğünü açıklamıştır (50). İtalya'da, sağlık çalışanlarının %20'sinin SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu ve bunların bazılarının ölümle sonuçlandığı ifade edilmiştir (50).

Sağlık çalışanları COVID-19 pandemi sürecinde özellikle ön saflarda yer aldıkları için yaşamları yüksek oranda risk altına girmiştir. Aşırı ve uzun süreli iş yükü, izolasyon, güvenlik önlemleri konusundaki belirsizlikler/yetersizlikler ve tedavi belirsizlikleri çalışanlar üstünde aşırı bir baskıya yol açarak ruh sağlıklarının bozulmasına neden olmuştur (51). COVID-19 mücadelesinin ön cephesinde görev alan sağlık çalışanlarından gelen raporlarda; COVID-19 hastaları için zor triyaj kararlarının verilmesinden ve meslektaşlarını kaybetmelerinden acı duydukları ve fiziksel ve zihinsel yorgunluktan muzdarip oldukları görülmüştür (50). Bazı yazarlar, çalışanların sağlığı için olumsuz potansiyel risk faktörleri arasında yeterli kişisel koruyucu ekipmana (KKE) erişim eksikliğini, çalışma saatleri boyunca KKE giymekten kaynaklanan bitkinliği ve yetersiz desteğe sahip olma hissini vurgulamıştır. Uzun çalışma saatleri, çalışma koşullarında ani beklenmedik değişiklikler, aile/yakınlarını enfekte etme endişesi, ailelerine bulaştırmamak için evlerini terk etme, sürekli değişen eylem planları hakkında güncellenmiş bilgilere erişim eksikliği, hastalığın tanılanmasında belirsizlikler ve hastaların kaybına yakından şahit olma gibi durumlar sağlık çalışanlarını psikososyal açıdan olumsuz etkileyen faktörler olmuştur (15, 50).

Pandemi hızlanırken, sağlık çalışanları için KKE erişimi önemli bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Sağlık personeline pek çok ülkede öncelik verilmesine rağmen pandemiden en çok etkilenen tesislerde KKE sıkıntısı yaşanmıştır. Sağlık çalışanları, kişisel güvenlikleriyle ilgili endişelerinin yanı sıra enfeksiyonu ailelerine bulaştırma konusunda da endişe yaşamışlardır. Ayrıca, evde yaşlı ebeveyni bulunan veya küçük çocukları olan sağlık çalışanları, okulların kapanmasından, sosyal mesafe politikalarından, gıda ve diğer temel ihtiyaç maddelerinin mevcudiyetindeki aksamalardan da büyük ölçüde olumsuz etkilenmiştir (49, 50).

Yoğun bakım hizmetleri pandemi sürecinde en çok etkilenen birimler arasında yerini almıştır. Bu nedenle yoğun bakım hizmetleri arttırılmış ve bu hizmetlerin daha da iyileştirilmesi için çaba sarf edilmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde görev yapan sağlık

Çalışanları, COVID-19 maruziyet riskinin yüksek olduğu alanlarda uzun süreler çalışarak, KKE giyerek, özellikle ilk dalga sırasında personel ve ekipman eksikliklerini yönetme güçlükleri gibi sorunlarla karşı karşıya kaldığı zorlu süreçler geçirmişlerdir. Bu süreçler bazen sağlık çalışanlarının normal bir bakım standardı sunmasını güçleştirmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde hizmet sunan sağlık çalışanları, üniteye kabul edilen COVID-19 hastaları arasında yüksek ölüm oranının olması, iletişim güçlüklerinin olması, ziyaret kısıtlamalarının olması gibi nedenlerle hastalara ve yakınlarına yeterli yaşam sonu desteğı sağlamada güçlük çekmişlerdir. Bu durum da sağlık alışanlarında özel bir stres kaynağı oluşturmuştur (52).

Pandemi şartlarında sağlık çalışanları sınırlı kaynakları yönetirken fiziksel ve zihinsel bütünlükleri savunmasız hale gelmekte ve buna rağmen hastaların, kendilerinin ve ailelerinin ihtiyaçlarını dengelemek zorunda kalmışlardır. Ayrıca geniş kapsamlı etik ve ahlaki kararlar alırken sağlık hizmetlerini sürdürme gibi güç durumların içinde kendilerini bulmuşlardır. Tüm bu güçlükler karşısında tedavi/bakım verdikleri hastalardan da acı ve ıstıraba maruz kalmışlardır. Ayrıca, sağlık alışanlarında hastalıkla ilgili belirsizlikler, semptom şiddeti ve ölüm korkusu birleşmiş ve bu nedenle de kendilerini bunalmış bir sağlık sisteminin içinde bulmuşlardır. Bu olumsuzluklar karşısında sağlık alışanlarında, korku, güvensizlik, kaygı aşırı uyarılma, sinirlilik, dinlenmeye isteksizlik ve psikolojik stres gibi bir dizi semptom görülmüştür (7, 49). Bu semptomlar açısından özellikle kritik bakım hizmetleri ve acil servisler gibi sağlık bakım ortamlarında hizmet veren sağlık çalışanları yüksek risk altında kalmışlardır (21).

2.9. Merhamet Yorgunluğu

“Merhamet” kelimesi Türk Dil Kurumu’nda “bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak tanımlanırken, “yorgunluk” kelimesi “alışma vb. nedenlerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması” şeklinde tanımlanmaktadır (53).

Merhamet yorgunluğu kavramı Joinson tarafından ilk kez 1992 yılında bir hemşirelik dergisinde “coping with compassion fatigue” yani “merhamet yorgunluğu ile baş etme” başlığıyla ortaya atılmıştır. Empatik bakım verici olan hemşirelerin, yardımda bulundukları bireylerin maruz kaldıkları travmaların sonucunda yaşadıkları streslerini içselleştirebileceğı ifade edilmiş olup bu durum merhamet yorgunluğu kavramı “bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” olarak ifade edilmiştir. Hastalık ya da

travma yaşıyan hastalara bakım verirken hemşirelerin kendi yaşadıkları zorluklar karşısında duygularını yok sayıp öfke ve çaresizlik duygularını tanımlamak için bu kavram ortaya çıkmıştır (23).

Merhameti “acı çekme” olarak tanımlayan Figley, merhamet yorgunluğunu, “travmanın kendisine maruz kalmaktan ziyade travmatize olmuş bir bireye maruz kalmaktan kaynaklanan stres durumunu” tanımlamak için kullanmıştır (54). Sorenson ve arkadaşları “merhamet yorgunluğu”nu, “bakım vericinin hastalarına gösterdiği merhametin zaman içinde aşamalı olarak azalmasıyla karakterize bir durum” olarak tanımlamışlardır (9). Birçok tanımdan yola çıkarak, merhamet yorgunluğu “bakım veren kişinin empati kurma ve bakım verme isteği, becerisi ve enerjisinde yaygın azalma, dolayısıyla bireyi ele geçiren fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal tükenme” şeklinde tanımlanır. Merhamet yorgunluğu, bakım veren kişiyi çaresiz, umutsuz, yorgun ve bunalmış bir duruma getirebilir. Dolayısıyla stresli ya da travmatik olaylara maruz kalan kişilerle çalışmanın sonucunda merhamet yorgunluğu görülebilir (55). Yardım edilenlerin duygusal acıları ve/veya fiziksel sıkıntılarıyla aşırı meşguliyet durumunda bakım veren için ikincil bir travmatik stres yaratabilir (56). Bu durum, kümülatif tükenmişlik ile birleştiğinde kişinin günlük yaşamındaki olaylar karşısında başa çıkma yeteneğinin azalmasından kaynaklanan fiziksel ve zihinsel tükenme durumuna yani merhamet yorgunluğuna neden olabilir (57). Sağlık, toplumsal hizmetler ve acil durumlarda görev yapan çalışanlar gibi tedavi/bakım verdikleri bireylerin travmatik yaşamlarına düzenli şekilde maruz kalan profesyonellerde, merhamet yorgunluğu görülme durumu oldukça fazladır (58). İnsanlara yardım eden meslekler gruplarından sağlık çalışanları, öğretmenler, avukatlar, sosyal hizmet görevlileri, itfaiye, polisler, hakimler ve acil yardım ekipleri merhamet yorgunluğu açısından risk altında olan meslekler olarak ifade edilmiştir (59).

2.9.1. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Kavramlar

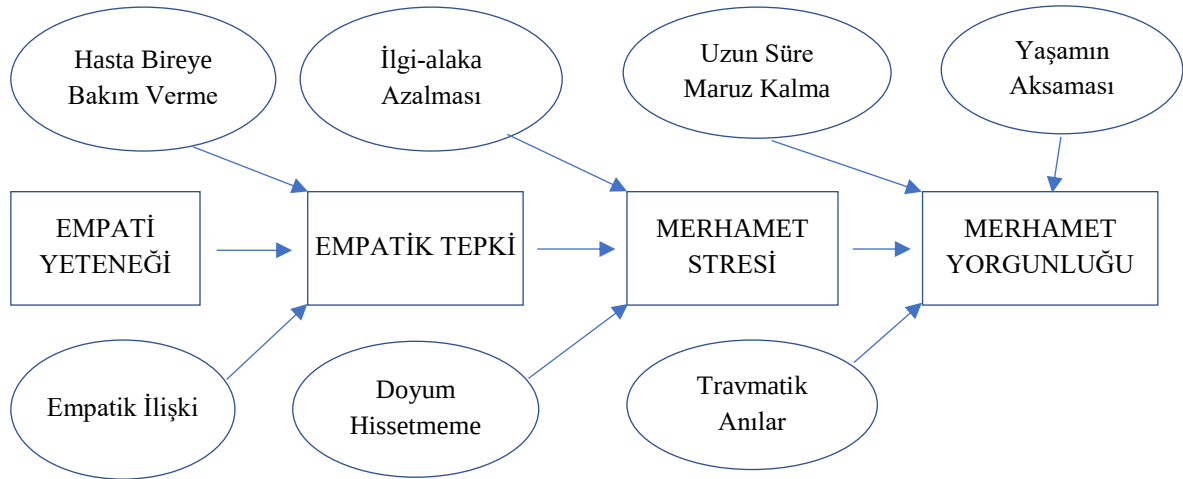
“Tükenmişlik” ve “diğer travmatik stres sendromları”ndan muzdarip kişilerin ayrımını yapacak uygun ölçme araçlarının henüz oluşturulamaması nedeniyle, yapılan çalışmalarda bu farklı kavramlar birbirini yerine eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmekte ve bu durum literatürde karışıklıklara neden olmaktadır (59). Merhamet yorgunluğu, dolaylı travmatizasyon, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres gibi terimlerin bazı akademisyenler tarafından eş anlamlı olarak kullanıldığı, bazılarının ise bireysel olarak tanımlamayı tercih ettiği görülmektedir. Tükenmişlik, “stresin kümülatif etkisinin neden olduğu fiziksel ve

duygusal tükenme” olarak tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğuyla karşılaştırıldığında, tükenme, kişinin duyguları üzerinde büyük beklenti yaşayanlarda görülmektedir. Bu durum ortak ıstırap ve keder duygusu hissedilmesine neden olmaktadır. İkincil travmatik stres ise, daha çok travma yaşamış kişilerle çalışanlara özgüdür ve korku unsurlarını içermektedir. Dolaylı travmatizasyon, bir kişinin kimliğini, dünya görüşünü ve maneviyatını etkileyen uyaranlara yanıt olarak kademeli içsel bir değişim yaratan bilişsel bir uyumdur. Bu durumun, bundan muzdarip olanların, artık anlamadıkları bir dünyada sağlıklı kişisel ilişkileri ve günlük işleyişi sürdürmek için mücadele verdikleri anlamına geldiği belirtilmektedir (55, 56, 59, 60).

Figley, merhamet yorgunluğunun tanımını yaparken belirtileri açısından TSSB ile aynı olup başkalarının yaşamış olduğu travmalardan psikolojik etkilenimi kapsamı açısından farklı olduğunu belirtmektedir (22). Merhamet memnuniyeti olarak bilinen olumlu duygu, uzun süre merhamet göstermenin her zaman olumsuz duygulara yol açmadığını göstermektedir. Bakım veren kişilerin bakım vermesi sonucunda başarıya eriştiklerinde ve bakıma muhtaç kişilere yardım etmiş olduğu hissi neticesinde meydana gelmektedir. Merhamet yorgunluğu oluşmasını engelleyen ve riskini azaltan merhamet memnuniyeti bakım verici için psikolojik ödül olarak görülmektedir (60).

2.9.2. Merhamet Yorgunluğunun Oluşumu

Figley, hastaya empati ve bakım sunmanın merhamet yorgunluğuna neden olan iki faktör olduğunu söylemiştir. Ayrıca merhamet yorgunluğunu hastaya verilen “bakımın bedeli” olarak tanımlamıştır. Figley, “empati kurma becerisi, empatik endişe, hastanın travmasına maruz kalma, empatik davranış, merhamet stresi, başarı duygusu, uzun süreli hasta bireye bakım verme, travmatik anılar, hasta ile ilgi-alakasını kesme ve hayatın sekteye uğraması” gibi faktörlerin etkileşime geçmesi sonucunda merhamet yorgunluğu oluştuğunu ifade etmiş ve bir model geliştirmiştir. Merhamet yorgunluğu bu modele göre; empati kurma becerisine sahip bakım vericideki bu becerinin bozulması sonucunda ortaya çıkmaktadır (22).



Şekil 4. “Merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu modeli” (Figley’den, 22).

2.9.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğu; bitkinlik, öfke, sinirlilik, alkol ve madde kullanımı gibi olumsuz baş etme yöntemleri, sempati ve empati duyma yeteneğinde azalma, yapılan işten doyum alma veya tatmin duygusunda azalma, işe devamsızlıkta artış, karar verme ve hastalara bakım verme yeteneğinde bozulma gibi belirtiler göstermektedir (61). Fiziksel belirtiler; baş ağrısı, uykusuzluk, yorgunluk, gastrointestinal şikayetler ve hastalıklara yatkınlığın artmasıdır. Davranışsal belirtiler; öfke, sinirlilik, işe devamsızlık ve madde kullanımıdır. Psikolojik belirtiler ise, sosyal ilişkilerinde bireyin aile, hasta ve arkadaşlarından izole olma isteği ya da hiç şefkat duygusunun kalmadığını hissetmesi durumudur. Merhamet yorgunluğunun diğer önemli bir belirteci duygusal hissizlik de yaygın olarak görülmektedir (62). Bakım vermenin olumsuz etkileri sonucunda, bakım verenin travmatik bireylerle doğrudan temasıyla durumun ciddiyeti giderek ağırlaşır. Bu durum sağlık, toplum hizmetleri ve acil durumlarda görev yapan çalışanlar gibi bazı meslekleri merhamet yorgunluğu oluşturma riskinin artması, depresyon, anksiyete ve TSSB gibi potansiyel olarak daha zayıflatıcı durumlara maruz bırakır. Bu durumların işe devamsızlığı, psikolojik yaralanmaları, işten ayrılmaları arttırdığı ve üretkenliği olumsuz etkilediği bildirilmektedir (22, 63).

2.10. COVID-19 Pandemisinde Hekimler ve Merhamet Yorgunluğu

Sağlık çalışanları pandemi döneminde oluşan ihtiyaçları karşılayabilmek adına pandemi öncesi döneme göre daha uzun, yoğun ve düzensiz çalışma programlarıyla çalışmak zorunda kalmıştır. Türkiye’de sağlık çalışanlarının pandemi koşullarına hızlı

adaptasyonunun sağlanması için sağlık sisteminde ani kararlar ve yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler arasında, COVID-19 enfeksiyonu olan hastalar için hastanelerde yatan hasta yatak kapasitesinin artırılması, farklı uzmanlık alanlarından hekimlerin COVID-19 birimlerinde görevlendirilmesi, üç ay süreyle çalışanların izinlerinin iptal edilmesi ve 24 saat süreyle molasız çalışma zorunluluğu gibi değişiklikler mevcuttur (64). Uzun çalışma saatleri, iş yükü artışı gibi iş taleplerinde artış ve diğer psikososyal riskler hekimlerde yorgunluğa ve mesleki tükenmişliğe dolayısıyla ruh sağlıkları üzerinde olumsuzluklara neden olmuştur (65, 66). Yapılan çalışmalar, pandemi nedeniyle çalışma koşullarındaki riskli durumların, yoğun ve yorucu çalışma koşullarının çalışanların ruh sağlığı üzerinde risk oluşturduğunu ve ruhsal problemleri arttırdığını göstermektedir (67, 68). Sağlık çalışanlarının bakıma muhtaç kişilere bakım vermesinin sonucunda bu durumun olumsuz etkilerinden olan stres, kaygı, tükenmişlik, depresyon, merhamet yorgunluğu ve anksiyete bozuklukları gibi durumlara maruz kalmasının yanı sıra merhamet doyumu gibi olumlu etkilerinin de olabileceği ifade edilmektedir (69).

Hekimler, yüksek derecede profesyonellik beklentilerinin getirdiği yük, hasta refahı sorumluluğu, hastalar ve sağlık çalışanları ile ilişkilerin sürdürülmesi gibi birçok stres etkenine, ayrıca tıbbi hatalar ve malpraktis davalarına ilişkin endişeler gibi birçok stres etkenine maruz kalmıştır (70). Pandemi döneminin kahramanları olarak kabul edilen hekimler, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle görevlerini tam ve sağlıklı bir şekilde yapmaları için zihinsel ve fiziksel sağlıklarının korunması büyük önem taşımaktadır (71). Pandemi döneminde hekimlerin yaşadığı fiziksel veya ruhsal sorunların çalışma koşullarıyla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle, COVID-19'un hekimler üzerindeki etkilerinin tam anlamıyla tespit edilebilmesi için çalışma koşulları kapsamında ele alınması önemlidir (72).

Hekimler, COVID-19 pandemisinde etkin rol almışlardır. Tanı, kontrol ve tedavide kritik rolleri vardır ve artan kişisel risklere rağmen rollerine bağlılıkları başarılı bir halk sağlığı yanıtı için esastır. COVID-19 pandemisi yıkımını artırırken hekimler dünyanın dört bir yanında yaşam kurtarma ve kaynakları paylaşırma gibi göz korkutucu görevlerle karşı karşıya kalmışlardır. Bu durum, acil servislerde önce gelen hastayı tedavi etme veya yoğun bakım ünitelerinde “ilk gelen ilk hizmeti alır” tabiri geleneksel yöntemleri alt üst etmiştir. Nitekim, İtalya'da doktorlar ventilatör kullanımını 60 yaş altındaki hastalarla sınırlandırmışlardır (73). Pandemi koşulları, hekimlerin normal şekilde çalışmaya devam

etmelerinden çok daha fazlasını talep etmiştir. Daha uzun saatler çalışma ve buna bağlı virüse daha fazla maruz kalma, potansiyel karantinalar ve hekimin normal uzmanlık alanı dışında görevlendirmelerini gerektirmiştir. Bununla birlikte, pandemide hekimlerin hastalık riski, ölüm riski, uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan yorgunluk, ahlaki sorunlar (hangi hastaların ventilatörüne öncelik verileceği gibi zor tedavi kararları), yetkinliklerinin sınırlarını aşan çalışma potansiyeli beklentisi, yasal sorunlar ve mesleki riskler gibi olumsuzluklara maruz kaldıkları görülmüştür. Salgının yarattığı artan iş yükünün yanında, aynı zamanda kendilerine ve yakınlarına bulaş korkusu, sık sık değişme durumunda olan yeni protokoller ve KKE'lerle çalışma, hızla kötüleşen ve aynı zamanda hasta olan meslektaşlarına bakma gibi durumlar hekimleri psikolojik anlamda fazlasıyla yormuştur (71-74).

COVID-19 pandemisinde birçok ülke tıbbi kaynak sıkıntısı yaşamıştır. Yoğun bakım yatakları veya ventilatörlerin nasıl tahsis edileceği konusunda sağlık personeli sık sık dramatik kararlarla karşı karşıya kalmıştır. Triyaj ihtiyacının bilinmesine rağmen hangi kılavuzların kullanılacağı, nasıl uygulanacağı ve sonuç olarak kimin karar vermesi gerektiği konusunda görüşler ve uygulamalar her yerde farklılık göstermiştir (73, 75). Çoğu afette ve COVID-19 pandemisinde ön saflardaki sağlık çalışanları iki temel etik sorunla karşı karşıya kalmıştır: Birincisi; içerdiği risklere rağmen müdahale edip etmemek, ikincisi; hayat kurtaran yetersiz tıbbi kaynakların nasıl dağıtılacağı. Pandemide bazı önemli kaynaklar giderek daha yetersiz hale gelmiştir. Hekimlerin mevcut kaynakları nasıl dağıtacakları ve nasıl elde edecekleri konusunda doğaçlama düşünceleri gerekmiştir. Yetersiz olan yaşamsal malzemeler arasında viral test kitleri ve bunlarla ilişkili ekipman, KKE, ventilatörler ve hastane yatakları (özellikle yoğun bakım ünitesi) yer almıştır (71, 73). El dezenfektanlarından N95 maskelerine, yoğun bakım yatakları ve solunum cihazlarına kadar birçok temel ürün hizmette ciddi yetersizliğe neden olsa da mekanik ventilatör yetersizliği bunların hepsinden farklı konumdadır. Hastaların solunumu ventilatöre ihtiyaç duyacak kadar kötüleştiğinde genellikle kurtarılabilecekleri sınırlı bir süre vardır. Bu cihazlar tamamen ventilatöre bağımlı hastalardan alındığında genellikle birkaç dakika içinde öleceklerdir. Diğer yaşamı sürdüren tedavi biçimlerine ilişkin kararların aksine, mekanik ventilasyonu başlatma veya sonlandırma kararı gerçekten bir ölüm kalım seçimidir. Hekimlerin hastalarının refahı ile ilgili olmayan nedenlerden dolayı ventilatörleri geri çekmeleri istendiğinde yaşayabilecekleri endişe hafife alınmamalıdır. Bu durum bir hekimin kariyeri boyunca yapabileceği en zor eylemlerden biridir. İtalyan

hekimlerin vermek zorunda kaldıkları zor kararlar nedeniyle hastane koridorlarında ağladıkları bildirilmiştir. Bu durum çoğu hekim için psikolojik ve fiziksel sıkıntıya neden olmuştur (75, 76). Hekimlerin hazırlıksız yakalandıkları etik ve ahlaki kararlarla karşı karşıya kalması sonucunda ahlaki yaralanmalara maruz kalmışlardır. Ahlaki yaralanma, kişinin kendi etik ve ahlaki kurallarına aykırı davranmasından veya müdahalede bulunmamasından kaynaklanan psikolojik sıkıntı olarak tanımlanır. Bu kararlar daha önce de söylendiği gibi, sınırlı veya yetersiz kaynaklarla ağır/kritik durumu olan hastalara bakmayı ve yaygın ventilatör kullanımı gerektiren durumlarda kaynak eksikliği nedeniyle bazı vakalara diğerlerine göre öncelik verilmesini içerebilir. Tedavinin uygulanması sağlık ekibi tarafından ele alınmasına rağmen, sağlık ekibi içinde nihai karar vakadan sorumlu hekime aittir. Bu durum kişinin yoğun utanç, suçluluk veya iğrenme duygularını tetiklerken tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun gelişmesine neden olabilmektedir (77). Buna ek olarak, COVID-19 salgını, doğası, sıklığı ve uygulanan izolasyon önlemleri nedeniyle kötü haberi vermeyi hekimler için her zamankinden daha zor hale getirmiştir (78). Bu da hastaların acılarıyla karşı karşıya kalan hekimler ve hekimlerin bilgilendirmek zorunda olduğu aileleriyle yaşadıkları duygusal yorgunluk durumu TSSB'na yol açabilmektedir (7). Tüm bu sorunlar mesleki gerilimi arttırmıştır. Hekimler, SARS ve COVID-19 gibi salgın hastalık durumlarında sürdürülmesi zor, zorunlu oldukları çalışma ortamının içinde sağlık çalışanlarının ahlaki kahramanlığı ve fedakarlıklarının yanı sıra aşırı fedakarlıklar da yapmak zorunda kalmışlardır (10).

2.11. COVID-19 Pandemisinde Hemşireler ve Merhamet Yorgunluğu

Dünyanın dört bir yanında potansiyel olarak yaşamı tehdit eden COVID-19, sağlık sektörünü daha fazla etkilemiş ve toplumun bu önemli kesimi için birçok zorluğa yol açmıştır. COVID-19'un küresel olarak genel popülasyondaki prevalansı, yüksek düzeyde mortalite ve morbidite oranları, yüksek derece bulaşıcı olması, sosyal mesafe ve izolasyon zorunluluğu gerektirmesi durumları bunlarla ilişkili baş etme yöntemlerinin işlevini etkisiz hale getirmiş olup bu krize uyum ve yeni yollar geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Bu zorluklar içinde artan sağlık çalışanı ihtiyacı, KKE maliyetleri, teşhis, laboratuvar ve tedavi maliyetleri, yoğun bakım yataklarına ve ventilatörlere olan ihtiyacın artması, artan mortalite oranları yer almıştır. Bu durumların hepsi sağlık çalışanlarının üstünde daha önce eşi ve benzeri görülmemiş ağır bir yük oluşturmuştur (4, 21, 79).

COVID-19 pandemisinde, dünya genelinde hemşireler ön saflarda yerini almıştır. Hemşireler kritik birimler başta olmak üzere hastanelerin her yerinde hizmet sağlamışlardır. Bazı durumlarda, kelimenin tam anlamıyla “düşene kadar” çalışmışlar, bazı bölgelerde ise hem temel eksikliklerle baş etmişler hem de sağlık hizmeti sunmaya devam etmişlerdir. Gerçekten de COVID-19'un neden olduğu zorlukları gösteren raporlarda, dünyanın birçok yerinde hemşirelerin eldiven, maske ve önlük gibi KKE ve ihtiyaç olan tıbbi malzeme eksikliğiyle boğuştuğu gösterilmiştir (80).

Günümüzde hemşirelerin kaliteli hizmet sunabilmesi için istihdam ve çalışma koşulları açısından küresel anlamda yetersizlik mevcuttur (81). Hızla ilerleyen küresel COVID-19 pandemisinin sonuçları düşünüldüğünde, hemşirelere olan ihtiyacın hiç bu kadar büyük olmadığı görülmüştür. Daha önce benzeri görülmemiş olan bu korkunç sağlık krizinde görevlerini yerine getiren hemşireler, eğitimini aldığı mesleğini yapmak için “var olduklarını” gözler önüne sermişlerdir (80). COVID-19 pandemisinde hemşireler zor şartlar altında tedavi ve bakım sağlamaya çalışırken aynı zamanda kendilerini ve yakınlarını enfeksiyondan korumaya ve bu güç şartlarda aile sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Bu durum hemşirelerin yaşadığı zorlukları daha ileri boyuta taşımıştır. Ayrıca hemşirelerin kritik COVID-19 hastalarına bakım/tedavi verme sürecinin daha fazla dikkat ve özen gerektirmesi ve salgın nedeniyle yeni çalışma koşullarını oluşturma zorunluluklarının olması klinik çalışmalarını daha çok stres verici bir konuma getirmiştir. Hemşireler yapmış oldukları işlerin yoğunluğu ve sayısındaki artışın ötesinde yeni protokol ve “yeni olan bir normale” uyum sağlamak için olağanüstü çaba göstermişlerdir (4). Birçok sağlık kurumunda hemşireler, hastalarının sağlık durumunun sıra dışı ve daha hızlı bozulmasına şahit olmuşlar, bunun sonucunda daha çok terminal dönem hasta bakımı sağladıkları bir duruma adapte olmaya çalışmışlardır (4, 21). Ayrıca, izolasyon kuralları nedeniyle kritik ya da terminal dönemde hasta yakınlarının hastalarıyla bir arada bulunamaması, hemşirelerin bu desteği sağlamak için uzaktan etkileşimi yapılandırmaya çalışmasına yol açmıştır (4).

Hemşirelik mesleğinin doğası gereği işlerinin birçoğu hastalarla doğrudan teması içermektedir (82). Koruyucu ekipman kullanımları hastalarla terapötik iletişim için gerekli mimik ve yüz ifadesi kullanımını, hemşire ve hasta sesinin tam olarak duyulmasını engellemiş bu durum da hemşire hasta etkileşimini sınırlandırmıştır (4). Diğer yandan, artan hasta sayıları nedeniyle acil servislerde, kliniklerde ve yoğun bakım ünitelerinde

olması gereken sayıdan fazla hemşire ihtiyacı olması, bu birimlerde çalışanların enfekte olması sebebiyle izolasyona alınması öncelikle hemşireler olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunan çalışanların daha uzun saatler çalışmasına ve iş yükünün artmasına sebep olmuştur. Bu birimlerde ihtiyaç duyulan sayıyı karşılamak için başka birimlerde çalışan hemşirelerin bu birimlerde görevlendirilmesi, tecrübesiz hemşirelerin yoğun bakım üniteleri gibi bilgi, birikim ve tecrübe gerektiren alanlarda çalıştırılmasına neden olmuştur. Bu durum hem görevlendirilme yapılan hem de bu birimlerde görev yapan hemşirelerin stres düzeyini daha fazla arttırmıştır (4, 81). Yaşanan bu olumsuzluklara molasız uzun saatler çalışma, koruyucu ekipman eksikliği gibi durumların eklenmesi hemşirelerin yaşamakta olduğu stresi daha da arttırmıştır. Bu süreçte olumsuz başka bir durum; yoğun bakım yataklarının sayısı giderek artan hangi kritik hastalara ayrılacağı ya da mekanik ventilatör sağlanacağı gibi etik sorunların içinde yer almak olmuştur (4). Süreç boyunca hemşirelerin yaşadığı tek ikilem “sağlık mı?, hizmet mi?” ikilemi olmamıştır. Çalışma saatlerinin düzensizliği, bulaşma/bulaştırma riski hemşirelerin aile ve çevresiyle olan iletişimini etkilemiş, sosyal destek sistemlerinin bozulmasıyla birlikte kaygı ve korkusunun artmasına neden olmuştur (83).

Hemşirelerin klinik ortamlarda en önemli sağlık çalışanları olmasına rağmen COVID-19 pandemisi sırasında enfeksiyon taşıyıcısı olarak görülüp ayrımcılık, damgalama, şiddet durumları nedeniyle fiziksel ve zihinsel sağlıkları olumsuz etkilenmiştir. Hindistan gibi ülkelerde sağlık çalışanları, virüsü taşıyabilecekleri korkusuyla toplumdan dışlanmış, evlerinden tahliye edilmiş, hastane banyolarında ve katlarda uyumaya mecbur bırakılmıştır. İtalya'nın Rimini kentinde, hastanenin dışında bir gecede 70 sağlık çalışanına ait araç hasar görmüştür. Meksika'da hem hastane içinde hem de dışında, hemşireler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözlü saldırı vakalarının olduğu raporlanmıştır (81). COVID-19 pandemisinde hemşirelerin çalışma koşullarına bağlı yaşadıkları tüm bu olumsuz durumlar yüksek düzeyde stres yaşamalarına sebep olmakla birlikte fiziksel ve psikososyal sağlıklarını da olumsuz etkilemiştir (4).

Hemşireler, sağlık çalışanları içerisinde hastalarla birebir iletişimi daha fazla olan, bakım verdikleri hastaların acı ve ıstırabına daha çok maruz kalan sağlık sisteminin en önemli çalışanlarıdır. Bakım alan hastaların merhametli tutum ve davranışlara olan ihtiyaçları nedeni ile merhamet hissi hastalar için önemlidir. Merhamet duygusunun varlığı

hemşirelerin verdiği bakımın kalitesini arttırıp sağlıklı iletişimin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (84). COVID-19 pandemisinde hastalığa ilişkin belirsizlikler, bulaş ve ölüm korkusu, çok sayıda ölüme şahit olma, çalışma şartlarının değişmesi, sürekli koruyucu ekipmanla ve yoğun iş yüküyle çalışma, aile ve arkadaşlarından uzakta kalarak sosyal destekten mahrum kalma, damgalanma ve stres gibi durumlarla karşı karşıya kalmışlar ve bu durum rutinde ağır olan işlerinde daha fazla yük haline gelerek hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama riskini arttırmaktadır (85). Özellikle yoğun bakım ünitelerinde ve acil servislerde görev yapan hemşirelerin hastaların ıstırabına ve ölümüne daha fazla şahit olmaları nedeniyle merhamet yorgunluğu görülme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (21). Literatürde, merhamet yorgunluğu görülme riskinin acil servis, yoğun bakım, pediatri, onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde görev yapan hemşirelerde daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bu durum, hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma koşullarına bağlı stresörlere maruz kalmasından kaynaklanmaktadır. Bu stresörler; ölümle daha fazla karşılaşma, kritik hastalara bakım verme, iş yükü fazlalığı, personel sayısında yetersizlik, hasta ailelerinin duygusal beklentileri olarak gösterilmiştir (86). Ayrıca diğer çalışanlara kıyasla hasta ile geçirilen sürenin fazla olması, daha çok iletişim, hastaların yaşadığı tüm olumsuzluklara daha fazla tanıklık etme, daha fazla empati kurma ve hastayı yaşatmak için verdikleri çabanın karşılığını alamayarak başarısızlık hissi yaşamaları hemşireleri fazlasıyla yormaktadır (85).

Hemşirelik bakımının kalitesi hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamasıyla yakından ilişkilidir. Hemşire merhamet yorgunluğu yaşıyorsa, görevini yaparken isteksiz, sinirli ve olaylara duyarsız olabilmektedir. Duyarsızlaşmanın sonucunda tıbbi hataların artması, sözlü/ sözsüz iletişim problemleri ve hasta bakım kalitesinde azalma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum, hemşire memnuniyetinin giderek azalmasına neden olmakta ve bu meslekten ayrılmanın önemli bir nedeni olarak gösterilmektedir (87).

COVID-19 pandemisinin tüm bu yıkıcı boyutlarının karşısında kesin olarak bilinen şey hemşire liderlerin uyguladıkları eylemler, pandemi sürecinde ve sonrasında hasta bakım kalitesini ve sağlık organizasyonlarını olumlu yönde etkilemiş olduğudur. Bu nedenle hemşire liderler şimdi ve önümüzdeki yıllarda hemşirelerin kaygı ve kederlerini hafifletmek için empati, dürüstlük ve destekleyici ilişkilerle yanıt verirken, işbirliğe dayalı yollarla krizi ihtiyatlı bir şekilde yönetmekle görevlendirilmişlerdir. Bu benzeri

görülmemiş süreçte hemşire liderlerinin kritik birimlerdeki personel ve kıt kaynakları yönetme konusunda yaşadıkları zorluklar küçümsenmeyecek boyuttadır (88).

COVID-19 pandemisi sırasında İspanya’da hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hekimler daha yüksek merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik skorlarına sahipken, hemşirelerin bu iki boyutta da daha düşük puanlara ve daha yüksek mesleki tatmin puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (7). Pandeminin neden olduğu zorlu şartlar altında hemşireler, hastalarının acılarını hafifletmek için koşulsuz çaba göstermiş olup mesleklerine olan bağlılıkları sebebiyle bakım sağlamak için bu zor şartlar altında kendi içsel motivasyonlarını yeniden keşfetme fırsatı bulmuşlardır (88). Pandeminin hemşireler üzerinde olan bu etkilerinin merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlik puanlarının düşük, mesleki tatmin düzeylerinin yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir (7). Pandemi ayrıca hemşirelerin çalışmalarının görünürlüğünü arttırmıştır ve topluma yüksek nitelikli, uzman çalışanlara olan ihtiyacı, hemşirelik mesleğinin sosyal imajını iyileştirmek için gerekli görülen unsurları göstermiştir (88). Toplum, COVID-19 hastalarına yardım etmek için hayatlarını riske atan çalışanlarda şefkati güçlendirmeyi destekleyecek şükran ifadeleriyle hemşirelere destek vermiştir. Algılanan sosyal tanınmayla birlikte acıyı hafifletme motivasyonları artmış ve mesleki tatmini canlandırıcı etkiye neden olmuştur (7). Yakın tarihin hiçbir döneminde hemşirelerin etkisi bu kadar kamuoyunun dikkatini çekmemiştir. Zaman zaman kullanılan odaklanmış kampanyalar yoluyla, hemşirelerin sesi sosyal medyada yükselmiş olup liderlik yönlerinin eksikliklerini doldurmuştur, ancak bunu yaparken karar verme masalarında da hemşirelerin eşit şekilde söz sahibi olması gerekmektedir. Çünkü hemşireler, kamuoyunun en güvenilir gördüğü sağlık çalışanlarıdır ve uluslararası/ulusal en çok ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri liderleri olmaları için gerekli donanımına sahiptirler (89).

Merhamet yorgunluğundan muzdarip sağlık çalışanları, hizmet verdikleri hastalarla etkileşime girdiklerinde, profesyonel-hasta ilişkilerinden kaçınma davranışlarına yol açabilecek korku veya dehşet duyguları yaşayabilmekte, bu durum da sağladıkları bakımın kalitesini düşürebilmektedir (90). COVID-19 pandemisinde ön saflarda bulunan sağlık çalışanları, ruh sağlıklarının bozulması riskiyle karşı karşıya kalmıştır. İçinde bulundukları durumu yönetmeye yardımcı olmak için psikolojik desteğe ve müdahalelere ihtiyaç duyabilmektedirler (91). Ortaya çıkan bu duruma yanıt vermek için ve sağlık çalışanlarının

yaşam kalitesinin iyileştirmek veya sürdürmek için sürekli ve acil durum planları gereklidir (7).

2.12. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etmede Hekim ve Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Merhamet yorgunluğuyla baş etme stratejileri geliştirmek farklı ülkelerde programlar oluşturulmuştur. Bunlardan biri; 1997'de Baranowsky ve Gentry'nin geliştirmiş olduğu "Hızlandırılmış Kurtarma Programı"dır. Bu programın uygulanması sonucunda merhamet yorgunluğu deneyimleyen kişilerin sayısında azalma olmuştur. Başka bir program, "Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma Programı"dır. Bu programın amacı; merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yol açtığı üzüntü, stres, acı ve hastalıklarla baş etmeyi kolaylaştırmaktır. Çalışanların bireysel ve kurumsal sebeplerle yaşadıkları stresi önlemeye yöneliktir. Merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve tedavisi için bir üniversite hastanesinde hemşireler için oluşturulan diğer bir program ise "yenilenme merkezi"dir. Bu merkez ile çalışan hemşireler müzik, yoga, masaj, dans etme ve egzersiz yapma gibi stresle baş etme yöntemlerini kullanmış ve bu merkezde merhamet yorgunluğuna bakıldığında oranında %42 azalma sağlandığı görülmüştür (87, 92, 93).

Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasını engellemek için sağlıklı çalışma ortamları oluşturulmalı ve başa çıkma stratejileri geliştirilmelidir. Çalışma ortamlarındaki liderlerin olumsuz davranışları strese neden olabilmektedir. Bu nedenle mesleki tatminin artmasını sağlamak ve merhamet yorgunluğunu önlemek için güçlü liderlik özelliklerine sahip hemşire katılımlı çalışma ortamları oluşturulmalıdır (84). Merhamet yorgunluğunu engelleyen faktörler arasında "yaptığı işte amaç ve anlam bulma, işindeki pozitif yönleri fark edip değer verme" yer almaktadır. Bunun yanında, işinde fark yaratma duygusu, yeterlilik ve profesyonel kimlik duygusunu hissetme, iç gözlem yapma ve kendini tanıma, yaptığı işte mizahın ve spiritüalitenin kullanımı merhamet yorgunluğunun oluşmasını engelleyen koruyucu diğer faktörler olarak belirtilmektedir (62).

Merhamet yorgunluğundan korunmanın üç düzeyde sağlanacağı öne sürülmektedir. Birincil koruma eğitim, öz bakım ve farkındalık çalışmaları; ikincil koruma süpervizyon, konsültasyon ve destek grupları ve üçüncül koruma bireysel terapi müdahaleleri ile bilgilendirmedir (62). Korunmada en önemli temel öğeler; kişisel öz-bakım becerileri, egzersiz, dengeli beslenme ve yeterli uykudur. Psikolojik öz-bakım uygulamaları, yaşam dengesini koruma, doğayla bağlantı kurma, gevşeme, yaratıcı fikirler, beceri geliştirme

(atılgnlık, stres yönetimi), mizah kullanımı, öz farkındalık ve kişisel destek sistemlerinin geliştirilmesidir (62, 93).

Merhamet yorgunluğunun belirlenip önlem alınmaması durumunda stresle bağlantılı birçok hastalığa neden olabileceği belirtilmektedir (93). Merhamet yorgunluğunun en olumsuz yanı empati ve merhamet duygularına olumsuz etki etmesidir (62). Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamaları onlarda travmatik stres belirtilerinin gelişmesine, mesleki tatminsizliğe ve tükenmişliğe yol açar. Bu durum, hasta tedavi/bakım kalitesini farklı yönlerden olumsuz etkiler. Tedavi/bakım sürecinde hekim ve hemşireler hastalara karşı ilgisiz, agresif ve duyarsız hale gelir. Bu duyarsızlaşma; sunulan kişisel bilgilerin yanlış yorumlanmasına, tıbbi hataların artmasına, nonterapötik iletişimin azalmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına, meslekten ayrılmalara ve hatta ahlaki ve mesleki değerlerde azalmaya neden olur (7, 19, 94, 95). Yine merhamet yorgunluğu hekim ve hemşirelerde fiziksel ve psikolojik belirtiler ortaya çıkarabilir. Merhamet yorgunluğunun yaygın olan bir göstergesi de duygusal hissizliktir. Empati becerilerinde azalma, depresyon ve güçlü duyguları tolere etmede zorlanma görülebilir. Tüm bu zorluklara rağmen yoğun bakım üniteleri ve kliniklerde görev yapan hekim ve hemşireler bir yandan hastaları için gerekli tedavi ve bakımı sürdürmeye çalışırlar bir yandan da mesleklerini bırakmayı düşünebilirler (7, 21, 62). Kaliteli bir bakım ekibinin kaybı kurum için büyük bir kayıptır. Merhamet yorgunluğu nedeni ile işinden ayrılan ekibi tekrar oluşturmak kurumlar için hem etkinliğini kaybetmiş bir ekiple işe devam etmek hem de maddi olarak büyük kayıp demektir. Bu sebeple sağlık kurumlarında tükenmişliğin, merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve yönetimi kurumun geleceği için çok önemlidir (62).

Pandemi döneminde sağlık sisteminin temelinde rol alan hekimler, yüksek düzeyde profesyonellik beklentileri karşısında hasta refahı sorumluluğu, tıbbi hatalar ve malpraktis davalarına ilişkin endişeler gibi birçok stresin yanında hastalar ve sağlık çalışanlarıyla ilişkilerin sürdürülmesi gibi birçok stres etkeniyle karşı karşıya kalmıştır (70). Hekimlerin tanı, kontrol ve tedavide önemli rolleri vardır ve tüm risklere rağmen rollerine bağlılıkları başarılı bir toplum sağlığı yanıtı için oldukça önemlidir (73). Görevlerini eksiksiz ve sağlıklı bir şekilde yapmaları için zihinsel ve fiziksel sağlıklarının korunması büyük önem arz etmektedir (71). Hekimlerin yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunların temelinde çalışma

koşulları olduğu görülmektedir. Bu sebeple, COVID-19' un hekimler üzerindeki etkilerini tespit edilebilmesi için çalışma koşulları kapsamında ele alınması gereklidir (72).

COVID-19 pandemisinin yıkıcı boyutu karşısında kesin olan hemşire liderlerin uyguladıkları eylemler, pandemi sürecinde ve sonrasında hasta bakım kalitesini ve sağlık organizasyonlarını olumlu yönde etkilemiş olduğudur. Bu nedenle hemşire liderler şimdi ve önümüzdeki yıllarda hemşirelerin kaygı ve kederlerini hafifletmek için empati, dürüstlük ve destekleyici ilişkilerle yanıt verirken, işbirliğine dayalı yollarla krizi ihtiyatlı bir şekilde yönetmekle görevlendirilmişlerdir. Bu benzeri görülmemiş süreçte hemşire liderlerinin kritik birimlerdeki personel ve kıt kaynakları yönetme konusunda yaşadıkları zorluklar küçümsenmeyecek boyuttadır (88).

Hemşirelik liderliğinde kutlanacak çok şey olsa da, COVID-19 pandemisi liderlikte bazı boşlukların olduğunu ve kurucu gruplara daha iyi hizmet etmek için güçlendirilebilecek liderlik alanları olduğunu vurgulamıştır. Hemşireler diğer sağlık profesyonelleriyle karşılaştırıldığında, COVID-19'a karşı savaşın en ön saflarında yer almalarına rağmen çok daha düşük bir profile sahiptir. Sosyal medyadaki birçok yorumcu, hemşireliğin yeterince güçlü bir sese sahip olmadığını ve hemşireliğin ilgi ve endişelerinin yeterince tanınmadığını veya ele alınmadığını belirtmiştir (89). Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar hemşireliği doğrudan etkilediğinde bile hemşirelerin sıklıkla masada yer alamadığını ve COVID-19 salgınının bunun katı bir gerçeğe dönüştürdüğünü gözler önüne sermiştir. Yakın tarihin hiçbir döneminde hemşirelerin etkisi bu kadar kamuoyunun dikkatini çekmemiştir. Hemşireler sosyal medyada seslerini duyurarak liderlikteki eksik yönlerin boşluklarını doldurmuş olsalar da halk tarafından en güvenilir sağlık çalışanları olması nedeniyle karar verme masalarında eşit söz haklarına sahip olmalılardır (88, 89) Hemşireler ulusal/uluslararası faaliyetlerde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri liderleri olmaları için gerekli donanımına sahiptirler (89). Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin tanımına göre "hemşirelik; her yaştan, aileden, gruptan ve topluluktan, hasta ya da iyi ve tüm ortamlardaki bireylerin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsar". Hemşireler, hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, engelli, hasta ve ölmekte olan kişilerin bakımında rol alır. Hemşireliğin kilit rolleri; savunuculuk, eğitim, araştırma, güvenli bir ortam teşviki, sağlık politikasının şekillendirilmesi ve hasta/sağlık sistemleri yönetimine katılımdır (96). Bu tanıma rağmen hemşireler bu rollerini yerine getirmede dünya çapında sorunlar yaşamakta liderliğini tam olarak gözler önüne serememektedir. Dünyanın birçok

bölgesinde hemşirelik mesleği, klinik uygulama, eğitim ve araştırmada güçlü liderlerin uğraşlarıyla güçlendirilmiştir (88). Yetmiş ikinci Dünya Sağlık Asamblesi 2020'yi “Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı” olarak belirlemiştir. Bu durum, Florence Nightingale'in sadece 200. doğum gününü anlamlı kılmak için değil, aynı zamanda dünya nüfusunun sağlığı ve refahı üzerinde etkileri olan hemşire ve ebelerin katkılarını takdir etmek için belirlenmiştir (89). Son zamanlarda, Dünya Sağlık Günü'nde DSÖ, küresel hemşirelik hakkında veri sağlayan *Dünyada Hemşireliğin Durumu 2020* raporunu yayımlamıştır. Rapor aynı zamanda küresel hemşirelik işgücünün gelişimi, hemşirelik eğitime, görevlere ve liderliğe yatırım için ilgi uyandıran bir rapor sunmaktadır. Fakat bu tavsiyelerin operasyonel hale getirilmesi tüm sağlık yetki alanları ve yönetiminde destek ve yatırıma ihtiyaç vardır (88, 89).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri, Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi (RTEEAH) COVID-19 hasta yatışlarının olduğu klinikler olan COVID-19 1-2-3-4-5-6-7 klinikleri, Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), Göğüs YBÜ ve Nöroloji YBÜ’nde Nisan- Eylül 2021 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Rize RTEEAH COVID-19 hasta yatışlarının olduğu klinikler olan COVID-19 1-2-3-4-5-6-7 klinikleri, Anestezi, Göğüs ve Nöroloji YBÜ’lerinde çalışan 90 hekim (30 hekim YBÜ’nde, 60 hekim COVID-19 kliniklerinde) ve 130 hemşire (55 hemşire YBÜ’nde, 75 hemşire COVID-19 kliniklerinde) oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına ulaşmak hedeflendi. Ancak COVID-19 kliniklerinde çalışan sekiz hemşire ve YBÜ’nde çalışan dokuz hemşire olmak üzere toplam 17 hemşirenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile araştırma 90 hekim ve 113 hemşire olmak üzere toplam 203 kişi ile tamamlandı. Araştırmaya katılım oranı hekimlerde %100, hemşirelerde ise %87’dir.

3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

- COVID-19 klinikleri ile Anestezi, Göğüs ve Nöroloji YBÜ’lerinde en az bir ay süre ile hekim olarak çalışma
- COVID-19 klinikleri ile Anestezi, Göğüs ve Nöroloji YBÜ’lerinde en az bir ay süre ile hemşire olarak çalışma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

3.5. Araştırmanın Kabul Edilmeme Ölçütleri

- Hemşirelik bölümü dışında başka bölümden mezun olup hasta bakımına katılan çalışanlar
- Hekim ve hemşirelerde tanılanmış psikiyatrik hastalığı sahip olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek 1)” ve “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2)” kullanılarak toplandı.

3.6.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu

Bu form ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirildi (19, 93, 97). Form iki bölümden oluştu. Birinci bölümde; hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek/unvan, yaşadığı yer, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, mesleği tercih nedeni, meslekte çalışma süresi, sosyal aktivitelere katılma durumu, sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısı) belirlemeye yönelik 11 soru; ikinci bölümde; hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait özelliklerini (çalışılan COVID-19 birimi, birimde çalışma süresi, çalışma biçimi, birimde mevcut pozisyonu, hizmet içi eğitim alma durumu, alınan hizmet içi eğitim, birimde mutlu olma algısı, pandemide işten ayrılma düşüncesi, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenme durumu, kendini rahatlatma yöntemi, birimde çalışılan hemşire sayısı, birimde çalışılan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı, aylık ortalama çalışma saati) belirlemeye yönelik 15 soru olmak üzere toplam 26 soru yer aldı (Ek 1).

3.6.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stamm tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (98). Ölçek 30 soru ile “merhamet yorgunluğu”, “mesleki tükenmişlik” ve “mesleki tatmini” içeren üç alt ölçekten oluşmuştur. Alt ölçeklerden birincisi merhamet yorgunluğu alt ölçeğidir. Bu alt ölçek, stres yaratan durumlar neticesinde meydana gelen belirtileri ölçmektedir. Merhamet yorgunluğu alt ölçeğinden ortalamanın üstünde puan alan çalışanlara psikolojik destek alması tavsiye edilmektedir. Ölçekteki merhamet yorgunluğunu ölçen maddeler; 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddelerdir. Merhamet yorgunluğu alt ölçeğin alpha güvenirlik değeri .80’dir. Mesleki tükenmişlik alt ölçeği, ikinci alt ölçektir. Bu alt ölçek; iş yaşamındaki problemlerle baş etmede yaşanan zorluk ve umutsuzluk sonucu ortaya çıkan tükenmişlik durumunu ölçer. Ölçekten yüksek puan alınması, mesleki tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğunu ifade eder. Mesleki tükenmişlik alt ölçeğin alpha güvenirlik değeri .72 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki tükenmişliği değerlendiren maddeler; 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddelerdir. Üçüncü alt ölçek olan mesleki tatmin, çalışanın mesleği ile alakalı bir alanda işinin gereği olarak yardıma muhtaç bir bireye yardım etmesi

neticesinde duyduğu memnuniyet ve tatmin duygusunu açıklar. Mesleki tatmin alt ölçeğinden alınan yüksek puan, çalışanlarda mesleki tatmin duygusunun seviyesini ifade eder. Ölçekteki mesleki tatmini ölçen maddeler; 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddelerdir. Mesleki tatmin alt ölçeğin alpha güvenirlik değeri .87 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanlarının hesaplanmasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanır. Ölçekteki maddeler altı basamaklı bir çizelge üzerinden “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasındaki ifadelerle değerlendirilmiştir. Ölçeğin bilhassa çalışma ortamlarında yoğun stres altında çalışan meslek grupları için ölçüm aracı olduğu ve veri toplamada etkili olduğu bildirilmektedir (98). Yeşil ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alpha katsayısı 0.84 olarak belirtilmiştir (99). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı merhamet yorgunluğu alt ölçeğinde hekimlerde 0.84, hemşirelerde 0.81; mesleki tükenmişlik alt ölçeğinde hekim ve hemşirelerde 0.61; mesleki tatmin alt ölçeğinde hekim ve hemşirelerde 0.89’dur.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

“Yapılandırılmış Bilgi Formu” ve “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından hekim ve hemşirelere uygulandı. Hekim ve hemşirelerle yüz yüze görüşme, COVID-19 klinikleri ve YBÜ’nde çalışan hekim ve hemşirelerin daha uygun buldukları vardiya (şift) değişim zamanlarında hekim ve hemşire personel/özel odalarında gerçekleştirildi. “Yapılandırılmış Bilgi Formu” ve “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nde yer alan sorular hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından soruldu, formlara verilen yanıtlar kaydedildi. “Yapılandırılmış Bilgi Formu” ve “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü. Formlarda hekim ve hemşire isimlerine yer verilmedi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem grubunu sadece Rize RTEEAH’ndeki COVID-19 klinikleri ile YBÜ’nde çalışan hekim ve hemşirelerin oluşturması çalışmanın sınırlılığdır. Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmayı kabul eden hekim ve hemşirelerin bildirimlerine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez. Araştırma verilerinin hastaların tedavi ve bakımını aksatmamak için hastaların yer aldığı COVID-19 klinikleri ve YBÜ’lerinde toplanması, bu birimlerin oldukça riskli, yoğun olması ve araştırmacının birimlere giriş çıkışının kontrollü olması bu çalışmanın sınırlılığdır. Hekim ve hemşirelerin görüşme için her zaman yeterli zamana sahip olmaması, vardiya/nöbet

usulü çalışan hekim ve hemşirelere ulaşmada güçlük yaşanması ve araştırmacının tekrar tekrar bu riskli birimlere gitmek zorunda kalması diğer bir sınırlılıktır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılacak olan hekim ve hemşirelere araştırmaya katılma tercihi konusunda özgür oldukları, gönüllü olarak katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edildi. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” etik ilke olarak imzalatıldı (Ek 3). Araştırmanın yapılabilmesi için ilk önce T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu’ndan bilimsel araştırma onayı (Ek 4) alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni Rize İl Sağlık Müdürlüğü’ne araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak alındı (29.01.2021 tarihli ve 799 sayılı) (Ek 5). Ayrıca, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı (05.03.2021 tarihli ve 241 sayılı) (Ek 6). Yine çalışmada kullanılan “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin kullanım izni, ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Yeşil ve arkadaşlarından alındı (Ek 7).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22.0 (IBM SPSS Statistics 22. Software) paket programı ile analiz edildi. Sürekli değişkenler, ortalama, standart sapma (minimum-maksimum değerler), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis testi ile incelendi. Normal dağılan ölçümlerde ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında varyans analizi (ileri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C) kullanıldı. Normal dağılmayan ölçümlerde çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis varyans analizi (ileri analiz olarak Mann-Whitney U testi) kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde normal dağılan ölçümlerde Pearson Korelasyon analizi, normal dağılmayan ölçümlerde Spearman Korelasyon Analizi uygulandı. Meslek/unvanın merhamet yorgunluğu, mesleki tatmin ve mesleki tükenmişlik düzeyine etkisinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 90 hekim ve 113 hemşirenin tanıtıcı özellikleri, çalıştıkları birime ilişkin özellikleri, çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği alt boyut (merhamet yorgunluğu, mesleki tatmin, mesleki tükenmişlik) ve toplam puan ortalamaları, çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlerle karşılaştırılmasından elde edilen bulgulara yer verildi. Ayrıca, bu bölümde hekim ve hemşirelerde çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer aldı.

Tablo 1. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=203)

		Hekim (n=90)	Hemşire (n=113)
		n (%)	n (%)
Yaş (yıl)	20-29 yaş	37 (41.1)	87 (77.0)
	30-39 yaş	39 (43.3)	20 (17.7)
	40 yaş ve üzeri	14 (15.6)	6 (5.3)
Cinsiyet	Kadın	36 (40.0)	93 (82.3)
	Erkek	54 (60.0)	20 (17.7)
Medeni Durum	Evli	63 (70.0)	32 (28.3)
	Bekar	27 (30.0)	81 (71.7)
Yaşanılan Yer	Kentsel alan	88 (97.8)	112 (99.1)
	Yarı kentsel alan	2 (2.2)	1 (0.9)
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	42 (46.7)	15 (13.3)
	Hayır	48 (53.3)	98 (86.7)
Çocuk Sayısı (Hekim n=42; Hemşire n=15)	1 çocuk	30 (71.4)	5 (33.3)
	2 çocuk	11 (26.2)	6 (40.0)
	3 çocuk	1 (2.4)	4 (26.7)
Mesleği Tercih Nedeni*	Kendi isteği	75 (83.3)	58 (51.3)
	İş garantisi	10 (11.1)	41 (36.2)
	Aile/çevre baskısı	9 (10.0)	15 (13.2)
	Diğer	2 (2.2)	1 (0.8)
Meslekte Çalışma Süresi (yıl)	1 yıldan az	6 (6.7)	1 (0.9)
	1-5 yıl	43 (47.8)	82 (72.6)
	6-10 yıl	21 (23.3)	20 (17.7)
	11-15 yıl	11 (12.2)	6 (5.3)
	16 yıl üzeri	9 (10.0)	4 (3.5)
Sosyal Aktivitelere Katılım	Evet	59 (65.6)	80 (70.8)
	Hayır	31 (34.4)	33 (29.2)
Sosyal İlişkilerde Kendisini Tanımlama Algısı	Orta	5 (5.6)	3 (2.7)
	İyi	69 (76.7)	82 (72.6)
	Çok iyi	16 (17.8)	28 (24.8)
Sürekli Değişken	Hekim		Hemşire
	n (X±SS)		n (X±SS)
Yaş	90 (32.16±6.26)		113 (27.46±4.78)

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 1’de COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hekimlerin %43.3’ü 30-39 yaş grubunda (yaş ortalaması 32.16 ± 6.26), %60’ı erkek, %70’i evli, %97.8’i kentsel alanda yaşamakta, %46.7’si çocuk sahibi ve bu hekimlerin %71.4’ü bir çocuk sahibidir. Hekimlerin %83.3’ü mesleğini kendi isteği ile tercih etmiş, %47.8’i 1-5 yıldır hekim olarak çalışmakta, %65.6’sı sosyal aktivitelere katılmakta ve %76.7’si sosyal ilişkilerde kendisini iyi olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerin %77’si 20-29 yaş grubunda (yaş ortalaması 27.46 ± 4.78), %82.3’ü kadın, %71.7’si bekar, %99.1’i kentsel alanda yaşamakta, %13.3’ü çocuk sahibi ve bu hemşirelerin %40’ı iki çocuk sahibidir. Hemşirelerin %51.3’ü mesleğini kendi isteği ile tercih etmiş, %72.6’sı 1-5 yıldır hemşire olarak çalışmakta, %70.8’i sosyal aktivitelere katılmakta ve %72.6’sı sosyal ilişkilerde kendisini iyi olarak tanımlamaktadır.

Tablo 2. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait özellikler (n=203)

		Hekim	Hemşire
		n (%)	n (%)
COVID-19 Birimi	Yoğun bakım ünitesi	30 (33.3)	50 (44.2)
	Klinik	60 (66.7)	63 (55.8)
Birimde Çalışma Süresi (ay)	1-3 ay	26 (28.9)	32 (28.3)
	4-6 ay	22 (24.4)	45 (39.8)
	7 ay ve üzeri	42 (46.7)	36 (31.9)
Çalışma Biçimi	Sadece gündüz	4 (4.4)	8 (7.1)
	Nöbetli çalışma	86 (95.6)	105 (92.9)
Birimde Mevcut Pozisyonu	Klinik sorumlu hekimi/hemşiresi	8 (8.9)	14 (12.4)
	Klinik nöbetçi hekimi/hemşiresi	71 (78.9)	96 (85.0)
	Hastane içi görevlendirme ile geçici olarak çalışma	11 (12.2)	3 (2.7)
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Evet	20 (22.2)	36 (31.9)
	Hayır	70 (77.8)	77 (68.1)
Alınan Hizmet İçi Eğitim* (Hekim n=20; Hemşire n=36)	İzolasyon, COVID-19 enfeksiyonu, el hijyeni	11 (55.0)	21 (58.3)
	İlk yardım, temel yaşam desteği, mekanik ventilatör, monitör	10 (50.0)	9 (25.0)
	Diğer**	4 (20.0)	17 (47.2)
Birimde Mutlu Olma Algısı	Nadir	28 (31.1)	27 (23.9)
	Bazen	46 (51.1)	61 (54.0)
	Sıklıkla	16 (17.8)	25 (22.1)
Pandemi Nedeniyle İşten Ayrılma Düşüncesi	Evet	35 (38.9)	34 (30.1)
	Hayır	55 (61.1)	79 (69.9)
İşten Ayrılmayı Düşünme Sıklığı (Hekim n=35; Hemşire n=34)	Hergün	11 (31.4)	8 (23.5)
	Her nöbet öncesi sonrası (yoğunluk durumunda)	3 (8.6)	4 (11.8)
	Ayda birkaç kez	14 (40.0)	17 (50.0)
	Nadiren	7 (20.0)	5 (14.7)
Çalışma Performansının COVID-19 Hastalarından Etkilenme Durumu	Evet	62 (68.9)	89 (78.8)
	Hayır	28 (31.1)	24 (21.2)
Birimde Çalışma Sırasında Gelişen Olumsuzluklardan Kendini Rahatlatma Yöntemi*	Dışarı çıkıp hava alma	49 (54.4)	49 (43.4)
	Klinik içinde çalışmaya ara verme	35 (38.9)	37 (32.7)
	Sohbet etme	24 (26.7)	41 (36.3)
	Müzik dinleme	18 (20.0)	23 (20.4)
	Diğer***	14 (15.5)	10 (8.8)
Sürekli Değişkenler		Hekim	Hemşire
		n (X±SS)	n (X±SS)
Birimde çalışılan hekim sayısı		90 (6.30±6.71)	108 (3.95±3.22)
Birimde çalışılan hemşire sayısı		85 (7.40±5.96)	113 (9.89±3.42)
Aylık ortalama çalışma saati		90 (182.46±95.88)	113 (201.96±43.28)
Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı		90 (18.28±20.28)	112 (11.29±7.00)

* Birden fazla yanıt verilmiştir. **Delici kesici aletler, iş güvenliği, yangın, yazılım, hasta bakımı, iletişim

***kahve içme, sigara içme, yemek yeme, uyuma, puzzle yapma, görüntülü konuşma.

Tablo 2’de hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait özellikler verilmiştir. Hekimlerin %66.7’si COVID-19 kliniklerinde, %46.7’si yedi ay ve üzeri süredir, %95.6’sı nöbetli, %78.9’u klinik nöbetçi hekim olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %22.2’si hizmetiçi eğitim almış, alınan hizmet içi eğitimin %55’i izolasyon, COVID-19 enfeksiyonu ve el hijyenini kapsamıştır. Hekimlerin %51.1’i çalıştığı COVID-19 biriminde bazen mutlu olduğunu ifade etmiş, %38.9’u pandemi nedeniyle işten ayrılmayı düşünmüş, işten ayrılmayı düşünenlerin %40’ı ayda birkaç kez bunu düşünmüş, %68.9’u çalışma performanslarının COVID-19 hastalarından etkilendiğini ve %54.4’ü birimde çalışma sırasında gelişen olumsuzluklardan dışarı çıkıp hava alarak kendini rahatlattıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %55.8’i COVID-19 kliniklerinde, %39.8’i 4-6 aydır, %92.9’u nöbetli, %85’i klinik nöbetçi hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %31.9’u hizmet içi eğitim almış, alınan hizmet içi eğitimin %58.3’ü izolasyon, COVID-19 enfeksiyonu ve el hijyenini kapsamıştır. Hemşirelerin %54’ü çalıştığı COVID-19 biriminde bazen mutlu olduğunu ifade etmiş, %30.1’i pandemi nedeniyle işten ayrılmayı düşünmüş, işten ayrılmayı düşünenlerin %50’si ayda birkaç kez bunu düşünmüş, %78.8’i çalışma performanslarının COVID-19 hastalarından etkilendiğini ve %43.4’ü birimde çalışma sırasında gelişen olumsuzluklardan dışarı çıkıp hava alarak kendini rahatlattıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin birimde çalıştıkları hekim sayısı ortalaması 6.30 ± 6.71 , hemşire sayısı ortalaması 3.95 ± 3.22 iken, hemşirelerin birimde çalıştıkları hekim sayısı ortalaması 7.40 ± 5.96 , hemşire sayısı ortalaması 9.89 ± 3.42 ’dir. Hekimlerin aylık ortalama çalışma süresi 182.46 ± 95.88 saat iken hemşirelerin aylık ortalama çalışma süresi 201.96 ± 43.28 saattir. Hekimlerin bir vardiyada hizmet verdikleri hasta sayısı ortalaması 18.28 ± 20.28 , hemşirelerin bir vardiyada hizmet verdikleri hasta sayısı ortalaması 11.29 ± 7.00 ’dir.

Tablo 3. Hekim ve hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve puanların dağılımı (n=203)

Alt Ölçekler	Hekim			N	Hemşire		Test ve Önemlilik
	n	(X±SS)	Min-Max		(X±SS)	Min-Max	
Merhamet Yorgunluğu	90	17.92±8.04	2-35	113	17.11±7.32	1-38	t=0.756 p=0.451
	n (%)		-		n (%)		-
Düşük (≤8)	11 (12.2)		-		9 (8.0)		-
Orta (9-16)	34 (37.8)		-		49 (43.4)		-
Yüksek (≥17)	45 (50.0)		-		55 (48.7)		-
Mesleki Tükenmişlik	90	27.19±6.30	8-38	113	25.36±5.86	8-40	t=2.133 p=0.034
	n (%)		-		n (%)		-
Düşük (≤18)	8 (8.9)		-		16 (14.2)		-
Orta (19-26)	28 (31.1)		-		47 (41.6)		-
Yüksek (≥27)	54 (60.0)		-		50 (44.2)		-
Mesleki Tatmin	90	31.11±8.18	6-46	113	29.48±8.27	10-50	t=1.405 p=0.162
	n (%)		-		n (%)		-
Düşük (≤33)	56 (62.2)		-		82 (72.6)		-
Orta (34-41)	25 (27.8)		-		23 (20.4)		-
Yüksek (≥42)	9 (10.0)		-		8 (7.1)		-

t=Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 3’te hekim ve hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve puanlarının dağılımı görülmektedir.

Hekimlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması 17.92±8.04’dür. Ölçek kesme noktalarına göre hekimlerin %50’si yüksek düzey merhamet yorgunluğuna sahiptir. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması 17.11±7.32’dir ve ölçek kesme noktalarına göre %48.7’si yüksek düzey merhamet yorgunluğuna sahiptir.

Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 27.19±6.30’dur ve ölçek kesme noktalarına göre %60’ı yüksek düzey mesleki tükenmişliğe sahiptir. Hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 25.36±5.86’dır ve ölçek kesme noktalarına göre %44.2’si yüksek düzey mesleki tükenmişliğe sahiptir.

Hekimleri Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 31.11±8.18’dir ve ölçek kesme noktalarına göre %62.2’si düşük düzey mesleki tatmine sahiptir. Hemşirelerin Mesleki

Tatmin alt ölçek puan ortalaması 29.48 ± 8.28 'dir ve ölçek kesme noktalarına göre %72.6'sı düşük düzey mesleki tatmine sahiptir.

Hekim ve hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($t=2.133$; $p=0.034$), Merhamet Yorgunluğu ve Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4. Hekim ve hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu, Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=203)

			Merhamet Yorgunluğu	Mesleki Tükenmişlik	Mesleki tatmin
Hekimler*	Merhamet Yorgunluğu	R	1	0.600	-0.136
		P	-	0.000	0.200
		N	90	90	90
	Mesleki Tükenmişlik	R	0.600	1	-0.457
		P	0.000	-	0.000
		N	90	90	90
	Mesleki Tatmin	R	-0.136	-0.457	1
		P	0.200	0.000	-
		N	90	90	90
Hemşireler*	Merhamet Yorgunluğu	R	1	0.487	0.012
		P	-	0.000	0.898
		N	113	113	113
	Mesleki Tükenmişlik	R	0.487	1	-0.513
		P	0.000	-	0.000
		N	113	113	113
	Mesleki Tatmin	R	0.012	-0.513	1
		P	0.898	0.000	-
		N	113	113	113

*Pearson korelasyon analizi

Tablo 4'de hekim ve hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hekimlerde Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı ile Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki bulunurken ($r=0.600$, $p=0.000$), Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı ile Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek

puanı ile Merhamet yorgunluğu alt ölçek puanı arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki ($r=0.600$, $p=0.000$); Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($r=-0.487$, $p=0.000$). Hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puanı ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı arasında anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($r=-0.487$, $p=0.000$).

Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı ile Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı ile Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu ($r=0.487$, $p=0.000$). Hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki ($r=0.487$, $p=0.000$); Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptandı ($r=-0.513$, $p=0.000$). Hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puanı ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptandı ($r=-0.513$, $p=0.000$).

Tablo 5. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı (n=203)

		Merhamet Yorgunluğu*	
		Hekim	Hemşire
		n (X±SS)	n (X±SS)
Yaş (yıl)	20-29 yaş	37 (17.65±7.96)	87 (17.45±7.73)
	30-39 yaş	39 (17.92±7.85)	20 (16.15±5.39)
	40-50 yaş ve üzeri	14 (18.64±9.26)	6 (15.33±7.28)
	Test ve Önemlilik	F=0.076 p=0.927	F=0.437 p=0.647
Cinsiyet	Kadın	36 (18.78±8.33)	93 (17.49±7.82)
	Erkek	54 (17.35±7.86)	20 (15.30±3.92)
	Test ve Önemlilik	t=0.823 p=0.413	t=1.837 p=0.071
Medeni Durum	Evli	63 (18.67±7.76)	32 (16.13±5.29)
	Bekar (boşanmış, eşi ölmüş)	27 (16.19±8.54)	81 (17.49±7.98)
	Test ve Önemlilik	t=1.349 p=0.181	t=-0.895 p=0.373

Tablo 5. (Devam)

Yaşanılan Yer	Kentsel alan	88 (17.69±7.98)	112 (17.06±7.34)
	Yarı kentsel alan	2 (28.00±0.00)	1 (22.00±0.00)
	Test ve Önemlilik	t=3.301 p=0.073	t=0.449 p=0.504
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	42 (17.45±7.22)	15 (16.33±5.75)
	Hayır	48 (18.33±8.75)	98 (17.22±7.55)
	Test ve Önemlilik	t=-0.523 p=0.602	t=-0.438 p=0.663
Çocuk Sayısı	1 çocuk	30 (16.57±5.95)	5 (15.40±4.51)
	2 çocuk	11 (19.55±10.12)	6 (18.50±5.89)
	3 çocuk	1 (21.00±0.000)	4 (14.25±7.27)
	Test ve Önemlilik	F=0.802 p=0.456	F=0.724 p=0.505
Mesleği Kendi İsteği ile Tercih Etme	Evet	75 (17.17±7.72)	58 (17.57±8.56)
	Hayır	15 (21.67±8.79)	55 (16.62±5.77)
	Test ve Önemlilik	t=-2.011 p= 0.047	t=0.695 p=0.488
Mesleği Aile/Çevre Baskısı ile Tercih Etme	Evet	9 (22.56±7.30)	15 (16.00±4.49)
	Hayır	81(17.41±7.99)	98 (17.28±7.66)
	Test ve Önemlilik	t=1.848 p=0.068	t=-0.915 p=0.368
Mesleği İş Garantisi Olduğu Düşüncesi ile Tercih Etme	Evet	10 (21.20±8.44)	41 (16.78±6.11)
	Hayır	80 (17.51±7.94)	72 (17.29±7.96)
	Test ve Önemlilik	t=1.375 p=0.173	t=-0.356 p=0.723
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	6 (20.00±9.34)	1 (20.00±0.000)
	1-5 yıl	43 (17.56±8.10)	82 (17.89±7.51)
	6-10 yıl	21 (18.10±7.93)	20 (14.50±6.56)
	11-15 yıl	11 (17.18±6.95)	6 (13.00±5.10)
	16 yıl üzeri	9 (18.78±9.78)	4 (19.50±7.33)
	Test ve Önemlilik	F=0.167 p=0.955	F=1.514 p=0.203
Sosyal Aktivitelere Katılım	Evet	59 (18.08±8.25)	80 (16.35±6.85)
	Hayır	31 (17.61±7.73)	33 (18.94±8.18)
	Test ve Önemlilik	t=0.263 p=0.793	t=-1.725 p=0.087
Sosyal İlişkilerde Kendisini Tanımlama Algısı	Orta	5 (20.00±8.40)	3 (17.00±6.25)
	İyi	69 (18.28±7.84)	82 (17.27±7.06)
	Çok iyi	16 (15.75±8.88)	28 (16.64±8.33)
	Test ve Önemlilik	F=0.815 p=0.446	F=0.075 p=0.928

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 5’te hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Hekimlerin mesleğini kendi isteği ile tercih edenlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması 17.17 ± 7.72 iken, mesleğini kendi isteği ile tercih etmeyenlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması 21.67 ± 8.79 ’dur ve hekimlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması ile mesleğini kendi isteği ile tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2.011$; $p= 0.047$).

Hekim ve hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, mesleği aile/çevre baskısı nedeni ile tercih etme, mesleği iş garantisi nedeni ile tercih etme, meslekte çalışma süresi, sosyal aktivitelere katılım ve sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısına göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında ve hemşirelerin mesleği kendi isteği ile tercih etmelerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı (n=203)

		Merhamet Yorgunluğu	
		Hekim	Hemşire
		n (X±SS)	n (X±SS)
COVID-19 Birimi	Yoğun bakım ünitesi	30 (17.67±8.25)	50 (17.78±7.37)
	Klinik	60 (18.05±7.99)	63 (16.57±7.29)
	Test ve Önemlilik	t=-0.212 p=0.832	t=0.871 p=0.386
Birimde Çalışma Süresi	1-3 ay (a)	26 (14.50±7.80)	32 (17.16±8.45)
	4-6 ay (b)	22 (20.64±8.21)	45 (17.16±7.99)
	7 ay ve üzeri (c)	42 (18.62±7.52)	36 (17.00±5.29)
	Test ve Önemlilik	F=4.028 p=0.021 a<b,c	F=0.005 p=0.995
Çalışma Biçimi	Sadece gündüz	4 (19.00±8.83)	8 (14.38±6.23)
	Nöbetli çalışma	86 (17.87±8.05)	105 (17.31±7.38)
	Test ve Önemlilik	t=0.273 p=0.785	t=-1.096 p=0.276
Birimde Mevcut Pozisyonu	Klinik sorumlu hekimi/hemşiresi	8 (17.38±7.95)	14 (15.07±6.15)
	Klinik nöbetçi hekimi/hemşiresi	71 (18.35±8.01)	96 (17.43±7.56)
	Hastane içi görevlendirme ile geçici olarak çalışma	11 (15.55±8.58)	3 (16.33±1.53)
	Test ve Önemlilik	F=0.596 p=0.553	F=0.646 p=0.526
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Evet	20 (17.05±10.05)	36 (18.00±9.15)
	Hayır	70 (18.17±7.43)	77 (16.69±6.31)
	Test ve Önemlilik	t=-0.548 p=0.585	t=0.778 p=0.440
İlk Yardım, Temel Yaşam Desteği, Mekanik Ventilator, Monitör Eğitimi Alma	Evet	10 (18.60±9.66)	9 (16.78±8.91)
	Hayır	10 (15.50±10.70)	27 (18.41±9.35)
	Test ve Önemlilik	t=0.680 p=0.505	t=-0.458 p=0.650
İzolasyon, COVID-19 Enfeksiyonu, El Hijyeni Eğitimi Alma	Evet	11 (15.55±10.82)	21 (19.14±9.16)
	Hayır	9 (18.89±9.31)	15 (16.40±9.20)
	Test ve Önemlilik	t=-0.731 p=0.474	t=0.884 p=0.383
Birimde Mutlu Olma Algısı	Nadiren	28 (17.46±7.39)	27 (17.04±5.27)
	Bazen	46 (17.98±8.61)	61 (16.34±6.93)
	Sıklıkla	16 (18.56±7.87)	25 (19.04±9.73)
	Test ve Önemlilik	F=0.095 p=0.909	F=1.209 p=0.303

Tablo 6. (Devam)

Pandemi Nedeniyle İşten Ayrılma Düşüncesi	Evet	35 (21.17±7.12)	34 (17.35±6.78)
	Hayır	55 (15.85±7.96)	79 (17.00±7.58)
	Test ve Önemlilik	t=3.217 p= 0.002	t=0.234 p=0.815
İşten Ayrılmayı Düşünme Sıklığı	Hergün	11 (20.09±8.28)	8 (19.25±10.54)
	Her nöbet öncesi sonrası (yoğunluk durumunda)	3 (14.67±6.35)	4 (18.75±9.91)
	Ayda birkaç kez	14 (23.79±6.48)	17 (15.88±4.23)
	Nadiren	7 (20.43±5.35)	5 (18.20±4.49)
	Test ve Önemlilik	F=1.667 p=0.194	F=0.535 p=0.662
Çalışma Performansının COVID-19 Hastalarından Etkilenme Durumu	Evet	62 (18.95±8.23)	89 (17.79±6.69)
	Hayır	28 (15.64±7.22)	24 (14.58±9.00)
	Test ve Önemlilik	t=1.832 p=0.070	t=1.925 p=0.057
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Müzik Dinleme	Evet	18 (20.22±8.70)	23 (20.04±7.06)
	Hayır	72 (17.35±7.89)	90 (16.36±7.23)
	Test ve Önemlilik	t=1.364 p=0.176	t=2.193 p= 0.030
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Sohbet Etme	Evet	24 (19.67±9.44)	41 (16.15±5.57)
	Hayır	66 (17.29±7.44)	72 (17.65±8.14)
	Test ve Önemlilik	t=1.115 p=0.273	t=-1.164 p=0.247
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Dışarı Çıkıp Hava Alma	Evet	49 (17.88±7.35)	49 (18.20±6.09)
	Hayır	41 (17.98±8.88)	64 (16.27±8.08)
	Test ve Önemlilik	t=-0.057 p=0.954	t=1.401 p=0.164
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Klinik İçinde Çalışmaya Ara Verme	Evet	35 (21.17±8.33)	37 (17.51±8.36)
	Hayır	55 (15.85±7.18)	76 (16.91±6.81)
	Test ve Önemlilik	t=3.217 p= 0.002	t=0.411 p=0.682

F= Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 6’da hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanlarının dağılımı görülmektedir.

Hekimlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması birimde 1-3 ay çalışanlarda 14.50±7.80, 4-6 ay arası çalışanlarda 20.64±8.21, yedi ay ve üzeri çalışanlarda 18.62±7.52’dir. Hekimlerin birimde çalışma süresine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek

puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=4.028$; $p=0.021$). Birimde çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); birimde 1-3 aydır çalışanların puan ortalamalarının, birimde 4-6 ay ve 7 ay ve üzerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hekimlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi olanlarda 21.17 ± 7.12 , pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi olmayanlarda 15.85 ± 7.96 'dır. Hekimlerin pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesine göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=3.217$; $p=0.002$).

Hekimlerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verenlerde 21.17 ± 8.33 , kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara vermeyenlerde 15.85 ± 7.18 'dir. Hekimlerin kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme durumuna göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=3.217$; $p=0.002$).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleyenlerde 20.04 ± 7.06 , kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinlemeyenlerde 16.36 ± 7.23 'dür. Hemşirelerin kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme durumuna göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.193$; $p=0.030$).

Hekim ve hemşirelerin; COVID-19 birimi, çalışma biçimi, birimde mevcut pozisyon, hizmet içi eğitim alma durumu, ilk yardım, temel yaşam desteği, mekanik ventilatör, monitör eğitimi alma, izolasyon, COVID-19 enfeksiyonu, el hijyeni eğitimi alma, birimde mutlu olma algısı, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenme durumu, kendini rahatlatma yöntemi olarak dışarı çıkıp hava alma, kendini rahatlatma yöntemi olarak sohbet etme durumuna göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Ayrıca hemşirelerin birimde çalışma süresi, pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi ve kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme ve hekimlerin kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme durumuna göre Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 7. Hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı

		Mesleki Tükenmişlik		Mesleki Tatmin	
		Hekim	Hemşire	Hekim	Hemşire
		n (X±SS)	n (X±SS)	n (X±SS)	n (X±SS)
Yaş (yıl)	20-29 yaş	37 (28.32±3.69)	87 (25.57±5.58)	37 (29.54±8.36)	87 (29.82±8.41)
	30-39 yaş	39 (27.08±7.47)	20 (25.15±6.12)	39 (31.82±8.92)	20 (26.70±7.09)
	40-50 yaş	14 (24.50±7.72)	6 (23.00±9.17)	14 (33.29±4.34)	6 (33.83±8.16)
	Test ve Önemlilik	F=1.919 p=0.153	F=0.553 p=0.577	F=1.332 p=0.269	F=2.074 p=0.131
Cinsiyet	Kadın	36 (26.25±6.97)	93 (25.19±5.77)	36 (32.11±6.71)	93 (30.11±8.27)
	Erkek	54 (27.81±5.80)	20 (26.15±6.37)	54 (30.44±9.03)	20 (26.55±7.76)
	Test ve Önemlilik	t=-1.156 p=0.251	t=-0.661 p=0.510	t=0.946 p=0.347	t=1.762 p=0.081
Medeni Durum	Evli	63 (27.35±6.90)	32 (25.94±6.52)	63 (30.89±6.91)	32 (28.59±7.86)
	Bekar	27 (26.81±4.72)	81 (25.14±5.61)	27 (31.63±10.73)	81 (29.83±8.44)
	Test ve Önemlilik	t=0.425 p=0.672	t=0.654 p=0.515	t=-0.331 p=0.743	t=-0.713 p=0.477
Yaşanılan Yer	Kentsel alan	88 (27.08±6.33)	112 (25.38±5.88)	88 (31.14±8.28)	112 (29.40±8.26)
	Yarı kentsel alan	2 (32.00±0.00)	1 (23.00±0.000)	2 (30.00±0.00)	1 (38.00±0.000)
	Test ve Önemlilik	t=-1.093 p=0.277	t=0.403 p=0.687	t=0.193 p=0.847	t=-1.036 p=0.302
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	42 (25.57±7.45)	15 (26.93±5.35)	42 (32.29±6.95)	15 (27.13±7.63)
	Hayır	48 (28.60±4.73)	98 (25.12±5.92)	48 (30.08±9.07)	98 (29.84±8.34)
	Test ve Önemlilik	t=-2.267 p=0.027	t=1.116 p=0.267	t=1.278 p=0.205	t=-1.182 p=0.240
Çocuk Sayısı	1 çocuk	30 (25.77±7.29)	5 (28.40±2.88)	30 (32.40±7.99)	5 (25.60±7.40)
	2 çocuk	11 (25.09±8.56)	6 (28.00±7.07)	11 (31.82±3.52)	6 (25.00±7.56)
	3 çocuk	1 (25.00±0.000)	4 (23.50±4.20)	1 (34.00±0.000)	4 (32.25±7.46)
	Test ve Önemlilik	F=0.034 p=0.966	F=1.155 p=0.348	F=0.057 p=0.945	F=1.284 p=0.312
Mesleği Kendi İsteği ile Tercih Etme	Evet	75 (26.36± 6.37)	58 (24.38± 5.64)	75 (32.36± 7.02)	58 (31.59±7.73)
	Hayır	15 (31.33±3.94)	55 (26.40±5.95)	15 (24.87± 10.74)	55 (27.25± 8.29)
	Test ve Önemlilik	t=-2.904 p=0.005	t=-1.852 p=0.067	t=2.593 p=0.019	t=2.873 p=0.005

Tablo 7. (Devam)

Mesleği Aile/Çevre Baskısı ile Tercih Etme	Evet	9 (32.44±4.19)	15 (27.13±5.55)	9 (24.00±7.53)	15 (26.13±6.64)
	Hayır	81 (26.60±6.24)	98 (25.09±5.89)	81 (31.90±7.91)	98 (29.99±8.40)
	Test ve Önemlilik	t=2.731 p=0.008	t=1.260 p=0.210	t=-2.856 p=0.005	t=-1.697 p=0.093
Mesleği İş Garantisi Olduğu Düşüncesi ile Tercih Etme	Evet	10 (27.60±5.06)	41 (25.90±6.04)	10 (28.30±12.71)	41 (28.22±8.97)
	Hayır	80 (27.14±6.47)	72 (25.06± 5.77)	80 (31.46±7.48)	72 (30.19±7.81)
	Test ve Önemlilik	t=0.218 p=0.828	t=0.737 p=0.463	t=-0.770 p=0.459	t=-0.770 p=0.224
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az (a)	6 (27.67±4.23)	-	6 (35.50±3.67)	1 (14.00±0.000)
	1-5 yıl (b)	43 (28.00±4.69)	82 (25.62±5.22)	43 (28.74±8.43)	82 (30.21±8.30)
	6-10 yıl (c)	21 (29.62±6.26)	20 (24.85±6.78)	21 (30.62±9.02)	20 (26.20±7.33)
	11-15 yıl (d)	11 (22.18±8.92)	6 (20.50±7.09)	11 (36.91±6.66)	6 (29.67±8.38)
	16 yıl üzeri (e)	9(23.44±6.97)	4 (26.25±6.90)	9 (33.56±2.65)	4 (34.50±5.74)
	Test ve Önemlilik	F=3.962 p=0.005 e<b,c d<b,c	F=1.594 p=0.195	F=3.223 p=0.016 d>b,c	F=2.294 p=0.064
Sosyal Aktivitelere Katılım	Evet	59 (26.85±6.84)	80 (24.55±5.63)	59 (31.56±8.20)	80 (30.33±7.92)
	Hayır	31 (27.84±5.16)	33 (27.33±6.02)	31 (30.26±8.21)	33 (27.42±8.85)
	Test ve Önemlilik	t=-0.707 p=0.481	t=-2.341 p=0.021	t=0.715 p=0.477	t=1.711 p=0.090
Sosyal İlişkilerde Kendisini Tanımlama	Orta (a)	5 (28.00±4.64)	3 (26.33±8.50)	5 (28.00±8.15)	3 (35.00±5.29)
	İyi (b)	69 (27.71±5.91)	82 (26.28±5.64)	69 (31.52±6.53)	82 (28.21±8.15)
	Çok iyi (c)	16 (24.69±7.97)	28 (22.57±5.56)	16 (30.31±13.48)	28 (32.61±7.97)
	Test ve Önemlilik	F=1.557 p=0.217	F=4.486 p=0.013 b>c	F=0.519 p=0.597	F=3.829 p=0.025 c>b

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 7’de hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine Göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Çocuk sahibi olan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 25.57 ± 7.45 , çocuk sahibi olmayan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik puan ortalaması 28.60 ± 4.73 ’dür. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması anlamlı farklılık saptandı ($t=-2.267$; $p=0.027$).

Mesleği kendi isteği ile tercih eden hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 26.36 ± 6.37 mesleği kendi isteği ile tercih etmeyen hekimlerin Mesleki Tükenmişlik puan ortalaması 31.33 ± 3.94 ’tür. Hekimlerin mesleği kendi isteği ile tercih etme durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2.904$; $p=0.005$).

Mesleği aile/çevre baskısı ile tercih eden hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 32.44 ± 4.19 , mesleği aile/çevre baskısı ile tercih etmeyen hekimlerin Mesleki Tükenmişlik puan ortalaması 26.60 ± 6.24 ’tür. Hekimlerin mesleği aile/çevre baskısı ile tercih etme durumuna göre Mesleki Tükenmişlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=2.731$; $p=0.008$).

Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması meslekte bir yıldan az çalışanlarda 27.67 ± 4.23 , 1-5 yıl çalışanlarda çalışanlarda 28.00 ± 4.69 , 6-10 yıl çalışanlarda 29.62 ± 6.26 , 11-15 yıl çalışanlarda 22.18 ± 8.92 , 16 yıl ve üzeri çalışanlarda 23.44 ± 6.97 ’dir. Hekimlerin meslekte çalışma süresine göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($F=3.962$; $p=0.005$). Meslekte çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); 16 yıl ve üzerinde çalışan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanlarının, 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hekimlerden düşük olduğu belirlendi. Ayrıca 11-15 yıldır çalışan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hekimlerden düşük bulundu.

Sosyal aktivitelere katılan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 24.55 ± 5.63 , sosyal aktivitelere katılmayan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 27.33 ± 6.02 ’dir. Hemşirelerin sosyal aktivitelere katılma durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2.341$; $p=0.021$).

Sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı orta olan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 26.33 ± 8.50 , sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı iyi olan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 26.28 ± 5.64 , sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı çok iyi olan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 22.57 ± 5.56 'dır. Hemşirelerin sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($F=4.486$; $p=0.013$). Sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı iyi olan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanının, sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı çok iyi olan hemşirelerden yüksek olduğu belirlendi.

Hekim ve hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, çocuk sayısı, mesleği iş garantisi olduğu düşüncesi ile tercih etme, hemşirelerin çocuk sahibi olma, mesleği kendi isteği ile tercih etme, mesleği aile/çevre baskısı nedeni ile tercih etme ve meslekte çalışma süresi ve hekimlerin sosyal aktivitelere katılım ve sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Mesleği kendi isteği ile tercih eden hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 32.36 ± 7.02 mesleği kendi isteği ile tercih etmeyen hekimlerin Mesleki Tatmin puan ortalaması 24.87 ± 10.74 'dür. Hekimlerin mesleği kendi isteği ile tercih etme durumuna göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=2.593$; $p=0.019$).

Mesleği aile/çevre baskısı ile tercih eden hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 24.00 ± 7.53 , mesleği aile/çevre baskısı ile tercih etmeyen hekimlerin Mesleki Tatmin puan ortalaması 31.90 ± 7.91 'dür. Hekimlerin mesleği aile/çevre baskısı ile tercih etme durumuna göre Mesleki Tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2.856$; $p=0.005$).

Hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması meslekte bir yıldan az çalışanlarda 35.50 ± 3.67 , 1-5 yıl çalışanlarda 28.74 ± 8.43 , 6-10 yıl çalışanlarda 30.62 ± 9.02 , 11-15 yıl çalışanlarda 36.91 ± 6.66 , 16 yıl ve üzeri çalışanlarda 33.56 ± 2.65 'dir. Hekimlerin meslekte çalışma süresine göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($F=3.223$; $p=0.005$). Meslekte çalışma

süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 11-15 yıldır çalışan hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puanı 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hekimlerden yüksek bulundu.

Sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı orta olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 34.00 ± 5.29 , sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı iyi olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 28.21 ± 8.15 , sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı çok iyi olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 32.61 ± 7.97 'dir. Hemşirelerin sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($F=3.829$; $p=0.025$). Sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı çok iyi olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puanının, sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı iyi olan hemşirelerden yüksek olduğu belirlendi.

Hekim ve hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, mesleği iş garantisi olduğu düşüncesi ile tercih etme, sosyal aktivitelere katılım durumuna, hemşirelerin mesleği aile/çevre baskısı nedeni ile tercih etme, meslekte çalışma süresine ve hekimlerin sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısına göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. Hekim ve hemşirelerde çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı (n=203)

		Mesleki Tükenmişlik		Mesleki Tatmin	
		Hekimler	Hemşireler	Hekimler	Hemşireler
		n (X±SS)	n (X±SS)	n (X±SS)	n (X±SS)
COVID-19 Birimi	Yoğun bakım ünitesi	30 (26.73±5.78)	50 (25.50±4.82)	30 (32.60±5.46)	50 (31.46±7.38)
	Klinik	60 (27.42±6.58)	63 (25.25±6.60)	60 (30.37±9.20)	63 (27.90±8.64)
	Test ve Önemlilik	t=-0.483 p=0.630	t=0.221 p=0.826	t=1.440 p=0.154	t=2.315 p=0.022
Birimde Çalışma Süresi	1-3 ay (a)	26 (24.50±5.71)	32 (25.16±5.84)	26 (32.42±9.98)	32 (30.69±9.07)
	4-6 ay (b)	22 (28.77±7.84)	45 (25.62±6.49)	22 (29.23±6.86)	45 (29.13±8.58)
	7 ay ve üzeri (c)	42 (28.02±5.32)	36 (25.22±5.16)	42 (31.29±7.58)	36 (28.83±7.15)
	Test ve Önemlilik	F=3.632 p=0.031 a<b,c	F=0.073 p=0.930	F=0.925 p=0.400	F=0.487 p=0.616
Çalışma Biçimi	Sadece gündüz	4 (24.50±12.79)	8 (21.63±6.74)	4 (34.25±12.84)	8 (30.63±9.49)
	Nöbetli çalışma	86 (27.31±5.96)	105 (25.65±5.72)	86 (30.97±7.99)	105 (29.39±8.21)
	Test ve Önemlilik	t=-0.438 p=0.691	t=-1.893 p=0.061	t=0.783 p=0.436	t=0.406 p=0.686
Birimde Mevcut Pozisyonu	Klinik sorumlu hekimi/hemşiresi	8 (23.00±5.29)	14 (22.57±6.36)	8 (34.75±6.98)	14 (29.00±7.46)
	Klinik nöbetçi hekimi/hemşiresi	71 (27.23±6.25)	96 (25.77±5.76)	71 (31.21±8.48)	96 (29.47±8.37)
	Hastane içi görevlendirme ile geçici olarak çalışma	11 (30.00±6.16)	3 (25.33±4.51)	11 (27.82±6.03)	3 (32.00±11.14)
	Test ve Önemlilik	F=2.990 p=0.055	F=1.849 p=0.162	F=1.714 p=0.186	F=0.161 p=0.852
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Evet	20 (22.75±7.25)	36 (24.11±6.79)	20 (35.05±4.25)	36 (31.81±7.41)
	Hayır	70 (28.46±5.43)	77 (25.95±5.32)	70 (29.99±8.70)	77 (28.39±8.46)
	Test ve Önemlilik	t=-3.837 p=0.000	t=-1.563 p=0.121	t=3.596 p=0.001	t=2.077 p=0.040

Tablo 8. (Devam)

İlk Yardım, Temel Yaşam Desteği, Mekanik Ventilator, Monitör	Evet	10 (24.00±6.31)	9 (21.00±6.91)	10 (33.60±3.31)	9 (35.00±9.10)
	Hayır	10 (21.50±8.22)	27 (25.15±6.55)	10 (36.50±4.74)	27 (30.74±6.61)
	Test ve Önemlilik	t=0.763 p=0.455	t=-1.624 p=0.114	t=-1.586 p=0.130	t=1.521 p=0.137
İzolasyon, COVID-19 Enfeksiyonu, El Hijyeni Eğitimi	Evet	11 (22.00±7.85)	21 (24.52±7.20)	11 (35.64±4.15)	21 (33.19±8.87)
	Hayır	9 (23.67±6.78)	15 (23.53±6.37)	9 (34.33±4.50)	15 (29.87±4.22)
	Test ve Önemlilik	t=-0.502 p=0.622	t=0.426 p=0.672	t=0.672 p=0.510	t=1.495 p=0.145
Çalışılan Birimde Mutlu Olma Algısı	Nadiren (a)	28 (30.36±4.40)	27 (26.00±5.78)	28 (25.50±8.30)	27 (27.19±7.28)
	Bazen (b)	46 (26.80±5.88)	61 (26.10±5.62)	46 (33.85±7.52)	61 (28.08±8.24)
	Sıklıkla (c)	16 (22.75±7.55)	25 (22.88±6.06)	16 (33.06±4.25)	25 (35.36±6.70)
	Test ve Önemlilik	F=8.946 p=0.000 a>b,c	F=2.986 p=0.055	F=11.978 p=0.000 a<b,c	F=9.487 p=0.000 c>a,b
Pandemide İşten Ayrılma Düşüncesi	Evet	35 (31.37±4.06)	34 (27.18±5.36)	35 (25.66±7.80)	34 (26.62±6.94)
	Hayır	55 (24.53±6.05)	79 (24.58±5.93)	55 (34.58±6.37)	79 (30.71±8.52)
	Test ve Önemlilik	t=6.423 p=0.000	t=2.195 p=0.030	t=-5.934 p=0.000	t=-2.467 p=0.015
İşten Ayrılmayı Düşünme Sıklığı	Hergün	11 (29.55±2.77)	8 (27.88±7.12)	11 (22.82±9.4)	8 (24.25±7.46)
	Her nöbet öncesi sonrası (yoğunluk durumunda)	3 (33.33±4.04)	4 (25.25±3.69)	3 (22.67±9.24)	4 (29.50±5.97)
	Ayda birkaç kez	14 (32.14±3.23)	17 (27.12±4.95)	14 (27.57±6.74)	17 (26.41±5.14)
	Nadiren	7 (31.86±6.54)	5 (27.8±5.89)	7 (27.57±6.19)	5 (28.8±11.9)
	Test ve Önemlilik	F=1.060 p=0.194	F=0.691 p=0.565	F=1.198 p=0.327	F=0.224 p=0.879
Çalışma Performansının COVID-19 Hastalarından Etkilenme Durumu	Evet	62 (27.89±5.65)	89 (26.19±5.24)	62 (29.97±7.68)	89 (28.66±8.32)
	Hayır	28 (25.64±7.43)	24 (22.29±7.06)	28 (33.64±8.82)	24 (32.50±7.48)
	Test ve Önemlilik	t=1.577 p=0.118	t=2.994 p=0.003	t=-2.005 p=0.048	t=-2.047 p=0.043

Tablo 8. (Devam)

Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Müzik Dinleme	Evet	18 (29.83±4.62)	23 (26.70±5.13)	18 (29.89±8.62)	23 (30.57±7.82)
	Hayır	72 (26.53±6.52)	90 (25.02±6.01)	72 (31.42±8.11)	90 (29.20±8.40)
	Test ve Önemlilik	t=2.024 p= 0.046	t=1.225 p=0.223	t=-0.706 p=0.482	t=0.705 p=0.482
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Sohbet Etme	Evet	24 (27.13±6.42)	41 (24.98±6.22)	24 (32.33±5.90)	41 (29.49±9.25)
	Hayır	66 (27.21±6.31)	72 (25.58±5.68)	66 (30.67±8.87)	72 (29.47±7.72)
	Test ve Önemlilik	t=-0.058 p=0.954	t=-0.528 p=0.598	t=0.853 p=0.396	t=0.010 p=0.992
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Dışarı Çıkıp Hava Alma	Evet	49 (28.27±5.98)	49 (26.20±5.58)	49 (30.27±9.40)	49 (28.80±7.69)
	Hayır	41 (25.90±6.51)	64 (24.72±6.03)	41 (32.12±6.40)	64 (30.00±8.70)
	Test ve Önemlilik	t=1.793 p=0.076	t=1.340 p=0.183	t=-1.109 p=0.271	t=-0.766 p=0.445
Kendini Rahatlatma Yöntemi Olarak Klinik İçinde Çalışmaya Ara Verme	Evet	35 (29.60±5.92)	37 (25.54±6.12)	35 (27.43±8.29)	37 (29.92±7.33)
	Hayır	55 (25.65±6.10)	76 (25.28±5.77)	55 (33.45±7.26)	76 (29.26±8.72)
	Test ve Önemlilik	t=3.025 p= 0.003	t=0.224 p=0.823	t=-3.631 p= 0.003	t=0.394 p=0.694

F=Varyans analizi, t=Bağımsız gruplarda t testi.

Tablo 8’de hekim ve hemşirelerde çalıştıkları COVID-19 birimlerine göre Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir.

Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması birimde 1-3 ay çalışanlarda 24.50 ± 5.71 , 4-6 ay arası çalışanlarda 28.77 ± 7.84 , yedi ay ve üzeri çalışanlarda 28.02 ± 5.32 ’dir. Hekimlerin birimde çalışma süresine göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=3.632$; $p=0.031$). Birimde çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); birimde 1-3 aydır çalışanların puan ortalamalarının, birimde 4-6 ay ve yedi ay ve üzerinde çalışanlardan düşük olduğu belirlendi.

Hizmet içi eğitim alan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 22.75 ± 7.25 , hizmet içi eğitim almayan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 28.46 ± 5.43 ’tür. Hekimlerin hizmet içi eğitim alma durumlarına göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=-3.837$; $p=0.000$).

Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması çalıştıkları birimde mutlu olma algısı nadir olanlarda 30.36 ± 4.40 , bazen olanlarda 26.80 ± 5.88 , sıklıkla olanlarda 28.02 ± 5.32 ’dir. Hekimlerin çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=8.946$; $p=0.000$). Çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C); birimde nadir mutlu olan hekimlerin puanlarının, bazen ve sıklıkla mutlu olan hekimlerden yüksek olduğu belirlendi.

Pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 31.37 ± 4.06 , pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayan hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 24.53 ± 6.05 ’dir. Hekimlerin pandemide işten ayrılma düşüncesine göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=6.423$; $p=0.000$).

Kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleyen hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 29.83 ± 4.62 , kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinlemeyen hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 26.53 ± 6.52 ’dir. Hekimlerin kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme durumuna

göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.024$; $p=0.046$).

Kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara veren hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 29.60 ± 5.92 , kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara vermeyen hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 25.65 ± 6.10 'dur. Hekimlerin kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=3.025$; $p=0.003$).

Pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 27.18 ± 5.36 , pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 24.58 ± 5.93 'tür. Hemşirelerin pandemide işten ayrılma düşüncesine göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.195$; $p=0.030$).

Çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenen hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 26.19 ± 5.24 , çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenmeyen hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması 22.29 ± 7.06 'dır. Hemşirelerin çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenme durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.994$; $p=0.003$).

Hekim ve hemşirelerin çalışılan COVID-19 birimi, çalışma biçimi, birimde mevcut pozisyon, ilk yardım, temel yaşam desteği, mekanik ventilatör, monitör eğitimi alma, izolasyon, COVID-19 enfeksiyonu, el hijyeni eğitimi alma, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, kendini rahatlatma yöntemi olarak sohbet etme, kendini rahatlatma yöntemi olarak dışarı çıkıp hava alma, hekimlerin çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenme durumu ve hemşirelerin birimde çalışma süresi, hizmetiçi eğitim alma durumu, çalışılan birimde mutlu olma algısı, kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme, kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme durumuna göre Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hizmet içi eğitim alan hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 35.05 ± 4.25 , hizmet içi eğitim almayan hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 29.99 ± 8.70 'dir. Hekimlerin hizmet içi eğitim alma durumlarına göre Mesleki

Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=3.596$; $p=0.001$).

Hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması çalıştıkları birimde mutlu olma algısı nadir olanlarda 25.50 ± 8.30 , bazen olanlarda 33.85 ± 7.52 , sıklıkla olanlarda 33.06 ± 4.25 'tir. Hekimlerin çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=11.798$; $p=0.000$). Çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); birimde nadir mutlu olan hekimlerin puanlarının, bazen ve sıklıkla mutlu olan hekimlerden düşük olduğu belirlendi.

Pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 25.66 ± 7.80 , pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayan hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 34.58 ± 6.37 'dir. Hekimlerin pandemide işten ayrılma düşüncesine göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=-5.934$; $p=0.000$).

Çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenen hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 29.97 ± 7.68 , çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenmeyen hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 33.64 ± 8.82 'dir. Hekimlerin çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenme durumuna göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.005$; $p=0.048$).

Kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara veren hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 27.43 ± 8.29 , kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara vermeyen hekimlerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 33.45 ± 7.26 'dır. Hekimlerin kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme durumuna göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=3.631$; $p=0.003$).

Çalışılan COVID-19 birimi yoğun bakım ünitesi olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 31.46 ± 7.38 , çalışılan COVID-19 birimi klinik olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 27.00 ± 8.64 'tür. Çalışılan COVID-19 birimine göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.315$; $p=0.022$).

Hizmet içi eğitim alan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 31.81 ± 7.41 , hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 28.39 ± 8.46 'dır. Hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumlarına göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.077$; $p=0.040$).

Hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması çalıştıkları birimde mutlu olma algısı nadir olanlarda 27.19 ± 7.28 , bazen olanlarda 28.08 ± 8.24 , sıklıkla olanlarda 35.36 ± 6.70 'dir. Hemşirelerin çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($F=9.487$; $p=0.000$). Çalıştıkları birimde mutlu olma algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); birimde sıklıkla mutlu olan hemşirelerin puanlarının, nadir ve bazen mutlu olan hemşirelerden yüksek olduğu belirlendi.

Pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 26.62 ± 6.94 , pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 30.71 ± 8.52 'dir. Hemşirelerin pandemide işten ayrılma düşüncesine göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=-2.467$; $p=0.015$).

Çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenen hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 28.66 ± 8.32 , çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenmeyen hemşirelerin Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması 32.50 ± 7.48 'dir. Hemşirelerin çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenme durumuna göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ($t=2.047$; $p=0.043$).

Hekim ve hemşirelerin çalışılan birimde çalışma süresi, çalışma biçimi, birimde mevcut pozisyon, ilk yardım, temel yaşam desteği, mekanik ventilatör, monitör eğitimi alma, izolasyon, COVID-19 enfeksiyonu, el hijyeni eğitimi alma, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme, kendini rahatlatma yöntemi olarak sohbet etme, kendini rahatlatma yöntemi olarak dışarı çıkıp hava alma, hekimlerin çalıştıkları COVID-19 birimi ve hemşirelerin kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme durumuna göre Mesleki Tatmin alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 9. Hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=203)

		Merhamet Yorgunluğu
Hekim	Yaş*	r -0.024 p 0.822 n 90
	Birimde çalışan hemşire sayısı**	r -0.254 p 0.019 n 85
	Birimde çalışan hekim sayısı*	r -0.011 p 0.921 n 90
	Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı**	r -0.098 p 0.359 n 90
	Aylık ortalama çalışma saati*	r 0.064 p 0.547 n 90
	Yaş*	r -0.04 p 0.672 n 113
	Birimde çalışan hemşire sayısı**	r -0.039 p 0.678 n 113
	Birimde çalışan hekim sayısı*	r 0.154 p 0.111 n 108
	Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı**	r -0.119 p 0.210 n 112
	Aylık ortalama çalışma saati*	r -0.002 p 0.984 n 113
Hemşire	Yaş*	r -0.04 p 0.672 n 113
	Birimde çalışan hemşire sayısı**	r -0.039 p 0.678 n 113
	Birimde çalışan hekim sayısı*	r 0.154 p 0.111 n 108
	Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı**	r -0.119 p 0.210 n 112
	Aylık ortalama çalışma saati*	r -0.002 p 0.984 n 113

*Pearson korelasyon analizi, **Spearman korelasyon analizi

Tablo 9’da hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hekimlerde Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı ile birimde çalışan hemşire sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulundu

($r=-0.254$; $p=0.019$). Hekim ve hemşirelerde birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı, aylık ortalama çalışma saati ve hemşirelerde yaş ile Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 10. Hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=203)

		Mesleki Tükenmişlik	Mesleki Tatmin	
Hekim	Yaş*	r	-0.316	0.245
		p	0.002	0.020
		n	90	90
	Birimde çalışan hemşire sayısı**	r	-0.249	0.123
		p	0.021	0.261
		n	85	85
	Birimde çalışan hekim sayısı*	r	-0.022	0.102
		p	0.836	0.338
		n	90	90
	Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı**	r	-0.002	-0.086
		p	0.979	0.367
		n	90	90
	Aylık ortalama çalışma saati*	r	-0.095	-0.007
		p	0.374	0.949
		n	90	90
Hemşire	Yaş*	r	-0.105	0.034
		p	0.267	0.721
		n	113	113
	Birimde çalışan hemşire sayısı**	r	-0.002	0.086
		p	0.979	0.678
		n	113	113
	Birimde çalışan hekim sayısı*	r	-0.123	0.178
		p	0.203	0.065
		n	108	108
	Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı**	r	-0.015	-0.228
		p	0.872	0.016
		n	112	112
	Aylık ortalama çalışma saati*	r	0.021	0.021
		p	0.822	0.822
		n	113	113

*Pearson korelasyon analizi, **Spearman korelasyon analizi

Tablo 10’da hekim ve hemşirelerin yaş ve çalıştıkları COVID-19 birimlerine ait bazı özellikleri ile Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile yaş arasında ve Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile birimde çalışan hemşire sayısı arasında ($r=-0.249$; $p=0.021$) istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptandı ($r=-0.316$; $p=0.002$). Hekimlerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ve aylık ortalama çalışma saati arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin Mesleki Tükenmişlik alt ölçek puanı ile yaş, birimde çalışan hemşire sayısı, birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ve aylık ortalama çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hekimlerde Mesleki Tatmin alt ölçek puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanırken ($r=0.245$; $p=0.020$); birimde çalışan hemşire sayısı, birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ve aylık ortalama çalışma saati ile Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerde Mesleki Tatmin alt ölçek puanı ile bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunurken ($r=-0.228$; $p=0.016$); yaş, birimde çalışan hemşire sayısı, birimde çalışan hekim sayısı ve aylık ortalama çalışma saati ile Mesleki Tatmin alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 11. Meslek/unvanın Merhamet Yorgunluğu, Mesleki Tükenmişlik ve Mesleki Tatmin düzeyine etkisini gösteren Lojistik Regresyon Modeli

	B	SH	Wald	p	Odd(s)	%95 GA	
						Alt	Üst
Merhamet Yorgunluğu	-0.014	0.019	0.573	0.449	0.986	0.951	1.023
Mesleki Tükenmişlik	-0.113	0.035	10.263	0.001	0.894	0.834	0.957
Mesleki Tatmin	-0.063	0.022	8.359	0.004	0.939	0.900	0.980
Sabit	4.571	1.252	13.320	0.000	96.604	-	-

SH=Standart Hata; GA= Güven Aralığı; Tüm değişkenler sürekli veri olarak incelenmiştir.

Tablo 11’de meslek/unvanın Mesleki Yorgunluğu, Mesleki Tatmin ve Mesleki Tükenmişlik düzeyine etkisini gösteren Lojistik Regresyon Modeli verilmiştir. Meslek/unvan Mesleki Tükenmişlik ($p=0.001$) ve Mesleki Tatmin ($p=0.004$) üzerinde anlamlı birer yordayıcıdır. Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik 0.894 kat, Mesleki Tatmin 0.939 kat daha fazladır. Meslek/unvan mesleki yorgunluğu üzerinde ise anlamlı bir yordayıcı değildir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda COVID-19 birimlerinde çalışan hekimlerin yarısı ve hemşirelerin yarıya yakını yüksek düzey merhamet yorgunluğuna sahiptir. Hekimlerin %50'si, hemşirelerin %48.7'si yüksek düzey merhamet yorgunluğuna sahiptir. Amir ve Okalo'nun çalışmasında, hemşirelerin %49.11'inde yüksek düzey merhamet yorgunluğu saptanmıştır (100). Pandemi döneminde COVID-19 hastalarıyla çalışan hekim ve hemşirelerle yapılan birçok çalışmada, hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyleri çalışmamıza paralel olarak yüksek bulunmuştur (101-103). Yine COVID-19 pandemisi sırasında İspanya'da Fernandez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hekim ve hemşirelerde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu gözlenmiştir (7). Ancak çalışmamızda olduğu gibi az da olsa hekimlerde hemşirelere göre daha fazla merhamet yorgunluğu saptanmıştır. Hekimlerin, pandemi sırasında büyük etik ve ahlaki kararlar almak zorunda kaldıkları, çoğu zaman kıt kaynakları yönettikleri, sınırlı ve yetersiz kaynaklarla tedavi edilecek hastaların seçiminde rol aldıkları, ventilatör tahsis etme veya ventilatörden ayırma kararında güçlük yaşadıkları, acı ve ıstırap içinde olan hastalarla çalıştıkları, sıklıkla kötü haberleri aileleri ile paylaşmak zorunda kaldıkları, suçluluk hissettikleri ve bu nedenle merhamet yorgunluğunu daha fazla hissettikleri bildirilmektedir (7, 27, 49).

Çalışmamızda hekimlerin %60'ı, hemşirelerin %44'ü yüksek düzey mesleki tükenmişlik yaşamaktadır. Çalışmamıza paralel İtalya'da COVID-19 pandemi insidansının yüksek olduğu bölgelerde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarında yüksek düzey mesleki tükenmişlik görülmüştür (104). Llunch ve arkadaşlarının sistematik incelemesinde, içinde hekim ve hemşirelerin de yer aldığı pandemi öncesinde olan çalışmalarla pandeminin ilk yılında yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında, mesleki tükenmişlik düzeylerinin orta düzeyden yüksek düzeye çıktığı ifade edilmiştir (15). Yine pandemi öncesiyle karşılaştırılan başka bir çalışmada da, mesleki tükenmişliğin pandemi döneminde önemli derecede arttığına vurgu yapılmıştır (16). Çalışmamızda, hekimlerin hemşirelere göre daha fazla mesleki tükenmişlik yaşamalarının nedeni olarak COVID-19 sürecinde hekimlerin uzun sürelerle mola vermeksizin çalışmaları ve hangi hastaya yoğun bakım yatağı verileceği ya da ventilatör sağlanacağı gibi yüksek düzeyde baskı yaratan

durumlarla sıklıkla karşılaşmaları düşünülmüştür. Çalışmamıza paralel Dosil ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerde mesleki tükenmişlik hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (26). Yine Fernandez'in çalışmasında, hekimler hemşirelerden daha yüksek mesleki tükenmişliğe sahiptir (7). Hasta ve yakınlarıyla duygusal temasa doğrudan maruz kalan hemşireler için mesleki tükenmişliğin daha yüksek olması beklenirken, hekimlerin nihai kararları veren profesyoneller olması nedeniyle mesleki tükenmişliğin hemşirelerden daha fazla görülebileceği yorumu yapılmıştır. Ayrıca hemşirelerle yapılan bir çalışmada, pandemi biriminde çalışan hemşirelerin daha düşük mesleki tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca, içinde bulundukları durumları daha fazla kontrol etme duygusunun neden olduğu varsayılmaktadır. İşyerinde kontrolün, bağlılığın temel itici gücü olduğu ve tükenmişliği önlemek için pandemi sürecinde hemşireler üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (105).

Mesleki tatmin, çalışanların yaşam kalitesini artırma, yaptıkları işte mutlu olmaları ve işin devamlılığını sağlamaları açısından üzerinde durulması gereken bir konudur (7, 106, 107). Çalışmamızda, hemşirelerde daha fazla olmak üzere hekim ve hemşireler düşük düzeyde mesleki tatmine sahiptir. Stamm, merhamet yorgunluğunun arttığı durumları çalışanların mesleki tatmin deneyimlemesine engel olabileceğini ifade etmiştir (98). Çalışmamızda buna paralel olarak, hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu yüksek düzeyde olup mesleki tatmin düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Yine Ocak 2020 tarihinden önce yapılan 79 çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, hemşirelerde mesleki tatmin ortalamasının çalışmamızda olduğu gibi düşük olduğu bulunmuştur (108). Çalışmamızın aksine pandemi döneminde Dosil ve arkadaşları hekim ve hemşirelerde mesleki tatmini yüksek ve orta düzeyde (26), Buselli ve arkadaşları ise orta düzeyde bulmuşlardır (102). Literatür incelendiğinde, pandeminin ilk yılında yayımlanan literatürün sistematik incelemesini yapan Lluch ve arkadaşları çok az sayıda mesleki tatminin incelendiği çalışmaya rastladıklarını ifade etmişlerdir (15). Oysaki mesleki tatmin, merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişliğin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmada koruyucu bir faktördür (109). Düşük mesleki tatmin düzeylerinin bakım standartlarının kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (7, 106, 107). İspanya'da pandeminin en güç zamanlarında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hekimlerden anlamlı derecede yüksek mesleki tatmin düzeylerine sahip olduğu ve pandemi öncesi yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu düzeyin artmış olduğu bulunmuştur (7). Hemşireler pandeminin getirdiği eşsiz koşullarda kendi içsel motivasyonlarını koruyarak hastalarına aktif olarak

bağlı kalmış olup onlara duydukları merhametten mesleki tatmin yaşadıkları düşünülmektedir. Ayrıca tüm sağlık çalışanlarına özellikle hemşirelere çabaları ve hizmetleri için toplum tarafından sosyal destek ve takdir hareketi gerçekleşmiştir. Pandeminin güçlüklerine rağmen hemşireler özel ve profesyonel bakımın etkilerini topluma gösterme fırsatı yakalamış olup algılanan sosyal tanınmayla acıyı hafifletme motivasyonlarıyla birlikte hemşirelerde mesleki tatmin düzeyinin artmış olabileceği belirtilmektedir (7, 102) Literatürün aksine çalışmamızda, hemşirelerde mesleki tatmin düzeyinin düşük olmasının nedeni olarak, uzun çalışma saatleri, koruyucu ekipmanlarla çalışma, bulaş riski ve daha sık kayba tanık olma gibi nedenler düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hekimlerin merhamet yorgunluğu ile mesleki tükenmişlikleri arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Hekimlerin merhamet yorgunluğu arttıkça mesleki tükenmişlikleri artmaktadır. Ayrıca, hekimlerin mesleki tatmin düzeyi ile mesleki tükenmişlikleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Hekimlerin mesleki tatmin düzeyleri arttıkça mesleki tükenmişlikleri azalmaktadır. COVID-19 pandemisinde hekimlerle yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde yüksek merhamet yorgunluğu düzeylerinin yüksek tükenmişlik düzeyleriyle ilişkili olduğu, yüksek tükenmişlik düzeylerinin ise düşük mesleki tatminle ilişkili olduğu bulunmuştur (110).

Çalışmamızda, hemşirelerin hekimlere benzer şekilde merhamet yorgunluğu ile mesleki tükenmişlikleri arasında pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu arttıkça mesleki tükenmişlikleri artmaktadır. Ayrıca, hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi ile mesleki tükenmişlikleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Hemşirelerin mesleki tatmin düzeyleri arttıkça mesleki tükenmişlikleri azalmaktadır. Pandemi döneminde hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde merhamet yorgunluğu mesleki tükenmişlikle pozitif yönlü, mesleki tatmin mesleki tükenmişlikle negatif yönlü ilişki içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (7). Çalışmamızın aksine Poudyal'ın çalışmasında, merhamet yorgunluğunun mesleki tatminle anlamlı şekilde negatif yönde bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (111). Çalışmamızda, mesleki tatminin merhamet yorgunluğuyla ilişkisini iki grupta anlamlı bulmamış olsak da, literatürde yapılan çalışmalarda, mesleki tatminin merhamet yorgunluğu üzerinde koruyucu etkisine ve negatif ilişki içinde olduklarına vurgu yapılmıştır (7, 112).

Çalışmamızda, mesleğini kendi isteğiyle tercih eden hekimlerin merhamet yorgunluğu daha düşüktür. Hemşirelerde ise aksine mesleğini kendi isteğiyle tercih etme

durumu merhamet yorgunluğunu etkilememiştir. Pandemi öncesi yapılan bir çalışmada, çalışmamıza paralel, hemşirelerde mesleğini kendi isteğiyle seçme değişkenine göre merhamet yorgunluğunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (113). Merhamet yorgunluğunu hekimlerde değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olması nedeni ile bulgumuza yönelik destekleyici bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönü ile çalışmamız hekimlerin merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri incelemesi yönüyle literatüre öncülük etmektedir. Mesleğini kendi isteğiyle seçmeyen hekimler, işlerini de severek yapamayacakları gibi mesleklerinin olumsuz yönlerine odaklanıp duygusal olarak daha fazla etkileneceklerdir. Dolayısıyla, bu durumun hekimlerde merhamet yorgunluğunun yükselmesine neden olacağı düşünülmüştür. Bu durumun aksine kendi isteğiyle mesleğini seçen hekimler için tersi durumun olacağını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğunu; “yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, mesleği aile/çevre baskısı nedeniyle tercih etme, mesleği iş garantisi nedeni ile tercih etme, meslekte çalışma süresi, sosyal aktivitelere katılım ve sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı” etkilememiştir. Koca’nın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı değişkenleri ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır. Ancak çalışmamızın aksine Koca’nın çalışmasında, meslekte çalışma süresi arttıkça merhamet yorgunluğu artmış, sosyal ilişkilerde kendini algılama durumunu “çok iyi” olarak ifade edenlerde merhamet yorgunluğu düşük bulunmuştur (19).

Çalışmamızda, pandemi birimlerinde 1-3 ay çalışan hekimlerin merhamet yorgunluğu, birimde 4-6 ay ve yedi ay ve üzerinde çalışan hekimlerden daha düşüktür. Pandemi birimlerinde çalışan hemşirelerde ise aksine birimde çalışma süresi merhamet yorgunluğunu etkilememiştir. Hekimlerde merhamet yorgunluğuyla ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışma olması nedeni ile hemşirelerle çalışması olan Koca’nın çalışmasında, çalışılan birimde çalışma süresi arttıkça merhamet yorgunluğunun arttığı görülmüştür (19).

Pandemi şartlarında her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde, örgütsel düzeyde risk faktörleri iyi yönetilemediğinde çalışanların performansında azalma, iş kazalarında artış ve işten ayrılma davranışları görülmektedir (114). Çalışmamızda, pandemi nedeni ile işten ayrılma düşüncesi olan hekimlerin merhamet yorgunluğu anlamlı olarak yüksektir. Hemşirelerde ise böyle bir anlamlılığa ulaşılammıştır. Leodoro ve arkadaşlarının çalışmasında, COVID-19 pandemisi sırasında ön saflarda yer alan hemşirelerin yüksek

düzeyde merhamet yorgunluğu yaşaması sonucunda, mesleki tatminlerinin olumsuz etkileneceği ve işten ayrılmayı teşvik edebileceği öne sürülmüştür (115).

Yoder, merhamet yorgunluğuyla başetme stratejilerinde hemşirelerin olumsuz tutum geliştirebildikleri gibi olumlu tutum da geliştirebildiklerini belirtmiştir (116). Yine Gök çalışmasında, hemşirelerin merhamet yorgunluğuyla başa çıkmak için düşünce ve fiziksel olarak iş ortamından uzaklaşma stratejisini tercih ettiklerini ifade etmiştir (117). Çalışmamızda buna paralel olarak hekimlerde, merhamet yorgunluğu yüksek olanlarda olumlu baş etme stratejilerinden “kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verme” davranışının görüldüğü, hemşirelerde ise “müzik dinleme” davranışının olduğu görülmüştür.

Yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığını bildiren çalışma olsa da (118), çalışmamızda hekim ve hemşirelerin çalıştıkları COVID-19 birimi ile anlamlı sonuca ulaşamamıştır. Halperin ve arkadaşlarının ebelerle yaptığı bir çalışmada, çalışanlar merhamet yorgunluğuyla baş etmek için hizmet içi eğitim talebinde bulunmuştur (119). Ancak çalışmamızda hekim ve hemşirelerde hizmet içi eğitim alma durumu merhamet yorgunluğunu etkilememiştir. Coetzee ve Klopper, mesleki tatmini merhamet yorgunluğunun tersi bir kavram olarak tanımlamışlardır (120). Çalışmamızda hekim ve hemşirelerde “çalışılan birimde mutlu olma, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenme durumu” merhamet yorgunluğunu anlamlı olarak etkilemese de Henson, merhamet yorgunluğu ortaya çıktıktan sonra yapılan müdahalelerin yapılmasının yetersiz olduğunu ifade etmiş ve bunu önlemek için çalışma ortamlarının iyileştirilmesine ihtiyaç duyulduğuna vurgu yapmıştır. İyileştirilmiş çalışma ortamlarının mesleki tatmini arttırıp, merhamet yorgunluğunun önlenmesine katkı sağlayacağını savunmuştur (121).

Çalışmamızda, hekimlerin çocuk sahibi olma durumu mesleki tükenmişliklerini anlamlı olarak etkilemiştir. Çocuk sahibi olan hekimlerin mesleki tükenmişlikleri daha düşüktür. Çalışmamızı destekler nitelikte sağlık çalışanlarında mesleki tükenmişlik yüksek düzeyde görülmüş olup, çocuk sahibi olma durumunda tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu literatürde yapılan diğer çalışmalarda görülmüştür (122-124). Çalışmamızda bu çalışmaların aksine hemşirelerde çocuk sahibi olma durumu ile mesleki tükenmişlik arasında anlamlılık bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak mesleki tükenmişlik düzeyi

yüksek olan hemşireleri etkileyen diğer faktörlerin çocuk sahibi olma durumundan daha ağır etkilere sahip olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda mesleği kendi isteğiyle tercih eden hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyi düşüken, mesleği aile/çevre baskısıyla tercih eden hekimlerin etmeyenlere göre mesleki tükenmişlik düzeyi daha yüksektir. Hemşirelerde ise sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kılıç ve Seymen çalışmasında, sağlık sektöründe tükenmişlik sendromuna etki eden faktörleri analiz etmiş ve mesleğini kendi isteği doğrultusunda tercih eden çalışanların tükenmişlik seviyelerini kendi isteği doğrultusunda tercih etmeyenlere göre daha düşük bulmuşlardır. Kılıç ve Seymen, mesleğini kendi isteği doğrultusunda tercih edenlerle, aile ya da tesadüfi diğer nedenlerle tercih edenler arasındaki tükenmişlik düzeyinin farklı olup olmadığını sorguladıklarında ise mesleğini kendi isteği doğrultusunda tercih edenlerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (125). Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin mesleği iş garantisi olduğu düşüncesiyle tercih etme durumu mesleki tükenmişliklerini anlamlı olarak etkilememiştir.

Maslach ve Jackson, tükenmişliğin mesleğin ilk yıllarında daha çok görüldüğünü, işe yeni atılma heyecanı ve hevesi olan çalışanların, işini ciddiye almayanların alaycı tavırlarıyla karşılaştıklarında deneyimli çalışanlara göre daha yoğun tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (126). Forlin ise, mesleki deneyimin artmasıyla işe/mesleğe duyulan bağlılığın da arttığını ve sonuç olarak işini daha çok benimseyerek tükenmişliğin azaldığını belirtmiştir (127). Çalışmamız da bu çalışmalara paralel olarak, 11-15 yıl ve 16 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyi 1-5 yıl ve 6-10 yıl çalışan hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktür. Hemşirelerde ise mesleki tükenmişlik ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı sonuç saptanmamıştır.

Çalışmamızda sosyal aktivitelere katılan hemşirelerin mesleki tükenmişlik düzeyi daha düşüken, bu durum hekimlerde mesleki tükenmişlik düzeyini etkilememiştir. Çalışmamızı destekleyen Tunçel ve arkadaşları, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada, yeterli sosyal aktivite yapan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini daha düşük bulmuşlardır (128).

Çalışmamızda hemşirelerin sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısı, mesleki tükenmişlik düzeyini etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısı ‘çok iyi’ olan hemşirelerin mesleki tükenmişlik düzeyi anlamlı olarak en düşüktür. Nitekim Koca’nın çalışmasında da hemşirelerde sosyal ilişkilerde kendini

tanımlama algısı ‘çok iyi’ olanlarda mesleki tükenmişlik düzeyleri düşük bulunmuştur (19). Hekimlerde ise sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısı mesleki tükenmişlik düzeyini etkilememiştir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerde yaş mesleki tükenmişliği etkileyen bir faktör değilken, Kuzu ve Yıldırım’ın literatür taraması yaptıkları çalışmasında tükenmişlikle yaş ilişkisini incelediklerinde, genç yaşta tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (129). Yine çalışmamızda hekim ve hemşirelerde “cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, hemşirelerde çocuk sahibi olma” mesleki tükenmişliği etkilemezken, Çelmece ve Menekay’ın COVID-19 hastalarıyla çalışan sağlık personelleriyle yaptığı çalışmasında, kadınların erkeklerden, evli olanların bekarlardan, çocuğu olanların olmayanlardan anlamlı derecede mesleki tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (130). Pandemi döneminde Mısırlı hekimlerde yapılan bir çalışmada, çalışmamızın aksine deneyim eksikliği nedeniyle genç yaşta olan hekimlerle ve kadınlarda daha yüksek tükenmişlik görüldüğü, Mısır’da farklı bölgelerde tükenmişliğin çalışıldığı çalışmalarla bu çalışma karşılaştırıldığında da yaşanan yere göre tükenmişlik oranlarının farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (131). Çalışmamızı destekler nitelikte, yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumunu içeren sosyodemografik verilerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (128).

Çalışmamızda mesleği kendi tercih eden hekim ve hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi mesleği kendi isteği ile tercih etmeyenlere göre daha yüksektir. Ayrıca aile/çevre baskısı ile mesleği tercih eden hekimlerin etmeyenlere göre mesleki tatmin düzeyleri düşüktür. Hemşirelerin mesleği aile/çevre baskısı nedeniyle tercih etmeleri, mesleki tatmin düzeylerini etkileyen bir faktör olarak bulunmamıştır. Gökaslan ve Kanad’ın hekimlerle yaptığı çalışmasında, çalışmamızla aynı sonuçlara ulaşılmıştır (132). Hekimlerin mesleki tatmin düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmaların yetersiz ve sınırlı olması dolayısıyla hemşirelerle yapılan bir çalışma incelendiğinde, mesleğini kendi tercih eden hemşirelerin mesleki tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (20). Buradan yola çıkarak kendi isteğiyle mesleğini tercih edenlerin içsel bir motivasyonla işlerini yaptığı ve işlerini daha çok sevdikleri bunun sonucu olarak da mesleki tatmine ulaştıkları söylenebilir.

Çalışmamızda 11-15 yıldır çalışan hekimler, 1-5 yıl ve 6-10 yıldır çalışan hekimlerden daha yüksek mesleki tatmin düzeyine sahiptir. Ezer ve Üstün, çalışmamıza

benzer şekilde 6-10 yıl çalışan hekimlerin mesleki tatmin düzeyinin, 6 ay-5 yıl çalışan hekimlerden daha yüksek olduğunu bulmuştur (133). Buradan mesleki deneyimle birlikte mesleki tatmin düzeyinin artacağı yorumunu yapabiliriz. Çalışmamızda hemşirelerin mesleki tatmin düzeyleri ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı sonuca ulaşılmamıştır.

Çalışmamızda sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı ‘çok iyi’ olan hemşirelerin, ‘iyi’ olan hemşirelere göre mesleki tatmin düzeyleri daha yüksektir. Ezer ve Üstün hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde sosyal ilişkilerde iyi olma durumunun mesleki tatminle pozitif yönlü ilişki içinde olduğunu belirtmiştir (133). Çalışmamızda hekimlerin mesleki tatmin düzeyleri ile sosyal ilişkilerde kendini tanımlama algısı arasında anlamlı sonuca ulaşılamamıştır.

Ezer ve Üstün hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında, erkeklerde kadınlara göre mesleki tatmin düzeyinin yüksek, 30 yaş ve altı grupta mesleki tatminin en düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Fakat çalışmamızda hekim ve hemşirelerde yaş ve cinsiyet, mesleki tatmini etkileyen faktörler olarak bulunmamıştır. Yine Ezer ve Üstün’ün çalışmasında, medeni durumla mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup çalışmamızla da bu sonuç uyumlu bulunmuştur (133). Koca’nın hemşirelerle yaptığı çalışmasında, çalışmamıza paralel olarak medeni durum ve çocuk sayısı mesleki tatminle ilişkili bulunmamıştır (19).

Çalışmamızda COVID-19 birimlerinde 1-3 aydır çalışan hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyi, 4-6 ay ve yedi ay ve üzeri çalışan hekimlerden daha düşüktür. Hemşirelerde ise çalışma süresi mesleki tükenmişlik düzeyini etkilememiştir. Nitekim Acavut ve Korkmaz hekim ve hemşirelerin de içinde olduğu pandemi biriminde çalışma süreleri bir ay olan sağlık çalışanlarının çalışmamıza benzer şekilde mesleki tükenmişlik düzeyini daha uzun süre çalışanlardan düşük bulmuşlardır (134). Çalışmamızda, hemşirelerde bu sonuç anlamsız olsa da hemşirelerin mesleki tükenmişlik açısından risk grubu içinde olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda hizmet içi eğitim alan hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyi, eğitim almayanlardan düşüktür. Hemşirelerde ise hizmet içi eğitim alma, mesleki tükenmişlik düzeyini etkileyen bir faktör olarak belirlenmemiştir. Akalın ve Modanlıoğlu’nun pandemi sürecinde hizmet içi eğitim alan, içinde hekim ve hemşirelerin olduğu çalışmasında, hizmet içi eğitim alanların almayanlara göre pozitif duygu durumunun yüksek olduğu görülmüş

olup, tükenmişlik için koruyucu olduğu sonucuna varılmıştır (135). Çalışmamız da bu çalışmaya benzer şekilde hizmet içi eğitim alan hekimlerde, mesleki tükenmişlik düzeyi daha düşük görülmüştür.

Çalışmamızda çalıştıkları birimde “nadir” mutlu olma algısına sahip hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyi “bazen” ve “sıklıkla” mutlu olma algısına sahip hekimlerden daha yüksektir. Nitekim Çam çalışmasında, çalıştıkları birimden memnun olan çalışanların psikolojik açıdan daha rahat olacağı ve bu memnun olma durumunun tükenmişlik düzeyini negatif yönde etkileyeceğini ifade etmiştir (136). Hemşirelerde ise çalıştıkları birimde mutlu olma algısı mesleki tükenmişlik düzeyini etkilememiştir.

Çalışmamızda pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hekim ve hemşirelerin işten ayrılmayı düşünmeyenlere göre mesleki tükenmişlik düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Bu konu ile ilgili hekimlerle yapılan bir çalışmaya rastlanılmamış olup, hemşirelerle yapılan bir çalışmada, mesleki tükenmişliğin işten ayrılma isteğini düşük düzeyde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada, mesleki tükenmişliğin azaltılıp, örgütsel bağlılık ve iş doyumlarının artırılmasının işten ayrılma düşüncelerini azaltacağı yorumu yapılmıştır (137).

Tükenmişlikle baş etmede çalışma ortamında olan olumsuzlukların düzenlenmesinin yanında, çalışan kişinin bireysel özelliklerine göre tükenmişliği önlemek için girişimlerde bulunması gerektiği belirtilmektedir (138). Nitekim çalışmamızda da pandemi birimlerinde çalışan ve kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleyen ve klinik içinde çalışmaya ara veren hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri bu yöntemleri kullanmayanlara göre daha düşüktür. Hemşirelerde ise bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenen hemşirelerin mesleki tükenmişlik düzeyi, etkilenmeyen hemşirelerden yüksektir. Çalışma bulgumuzu destekler nitelikte Hardiyono ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin SARS-CoV-2'nin olumsuz etkilerini çok sayıda hastalarının üzerinde gördükleri ve tükenmişlik yaşadıkları belirtilmiştir (139). Hekimlerde ise bu durum mesleki tükenmişliği etkileyen bir faktör değildir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin “çalıştıkları COVID-19 birimi, birimde mevcut pozisyonları, işten ayrılmayı düşünme sıklıkları, kendini rahatlatma yöntemi olarak sohbet etmeleri ve dışarı çıkıp hava almaları” mesleki tükenmişlik düzeyini etkileyen

faktörler olarak bulunmamıştır. Bu sonuç hekim ve hemşirelerin mesleki tükenmişlikleri üzerinde uzun çalışma saatlerinin, iş yükü ve iş taleplerindeki artışın, yoğun stres ve baskı hissetme gibi psikososyal risklerin daha olumsuz etkilere neden olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin çalıştığı birime göre mesleki tatmin düzeyleri incelendiğinde; COVID-19 yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi yüksektir. Hekimlerde ise çalışılan COVID-19 birimi mesleki tatmin düzeyini etkileyen bir faktör değildir. Fernandez'in çalışmasında, çalışılan birime göre hekim ve hemşirelerde mesleki tatmin düzeylerinde farklılık bulunmamakla birlikte hemşirelerde hekimlerden daha yüksek düzeyde mesleki tatmin bulunmuştur (7). Bu çalışmada, hemşirelerin yüksek düzeyde mesleki tatminlerinin olmasının nedeni olarak, hemşirelerin hastalarla en yakın ve uzun süreli çalışmaları ve koşulsuz çaba göstermelerinin sonucu olarak hastalara iyi gelmelerinden duydukları derin memnuniyet düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hizmet içi eğitim alan hekim ve hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi, hizmet içi eğitim almayanlara göre daha yüksektir. Pandemi öncesi bir üniversite hastanesinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hizmet içi eğitime katılmanın mesleki tatmini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (18). Ancak hekimlerle ilgili böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız sonucunda, hizmet içi eğitimlerin çalışanlarda bilgi, beceri ve tutum geliştirebileceği gibi mesleki farkındalık, işinde mutlu olma ve üretici olmalarını sağlayıp işinden doyum almaya katkı sunacağı yorumu yapılmıştır.

Çalışmamızda, çalıştıkları birimde mutlu olma algısı “nadir” olan hekim ve hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi, mutlu olma algısı “sıklıkla” olanlara göre daha düşüktür. Flarity ve arkadaşları, hemşirelerin bakım verdikleri hastaların durumunda olumlu gelişme olduğunda mutlu olduklarını ve bunun sonucunda da mesleki tatminin ortaya çıktığını ifade etmişlerdir (69). Çalışmamızda, bunu desteklercesine çalışılan birimde mutlu olma algısı ‘sıklıkla’ olan hekim ve hemşirelerin mesleki tatmini yüksek bulunmuştur.

Basit ve Duygulu'nun çalışmasında, hemşirelerde işe devam etme niyetinin dolaylı olarak iş doyumunu arttırdığı ifade edilmiş olup (140), çalışmamızda buna paralel olarak pandemide işten ayrılma düşüncesi olan hekim ve hemşirelerin mesleki tatmin düzeyleri düşük bulunmuştur. Çini ve arkadaşlarının pandemi döneminde sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında, mesleki tatminin işte kalma niyetini pozitif yönde etkilediği

belirlenmiştir (141). İşten ayrılmaları engellemek için kurumların çalışanların mesleki tatminlerini arttıracak uygulamalara yer vermesi gerektiği düşünülmüştür.

Mesleki tatmin, bakım vericilerin bakıma muhtaç bireylerle çalıştıklarında ve yaptıkları işte başarılı olduklarını hissettikleri durumlarda meydana gelmektedir ve merhamet yorgunluğunun tam tersi bir durumdur. Çalışanlarda strese neden olan hastanın sürekli düşünülüp sorgulanması, merhamet yorgunluğunun bir belirtisidir ve mesleki tatmini de azaltan bir durumdur (93, 95). Bu doğrultuda çalışmamızda, çalışma performansı COVID-19 hastalarından etkilenen hekim ve hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi düşük görülmüştür.

Çalışmamızda kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara veren hekimlerin vermeyenlere göre mesleki tatmin düzeyi daha düşüktür. Bu durum, hekimlerin hasta acılarıyla karşı karşıya kalma ve kötü haberi ailelerle paylaşma gibi duygusal yorgunluk yaşamaları nedeniyle klinik içinde çalışmaya ara verme ihtiyaçlarının daha fazla olduğu ve mesleki gerilimlerinin daha yüksek olduğu sonuç olarak mesleki tatmini azalttığı şeklinde yorumlanmıştır. Hemşirelerde ise bu yöntem mesleki tatmin düzeyini etkilememiştir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin birimde çalışma süresi, çalışma biçimi, mevcut pozisyonu, işten ayrılmayı düşünme sıklığı, kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleme, sohbet etme ve dışarı çıkıp hava alma yöntemleri mesleki tatmin düzeyini etkilememiştir. Bu sonuçlar, COVID-19 pandemi sürecinin yoğun bakım ünitelerine getirdiği ağır çalışma koşulları ve yoğun çalışma saatleri nedeniyle hekim ve hemşirelerde daha çok fiziksel yorgunluğa yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda, hekimlerin birimde çalıştıkları hemşire sayısı ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerin birimde çalıştıkları hemşire sayısı arttıkça, merhamet yorgunluğu azalmaktadır. Bu sonuç, pandeminin hekimlere getirdiği yoğun çalışma saatleri ve iş yükü artışının özellikle kritik alanlarda çalışan hemşirelerle paylaşılabilir ve daha verimli çalışma koşullarının sağlanabilir olmasından kaynaklandığı şeklinde düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin “yaş, birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ve aylık ortalama çalışma saati” ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Leodoro ve arkadaşlarının çalışmasında, yaş ile merhamet yorgunluğu arasında negatif bir korelasyon bulunmuş olup,

genç hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak, genç hemşirelerin stresle başa çıkma konusunda deneyimsiz oldukları, daha az problem çözme ve karar verme becerilerine sahip oldukları gösterilmiştir (115). Koca'nın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı, aylık ortalama çalışma saati ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (19).

Çalışmamızda hekimlerde yaş ile mesleki tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş olup hemşirelerde anlamlılık bulunmamıştır. Hekimlerin yaşı arttıkça mesleki tükenmişlikleri azalmaktadır. Dosil'in çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde, örneklemdaki genç katılımcılarda yaşlı katılımcılara göre daha fazla tükenmişlik görülmüştür (26).

Çalışmamızda, hekimlerde birimde çalışan hemşire sayısı ile mesleki tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hekimlerin, birimde çalıştıkları hemşire sayısı arttıkça mesleki tükenmişlik düzeyleri azalmaktadır. Wahlster ve arkadaşlarının kritik durumdaki COVID-19 hastalarına bakım veren ön saflardaki sağlık çalışanlarının endişelerini değerlendirmek için yaptığı çalışmada, yoğun bakım hemşire sayısındaki eksikliğin çalışanlarda tükenmişliği arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (142). Bu çalışma, çalışmamızı destekler nitelikte olup, hemşire sayısındaki yetersizliğin birimde çalışan tüm sağlık çalışanları üstünde baskı ve stres oluşturduğu ve sonuç olarak tükenmişliğe yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin “birimde çalışan hekim sayısı, bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ve aylık ortalama çalışma saati” ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır. Çalışmamızın aksine Cravero'nun hekimlerle yaptığı çalışmasında, hasta sayısı arttıkça tükenmişlik düzeylerinin arttığı bulunmuştur (143).

Çalışmamızda, hekimlerde yaş ile mesleki tatmin arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerde yaş arttıkça mesleki tatmin düzeyleri artmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde pandemi öncesi yapılan çalışmalarda, hekimlerde yaş arttıkça mesleki tatminin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (144, 145).

Çalışmamızda, hekim ve hemşirelerin “birimde çalışan hekim ve hemşire sayısı, aylık ortalama çalışma saati” ile mesleki tatmin düzeyleri arasında anlamlı bir sonuca

ulaşılamamıştır. Koca'nın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerde çalışma saati ile mesleki tatmin düzeyleri arasında anlamlı sonuca ulaşılmamıştır (19).

Çalışmamızda hemşirelerde bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı ile mesleki tatmin arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin bir vardiyada hizmet verdikleri hasta sayısı arttıkça mesleki tatmin düzeyleri azalmaktadır. Bu sonucun hasta sayısı arttıkça hemşirelerin yaptığı işlerin sayısının ve yoğunluğunun artmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda meslek/unvan merhamet yorgunluğu üzerinde anlamlı bir yordayıcı değilken, mesleki tükenmişlik ve mesleki tatmin üzerinde anlamlı bir yordayıcıdır. Hekimlerde mesleki tükenmişlik 0.894, mesleki tatmin 0.939 kat daha fazladır. Çalışmamıza benzer şekilde Pinho'nun çalışmasında, hekim ve hemşirelerde diğer meslek gruplarına göre yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu görülmüştür (146). Yine çalışmamıza benzer şekilde literatürde hekimlerde mesleki tükenmişliğin hemşirelerden yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (26, 147). Literatürde yer alan çalışma sonuçlarına göre çalışmamızın aksine mesleki tatmin düzeyleri hemşirelerde hekimlerden yüksektir (7, 26). Çalışmamızda hekimlerde mesleki tatmin düzeyinin daha yüksek olması, pandemi döneminin kahramanları olarak kabul edilen hekimlerin, pandeminin neden olduğu zorlu şartlar altında hastalarına gereken tedaviyi zamanında verebilmek için koşulsuz çaba gösterdikleri ve mesleklerine olan bağlılıkları nedeni ile kendi içsel motivasyonlarını harekete geçirebildikleri ve sonuçta mesleki tatmin düzeylerini yükselttikleri şeklinde düşünülmüştür.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Hekimlerin %50'sinde, hemşirelerin %48.7'sinde yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu saptandı.
- Hekimlerin %60'ında, hemşirelerin %44.2'sinde yüksek düzeyde mesleki tükenmişlik saptandı.
- Hekimlerin %62.2'sinde, hemşirelerin %72.6'sında düşük düzeyde mesleki tatmin saptandı.
- Hekimlerin merhamet yorgunluğu “mesleğini kendi isteğiyle tercih etmeyenlerde, birimde çalışma süresi 4-6 ay ve yedi ay ve üzeri olanlarda, pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi olanlarda, kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verenlerde” daha yüksek bulundu. Hemşirelerde ise, “kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleyenlerde” merhamet yorgunluğu anlamlı olarak daha yüksek saptandı.
- Hekimlerin mesleki tükenmişliği, “çocuk sahibi olmayanlarda, mesleği kendi isteğiyle tercih etmeyenlerde, mesleği aile/çevre baskısıyla tercih edenlerde, meslekte çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl olanlarda, birimde çalışma süresi 4-6 ay ve 7 ay ve üzeri çalışanlarda, hizmet içi eğitim almayanlarda, çalışılan birimde mutlu olma algısı nadiren olanlarda, pandemide işten ayrılma düşüncesi olanlarda, kendini rahatlatma yöntemi olarak müzik dinleyenlerde ve kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara verenlerde” anlamlı olarak yüksek bulundu. Hemşirelerde ise “sosyal aktivitelere katılmayanlarda, sosyal ilişkilerde kendini tanımlaması iyi olanlarda, pandemide işten ayrılma düşüncesi olanlarda ve çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenenlerde” mesleki tükenmişliğin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.
- Hekimlerin mesleki tatmini, “mesleği kendi isteğiyle tercih edenlerde, mesleği aile/çevre baskısıyla tercih etmeyenlerde, meslekte çalışma süresi 11-15 yıl olanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda, çalışılan birimde mutlu olma algısı bazen ve sıklıkla olanlarda, pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayanlarda, çalışma

performansının COVID-19 hastalarından etkilenmeyenlerde, kendini rahatlatma yöntemi olarak klinik içinde çalışmaya ara vermeyenlerde” anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Hemşirelerde ise “mesleği kendi isteğiyle tercih edenlerde, sosyal ilişkilerde kendini tanımlaması çok iyi olanlarda, COVID-19 birimi yoğun bakım ünitesi olanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda, çalışılan birimde mutlu olma algısı sıklıkla olanlarda, pandemide işten ayrılma düşüncesi olmayanlarda ve çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenmeyenlerde” mesleki tatminin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı

- Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu arttıkça mesleki tükenmişlikleri de artmıştır.
- Hekim ve hemşirelerin mesleki tatminleri arttıkça mesleki tükenmişlikleri azalmıştır.
- Hekimlerin merhamet yorgunluğunun birimde çalışan hemşire sayısı arttıkça azaldığı bulundu.
- Hekimlerin yaşı ve birimde çalıştıkları hemşire sayısı arttıkça mesleki tükenmişliklerinin azaldığı saptandı.
- Hekimlerin yaşı arttıkça mesleki tatminlerinin de arttığı saptandı.
- Hemşirelerin bir vardiyada hizmet verdiği hasta sayısı arttıkça mesleki tatminlerinin azaldığı bulundu.
- Hekim ve hemşirelerin meslek/unvanının merhamet yorgunluğu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı, mesleki tatmin ve mesleki tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

- Hekim ve hemşirelerin yüksek düzey merhamet yorgunluklarını azaltmaya yönelik olarak COVID-19 klinikleri ve YBÜ’lerinden farklı birimlere belli periyotlarda rotasyon planlamalarının yapılması, hekim ve hemşire sayısının bu birimlerde yeterli planlanması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi,
- Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu konusuna farkındalığını arttırmak ve merhamet yorgunluğu gelişimini önlemek için periyodik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, motivasyonel görüşmelerin yapılması,

- Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğunu azaltmaya y6nelik geliştirdikleri olumlu baş etme stratejilerinin desteklenmesi,
- Sağlık kurumları y6neticilerinin hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluk d6zeylerini periyodik olarak izlemeleri ve kurum kaynaklı stres6rlerin azaltılmasına y6nelik gerekli 6nlemleri alması,
- Hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu 6nlemek ve riskini azaltmak i6in kılavuzların oluşturulması,
- Hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu gelişimini 6nlemek i6in kişisel 6z bakım becerileri ile i6sel motivasyonların geliştirilerek işe bağlılıklarının arttırılması.



7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [online]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>. [Accessed 24 September 2022].
2. World Health Organization (2022). Coronavirus (COVID-19) Dashboard [online]. Available from: https://covid19.who.int/?gclid=EAIaIQobChMIz9zk_d-17AIVwvZRCh3YZgKVEAAYASAAEgJtnfD_BwE [Accessed 24 September 2022].
3. T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). COVID-19 bilgilendirme sayfası [internet]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>. [Erişim: 23 Eylül 2022].
4. Hiçdurmaz D, Özçetin YSÜ (2020). COVID-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 7(Özel Sayı): 1-7.
5. Rollas K, Şenoğlu N (2020). COVID-19 hastalarının yoğun bakım ünitesinde yönetimi. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 30(Ek Sayı): 142-55.
6. Kiyat İ, Karaman S, Ataşen Gİ, Kiyat ZE (2020). Yeni koronavirüs (COVID-19) ile mücadelede hemşireler. Türk Hemşireler Derneği Dergisi 1(1): 81-90.
7. Fernández MDR, Pichardo JDR, Masero OI, Troya JC, Rega MIC, Galán AMO (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. Journal of Clinical Nursing 29(21-22): 4321-4330.
8. Buheji M, Buhaid N (2020). Nursing human factor during COVID-19 pandemic. International Journal of Nursing Science 10(1): 12-24.
9. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. Journal of Nursing Scholarship 48(5): 456-65.
10. Dai, Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. MedRxiv. [Epub ahead of print]. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1>.

11. Liu Z, Han B, Jiang R, Huang Y, Ma C, Wen J, Zhang T, Wang Y, Chen H, Ma Y (2020). Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. *The Lancet*. [Epub ahead of print]. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3551329.
12. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, Bi J, Zhan G, Xu X, Wang L, Zhou Q, Zhou C, Pan Y, Liu S, Zhang H, Yang J, Zhu B, Hu Y, Hashimoto K, Jia Y, Wang H, Wang R, Liu C, Yang C (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behavior and Immunity* 159(20): 30309–30313.
13. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases* 38(3): 192-195.
14. Kang P, Lv Y, Hao L, Tang B, Liu Z, Liu X, Liu Y, Zhang L (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Research* 230(2): 517-523.
15. Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Basel)* 10(2): 364.
16. Barelllo S, Palamenghi L, Graffigna G (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research* 290:113129.
17. Kotera Y, Ozaki A, Miyatake H, Tsunetoshi C, Nishikawa Y, Tanimoto T (2021). Mental health of medical workers in japan during COVID-19: relationships with loneliness, hope and self-compassion. *Current Psychology* 40(12): 6271-6274.
18. Denk T (2018). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

19. Koca F (2018). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
20. Yılmaz YÇ, Buldukoğlu K (2021). Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 8(2): 144-150.
21. Alharbi J, Jackson D, Usher K (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. Journal of Clinical Nursing 29(15-16): 2762-2764.
22. Figley CR (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. Journal of Clinical Psychology 58(11): 1433-41.
23. Joinson C (1992). Coping with compassion fatigue. Nursing 22(4): 116-121.
24. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. Journal of Pain and Symptom Management 60(1): e70-e6.
25. Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang Cf, Kong C, Wang YL (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. Journal of Nursing Management 26(7): 810-819.
26. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J (2020). Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. Frontiers Psychology 18(11): 606121.
27. Özgünay ŞE, Eminoğlu Ş, Önen S, Gürbüz H, Kılıçarslan N, Karasu D, Onur T (2022). COVID-19 pandemisinde anestezi ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında merhamet ve kronik yorgunluk: Bir tanımlayıcı çalışma. Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi 20(3): 89-96.
28. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli R (2022). Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). Hughes E, Rubio G (Ed), StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>.
29. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. Clinical Immunology 215: 108427.

30. Ünal N (2020). Yeni koronavirüs hastalığının etiyolojisi. *Eurasian Journal of Health Sciences* 3(COVID-19 Special Issue): 95-101.
31. Singh SP, Pritam M, Pandey B, Yadav TP (2020). Microstructure, pathophysiology, and potential therapeutics of COVID-19: A comprehensive review. *Journal of Medical Virology* 93(1): 275-299.
32. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, Dahal S, Kumar H, Kv D (2020). Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Post Graduate Medical Journal* 96(1142): 753-758.
33. Parasher A (2021). COVID-19: Current understanding of its pathophysiology, clinical presentation and treatment. *Post Graduate Medical Journal* 97(1147): 312-320.
34. Durmaz A (2020). SARS-CoV2 ve COVID-19'a Genel Bakış. *Smyrna Tıp Dergisi*; 3: 60-70.
35. Evren E, Us E (2020). COVID-19 Etkeni. Memikoğlu O, Genç V (Ed), COVID-19, 9-16. <http://www.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/121/2020/05/COVID-19-Kitap.pdf>.
36. Kirtipal N, Bharadwaj S, Kang SG (2020). From SARS to SARS-CoV-2, insights on structure, pathogenicity and immunity aspects of pandemic human coronaviruses. *Infection Genetics and Evolution* 85: 104502.
37. Tsang HF, Chan LWC, Cho WCS, Yu ACS, Yim AKY, Chan AKC, Ng LPW, Wong YKE, Pei XM, Li MJW, Wong SC (2021). An update on COVID-19 pandemic: The epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert Review Anti-Infective Therapy* 19(7): 877-888.
38. Backhaus A (2020). Coronavirus: why it's so deadly in Italy. Demographics and why they are a warning to other countries. ResearchGate [online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342014166_Coronavirus_Why_it's_so_deadly_in_Italy/link/5ede9539299bf1d20bdae1c8/download. [Accessed 5 September 2022].
39. Eroğlu İ, Uyaroğlu OA, Güven GS (2021). Güncel veriler ışığında COVID-19 ve renin anjiyotensin aldosteron sistemi ilişkisi. *Osmangazi Journal of Medicine* 43(1): 86-93.

40. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, Sun C, Sylvia S, Rozelle S, Raat H, Zhou H (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early out break period: A scoping review. *Infectious Diseases Poverty* 9(1): 29.
41. Zhang H, Li HB, Lyu JR, Lei XM, Li W, Wu G, Lyu J, Dai ZM (2020). Specific ACE-2 expression in small intestinal enterocytes may cause gastrointestinal symptoms and injury after 2019-nCoV infection *International Society for Infectious Diseases* 96: 19-24.
42. Rothan HA, Byrareddy SN (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity* 109: 102433.
43. Ouassou H, Kharchoufa L, Bouhrim M, Daoudi NE, Imtara H, Bencheikh N, ELbouzidi A, Bnouham M (2020). The pathogenesis of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Evaluation and prevention. *Journal of Immunology Research* 10: 1357983.
44. Ye Z, Zhang Y, Wang Y, Huang Z, Song B. *Chest CT* (2020). Manifestations of new coronavirus disease 2019 (COVID-19): A pictorialreview. *European Radiology* 30(8): 4381-4389.
45. Yang Y, Peng F, Wang R, Yange M, Guan K, Jiang T, Xu G, Sun J, Chang C (2020). The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *Journal of Autoimmunity* 109: 102434.
46. Ashour HM, Elkhatib WF, Rahman MM, Elshabrawy HA (2020). Insights into the recent 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) in light of past human coronavirus outbreaks. *Pathogens* 9(3): 186.
47. Pascarella G, Strumia A, Piliego C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, Scarlata S, Agrò FE (2020). COVID-19 diagnosis and management: A comprehensive review. *Journal of Internal Medicine* 288(2): 192-206.
48. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): How to protect yourself & others [online]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>. [Accessed 22 October 2022].

49. Nishihara T, Ohashi A, Nakashima Y, Yamaşita T, Hiyama K, Kuroiwa M (2022). Compassion fatigue in a health care worker treating COVID-19 patients: A case report. *BioPsychoSocial Medicine* 16: 10.
50. The Lancet (2020). COVID-19: Protecting health-care workers. *Lancet* 395(10228): 922.
51. Magnavita N, Soave PM, Antonelli M (2021). Prolonged stress causes depression in frontline workers facing the COVID-19 pandemic-a repeated cross-sectional study in a COVID-19 hub-hospital in central Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(14): 7316.
52. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine* 71(2): 62-67.
53. Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2022). Genel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [Erişim: 12.11.2022].
54. Figley CR (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. Figley CR (Ed), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Taylor & Francis Group, Newyork, 1-20.
55. Şirin M, Yurttaş A (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: Merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(2): 123-130.
56. Figley CR (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Stamm BH (Ed) *In Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*, The Sidran Press, Maryland 3–28.
57. Friedman MJ (1996). Ptsd diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal* 32: 173–189.
58. Cocker F, Joss N (2016). Compassion fatigue among health care, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and PublicHealth* 13(6): 618.
59. Pehlivan T, Güner P (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 9(2): 129-134.

60. Kjellenberg E, Nilsson F, Daukantaitė D, Cardena E (2014). Transformative narratives: the impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy* 6(2): 120-128.
61. Mathieu F (2007). Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. *Rehab & Community Care Medicine* 4: 1-7.
62. Hiçdurmaz D, İnci FA (2015). Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 7(3): 295-303.
63. Drury V, Craigie M, Francis K, Aoun S, Hegney DG (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management* 22(4): 519-531.
64. Kabasakal E, Özpulat F, Akca A, Özcebe LH (2021). Mental health status of health sector and community services employees during the COVID-19 pandemic. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 94(6): 1249-1262.
65. World Health Organization (WHO) (2022). Health workers and administrators [online]. Available from: <https://www.who.int/teams/epi-win/health-workers-and-administrators>. [Accessed 24 September 2022].
66. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA (2020). Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesthesia and Analgesia* 131(1): 106–111.
67. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 395(10223): 497-506.
68. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Wang Y, Hu J, Lai J, Ma X, ChenJ, Guan L, Wang G, MaH, ve Liu Z (2020). The mental health of medical workers in wuhan, china dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 7(3): e14.
69. Flarity K, Gentry JE ve Mesnikoff N (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal* 35(3): 247-258.

70. Tomioka K, Morita N, Saeki K, Okamoto N, Kurumatani N (2011). Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine* 61(3): 163-170.
71. Amin F, Sharif S, Saeed R (2020). COVID-19 pandemic- knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. *BMC Psychiatry* 20: 459
72. Ali I, Sadique S, Ali S (2021). Doctors dealing with COVID-19 in Pakistan: Experiences, perceptions, fear, and responsibility. *Frontiers in Public Health* 9:647543.
73. Iserson KV (2020). Healthcare ethics during a pandemic. *The Western Journal of Emergency Medicine* 21(3): 477-483.
74. Johnson SB, Butcher F (2021). Doctors during the COVID-19 pandemic: What are their duties and what is owed to them? *Journal of Medical Ethics* 47(1): 12-15.
75. Orfali K (2020). What triage issues reveal: ethics in the COVID-19 pandemic in Italy and France. *Journal of Bioethical Inquiry* 17(4): 675–679.
76. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ (2020). The toughest triage -allocating ventilators in a pandemic. *The New England Journal of Medicine* 382(21): 1973-1975.
77. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *British Medical Journal* 26: 368.
78. Rimmer A (2020). How can I break bad news remotely? *The British Medical Journal* 12: 369.
79. Puradollah M, Ghasempour M (2020). Necessity of attention to mental health of the front line nurses against COVID-19: A forgotten requirement. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery* 8(3): 280-281.
80. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, Smith GD (2020). Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing* 29(13-14): 2041-2043.

81. Llop-Gironés A, Vračar A, Llop-Gironés G, Benach J, Angeli-Silva L, Jaimez L, Thapa P, Bhatta R, Mahindrakar S, BontempoScavo S, Nar Devi S, Barria S, Marcos Alonso S, Julià M (2021). Employment and working conditions of nurses: Where and how health in equalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Human Resources for Health* 19(1): 112.
82. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z (2020). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical Care* 24: 120.
83. Aksu Ç, Coşkun E, Çakı B, Güngörmüş Z (2022). Hemşirelerin koronavirüs ikilemi: Sağlık mı? hizmet mi?. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 10(1): 27-36.
84. Topçu N (2020). Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun tükenmişliğe etkisinde empatinin aracı rolü. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Enstitü Anabilim Dalı, Sakarya.
85. Özalp ŞŞ (2021). COVID-19 pandemisinde hemşirelerin ödediği bedel: Merhamet yorgunluğu. *Journal of Innovative Healthcare Practices* 2(2): 80-87.
86. Dikmen Y, Aydın Y (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne yapmalı?. *Journal of Human Rhythm* 1(1): 13-21.
87. Romano J, Trotta R, Rich VL (2013). Combating compassion fatigue: an exemplar of an approach to nursing renewal. *Nursing Administration Quarterly* 37(4): 333-336.
88. Hofmeyer A, Taylor R (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing* 30(1-2): 298-305.
89. Daly J, Jackson D, Anders R, Davidson PM (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *Journal of Clinical Nursing* 29(15-16): 2751-2752.
90. Sabo B (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing* 16(1): 1.
91. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open* 3(3): e203976.

92. Konal E, Ardahan M (2018). Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik. Sağlık ve Toplum 28: 1.
93. Yılmaz G, Üstün B (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. Journal of Psychiatric Nursing 9(3): 205-211.
94. Khan A, Khan MA, Malik NJ (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. Pakistan Armed Forces Medical Journal 65(2): 286-89.
95. Kılıç S (2018). Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde travmatik stres belirtileri, mesleki tatmin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.
96. International Council of Nursing (ICN) (2002). Nursing Definitions [online]. Available from: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. [Accessed: 04.10.2022].
97. Oktay D (2018). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu, etkileyen etmenler ve başetme stratejilerinin saptanması. Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Lefkoşa.
98. Stamm BH (2005). The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale [online]. Available from: <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>. [Accessed: 21 Ekim 2020].
99. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 47: 111-7.
100. Amir K, Okalo P (2022). Frontline nurses' compassion fatigue and associated predictive factors during the second wave of COVID-19 in Kampala, Uganda. Nursing Open 9(5): 2390-2396.
101. Arpacioğlu S, Gurler M, Cakiroğlu S (2021). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. International Journal of Social Psychiatry 67(1): 84-89.

102. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, Bertelloni CA, Massimetti G, Dell'Osso L, Cristaudo A, Carmassi C (2020). professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research And Public Health* 17(17): 6180.
103. Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, Stramba Badiale M, Riva G, Castelnuovo G, Molinari E (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Frontiers Psychology* 10 (11): 1684.
104. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, Crudele M, Lombardi L, Pignataro S, Viceconti ML, Babore A (2020). Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: Differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(22): 8358.
105. Yuan Wu, Jun Wang, Chenggang Luo, Sheng Hu, Xi Lin, Aimee E. Anderson, Eduardo Bruera, Xiaoxin Yang, Shaozhong Wei, Yu Qian (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(1): e60-e65.
106. Zhou Q, Lai X, Wan Z, Zhang X, Tan L (2021). Impact of burnout, secondary traumatic stress and compassion satisfaction on hand hygiene of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open* 8(5): 2551– 2557.
107. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal* 32(8): 588-94.
108. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, Jin M, Zhang Y, Wang J (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 120: 103973.

109. Collins S, Long A (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers-A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10: 417-424.
110. Kase SM, Gribben JL, Guttmann KF, Waldman ED, Weintraub AS (2022). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric subspecialists during the SARS-CoV-2 pandemic. *Pediatric Research* 91(1): 143-148.
111. Poudyal S, Sharma K, Ghimire S (2022). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among nurses working in a tertiary care hospital of Nepal during COVID-19 pandemic. *Journal of Chitwan Medical College* 12(40): 19-22.
112. Avcı A, Çavuşoğlu E, Moran M, Gün M (2022). COVID-19 tanısı alan hastaya bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve iş doyumunu arasındaki ilişki. *Eurasian Journal of Health Sciences* 5(2): 43-52.
113. Karaca Ş (2019). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
114. TÜBİTAK (2021). COVID-19 ile Mücadelede Sağlık Çalışanlarına Yönelik Örgütsel ve Psikolojik Müdahale. TÜBİTAK, Ankara.
115. Labrague LJ, de Los Santos JAA (2021). Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research* 61: 151476.
116. Yoder EA (2010). Compassion fatigue in nurses, *Applied Nursing Research* 23: 191-197.
117. Gök GA (2015). Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 20(2): 299-313.
118. Hür S (2018). Yoğun bakım hemşirelerine verilen stres yönetimi eğitiminin merhamet yorgunluğuna etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

119. Halperin O, Goldblatt H, Noble A, Raz I, Zvulunov I, Liebergall Wischnitzer M (2011). Stressful childbirth situations: A qualitative study of midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 56(4): 388-394.
120. Coetzee SK, Klopper HC (2010). Compassion fatigue with in nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences* 12(2): 235-243.
121. Henson JS (2017). When compassion is lost. *MedSurg Nursing* 26(2): 139-142.
122. Aydın S (2021). COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile mesleki bağlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa.
123. Arpacıoğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal* 46(1): 88-100.
124. Tunç T (2008). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Enstitü Anabilim Dalı, Sakarya.
125. Kılıç T, Seymen OA (2012). Sağlık sektöründe, tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin analizi ve bir araştırma. *Journal of Management and Economics Research* 9(16): 47-67.
126. Maslach C, Jackson S (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 2: 99-113.
127. Forlin C (2001). Inclusion: Identifying potential stressors for regular class teachers. *Educational Research* 43(3): 235-245.
128. Tunçel YI, Kaya M, Kuru RN, Menten S, Ünver S (2014). Onkoloji hastanesi yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin tükenmişlik sendromu. *Türk Yoğun Bakım Dergisi* 12(2): 57-62.
129. Kuzu İY, Yıldırım D (2021). Mesleki tükenmişlik: Etki eden faktörler, belirtileri ve sonuçları. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi* 8(2): 462-473.

130. Çelmeçe N, Menekay M (2020). The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for covid-19 patients on their quality of life. *Frontier in Psychology* 11: 597624.
131. Abdelhafiz AS, Ali A, Ziady HH, Maaly AM, Alorabi M, Sultan EA (2020). Prevalence, associated factors, and consequences of burnout among Egyptian physicians during COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health* 8: 590190.
132. Gökaslan S, Kanad N (2020). Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde asistan ve uzman doktorların iş doyumu ve motivasyonunu etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 21 (Özel Sayı): 92-97
133. Ezer S, Üstün B (2021). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Ege Hemşire Üniversitesi Fakültesi Dergisi* 38 (1): 29-42.
134. Acavut G, Korkmaz S (2022). COVID-19 pandemisinin doktor, hemşire ve ebelerin tükenmişlik durumlarına etkisinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 16(1): 121-130.
135. Akalın B, Modanlıoğlu A (2021). COVID-19 sürecinde yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin duygu-durum ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 12(2): 346-352.
136. Öngel G (2022). COVID-19 döneminde hemşirelerde mesleki tükenmişliğin işten ayrılma niyetine etkisi: İş doyumu ve örgütsel bağlılığın aracı rolü. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi* 57(3): 2090-2104.
137. Özbaş AA (2014). Psikodrama temelli psikolojik güçlendirme programının onkoloji hemşirelerinin güçlenme algıları ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
138. Çam O (1991). Hemşirelerde tükenmişlik (Burnout) sendromunun araştırılması. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
139. Hardiyono A, Ikhran A, Finatry I, Wahdaniaht R (2020). Effect COVID-19: burnout on nurse. *Espacios* 42(42): 11-18.

140. Basit G, Duygulu S (2018). Nurses' organizational trust and intention to continue working at hospitals in Turkey. *Collegian* 25(2): 163- 169.
141. Çini MA, Erdirençelebi M, Ertürk E (2021). COVID-19 pandemi döneminde iş stresinin işte kalma niyetine etkisinde iş tatmininin aracılık etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi* 13 (3): 2356-2375.
142. Wahlster S, Sharma M, Lewis AK, Patel PV, Hartog CS, Jannotta G, Blissitt P, Kross EK, Kassebaum NJ, Greer DM, Curtis JR, Creutzfeldt CJ (2021). The coronavirus disease 2019 pandemic's effect on critical care resources and health-care providers: A global survey. *Chest* 159: 619-633.
143. Cravero AL, Kim NJ, Feld LD, Berry K, Rabiee A, Bazarbashi N, Bassin S, Lee TH, Moon AM, Qi X, Liang PS, Aby ES, Khan MQ, Young KJ, Patel A, Wijarnpreecha K, Kobeissy A, Hashim A, Houser A, Ioannou GN (2021). Impact of exposure to patients with COVID-19 on residents and fellows: An international survey of 1420 trainees. *Postgraduate Medical Journal* 97(1153): 706-715.
144. Dağdeviren N, Musaoğlu Z, Ömürlü İK, Öztora S (2011). Akademisyenlerde iş doyumunu etkileyen faktörler. *Balkan Medical Journal* 28: 69-74.
145. Ünal S (2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin yaşam doyumuna üzerine etkisi. *Klinik Psikiyatri* 4: 113-118.
146. Pinho AS, Urzua A, Buenahora M, Villarroel PV (2020). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Interamerican Journal of Psychology* 54(1): e1298.
147. Chor WPD, Ng WM, Cheng L, Situ W, Chong JW, Ng LYA, Mok PL, Yau YW, Lin Z (2021). Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multi-center study. *The American Journal of Emergency Medicine* 46: 700-702.



Ek 1. Yapılandırılmış Bilgi Formu

YAPILANDIRILMIŞ BİLGİ FORMU

A. TANITICI ÖZELLİKLER

1. Yaş.....
2. Cinsiyet () Kadın () Erkek
3. Medeni durum () Evli () Bekar (boşanmış, eşi ölmüş)
4. Meslek/unvan: () Hekim () Hemşire
5. Yaşanılan yer () Kentsel alan () Yarı kentsel alan
6. Çocuk sahibi olma durumu () Evet () Hayır
7. Çocuk sahibi olma durumuna cevap evet ise çocuk sayısı
8. Mesleği tercih nedeni
() Kendi isteği () Aile /çevre baskısı () İş garantisi olduğu düşüncesi () Diğer
9. Meslekte çalışma süresi
() 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl üzeri
10. Sosyal aktivitelere katılma durumu () Evet () Hayır
11. Sosyal ilişkilerde kendisini tanımlama algısı
() Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

B. ÇALIŞILAN BİRİME AİT ÖZELLİKLER

12. Çalışılan COVID-19 birimi () Yoğun bakım ünitesi () Klinik
13. COVID-19 biriminde çalışma süresi () 1-3 ay () 4-6 ay () 7 ay ve üzeri
14. Çalışma biçimi () Sadece gündüz () Nöbetli çalışma
15. Birimde çalışan hemşire sayısı
16. Birimde çalışan hekim sayısı
17. Çalışılan birimde mevcut pozisyon
() Klinik sorumlu hemşiresi () Klinik hemşiresi () Klinik sorumlu hekimi () Klinik nöbetçi hekimi/
hemşiresi () Hastane içi görevlendirme ile geçici olarak çalışma
() Diğer.....
18. Bir vardiyada hizmet verilen hasta sayısı
19. Aylık ortalama çalışma saati.....
20. Hizmet içi eğitim alma durumu () Evet () Hayır
21. Hizmet içi eğitim alma durumuna cevap evet ise hangi konular.....
22. Çalışılan birimde mutlu olma durumu () Nadir () Bazen () Sıklıkla
23. Pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesi () Evet () Hayır
24. Pandemi nedeniyle işten ayrılma düşüncesine cevap evet ise hangi sıklıkla
25. Çalışma performansının COVID-19 hastalarından etkilenme durumu
() Evet () Hayır
26. Birimde çalışma sırasında gelişen olumsuzluklardan kendini rahatlatma yöntemi
() Müzik dinleme () Sohbet etme () Dışarı çıkıp hava alma
() Klinik içinde çalışmaya ara verme () Diğer

Ek 2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

“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. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ** 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).

Çalışanlar YK	Hiçbir Zaman (0)	Nadiren (1)	Bazı Zamanlar (2)	Sıkça (3)	Sık Sık (4)	Çok Sık (5)
1. Kendimi mutlu hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürküyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İşimi seviyorum.	(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)
15. Bana güç veren inançlarım var.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. İşim beni tatmin ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek 2. (Devam)

20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum	(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)
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Çok hassas bir insanım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek 3. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: COVID-19 BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞU ve ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapıldığını anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma, COVID-19 birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Rize Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi COVID-19 pandemi birimlerinde en az bir ay süre ile hekim ya da hemşire olarak çalışmanız gereklidir

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmada, size sorulan anket sorularını yanıtlamanız istenecektir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alan gönüllü hekim ve hemşire sayısı toplam 203'tür.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zaman yaklaşık 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için doğrudan beklenen bir yararı yoktur. Yalnızca araştırma amaçlı bir çalışmadır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

Ek 3. (Devam)

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (*tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir*).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 1 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		