



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**PANDEMİ SÜRECİNİN HEMŞİRELERDE
MERHAMET YORGUNLUĞUNA VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNE ETKİSİ**

Saliha Asra BAKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak 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.

31/03/2022

Saliha Asra BAKİ

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme, rahmetli anneanneme ve pandemi sürecinde hayatını kaybeden tüm sağlık çalışanlarına ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez danışmanlığım süresince; bilgi ve tecrübesi ile beni destekleyen ve motive eden, deneyim ve önerileriyle bana yol gösteren ve benimle birlikte çalışan değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a, teşekkür ediyor, en içten sevgi ve saygılarımı sunuyorum,

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve donanımlarımdan yararlandığım ve manevi anlamda her zaman yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Lisans dönemimde tanıdığım her zaman desteğini hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Seçil GÜLHAN GÜNER'e,

Yüksek lisans staj sürecinde tanıdığım yardımını ve desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Aysun CAN'a

Araştırmamın tüm süreçlerinde yardımlarını ve dostluğunu hiç eksik etmeyen, en büyük destekçim Arş. Gör. Bahar AKSOY'a

Lisans dönemimden itibaren yanımda olan canım arkadaşım Arş. Gör. Zeynep PEHLİVAN'a

Biricik yol arkadaşım Beyza KUYUMCU'ya

Beni her zaman destekleyen, motive eden ikinci ailem Rize Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi ekibine,

Büyük bir sabır ve özveri ile hep yanımda olan sevgili babam Cemal BAKİ, annem Emine Baki ve kardeşlerim Fatma ve Ramazan BAKİ'ye,

Araştırmaya katılımları ile destek veren Rize Devlet Hastanesi çalışanlarına içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Saliha Asra BAKİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 Pandemisi	3
2.1.1. COVID-19 Pandemisinin Tanımı	3
2.1.2. Dünyada COVID-19 Pandemisi	3
2.1.3. Türkiye’de COVID-19 Pandemisi	4
2.1.4. COVID-19 Pandemisinin Etkileri	4
2.1.4.1. COVID-19 Pandemisinin Sosyal Etkileri	4
2.1.4.2. COVID-19 Pandemisinin Ekonomik Etkileri	5
2.1.4.3. COVID-19 Pandemisinin Psikolojik Etkileri	5
2.1.5. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi	6
2.2. Merhamet Kavramı	7
2.2.1. Merhamet Kavramı Tanımı	7
2.3. Merhamet Yorgunluğu Kavramı	8
2.3.1. Merhamet Yorgunluğu Tanımı	8
2.3.2. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri	9
2.3.3. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Kavramlar	10
2.3.3.1. Sekonder Travmatik Stres ve Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu	10
2.3.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	10

2.3.3.3. Dolaylı Travmatizasyon	10
2.3.3.4. Moral Distress	10
2.3.3.5. Merhamet Memnuniyeti	11
2.3.3.6. Tükenmişlik	11
2.3.4. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik	11
2.4. Tükenmişlik Kavramı	13
2.4.1. Tükenmişlik Kavramı Tanımı	13
2.4.2. Tükenmişliğin Nedenleri	14
2.4.2.1. Bireysel Tükenmişlik Nedenleri	14
2.4.2.2. Örgütsel Tükenmişlik Nedenleri	14
2.4.3. Tükenmişliğin Belirtileri	14
2.4.4. Tükenmişliğin Etkileri	15
2.4.4.1. Birey Üzerine Etkileri	15
2.4.4.2. Çalışma Hayatı Üzerine Etkileri	15
2.4.4.3. Aile Hayatı Üzerine Etkileri	15
2.4.5. Tükenmişlik ve Hemşirelik	16
2.5. Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik ve Hemşirelik	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Soruları	19
3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	19
3.4.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	19
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Hemşire Tanıtım Bilgi Formu	20
3.5.2. Merhamet Ölçeği	20
3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	20
3.6. Veri Toplama Yöntemi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.10. Araştırma Planı	22

4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar	69
6.2. Öneriler	72
7. KAYNAKLAR	73
EKLER	90
Ek 1. Hemşire Tanıtım Formu	91
Ek 2. Merhamet Ölçeği	92
Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	93
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	94
Ek 5. Kurum İzni	95
Ek 6. Etik Kurul İzni	96
Ek 7. Ölçek İzinleri	99
ÖZGEÇMİŞ	101

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 2. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 3. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	25
Tablo 4. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştıkları klinik ile ilgili özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 5. Hemşirelerin merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ve Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (n=204)	27
Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması	28
Tablo 7. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması	31
Tablo 8. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması	35
Tablo 9. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması	38
Tablo 10. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 11. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
Tablo 12. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 13. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
Tablo 14. Pandemi sürecinde hemşirelerin merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki	51
Tablo 15. Merhamet düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi	53
Tablo 16. Tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu modeli	9
Şekil 2. Araştırma planı	23



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

COVID-19	Koronavirüs hastalığı
EEG	Elektroensefalografi
EKG	Elektrokardiyografi
EMG	Elektromiyografi
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Max	Maksimum
Min	Minimum
Ort	Ortalama
RNA	Ribonükleik Asit
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
STS	Sekonder travmatik stres
STSB	Sekonder travmatik stres bozukluğu
TDK	Türk Dil Kurumu
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
WHO	World Health Organization
vb.	ve benzeri
vs.	Versus (karşı)

Semboller

B	Regresyon yükü
F	Tek yönlü varyans analizi
GA	Güven aralığı
KW	Kruskal Wallis varyans analizi
OR	Odds Ratio
p	Pearson Korelasyon Analizi
r	Spearman Korelasyon Analizi
t	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
$\bar{X}$	Ortalama
z	Mann Whitney U testi

ÖZET

Pandemi Sürecinin Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğuna ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi

Araştırma pandemi sürecin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırmaya Nisan-Kasım 2021 tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesinde çalışan 204 hemşire dahil edildi. Araştırmanın verileri Hemşire Tanıtım Bilgi Formu, Merhamet Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler ve bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, tek yönlü varyans analizi, lojistik regresyon analizi ve Pearson Korelasyon testi kullanıldı. Hemşirelerin Merhamet ölçeği toplam puanı 94.31 ± 12.64 , Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; duygusal tükenme 20.39 ± 8.13 , duyarsızlaşma 8.18 ± 4.59 , kişisel başarı 11.00 ± 4.73 olarak saptandı. Merhamet ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği ile; kurumdaki çalışma saatlerinden memnun olma, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünme, mesleği dışında sorumluluk alma, servis değişikliği isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Merhametin kadın hemşirelerde dört kat, pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmeyenlerde 2.4 kat daha yüksek düzeyde olduğu ve çalışma saatlerinden memnun olmayan hemşirelerin diğer hemşirelerden 3.3 kat daha fazla tükenmiş olduğu sonuçlarına ulaşıldı.

Sonuç olarak, pandemi sürecinin hemşirelerin merhamet düzeylerini etkileyen bir faktör olmadığı, tükenmişlik düzeylerinin ise hem pandemi sürecinden hem de mesleki faktörlere bağlı olarak orta düzeyde etkilendiği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Merhamet, Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik

ABSTRACT

The Effect of the Pandemic Process on Compassion Fatigue and Burnout Level of Nurses

The research was carried out to determine the effect of the pandemic process on the compassion fatigue and burnout level of nurses. 204 nurses working at Rize State Hospital between April and November 2021 were included in the study. The data of the study were collected by face-to-face interview technique using Nurse Introduction Information Form, Compassion Scale and Maslach Burnout Scale. In the evaluation of the data obtained from the research; descriptive statistics and independent groups t test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, one-way analysis of variance, logistic regression analysis and Pearson correlation test were used. Nurses' Compassion Scale total score was 94.31 ± 12.64 , and when the mean scores of Maslach burnout scale sub-dimensions were examined; emotional exhaustion was 20.39 ± 8.13 , depersonalization was 8.18 ± 4.59 , and personal achievement was 11.00 ± 4.73 . With compassion scale and Maslach burnout scale; A statistically significant difference was found between being satisfied with the working hours in the institution, thinking that the society respects the nursing profession, taking responsibility outside of the profession, asking for a service change, finding solutions to the problems of the hospital management and allocating time to family/loved ones ($p < 0.05$). It was concluded that compassion was four times higher in female nurses, 2.4 times higher in those who did not plan to quit their job during the pandemic, and that nurses who were not satisfied with their working hours were 3.3 times more burnt out than other nurses.

As a result, it was determined that the pandemic process was not a factor affecting the compassion levels of nurses, and their burnout levels were moderately affected by both the pandemic process and professional factors.

Keywords: Burnout, Compassion, Compassion Fatigue, Nurse

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hemşirelik hem bilim hem de sanat olarak tanımlanan benzersiz, karmaşık bir disiplindir ve özel bilgi, beceri gerektirir (1). Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının sonlarına doğru etiyolojisi bilinmeyen şiddetli akut solunum sendromu (SARS) vakaları ortaya çıkmaya başlamıştır (2, 3). Çin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yerel çalışmaları sonucunda bu yeni pnömoniye neden olan patojenin koronavirüs olduğu ve koronavirüs hastalığı (COVID-19) olarak adlandırıldığı doğrulanmıştır (4).

COVID-19'un sebep olduğu küresel salgın, virüsün kontrolünde hemşirelerin benzeri görülmemiş bir merkezi rol oynamasına sebep olmuştur. Dünya çapında alınan tüm önlemlere rağmen, enfekte vakaların sayısı hızlanarak artmış ve birçok ülkenin sağlık sistemleri çöküşün eşiğine gelmiştir (5). Pandemiler, hemşireler üzerinde ciddi psikolojik etkiye sahiptir (6). COVID-19 hastalarıyla çalışan hemşireler, yüksek yoğunluklu işleriyle ilgili yorgunluk, rahatsızlık ve çaresizlik nedeniyle özellikle korku ve endişe gibi duygulara karşı savunmasız kalırlar (7). Pandemi, sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun gelişmesi için artan bir risk oluşturmuştur (8).

Hasta bakımının pratik ve teknik yönleri için bireyin gerekli bilgi ve becerilere sahip olmasının yanında, hemşirelerin bakım verdiği kişilere karşı merhamet göstermesi gerekmektedir (9). Merhamet, bir başkasının sıkıntısını gözlemlerken yardım etme davranışını ortaya çıkaran doğal bir tepkidir (10). Merhamet, hemşirelik için olmazsa olmaz sayılan, yaşamdan daha geniş olan mesleğin temelini oluşturduğu düşünülen bir niteliktir ve hemşireliğin en değerli varlığı olarak tanımlanır (11). Ayrıca merhamet kaliteli hemşireliğin ölçülebilir bir göstergesi olarak da ifade edilebilir (12). Hemşireler merhametli bakımı; bir güvence olarak sıkıntısı olan hastasının koluna hafif bir baskı uygulayarak fiziksel dokunuşla yanıt verme, hastanın korkularını ve endişelerini dinlemek için zaman ayırmak gibi farklı şekillerde gösterebilirler (9).

Joinson (1992) merhamet yorgunluğunu, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında kronik işle ilgili strese maruz kalma nedeniyle duygusal, fiziksel ve psikolojik tükenme olarak tanımlamıştır. Figley (2002) ise, merhamet yorgunluğunun "bakımın maliyeti" olduğunu düşünmüştür (13). Bakım eylemleriyle ilişkili farklı duygusal, fiziksel veya davranışsal sıkıntı biçimlerini tanımlamak için kullanılmış bir dizi semptom "merhamet yorgunluğu" olarak tanımlanmıştır. Merhamet yorgunluğu duygusal, davranışsal ve/veya fiziksel sıkıntı olarak kendini gösterebilir (10). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu

sonucunda iş tatmininde azalma, işi ve kişisel hayatı arasındaki ayrımın bozulması, karar vermede bozulma, aşırı duyarlılık veya duyarsızlık, empatinin azalması, tükenme görülebilir (14).

Empati uyandıran deneyimlere sürekli ve tekrarlayan şekilde maruz kalmanın profesyonel tatmini ve duygusal refahı negatif yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (10). Duarte ve Pinto-Gouveia (2017) yaptıkları çalışmada empatik bakım ve endişe duygularına sahip hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik belirtilerine karşı daha savunmasız olabileceğini bulmuşlardır (15).

Mevcut COVID-19 salgınıyla birlikte hemşirelerin artan iş yükü, uzun çalışma saatleri, kişisel koruyucu donanımların yarattığı rahatsızlık, bulaşma korkusu ve en önemlisi bilinmezlik tükenmişliğe neden olabilir (7). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu terimleri bazı zamanlarda birbirinin yerine kullanılıyor olmalarına karşın farklı terimlerdir. Tükenmişlik, kişinin çabalarının bir önemini yok sayarak umutsuzluk duygularına, işle başa çıkmada veya işini etkili bir şekilde yapmada güçlüklerle kendini belli ederek, genellikle destekleyici olmayan bir çalışma ortamı veya yüksek iş yükü ile ilişkilendirilir. Hemşirelerin tükenmişliği işlerindeki memnuniyetsizlikleriyle bağlantılı bulunmuştur ve tükenmişlik işten ayrılmanın sebebi olarak gösterilebilmektedir (16).

COVID-19'a maruz kalan sağlık çalışanlarının tükenmişliğini önlemek ve sağlığını geliştirmek için adımlar atılmalıdır. Eğer bu adımlar atılmazsa hemşireler için yalnızca zihinsel sağlık sorunları oluşturmakla kalmayıp, hasta bakım ve güvenliğini negatif yönde etkileyebilir, bu durum malpraktis riskinin artmasına neden olabilir (7).

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın amacı, pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemisi

2.1.1. COVID-19 Pandemisinin Tanımı

Pandemiler, coğrafyalarla, kıtalarla sınırlı kalmayıp tüm küreye yayılabilen hayvanlar ve insanlarda hastalık hatta ölümlere sebebiyet veren bulaşıcı, salgın hastalıklardır. Salgın hastalıklara neden olan en önemli faktörlerden biri virüslerdir (17). Koronavirüsler, zarflı RNA virüsleridir, insanlar, memeli hayvanlar ve kuşlar arasında geniş dağılım sağlayarak çeşitli sistemleri etkileyen hastalıklara neden olmanın yanında belli dönemlerde salgınlara da neden olmuşlardır (18, 19).

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan COVID-19 virüsü şiddetli akut solunum yolu hastalığına neden olmaktadır. 31 Ocak 2020 tarihinde WHO'nun bu salgın hastalığı uluslararası öneme sahip bir halk sağlığı acil durumu olarak ilan etmiştir. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi bu virüsü 11 Şubat 2020 tarihinde "Şiddetli Akut Solunum Sendromu ile İlişkili Koronavirüs 2" veya "SARS - CoV - 2" olarak adlandırırken, WHO hastalığa "COVID-19" ismini vermiştir (20). Virüsün insanlar arasındaki yayılımı temas ve damlacık yoluyla gerçekleşmektedir. İnkübasyon süresi ortalama olarak 4-5 gündür (0-14 gün). Ateş, nefes darlığı ve öksürük en sık rastlanan semptomları arasında yer almaktadır. Hastalık yaşlı bireylerde, komorbid hastalığı olan kişilerde şiddetli hatta mortal seyredebilmektedir (21).

2.1.2. Dünyada COVID-19 Pandemisi

31 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Wuhan şehrinde, sebebi o süreçte saptanamamış pnömoni vakaları bildirilmiştir. 5 Ocak 2020 tarihinde insanlarda tespiti yapılmamış yeni bir koronavirüs olduğu saptanmış ardından bu hastalık WHO tarafından salgın olarak kabul edilmiştir. 11 Ocak tarihinde bu salgının sebebiyet verdiği ilk ölüm Çin'de meydana gelmiştir. Çin dışında bu koronavirüsün ilk görüldüğü ülke Tayland olmuştur. 11 Şubat tarihinde bu virüs "COVID-19" olarak adlandırılmıştır. Kısa bir sürede COVID-19 hızla tüm dünyada yayılım göstermiştir. Salgını önlemek adına birçok önlem alınmaya çalışılmış, kısıtlamalar ve karantina uygulamaları birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de salgının en çok yükseldiği dönemlerde bölgesel ya da ülke genelinde uygulamaya konmuştur (22).

Vaka sayıları yüksek olan ülkelerde havayolu ulaşimleri durdurularak, ülkeler arası geçişler kapatılmıştır. Birçok ülkede okullar kapatılmış, sokağa çıkma yasakları getirilmiş ve özellikle düğün, kongre gibi birçok toplu etkinlikler iptal edilmiştir. Tüm bu süreçler ülkelerin sosyoekonomik sorunlar yaşamasına sebebiyet vermiştir (23).

2.1.3. Türkiye’de COVID-19 Pandemisi

COVID-19 vakası Türkiye’de görülmeye başlamadan, ülke içinde birçok çalışma yapılmaya başlandı. Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi 10 Ocak tarihinde kurulmuştur. Bu kurul tarafından 14 Ocak 2020’de COVID-19 rehberi oluşturularak hastalıkla ilgili bilgiler tek çatı altında toplanmaya çalışılmıştır. 23 Ocak tarihinde virüsün ilk çıkış bölgesi olan Wuhan uçuşları durdurulmuş, havaalanları termal kameralarla takibe alınmış ve belirtisi olan ziyaretçiler için karantina uygulanması kararlaştırılmıştır. 31 Ocak’ta; Çin’e tıbbi malzeme yardımı gerçekleştirilmiştir. Sadece Çin’in Wuhan kenti için durdurulan uçuşlar 5 Şubat tarihinde Çin için tamamen durdurulmuştur. Devam eden süreçte ülke sınırları yakınındaki karayolu gümrük kapıları, ardından birçok ülke için gidiş gelişler kapatılmıştır. 1 Mart’ta Umreden dönecek olan ziyaretçiler için sağlık bakanlığı tarafından kitapçık yayınlanmıştır ve 14 gün karantina kuralı uygulanmasına karar verilmiştir. Türkiye’de 11 Mart 2020 tarihinde ilk COVID-19 vakası saptanmıştır. 12 Mart tarihinde eğitime ara verilmiştir. Toplu etkinlikler ertelenmiştir. Cuma namazı gibi toplu ibadetlere ara verilmiştir. Pandemi hastaneleri oluşturulmuştur. Kuaför ve restoranlar kapatılmıştır. Restoran sahiplerinin paket servis ile çalışılmasına müsaade edilmiştir. Sokağa çıkma yasakları uygulanmıştır. Şehirlerarası ulaşım kısıtlanmıştır. Maske takma zorunluluğu getirilmiştir. Sağlık çalışanlarının izin ve istifaları durdurulmuştur (22). Vaka sayılarına göre bu önlemler gevşetildi ya da yeni kısıtlamalar eklenerek önlemler artırılmıştır.

2.1.4. COVID-19 Pandemisinin Etkileri

2.1.4.1. COVID-19 Pandemisinin Sosyal Etkileri

Kriz zamanlarında insanlar başa çıkma mekanizması olarak sosyal desteklerini kullanırlar. Sosyal destek, refahta önemli bir rol oynar ancak COVID-19’un yayılmasını azaltmaya yönelik en büyük önleyici çabalardan biri sosyal mesafe kuralıdır (24).

COVID-19 ile birlikte artan vaka sayıları sonucunda ortaya çıkan zorunlu fiziksel mesafe gereksinimi insanları yaşamları için yeni düzenlemeler yapmaya, sosyal izolasyon

uygulamalarına ve buna bağılı olarak yalnızlığa maruz bırakmıştır (25). Yapılan bir çalışmada sosyal ilişkilerin yaşlılar üzerinde sağlığı geliştirme etkisinin yanında zarar verme potansiyelinin de bulunduğunu göstermektedir (26). Yalnızlığın yaşlı yetişkinlerin fiziksel, bilişsel ve psikolojik sağlığı üzerinde büyük olumsuz etkileri vardır. COVID-19 sırasındaki yalnızlık sadece yaşlı bireyler üzerinde değil ergenlik çağındaki ve genç yetişkin popülasyonlar üzerinde daha da büyük bir etkiye sahip olabilmektedir (27). Eğitim sisteminde uzaktan eğitime geçilmesi ile çocukların ve ergenlerin fiziksel aktivitesinde, sosyal etkileşiminde ve dolayısıyla ruh sağlığında aksamalara neden olmuştur (28).

Öğrencilerin öğretmenleri ve arkadaşlarıyla yüz yüze temas eksikliği, evde kişisel alan eksikliği gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile evde hapsedilmeye bağılı olarak psikososyal stres, fiziksel ve zihinsel sağlık açısından kısır döngüye neden olabilmektedir (28). Tüm toplumda sosyal ilişkiler etkilenmiş ve ilişkilerin artık eskisi gibi olamayacağı kanısını ortaya çıkarmış, toplumsal yabancılaşmaya kapı aralamıştır (29).

2.1.4.2. COVID-19 Pandemisinin Ekonomik Etkileri

COVID-19; turizm, havacılık ve borsa başta olmak üzere ekonomi ve sosyal hayata şok etkisi yaratan bir süreç oluşturmuştur. COVID-19'un dünyaya yayılmasında en etkili sektör turizmdir. Ülkeler önceleri turist çekmek için para harcarken bu hastalık sebebiyle sınırlarını turistlere kapatmaya başlamasıyla turizm sektörü artık virüsün göstereceği gelişmelere göre şekil almaya başlamıştır. Havacılık sektöründe COVID-19 yayılım hızına paralel olarak kısıtlamalar getirilmiştir. Nisan 2020'de salgın hemen hemen her ülkeye yayıldığında, uçuşlar hızla 50.000'in altına düşmüştür (30).

Salgın etkisiyle sağlık sisteminde yaşanan zorluklar, işsizlik oranlarındaki artış ve tedarik zincirinde meydana gelen hasarla birlikte finans sektörü büyük bir zararla karşı karşıya kalmıştır (31). COVID-19 salgını ile ekonomilerini toparlamakta en çok zorlanan esnaf olmuştur. Bu durum esnaf odalarının ekonomiye yönelik planlamalar yapmasını gerektirmiştir (29).

2.1.4.3. COVID-19 Pandemisinin Psikolojik Etkileri

Karantinaya maruz kalmak çoğunlukla tatsız bir deneyim olarak adlandırılır. Bu süreç insanların sevdiklerinden ayrı kalması, özgürlüklerinin sınırlandırılması ve COVID-19 gibi belirsizliklerle dolu hastalıkla tanışmış olması neticesinde dramatik etkilerle sonuçlanabilmektedir (32).

Aralık 2019'daki koronavirüs salgını, birçok ülkenin virüsle potansiyel olarak temas eden insanlardan kendilerini evde veya özel bir karantina tesisinde izole etmelerine neden olmuştur. Karantinanın psikolojik etkisinin gözden geçirildiği bir sistematik incelemede travma sonrası stres semptomları, kafa karışıklığı ve öfke gibi olumsuz psikolojik etkilerin çoğunluğunu oluşturduğu, karantina sürecinin uzunluğu, enfeksiyon korkusu, can sıkıntısı, mali kayıpların stres sebepleri arasında bulunduğu saptanmıştır (32). Yapılan diğer bir çalışmada çocukların ve ebeveynlerinin pandemik afetlere karşı psikososyal tepkileri araştırılmış ve çocuklarda ve ebeveynlerde travmatik stres tepkileri ölçülmüştür. Sonucunda karantinaya alınan çocukların travma sonrası stres puanlarının dört kat daha yüksek olduğu görülmüştür (33). Karantinaya alınan kişilerde akut ve travma sonrası stres semptomları ve bozuklukları gelişme riski artmakta ayrıca genel psikolojik semptomlar, duygusal rahatsızlıklar, depresyon, stres, düşük ruh hali, sinirlilik ve anksiyetenin neden olduğu uykusuzluğun daha sık olduğu görülmüştür (34).

2.1.5. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi

Sağlık çalışanları COVID-19 salgınıyla, yüksek enfeksiyon riski, kontaminasyondan yetersiz korunma, artan çalışma saatleri, hayal kırıklığına uğrama, ayrımcılık, izolasyon, olumsuz duyguları olan hastalar, aileleriyle iletişim eksikliği ve bitkinlik gibi durumlarla karşı karşıya kalmışlardır. Salgınla stres, kaygı, inkar, uykusuzluk, depresif belirtiler, korku ve öfke gibi zihinsel sağlık sorunları da tetiklenmektedir. Tüm bu sorunlar sağlık çalışanlarının dikkatlerini, karar verme yeteneklerini etkilemenin yanında salgınla mücadeleyi de zayıflatabilmektedir (35).

COVID-19, tüm topluluklara izolasyon uygulanması, okulların kapatılması, sosyal izolasyon gibi gerekli önlemler günlük yaşamı özellikle sağlık sistemini ve bu sistem içinde yer alan çalışanların iş ve sosyal yaşamında ani değişiklikleri beraberinde getirmiştir. COVID-19'un hızlı yayılması ve enfekte bireylerde ortaya çıkabilecek semptomların şiddeti, sağlık hizmetleri sistemlerinin sınırlarını keskin bir şekilde ortaya koymuştur. Kritik hastalardaki dalgalanma için gerekli olan ventilatör ve yoğun bakım ünitesi yataklarının potansiyel sıkıntısı olmasa bile yeterli iş gücü olmadığı süreçte ek malzemeler ve yataklar tek başlarına yeterli olmamaktadır. Tüm insanlar karşılaştıkları toplumsal değişimler ve duygusal streslerle baş etmeye çalışırken, sağlık hizmetleri profesyonelleri de virüsle daha fazla maruz kalma riski, aşırı iş yükleri, ahlaki ikilemler ve

daha öncesinde deneyimleri bulunmayan bir hastalıkla baş etmek zorunda kalmışlardır (36).

Sağlık çalışanları, seçtikleri mesleğin bir parçası olarak genellikle artan enfeksiyon riskini kabul etseler de fiziksel ve duygusal tükenme, kişisel koruyucu ekipman eksikliği, nozokomiyal enfeksiyon riski ve aile üyelerine ikincil bulaşma korkusu, başkaları tarafından reddedilme duyguları ve sosyal izolasyon gibi etkenlerle yüzleşmek zorunda kalmıştır. Bunun yanında sağlık sektörü çalışanları, COVID-19 pandemisinin psikolojik sonuçlarına karşı daha da savunmasız kalmıştır. Salgın sırasında tıbbi malzeme kıtlığı yaşanması COVID-19 enfeksiyonu riskinin artması için zemin oluşturmuş, bu da özellikle yaşlı, immün sistemi zayıflamış veya kronik tıbbi sorunları olan aile üyelerini içeren aileye sahip olan sağlık personeli için bulaşma konusunda yüksek endişeye neden olmuştur (37-39).

Hemşirelerin psikolojik sağlığı birçok faktörden etkilenmektedir. Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim düzeyi gibi kişisel faktörlerle ruh sağlığı arasında ilişki olabileceğini düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşirenin ruh halini iş yükü, iş stresi, iş ortamı gibi dış faktörler de etkilemektedir (40).

COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığını saptamanın amaçlandığı bir çalışmada COVID-19 salgını sırasında çalışan sağlık çalışanlarının uyku kalitelerinin, olumlu duygularının ve yaşam memnuniyetinin artırılması gerektiğini vurgulanmaktadır (41). Çin’de COVID-19 salgını sürecinde 1563 sağlık personeli içeren çalışmada depresyon belirtilerinin %50.7, anksiyetenin %44.7, uykusuzluğun ise %36.1 olduğu sonucuna varılmıştır (42). Sağlık profesyonellerine destek olmak için etkili yaklaşımlar geliştirilmeden, onların özel korku ve kaygılarının kökenini anlamak oldukça önemlidir. Stresi azaltmaya veya dirençliliğe genel yaklaşımları öğretmek yerine bu endişeleri gidermeye odaklanmak, destek çabalarının birincil odak noktası olmalıdır (36).

2.2. Merhamet Kavramı

2.2.1. Merhamet Kavramı Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK) merhameti; “Bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak tanımlanmaktadır (43).

Biyoetik Terimleri Sözlüğünde merhamet; “Zor ya da daha kötü durumdaki bir kişi ya da gruba (kimi zaman insan dışındaki canlılara da) yönelik duygudur” şeklinde tanımlanmaktadır (44).

Merhamet kelimesinin İngilizcede eş değer birçok kelime olduğu görülmektedir. Grace, pity, mercy bunlardan birkaç tanesidir. Ancak bilimsel makalelerde çoğunlukla “compassion” kullanılmaktadır (45).

Kötü durumla karşılaşma anında merhamet duygusu harekete geçme hissi uyandırır. Bu durum merhameti empati, sempati ya da acıma duygusundan ayırır (46). Sağlık hizmetlerinde merhamet, hastaların acılarına bir çözüm bulmaya yönelik belirli etik eylemlerle onların iyiliğini sürdürmeyi amaçlayan rasyonel bir süreç olarak, acıya empatik bir yanıt oluşturarak ortaya çıkar. Bu nedenle, merhamet kavramı, bir başkasını anlamak için gösterilen duyarlılıkla beraber, mevcut durumuna bir çözüm bulmak adına yardım etme ve o kişinin iyilik halini sürdürme isteği anlamına gelecek şekilde tanımlanmaktadır (47).

2.3. Merhamet Yorgunluğu Kavramı

2.3.1. Merhamet Yorgunluğu Tanımı

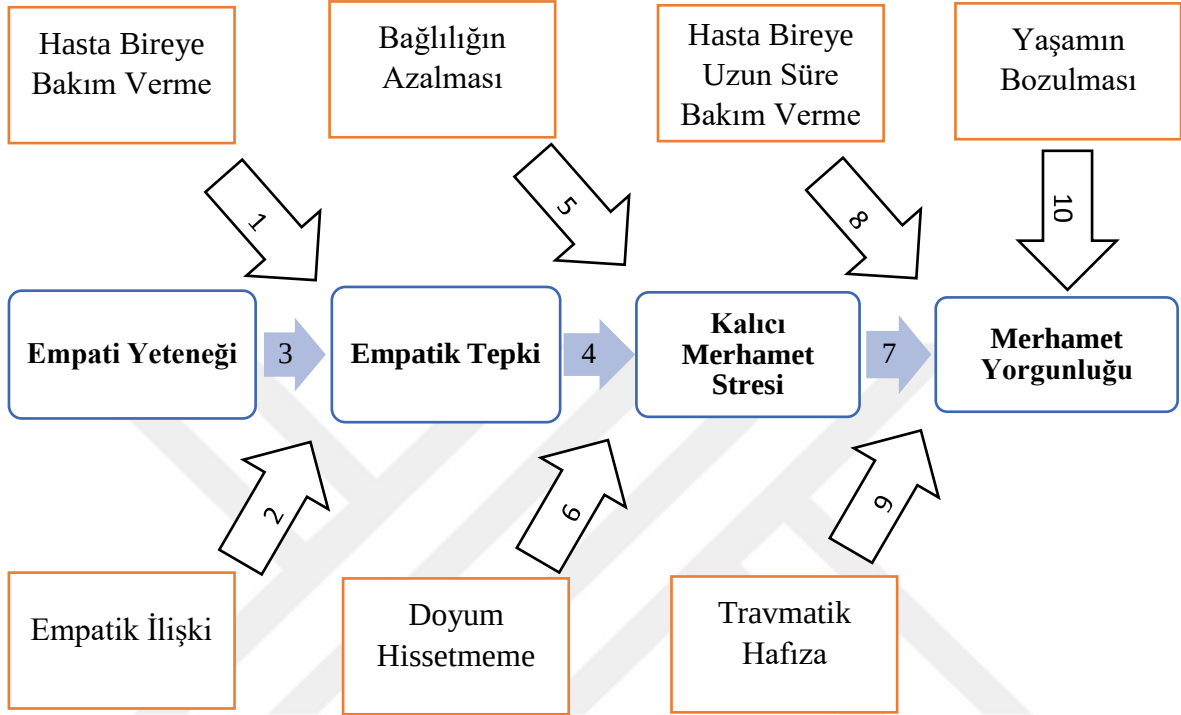
Merhamet yorgunluğu, çeşitli stres etkenlerinin sağlık ve diğer sağlık bakım mesleklerinde çalışan bireyleri nasıl etkilediğini tanımlamak için kullanılan bir kavramdır (48). Merhamet yorgunluğu, travma geçirmiş bir kişiye maruz kalmanın yol açtığı stres olarak da tanımlanır (49).

Charles Figley; merhamet yorgunluğunu: “Uzun süre merhamet stresine maruz kalma sonucu oluşan bitkinlik ve iş görememe (biyolojik, psikolojik ve sosyal) durumu” olarak tanımlamıştır (50).

Figley merhamet yorgunluğunu duygusal acı çeken bireylere bakmanın maliyeti olarak nitelendirmiştir (26). Figley’in, diğer bir tanıma göre merhamet yorgunluğu; zamanla aşamalı olarak hasta bireylere sunulan merhametin azalması durumudur (51).

Figley merhamet yorgunluğunun tanımında empati ve maruz kalma olmak üzere iki faktörün etkisinden söz etmiştir. Bu faktörlerin olması merhamet yorgunluğu olasılığını artırırken olmayışları merhamet yorgunluğu gelişme olasılığını düşürmektedir (50).

Figley merhamet yorgunluğunun bakım vermenin yarattığı strese karşı empati kurma becerinde meydana gelen değişim sonucunda ortaya çıktığını gösteren merhamet yorgunluğu modeli geliştirmiştir (Şekil 1) (21, 50).



Şekil 1. Merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu modeli (Figley'den, 50)

2.3.2. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğu, ilerleyen bir şekilde belirgin fiziksel, sosyal, duygusal, manevi ve entelektüel değişimlere neden olan bir durumdur (52). Merhamet yorgunluğu nedeniyle azalmış coşku, duyarsızlaşma, sinirlilik, depresyon, bunalım, tercih edilen aktivitelere karşı kaybolan ilgi, öfke, ilgisizlik, bırakma arzusu, üzüntü, kaygı, hüsrana vb. duygusal belirtiler; baş ağrısı, kas gerginliği, yorgunluk, enerji eksikliği, gastrointestinal rahatsızlıklar, uykusuzluk vb. fiziksel belirtiler; kayıtsızlık, duyarsızlık, duygusuzluk, acı çekmeme, alaycılık vb. sosyal belirtiler; varoluşu sorgulama, mesleğin anlamını yitirmesi, vb. manevi belirtiler; can sıkıntısı, düşük konsantrasyon, azalmış dikkat vb. entelektüel belirtiler deneyimlenebilmektedir (48).

2.3.3. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Kavramlar

2.3.3.1. Sekonder Travmatik Stres ve Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu

Sekonder travmatik stres (STS), geçirdiği travmanın ardından acı çeken kişilere maruz kalınması ve bu bireylere yardımcı olma isteğinde kaynaklanan strese bağlı ortaya çıkan psikolojik belirtiler olarak tanımlanır (53, 54).

Sekonder travmatik stres bozukluğu (STSB) ise, sağlık profesyonellerinin uzun vadede sekonder strese maruz kalmasıyla meydana gelir. Hasta ile kurulan ilişki sonucunda ortaya çıkması sebebiyle STSB ve merhamet yorgunluğu benzer gibi görülebilir ancak merhamet yorgunluğu hemşirelerin zaman içerisinde tükenen merhamet seviyelerinin neticesinde hastalarına merhametli bakım vermekte zorlanmalarıyla oluşurken, STBS merhamet yorgunluğu yaşayan bireyin bunu aşamadığı süreçte semptomların artması ve ilerlemesiyle oluşmaktadır. Her iki kavram da hemşirelerin bakım verme işlevinde değişikliğe sebebiyet vermektedir (52).

2.3.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), ağır travmatik bir olayın yaşanması tecavüz, silahlı saldırı vb. veya böyle bir olaya tanık olunması gibi kişide psikolojik etkiler bırakıp uzun dönem seyreden bir durumdur (55, 56).

TSSB ile beraber ortaya çıkabilecek olan anksiyete, uyku sorunları gibi sonuçlar merhamet yorgunluğunda da görülebilmektedir ancak merhamet yorgunluğu farkına varılmadan daha uzun vadede meydana gelerek insan hayatını etkilemektedir (57).

2.3.3.3. Dolaylı Travmatizasyon

Travmatik olaya maruz kalan bireyin çevresindeki insanların bu kişiyle empati kurmasına bağlı ruh sağlıklarının etkilenmesiyle oluşan bir durumdur. Bu süreçte en çok etkilenecek kişiler şüphesiz iyileşme süreci boyunca bu acıları çeken kişilere bakım veren profesyoneller olacaktır (57).

2.3.3.4. Moral Distress

Moral distress etik açıdan uygun hareket tarzının bilindiği ancak belli kısıtlamalardan dolayı uygulanamayacağı durumlardan kaynaklanır. Bu durumun hemşireler arasında ciddi bir sorun olduğu düşünülmekte ve neticesinde hemşirelerin mesleki tatminsizlik yaşamalarıyla sonuçlanabilmektedir (58).

2.3.3.5. Merhamet Memnuniyeti

Merhamet memnuniyeti, hemşirelerin fedakar bir şekilde hastanın acısıyla kurdukları bağdan aldıkları ilham ve hayat verme hissidir (52). Merhamet memnuniyetiyle merhamet yorgunluğu ters orantılıdır, birinin artışı diğerini azaltmaktadır (59). Merhamet memnuniyeti, hasta bireylere verilen bakım sonucunda ortaya çıkan haz ve memnuniyetten oluşur (60). Sağlık çalışanları da hem çalışma arkadaşlarıyla hem de bakım verdikleri hasta ve yakınları ile karşılıklı iyi bir iletişimde olursa karşılıklı pozitif duygular ortaya çıkar ve sağlık çalışanı yaptığı işten tatmin olur (52).

2.3.3.6. Tükenmişlik

Tükenmişlik; hayal kırıklığı, güçsüzlük ve iş hedeflerine ulaşamama duyguları ile çalışanların işe yönelik olumsuz davranışlarını ve iş zorluğuna karşı tutumlarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir (61). Günümüz dünyasında tükenmişlik oldukça yaygın görülmektedir. Genellikle işle ilgili memnuniyetsizlikten kaynaklanmaktadır ve zamanla gelişerek ilgisizlik ve bitkinlikle sonuçlanabilir (62).

2.3.4. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik

Hemşireler, toplumu oluşturan bireylerin karşılaştıkları fiziksel, duygusal ve ruhsal sıkıntılarına destek, şifa ve cesaret veren şefkatli ve merhametli kişilerdir. Bu durum hemşirelerde merhamet yorgunluğu gelişme riskine neden olmaktadır (63).

Hemşire Joinson (1992) merhamet yorgunluğu kavramını ilk kez kullanarak aşırı iş yükü nedeniyle acil servis personellerinin yaşadıkları olumsuz deneyimlere ve çalışma saatlerine bağlı olarak bakım verme yeteneğinde kayıpların gelişmesine neden olduğunu gözlemiştir (59). Sağlık çalışanları gibi, hizmet verdikleri kişilerin travmatik deneyimlerine düzenli olarak maruz kalan meslek üyeleri özellikle merhamet yorgunluğuna daha yatkındır. Bu durum hasta bakım standartlarını, meslektaşları ile olan ilişkileri etkileyebilir veya TSSB, anksiyete veya depresyon gibi daha ciddi zihinsel sağlık sorunlarına da neden olabilir (49).

Merhamet yorgunluğu, bakım verici ile hasta arasındaki bakımın doğal sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (54). Hemşireler, hastalara merhametli bir şekilde bakım vermelidir. Ancak hemşirelerin merhametli bakım vermelerinde birçok faktör olumsuz etki oluşturabilmektir (52). Hemşirelik mesleğinin doğasında bulunan strese ve travmatik

deneyimlere durmaksızın karşı karşıya kalmak, azalan iş tatmini, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin hemşirelerde oldukça yüksek oranında görülmesine neden olur (64).

Merhamet yorgunluğunun hemşirelerde strese maruz kalma, iş doyumu, merhamet doyumu ve tükenmişlik arasındaki ilişkileri saptamak için yapılan bir çalışmada stres düzeyinin artmasıyla merhamet yorgunluğunun da arttığını bu durumun iş doyumunu negatif yönde etkilediğini ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışma sonucunda tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (65).

Sağlık sistemlerinde karmaşık bir süreç içerisinde çalışan hemşireler strese maruz kalır. Bunun sonucunda hemşirelerde, azalan iş verimliliği, düşük bakım kalitesi, güvenlik kaygıları, iş memnuniyetsizliği ve iş bırakma gibi durumlar meydana gelebilmektedir (48, 66). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin başkalarının acılarına ve yüksek stresli ortamlara tekrar tekrar maruz kalmasıyla merhamet yorgunluğuna yatkınlıklarının arttığını göstermiş bu durumun hemşire, hasta ve sağlık sistemini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur (67). Florida eyaletindeki 22 bakımevinde görev alan 216 hemşirenin katıldığı bir çalışma hemşirelerin merhamet yorgunluğu seviyelerinin %78'i için orta ve %26'sı için yüksek risk altında olduğunu göstermiştir. Aynı araştırmada merhamet yorgunluğunun temel belirleyicilerinin travma, anksiyete, yaşam talepleri ve aşırı empati olduğu ortaya çıkmıştır (68). Uzun yıllar çalışmış deneyime sahip hemşireler ve “Y kuşağı” neslindeki (21-33 yaş) hemşirelerin yer aldığı bir çalışma merhamet yorgunluğunun en önemli göstergesinin yaş, mesleki memnuniyet ve meslek sevgisi gibi değişkenler olduğunu göstermiştir (60). Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmada merhamet yorgunluğunun elli yaş ve üzeri, evli olmayan ve eğitim seviyesi lisansüstü hemşirelerde daha yüksek seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır (69). Bir başka çalışmada hemşirelerin %86'sında merhamet yorgunluğuna orta seviyede sahip oldukları ve onkoloji servisi hemşirelerinin diğer servislere oranla daha yüksek merhamet yorgunluğu riskine sahip oldukları saptanmıştır (70).

Türkiye’de hemşirelerin merhamet yorgunluğu üzerine yapılan ilk çalışma, yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadıkları ve bununla baş etme yöntemi olarak hem fiziksel hem de zihinsel açıdan yoğun bakım ortamından izole olmayı tercih ettikleri saptanmıştır (71).

Merhamet yorgunluğu ve beraberinde getirdiği etkilerle başa çıkmak adına yapılan birçok program vardır. Bunlardan biri, merhamet yorgunluğu belirtilerini ve çalışanların merhamet yorgunluğu yaşama seviyesinde azalma sağlayan 1997 yılında geliştirilen

“Hızlandırılmış Kurtarma Programı”dır (72). Bir diğeri çalışanların tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun olumsuz sonuçlarının üstesinden gelmeyi amaçlayan ve çalışanın kendi içinde iş yerinde yaşamış olduğu stresi önleyebilecek nitelikte olan “Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma Programı”dır (73).

Merhamet yorgunluğunun olumsuz etkilerine karşı mücadele edebilmek için Pennsylvania Üniversitesi Hastanesinde hemşirelerin yenilenmelerine fırsat tanımak adına “Hemşirelik Yenileme Merkezi” kurulmuştur. Burada amaç merhamet yorgunluğu hisseden hemşireleri hemşirelik kültürü desteğiyle sağlıklı yaşam ve yenilenme sağlayacak uygulamalarla destekleyerek merhamet yorgunluğuyla baş etmelerine katkı sağlamaktadır. Bu program hemşirelerin merhamet yorgunluğunda %42 azalmaya yol açmıştır (74).

2.4. Tükenmişlik Kavramı

2.4.1. Tükenmişlik Kavramı Tanımı

Günümüzde tükenmişlik, birçok kişisel ve sosyal sorunun ifade edilmesi için kullanılan bir kelime haline gelmiştir. Tükenmişlik kavramı, sağlık alanında çalışanlar için ilk olarak Freudenberger tarafından 1974’te ortaya atılmıştır (75).

TDK’ye göre tükenmişlik, “Gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu” olarak tanımlanmıştır (76).

Maslach tükenmişliği; “İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (77).

Tükenmişlik, çalışan insanlarda ortaya çıkabilen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarının getirdiği psikolojik bir sendromdur (77). Tükenme konusunda yüksek puan alanların duygusal ve fiziksel kaynakları tükenmiştir. Duyarsızlaşma konusunda yüksek puan alanlar, normal “başa çıkma” için beklenenden daha duygusuz veya tarafsız görünür. Kişisel başarının azalması konusunda yüksek puan alanlar güveni olmayan veya çok az iş başarısı elde ettiğini düşünenlerdir. Genel olarak, tükenmişlikten muzdarip olanlar sıklıkla bitkin düşerler, bakım yetenekleri azalır ve işlerinden daha az tatmin olurlar (78). Son yıllarda tükenmişlik daha çok işe bağlılığın erozyonu olarak da anılmaktadır (79).

2.4.2. Tükenmişliğin Nedenleri

2.4.2.1. Bireysel Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişliğin bireysel nedenleri; kişinin meslek seçimini isteyerek yapmamış olması, iş doyumunun olmayışı, mükemmeliyetçi kişilik yapısına sahip olma, kişinin kendini yetersiz hissetmesi, özel hayatta yaşanan problemler ve stres faktörleri, empati yeteneğinden yoksun olma vb. olarak sayılabilir. Aynı zamanda cinsiyet, yaş, medeni durum gibi demografik özellikler de bireysel tükenmişliği etkilemektedir (80).

2.4.2.2. Örgütsel Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişliğin örgütsel nedenleri; iş yükü, kontrol eksikliği, işten yüksek beklenti, işe ilişkin katı kurallar, adil muamele görmemek, rol çatışması, ödüllendirilmeme vb. olarak sayılabilir (81). Maslach ve Leiter tükenmişliğe neden olan faktörlerden örgütsel faktörlerin bireysel faktörlerden daha önemli olduğunu üzerinde durmuşlardır (82). Bu duruma paralel olarak hemşireler üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda, tükenmenin meslekten olan beklenti, mesleki memnuniyet, çalışma şekli, iş ortamından memnun olma durumu gibi değişkenlerle ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (83).

2.4.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin bireysel ve örgütsel nedenlerinin sonucunda bireylerde; yorgunluk, mide-bağırsak rahatsızlıkları, baş ağrısı, yüksek tansiyon, kronik yorgunluk, uyku bozuklukları, grip, kas ağrısı gibi fiziksel belirtiler; umutsuzluk, sinirlilik, hayal kırıklığına uğrama, engellenmişlik hissi, depresyon gibi psikolojik belirtiler; işe gitmek istememe, çabuk öfkelenme, yalnız kalma isteği, alınganlık, kötü alışkanlıklara eğilim gösterme, iş işleyişini negatif yönde etkileme, konsantrasyon bozukluğu, içe kapanma gibi davranışsal belirtiler görülebilmektedir (81).

Tükenmişliğin nedeni insanın idealleriyle ilişkilidir, tükenmiş kişi hayal kırıklığı ve yorgunluk içindedir. Kişinin beklentileri normal sınırların çok üzerinde ve bu ideallerinde ısrarcı olursa sürekli bir iç çatışmaya maruz kalır sıkıntı hisseder ve huzursuz olur. Kaçınılmaz son olarak da tükenmişlik meydana gelir (84).

2.4.4. Tükenmişliğin Etkileri

2.4.4.1. Birey Üzerine Etkileri

Tükenmişlik duygusal yorgunluğun yanında fiziksel yorgunluk da yaşanmasına neden olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişi için güne başlamak bile oldukça zor olabilmektedir. Yorgunluğun temelini gerginlik oluşturmaktadır. Yaşanan bu gerginlik kişide uyku problemlerine, soğuk algınlığına, baş ağrısına sebep olmakta ve bu durumlarla baş edemediği görülmektedir. Tükenmişlik kişide sadece fiziksel sağlığı değil ruh sağlığını da etkilemektedir. Tükenmişlik benlik saygısının azalmasına, kişinin başarısız hissetmesine ayrıca ruhsal çöküntüye de sebep olabilmektedir. Ayrıca beslenme bozukluklarına, ülsere, kas ağrılarına, kötü alışkanlıklara eğilim göstermeye de neden olmaktadır. Tüm bunların yanında tükenmişlik kişide ölüm düşüncesini bile tetikleyebilmektedir (85).

2.4.4.2. Çalışma Hayatı Üzerine Etkileri

Tükenmişliğin en görünür etkilerinden biri kişinin iş performansındaki değişimdir. Tükenmiş kişiler işlerine yeterli özeni gösteremezler ve mesleki başarıları buna bağlı azalır. Tükenmiş hemşirenin çalışma kapasitesi düşer, hastalarına gösterdiği ilgi azalır, meslektaşlarıyla olan ilişkisi etkilenebilir. Kişi duygusal olarak gergindir bu da iletişimi üzerinde negatif bir etki oluşturur. Tükenmişlik iş doyumunda azalmaya, işe bağlılığın etkilenmesine hatta işi bırakma gibi durumlara neden olur (86).

Tükenmişlik iş hayatında maddi ve manevi kayıplara neden olmaktadır. Tükenmiş bireyin iş verimindeki düşüş tüm işletmenin verimini de negatif anlamada etkiler. Bu durum iş yeri ve tüm çalışanlar için önemli bir problem yaratır (85).

2.4.4.3. Aile Hayatı Üzerine Etkileri

Tükenmişliğin etkileri iş hayatıyla ya da sadece bireysel etkileriyle sınırlı kalmayıp bireyin özel hayatını da etkiler. Bireyin yaşadığı tükenmişlikten ailesi doğrudan etkilenir. Tükenmenin kaynağı aile içindeki bir faktör olmasa bile bireyin ailesi ve arkadaşları tarafından kuvvetli bir şekilde hissedilebilir. Aile fertleri yalnızlaşır, kendilerini değersiz hisseder ve tükenmiş bireyi suçlamaya başlar. Aile içi çatışmalara, aralarındaki iletişimin bozulmasına ve birbirlerinden uzaklaşmalarına neden olur. İş hayatında başarılı olmak adına verilen savaştan en çok aile içi ilişkiler etkilenmektedir ancak başarının iş ve aile hayatının dengeli ve uyum içinde sürdürülmesiyle sağlanabileceği unutulmamalıdır (86).

2.4.5. Tükenmişlik ve Hemşirelik

Tükenmişliğe yatkın kişiler, hastaların sorunlarını ele alan, empati konusunda oldukça başarılı kişilerdir (87). Tükenmişlik sendromu döngüsel tekrarlarla beraber yavaş yavaş gelişir. Stres, tükenmişliğin etiolojisinde önemli bir yere sahiptir (88).

Sağlık çalışanları arasında tükenmişlik kavramı yeni değildir ama sağlık hizmeti sağlayıcılarının refahı, ruh sağlığı ve zindeliğinin hasta güvenliği üzerindeki etkisi dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetleri, çalışma hayatındaki zorluklar, zaman kısıtlamaları, rekabet, mesai saatleri ve zamanlama üzerindeki kontrol eksikliği gibi etkenler sağlık profesyonelleri üzerinde baskı oluşturmaktadır. Tükenmişlik sendromu sağlık çalışanları arasında gün geçtikçe daha fazla kabul görmektedir. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı, tükenmişliğin hemşirelerin %10-70'ini etkileyebileceğini tahmin etmektedir (89).

Tükenmişlik birçok meslek açısından büyük sorun oluşturmaktadır ve hemşirelerin bu konuda özellikle duyarlı olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin refahı sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini de etkileyeceğinden hemşireler arasında tükenmişliğin ölçülmesi ayrıca önemli kılmalıdır. Çin'de yapılan 495 hemşireden oluşan bir çalışmada cerrahi ve medikal hemşirelerinin tükenmişlik puanları diğer hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Yaşı küçük olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu, daha düşük eğitim durumu daha düşük mesleki yeterlik ile arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (90).

Tükenmişliğin bireylerin sağlık ve ekonomik durum üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Ayrıca tükenmişlik uyumu azaltır, bakım kalitesini düşürür ve tıbbi uygulama hatası ve komplikasyonların yaygınlığını etkiler. Bu nedenle tükenmişliğin tespiti, önlenmesi ve tedavisi kamu yararınadır (91).

Yapılmış bir çalışmada tükenmişlik açısından risk altında olan çalışma grupları arasında yüksek riske sahip olan birim onkolojidir. Bir çalışma sonucunda duygusal tükenme, düşük kişisel başarı hissi ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca uyumsuz başa çıkma yöntemleri ve tükenmişlik arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (92).

Tükenmişlik sendromu yıllar içinde gelişme gösterse de her zaman ve her seviyede başarılı bir şekilde müdahale edilerek önüne geçilebilir. Hemşirelerin kendilerini tanımaları, yaşanan durumları doğru değerlendirebilmesi ve yardım arama cesareti

gösterebilmeleri son derece önemlidir (88). Yapılan bir çalışmada tükenmişliğin; örgütsel, kişisel ve sosyodemografik faktörlerle bağlantılı olduğu, gençlerde ve sürekli çalışan hemşirelerde tükenmişlik riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca öz yeterlik ve stres yönetiminin, tükenmişliğe karşı koruyucu olduğunu işaret etmiştir (93).

Onkoloji hizmetlerindeki hemşirelik profesyonellerinde duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın yüksek düzeyde ve kişisel başarının düşük düzeyde prevalansını belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmada, duygusal bitkinliğe ve düşük kişisel başarıya sahip hemşireler arasında tükenmişlik riskinin yüksek olduğu sonucu çıkmıştır (94).

2.5. Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik ve Hemşirelik

Merhamet yorgunluğu, hemşirelerin fiziksel ve duygusal refahını olumsuz yönde etkilemenin yanında önüne geçilmediğinde merhamet yorgunluğu hemşireler arasında tükenmişlikle sonuçlanabilmektedir. Hasta ölümlerinin artışı, enfeksiyon oranlarında meydana gelen yükselme ve hastaların memnuniyetlerindeki azalma tükenmişlikle ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin mesleklerini bırakmasına da neden olmaktadır (74).

Merhamet yorgunluğu tükenmişlikle aynı anlama gelmemektedir. Merhamet yorgunluğu, acı çeken hastalarla çalışan sağlık çalışanlarında hızla ortaya çıkan bir sorun iken, daha büyük bir yapı olan tükenmişlik, tipik olarak ağır çalışma ortamlarında görev alan bireyler için yavaş ilerleyen bir bozukluktur (95). Stres ve negatif duygular merhamet yorgunluğunu; pozitif duygulanım ve sosyallik ise merhamet memnuniyetini artırmaktadır. Merhamet yorgunluğunu tükenmişlikle güçlü bir şekilde pozitif ilişkiye sahipken, merhamet tatminin tükenmişlikle ters orantılı ilişki göstermektedir (60). Avusturya’da yapılmış bir çalışmada anksiyete ve depresyonun tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuyla bağlantılı olduğu, yüksek anksiyetenin, daha genç yaşa sahip, tam zamanlı çalışan ve lisansüstü nitelikleri olmayan hemşirelerle ilişkili olduğu sonucu çıkmıştır (96).

İspanya’da hem hastanede hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 1521 hemşireden oluşan bir çalışma, hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek, merhamet memnuniyeti düzeylerinin ortalamanın altında olduğunu göstermiştir. Medeni durum, sağlık hizmeti ortamı, işyerinin bulunduğu alan ve iş vardiyası gibi sosyodemografik faktörlerin doğrudan merhamet yorgunluğuyla ilişkili olduğu; merhamet memnuniyetinin yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık hizmeti ortamı,

işyerinin bulunduğu alan ve iş vardiyasıyla ilişkili olduğu; tükenmişlik düzeyinin iş vardiyasıyla ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (97).

Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik, hemşirelerin refahı, iş tatmini ve meslekte kalma isteği üzerinde olumsuz etkiye sahip olmanın yanında hasta sonuçlarını ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri de etkileyebilmektedir (61). Amerika’da acil serviste görev alan 1000 hemşire üzerinde yapılan tanımlayıcı bir çalışmada düşük yönetici desteğinin hemşireler arasında yüksek düzeyde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunu tetiklerken yüksek yönetici desteğinin ise merhamet memnuniyetinin artmasına katkı sağladığı sonucu ortaya çıkmıştır. Acil servis hemşireleri arasında merhamet tatmini, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin farkındalığını geliştirerek duygusal tükenmeyi önleyebilir. Ayrıca hemşirelerin empatik ve merhametli profesyoneller olarak kalmasına yardımcı olacak müdahaleleri belirlemekte etkili olabileceğini göstermiştir (98).

Örneklemini transplantasyon ünitesi koordinatörü hemşirelerin oluşturduğu bir çalışmada merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin orta düzeyde olduğu ayrıca eğitim düzeyinin tükenmişlik ile ilişkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça tükenmişliğin azaldığı sonucuna varılmıştır (99). Onkoloji alanında çalışan sağlık profesyoneli üzerinde merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve tükenmişliği ölçmek amacıyla yapılmış bir çalışmada, merhamet yorgunluğu riskinin, tükenmişlik skorlarının lisans mezunu hemşirelerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu, merhamet yorgunluğunun ön lisans mezunu hemşirelerin ise daha düşük olduğu sonucu çıkmıştır (100).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap arandı:

1. Pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişliğe etkisi ne düzeydedir?
2. Pandemi sürecinde hemşirelerde merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Nisan-Kasım 2021 tarihleri arasında Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan Rize ilinde Rize Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Rize Devlet Hastanesi'nde Nisan-Kasım 2021 tarihleri arasında çalışan toplam 275 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında OpenEpi, versiyon 3, genel kullanıma açık istatistik yazılımı kullanılarak ve örneklem büyüklüğü; 0.05 yanılgi düzeyi, %99 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneğı ile en az 196 hemşire olarak belirlenmiştir (101). Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 204 hemşireye ulaşarak veriler toplanmıştır.

3.4.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

Araştırma tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesinde çalışan, mesaide olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler kabul edildi.

3.4.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

Araştırma tarihleri arasında Rize Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmayan, mesaide olmayan (yıllık izinli, raporlu olan) ve araştırmaya katılmayı reddeden hemşireler çalışmaya dahil edilmedi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Hemşire Tanıtım Bilgi Formu” (Ek 1), “Merhamet Ölçeği” (Ek 2) ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hemşire Tanıtım Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşire tanıtım bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili toplam 27 sorudan oluşmaktadır (102, 103).

3.5.2. Merhamet Ölçeği

Pommier (2011) tarafından merhamet düzeyini belirlemeye yönelik geliştirilen merhamet ölçeği Türkçe’ye Akdeniz ve Deniz tarafından 2016 yılında uyarlanmıştır (104, 105). Ölçek toplam 24 madde ve altı alt boyuttan (sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme) oluşmaktadır. Ölçeğin, sevecenlik alt boyutunu “6, 8, 16, 24. maddeler”; umursamazlık alt boyutunu “2, 12, 14, 18. maddeler”; paylaşımların bilincinde olma boyutunu “11, 15, 17, 20. maddeler”; bağlantısızlık alt boyutunu “3, 5, 10, 22. maddeler”; bilinçli farkındalık alt boyutunu “4, 9, 13, 21. maddeler” ve ilişki kesme alt boyutunu “1, 7, 19, 23. maddeler” oluşturmaktadır. Ölçeğin umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyutları ters maddeden oluşmaktadır ve tersten puanlanmaktadır. Ölçek “Hiçbir zaman=1” ve “Her zaman=5” arasında değişen beşli likert tipi derecelendirmesine sahiptir. Öleekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan 120’dir. Bu yöntemle elde edilen puanlar hesaplanarak toplam puan ortalaması alınır. Öleekten alınan toplam puan arttıkça merhamet düzeyi de artmaktadır. Öleecin; toplam iç tutarlık güvenilirlik katsayısının 0.85 ve alt boyutları için sevecenlik 0.73, umursamazlık 0.64, paylaşımların bilincinde olma 0.66, bağlantısızlık 0.67, bilinçli farkındalık 0.70 ve ilişki kesme 0.60 olarak belirtilmiştir (105). Bizim çalışmamızda, merhamet ölçeği toplam iç tutarlılık güvenilirlik kat sayısı 0.89 ve alt boyutları için sevecenlik 0.76, umursamazlık 0.68, paylaşımların bilincinde olma 0.60, bilinçli farkındalık 0.69, bağlantısızlık 0.69 ve ilişki kesme 0.62 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik ölçeği, Christina Maslach ve Susan Jackson (1986) tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır (106, 107). Ölçek 22 madde ve “duygusal tükenme, duyarsızlaşma,

kişisel başarı” olmak üzere üç adet alt boyuttan oluşmaktadır. Duygusal tükenme alt boyutu “1, 2, 3, 6, 8, 13, 16, 14, 20. maddeler”, kişisel başarı alt boyutu “4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. maddeler” ve duyarsızlaşma alt boyutu “5, 10, 11, 15, 22. maddelerden” oluşturmaktadır. Ölçeğin kişisel başarı alt boyutu ters maddeden oluşmakta ve tersten puanlanmaktadır. Ölçek “Hiçbir zaman=0” ve “Her zaman=4” arasında değişen beşli likert tipi derecelendirmesine sahiptir. Ölçekten tek veya toplam puan elde edilmemektedir. Ölçeğin sahip olduğu alt boyutların her biri için puanlama yapılmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları negatif kişisel başarı alt boyutu ise pozitif ifadelerden oluşmaktadır. Buna bağlı olarak, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki puanların artması ve kişisel başarı alt boyutunun puanlarının azalması tükenmişliğin yükseldiğini ifade etmektedir. Ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık kat sayısı duygusal tükenme 0.83, duyarsızlaşma 0.65, kişisel başarı 0.72 olarak belirtilmiştir (107). Bizim çalışmamızda, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları için duygusal tükenme 0.90, kişisel başarı 0.74, duyarsızlaşma 0.73 olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından hemşirelerin uygun oldukları bir zaman diliminde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanması her katılımcı için yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanarak sağlanmıştır. Veri toplanmaya başlanmadan önce hemşirelere çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözel ve yazılı olarak aydınlatılmış onamları (Ek 4) alınmıştır. Ayrıca bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkeleri temel alınarak yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Hemşirelerin soruları verdikleri yanıtlar o andaki algıları ile sınırlıdır. Diğer bir sınırlılık ise hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri bir kez değerlendirilmiş ve bu durum takip eden sürelerde tekrarlanmamıştır.

3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Bu araştırma için, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü’nden tez izni (20.01.2021 tarihli, E-27863166-010 sayılı), Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden araştırma onayı (12/02/2021 tarihli) ve Rize

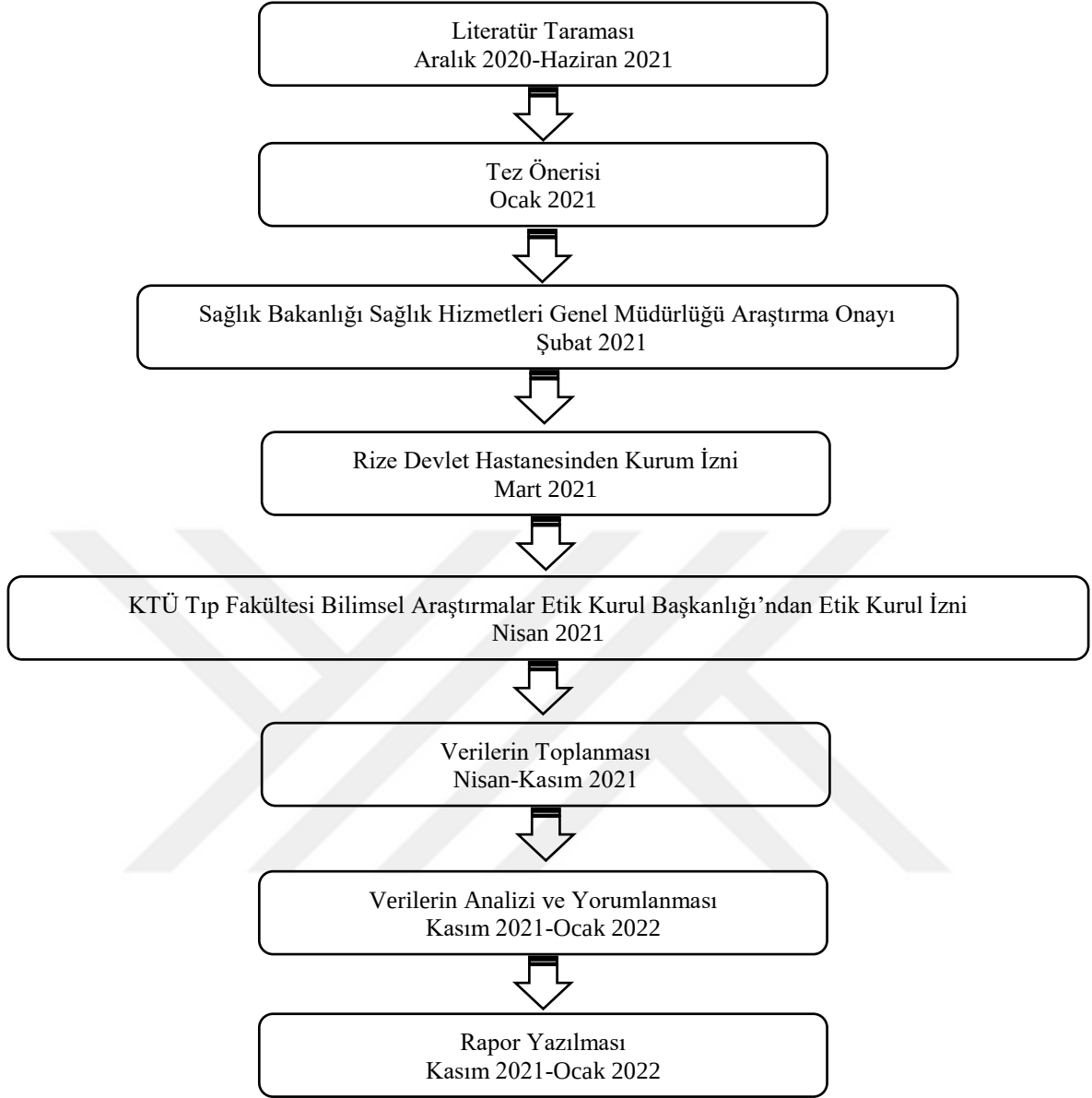
Devlet Hastanesinden (01.03.2021 tarihli, E-64247179-799 sayılı) (Ek 5) kurum izni, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (15.04.2021 tarihli, 242337859-364 sayılı) (Ek 6), alınmıştır. Ayrıca ölçek izinleri Deniz ve Ergin'den (Ek 7) e-posta yolu ile alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden, anketin başlangıcında sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 23 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzdelik dağılımlar, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis değerleri (-2-+2) ile değerlendirilmiştir (108). Normal dağılıma uyan ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, normal dağılmayan ölçümlerde Mann Whitney U analizi ve Kruskal Wallis testleri, hemşirelerin “Merhamet Ölçeği” puanları ile “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Sosyodemografik ve mesleki ilişkilerin merhamet ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği üzerindeki etkilerini görmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Pearson Korelasyon katsayısının r, “0.00-0.30” düşük, “0.30- 0.70” orta, “0.70-1.00” arasında olması ise yüksek düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmıştır. Sonuçlar %99 güven aralığında ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirilmiştir (109).

3.10. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde toplanan veriler doğrultusunda; hemşirelerin sosyodemografik, COVID-19 ve pandemi sürecinde çalıştığı klinikle ilgili özelliklerinin dağılımına, merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ve arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara, merhamet ve tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizine yer verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=204)

Değişkenler	Ort±SS	Min-max
Yaş	31.97±7.66	19-51
	n	(%)
Cinsiyet		
Kadın	164	80.4
Erkek	40	19.6
Eğitim durumu		
Lise	11	5.4
Ön lisans	33	16.2
Lisans	149	73.0
Lisansüstü	11	5.4
Medeni durum		
Bekar	88	43.1
Evli	116	56.9
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	93	45.6
Hayır	111	54.4

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin yaş ortalaması 31.97±7.66’dır. Hemşirelerin %80.4’ü kadın, %73’ü lisans mezunu, %56.9’u evli, %45.6’sı çocuk sahibidir.

Tablo 2. Hemşirelerin meslekleri ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=204)

Değişkenler	Ort±SS	Min-max
Çalışma yılı	9.50±8.03	1-32
	n	%
Kurumdaki görev tanımı		
Servis hemşiresi	182	89.2
Servis sorumlu hemşiresi	9	4.4
Özel branş hemşiresi	10	4.9
İdareci/yönetici hemşire	3	1.5
Kurumda çalışma şekliniz		
Sadece gündüz	37	18.1
Gece-gündüz	167	81.9
Çalışma saatlerinden memnun olma durumu		
Evet	85	41.7
Hayır	119	58.3
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni		
Kendi isteği	99	48.5
Aile /çevre baskısı	43	21.1
Hemen iş bulma düşüncesi	62	30.4
Toplumsal hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünme durumu		
Evet	37	18.1
Hayır	167	81.9
Mesleğiniz dışında görev ve sorumluluk alma durumu		
Evet	183	89.7
Hayır	21	10.3

Hemşirelerin mesleği ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır. Çalışma yılı ortalaması 9.50±8.03’tür. Araştırmadaki hemşirelerin %89.2’si servis hemşiresi ve %81.9’u gece-gündüz vardiyasında çalışmaktadır. Hemşirelerin %58.3’ünün çalışma saatlerinden memnun olmadığı, %48.5’inin mesleği kendi istekleri doğrultusunda seçtiği, %81.9’unun toplumsal hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşündüğü ve %89.7’sinin görev tanımı dışında sorumluluk aldığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=204)

Değişkenler	n	%
COVID-19 tanısı alma		
Evet	166	81.4
Hayır	38	18.6
İzole olma durumu		
Evet	122	59.8
Hayır	82	40.2
COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinizden uzaklaşma durumu		
Evet	121	59.3
Hayır	83	40.7

Hemşirelerin COVID-19 hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır. Hemşirelerin %81.4'ünün COVID-19 tanısı aldığı, %59.8'inin izole olduğu ve %59.3'ünün COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşmak durumu kaldığı sonucu saptanmıştır.

Tablo 4. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştıkları klinik ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=204)

Değişkenler	n	%
Çalışılan klinik		
Pandemi servisi	69	33.8
Pandemi olmayan servis	110	53.9
Diğer**	25	12.3
Pandemi sürecinde çalışılan klinikte koruyucu ekipman yeterli olma durumu		
Evet	193	94.6
Hayır	11	5.4
Pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı isteme durumu		
Evet	20	9.8
Hayır	138	67.6
Bazen	46	22.5
Pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma durumu		
Evet	26	12.7
Hayır	86	42.2
Bazen	92	45.1
Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünme durumu		
Evet	88	43.1
Hayır	116	56.9
Pandemi sürecinde çalışırken sosyal aktivitelerinizde değişim olma durumu		
Evet	64	31.4
Hayır	140	68.6
Pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerinize zaman ayırabilme durumu		
Evet	56	27.5
Hayır	148	72.5

*Aşı Polikliniği, Kan Alma, Başhemşirelik, Eğitim Birimi, EEG-EMG, EKG, Efor, Endoskopi, Kalite Birimi, Enfeksiyon Komitesi

Tablo 4'te hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştıkları klinik ile ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Hemşirelerin %53.9'u pandemi dışındaki servislerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %94.6'sı kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu düşünmekte, %67.6'sı servis değişikliğinde bulunmayı istememekte ve %45.1'i hastane

yönetiminin sorunlarına yönelik bazen çözüm bulduğunu, %56.9'u işten ayrılmayı düşündüğünü belirtmektedir. Hemşirelerin %68.6'sı çalışırken sosyal aktivitelerine ve %72.5'i ailesine/sevdiklerine zaman ayıramadığını ifade etmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ve Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı (n=204)

Değişken	Ort±SS	Min-Max
Merhamet ölçeği		
Merhamet ölçeği toplam puanı	94.31±12.64	62-118
Sevecenlik	16.01±2.86	8-20
Umursamazlık	15.69±2.86	6-20
Paylaşımların bilincinde olma	15.61±2.79	6-20
Bağlantısızlık	15.57±2.80	5-20
Bilinçli farkındalık	15.61±2.75	8-20
İlişki kesme	15.80±2.70	7-20
Maslach tükenmişlik ölçeği		
Duygusal tükenme	20.39±8.13	1-36
Duyarsızlaşma	8.18±4.59	0-20
Kişisel başarı	11.00±4.73	0-24

Tablo 5'te hemşirelerin merhamet ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanlarının dağılımı ve hemşirelerin aldığı min-max değerler yer almaktadır. Merhamet ölçeği toplam puan ortalaması 94.31±12.64 olarak belirlenmiştir. Merhamet ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ise sevecenlik 16.01±2.86, umursamazlık 15.69±2.86, paylaşımların bilincinde olma 15.61±2.79, bağlantısızlık 15.57±2.80, bilinçli farkındalık 15.61±2.75, ilişki kesme 15.80±2.70 olarak saptanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; duygusal tükenme 20.39±8.13, duyarsızlaşma 8.18±4.59, kişisel başarı 11.00±4.73 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması (n=204)

		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki kesme	Merhamet ölçeği toplam puan
Değişkenler		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Cinsiyet	Kadın	16.31±2.73	16.05±2.75	15.92±2.49	15.90±2.69	15.84±2.68	16.17±2.51	96.20±11.87
	Erkek	14.80±3.08	14.20±2.87	14.35±3.55	14.25±2.88	14.67±2.88	14.30±2.95	86.57±13.11
	İstatistiksel analiz	t=3.051 p=0.003	t=3.784 p=0.000	t=2.640 p=0.011	t=3.430 p=0.001	t=2.440 p=0.016	t=4.074 p=0.000	t=4.523 p=0.000
Eğitim durumu	Lise	16.81±3.18	16.54±2.50	16.09±2.58	15.36±2.94	15.54±3.44	16.27±2.83	96.63±11.62
	Ön lisans	15.12±3.25	14.78±3.04	14.30±3.84	14.93±2.87	14.51±3.31	14.96±3.01	88.63±14.54
	Lisans	16.02±2.73	15.75±2.75	15.72±2.47	15.59±2.79	15.79±2.52	15.86±2.61	94.76±11.93
	Lisansüstü	17.72±2.37	16.63±3.80	17.54±1.86	17.54±1.69	16.54±2.76	17.00±2.40	103.00±11.16
	İstatistiksel analiz	KW=3.504 p=0.173	KW=4.814 p=0.090	KW=2.593 p=0.274	KW=1.673 p=0.433	KW=3.640 p=0.162	KW=2.832 p=0.243	KW=5.001 p=0.082
Medeni durum	Bekar	15.56±3.03	15.60±2.61	15.20±2.73	15.56±2.81	15.11±2.91	15.67±2.77	92.72±12.76
	Evli	16.35±2.69	15.75±3.05	15.92±2.81	15.58±2.80	16.00±2.58	15.90±2.65	95.52±12.46
	İstatistiksel analiz	t=-1.952 p=0.052	t=-0.385 p=0.701	t=-1.828 p=0.069	t=-0.045 p=0.964	t=-2.297 p=0.023	t=-0.614 p=0.540	t=-1.572 p=0.118
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	16.55±2.70	15.76±3.15	16.12±2.79	15.74±2.83	16.18±2.47	15.96±2.76	96.34±12.60
	Hayır	15.55±2.92	15.63±2.62	15.18±2.73	15.44±2.78	15.14±2.90	15.66±2.65	92.62±12.47
	İstatistiksel analiz	t=2.516 p=0.013	t=0.329 p=0.743	t=2.445 p=0.015	t=0.762 p=0.447	t=2.721 p=0.007	t=0.792 p=0.429	t=2.113 p=0.036

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 6’da hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile merhamet leği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; kadınların (96.20 ± 11.87), lisansüstü mezunlarının (103.00 ± 11.16), evlilerin (95.52 ± 12.46) ve ocuk sahibi olanların (96.34 ± 12.60) merhamet leği toplam puanları yüksek bulunmuştur. Merhamet leği toplam puanı ile cinsiyet ($t=4.523$, $p=0.000$) ve ocuk sahibi olma durumu ($t=2.113$, $p=0.036$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile kadın ve ocuk sahibi olan hemşirelerin merhamet leği toplam puanları daha yüksektir. Ancak, merhamet leği toplam puan ortalamaları ile eğitim durumu ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin sevecenlik alt boyut puanları incelendiğinde; kadınların (16.31 ± 2.73), lisansüstü mezunların (17.72 ± 2.37), evlilerin (16.35 ± 2.69) ve ocuk sahibi olanların (16.55 ± 2.70) daha yüksek olduğu görülmüştür. Sevecenlik alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=3.051$, $p=0.003$) ve ocuk sahibi olma durumu ($t=2.516$, $p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın ve ocuk sahibi olan hemşirelerin sevecenlik alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, sevecenlik alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin umursamazlık alt boyut puanları incelendiğinde; kadınların (16.05 ± 2.75), lisansüstü mezunların (16.63 ± 3.80), evlilerin (15.75 ± 3.05) ve ocuk sahibi olanların (15.76 ± 3.15) daha yüksek olduğu görülmüştür. Umursamazlık alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=3.784$, $p=0.000$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın hemşirelerin umursamazlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, umursamazlık alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu, medeni durum ve ocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyut puanları incelendiğinde, kadınların (15.92 ± 2.49), lisansüstü mezunların (17.54 ± 1.86), evlilerin (15.92 ± 2.81) ve ocuk sahibi olanların (16.12 ± 2.79) daha yüksek olduğu görülmüştür. Paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=2.640$, $p=0.011$) ve ocuk sahibi olma durumu ($t=2.445$, $p=0.015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın ve ocuk sahibi hemşirelerin

paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, paylaşımın bilincinde olma alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin bağlantısızlık alt boyut puanları incelendiğinde; kadınların (15.90 ± 2.69), lisansüstü mezunların (17.54 ± 1.69), evlilerin (15.58 ± 2.80) ve çocuk sahibi olanların (15.74 ± 2.83) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağlantısızlık alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=3.430$, $p=0.001$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın hemşirelerin bağlantısızlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, bağlantısızlık alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puanları incelendiğinde; kadınların (15.84 ± 2.68), lisansüstü mezunların (16.54 ± 2.76), evlilerin (16.00 ± 2.58) ve çocuk sahibi olanların (16.18 ± 2.47) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=2.440$, $p=0.016$), medeni durum ($t=-2.297$, $p=0.023$) ve çocuk sahibi olma durumu ($t=2.721$, $p=0.007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın, evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin ilişki kesme alt boyut puanları incelendiğinde; kadınların (16.17 ± 2.51), lisansüstü mezunların (17.00 ± 2.4), evlilerin (15.90 ± 2.65) ve çocuk sahibi olanların (15.96 ± 2.76) daha yüksek olduğu görülmüştür. İlişki kesme alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet ($t=4.074$, $p=0.000$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle kadın hemşirelerin ilişki kesme alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, ilişki kesme alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması (n=204)

		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki kesme	Merhamet ölçeği toplam puan
Değişkenler		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Kurumdaki görev tanımı	Servis hemşiresi	15.95±2.91	15.63±2.91	15.55±2.83	15.47±2.86	15.52±2.84	15.76±2.76	93.91±12.99
	Servis sorumlu hemşiresi	17.22±1.85	15.55±2.12	16.77±2.04	16.88±1.36	16.44±0.88	15.88±2.14	98.77±5.04
	Özel branş hemşiresi	15.70±2.66	16.00±2.66	15.20±2.89	16.10±2.92	16.40±2.11	16.00±2.49	95.40±11.70
	İdareci/yönetici hemşire	17.00±3.46	18.33±2.08	17.00±0.00	16.00±1.00	16.33±3.05	17.00±0.00	101.66±5.13
	İstatistiksel analiz	KW=1.954 p=0.582	KW=2.893 p=0.408	KW=2.462 p=0.482	KW=3.136 p=0.371	KW=1.315 p=0.726	KW=0.775 p=0.855	KW=1.921 p=0.589
Kurumda çalışma şekliniz	Sadece gündüz	17.16±2.03	17.18±2.35	16.18±2.62	16.78±2.14	16.72±1.85	16.54±2.34	100.59±8.22
	Gece-gündüz	15.76±2.96	15.35±2.87	15.48±2.82	15.31±2.86	15.37±2.86	15.64±2.75	92.92±13.03
	İstatistiksel analiz	t=3.456 p=0.001	t=3.612 p=0.000	t=1.390 p=0.166	t=2.944 p=0.004	t=3.608 p=0.001	t=1.844 p=0.067	t=4.543 p=0.000
Çalışma saatlerinden memnun olma durumu	Evet	16.41±2.49	15.69±2.95	15.95±2.35	15.49±2.87	16.05±2.40	15.71±2.60	95.32±11.91
	Hayır	15.73±3.08	15.68±2.81	15.36±3.05	15.63±2.76	15.30±2.95	15.86±2.77	93.59±13.13
	İstatistiksel analiz	t=1.739 p=0.084	t=0.012 p=0.990	t=1.538 p=0.126	t=-0.362 p=0.718	t=2.011 p=0.046	t=-0.385 p=0.701	t=0.965 p=0.336
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni	Kendi isteği	16.36±2.94	15.90±2.97	15.64±3.08	15.81±3.12	15.57±3.03	16.07±2.60	95.38±13.48
	Aile /çevre baskısı	15.86±3.02	15.44±2.85	15.37±2.78	15.32±2.42	15.60±2.85	15.46±2.78	93.06±13.09
	Hemen iş bulma düşüncesi	15.56±2.59	15.51±2.72	15.72±2.29	15.37±2.50	15.69±2.21	15.61±2.80	93.48±10.86
	İstatistiksel analiz	F=1.570 p=0.211	F=0.561 p=0.572	F=0.216 p=0.806	F=0.704 p=0.496	F=0.035 p=0.966	F=0.975 p=0.379	F=0.694 p=0.501
Toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünme durumu	Evet	16.91±2.25	16.62±2.92	16.54±2.48	15.78±2.56	16.16±2.70	16.21±2.83	98.24±10.78
	Hayır	15.81±2.95	15.48±2.82	15.40±2.82	15.53±2.85	15.49±2.76	15.71±2.67	93.44±12.88
	İstatistiksel analiz	t=2.538 p=0.013	t=2.200 p=0.029	t=2.255 p=0.025	t=0.491 p=0.624	t=1.330 p=0.185	t=1.026 p=0.306	t=2.105 p=0.037
Mesleğiniz dışında görev ve sorumluk alma durumu	Evet	15.78±2.76	15.56±3.08	15.95±2.37	15.25±3.00	15.34±2.68	15.67±2.86	93.57±13.19
	Hayır	16.20±2.94	15.79±2.68	15.33±3.07	15.84±2.61	15.83±2.80	15.91±2.56	94.92±12.19
	İstatistiksel analiz	z=-1.901 p=0.057	z=-1.143 p=0.253	z=-2.796 p=0.005	z=-0.318 p=0.750	z=-1.701 p=0.089	z=-1.409 p=0.159	z=-1.939 p=0.053

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, z: Mann Whitney U testi

Tablo 7’de hemşirelerin mesleki özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; idareci/yönetici hemşiresi olanların (101.66 ± 5.13), sadece gündüz çalışanların (100.59 ± 8.22), çalışma saatlerinden memnun olanların (95.32 ± 11.91), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (95.38 ± 13.48), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (98.24 ± 10.78) ve mesleğinin dışında sorumluluk almayanların (94.92 ± 12.19) merhamet ölçeği toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Merhamet ölçeği toplam puan ile kurumda çalışma şekli ($t=4.543$, $p=0.000$) ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t=2.105$, $p=0.037$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile sadece gündüz çalışan ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünen hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalamaları yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma saatlerinden memnun olma durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni ve mesleğinin dışında sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların sevecenlik alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, servis sorumlu hemşiresi olanların (17.22 ± 1.85), sadece gündüz çalışanların (17.16 ± 2.03), çalışma saatlerinden memnun olanların (16.41 ± 2.49), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (16.36 ± 2.94), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (16.91 ± 2.25) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (16.20 ± 2.94) daha yüksek olduğu görülmüştür. Sevecenlik alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma şekli ($t=3.456$, $p=0.001$) ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t=2.538$, $p=0.013$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile sadece gündüz çalışan ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünen hemşirelerin sevecenlik alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma saatlerinden memnun olma durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni ve meslek dışı sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Umursamazlık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, idari/yönetici hemşire olanların (18.33 ± 2.08), sadece gündüz çalışanların (17.18 ± 2.35), çalışma saatlerinden memnun olanların (15.69 ± 2.95), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (15.90 ± 2.97), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (16.62 ± 2.92) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (15.79 ± 2.68) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Umursamazlık alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma şekli ($t=3.612$, $p=0.000$) ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t=2.200$, $p=0.029$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile sadece gündüz çalışan ve toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşen hemşirelerin umursamazlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma saatlerinden memnun olma durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni ve meslek dışı sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, idari/yönetici hemşire olanların (17.00 ± 0.00), sadece gündüz çalışanların (16.18 ± 2.62), çalışma saatlerinden memnun olanların (15.95 ± 2.35), mesleği hemen iş bulma düşüncesi ile seçenlerin (15.72 ± 2.29), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (16.54 ± 2.48) ve mesleği dışında sorumluluk alanların (15.95 ± 2.37) daha yüksek olduğu görülmüştür. Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalamaları ile toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t=2.255$, $p=0.025$) ve mesleği dışında sorumluluk alma durumu ($z=-2.796$, $p=0.005$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşen ve mesleği dışında sorumluluk alan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma şekli, çalışma saatlerinden memnun olma durumu ve hemşirelik mesleğini seçme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bağılantısızlık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, servis sorumlu hemşiresi olanların (16.88 ± 1.36), sadece gündüz çalışanların (16.78 ± 2.14), çalışma saatlerinden memnun olmayanların (15.63 ± 2.76), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (15.81 ± 3.12), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (15.78 ± 2.56) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (15.84 ± 2.61) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağlantısızlık alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma şekli ($t=2.944$, $p=0.004$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile sadece gündüz çalışan hemşirelerin bağlantısızlık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma saatlerinden memnun olma durumu, mesleği seçme nedeni, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ve meslek dışı

sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, servis sorumlu hemşiresi olanların (16.44 ± 0.88), sadece gündüz çalışanların (16.72 ± 1.85), çalışma saatlerinden memnun olanların (16.05 ± 2.40), mesleği hemen iş bulma düşüncesi ile seçenlerin (15.69 ± 2.21), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünen (16.16 ± 2.70) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (15.83 ± 2.80) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma şekli ($t=3.608$, $p=0.001$) ve çalışma saatlerinden memnun olma durumu ($t=2.011$, $p=0.046$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile sadece gündüz çalışan ve çalışma saatlerinden memnun olan hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ve meslek dışı sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

İlişki kesme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, idari/yönetici hemşire olanların (17.00 ± 0.00), sadece gündüz çalışanların (16.54 ± 2.34), çalışma saatlerinden memnun olmayanların (15.86 ± 2.77), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (16.07 ± 2.60), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünenlerin (16.21 ± 2.83) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (15.91 ± 2.56) daha yüksek olduğu görülmüştür. İlişki kesme alt boyutu puan ortalamaları ile kurumdaki görev tanımı, çalışma şekli, çalışma saatlerinden memnun olma durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ve mesleği dışında görev alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 8. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması (n=204)

Değişkenler		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki kesme	Merhamet ölçeği toplam puan
		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
COVID-19 tanısı alma	Evet	15.78±2.76	15.56±3.08	15.95±2.37	15.25±3.00	15.34±2.68	15.67±2.86	93.57±13.19
	Hayır	16.20±2.94	15.79±2.68	15.33±3.07	15.84±2.61	15.83±2.80	15.91±2.56	94.92±12.19
	İstatistiksel analiz	t=-1.049 p=0.296	t=-0.567 p=0.571	t=1.640 p=0.103	t=-1.521 p=0.130	t=-1.268 p=0.206	t=-0.622 p=0.535	t=-0.760 p=0.448
İzole olma durumu	Evet	16.09±2.84	15.40±3.06	15.94±2.50	15.28±2.94	15.57±2.69	15.64±2.96	93.94±13.05
	Hayır	15.90±2.91	16.12±2.501	15.12±3.12	16.01±2.53	15.68±2.87	16.03±2.25	94.87±12.05
	İstatistiksel analiz	t=0.458 p=0.648	t=-1.767 p=0.079	t=1.987 p=0.049	t=-1.822 p=0.070	t=-0.277 p=0.782	t=-1.063 p=0.289	t=-0.517 p=0.606
COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinizden uzaklaşma durumu	Evet	15.96±2.67	15.43±2.89	15.60±2.76	15.29±2.83	15.47±2.61	15.61±2.65	93.39±12.24
	Hayır	16.08±3.13	16.06±2.80	15.62±2.84	15.98±2.72	15.83±2.95	16.07±2.75	95.66±13.15
	İstatistiksel analiz	t=-0.287 p=0.775	t=-1.526 p=0.128	t=-0.058 p=0.954	t=-1.736 p=0.084	t=-0.916 p=0.361	t=-1.176 p=0.241	t=-1.260 p=0.209

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 8’de hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile merhamet leği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; COVID-19 tanısı almayanlar (94.92 ± 12.19), izole olmayanlar (94.87 ± 12.05) ve COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (95.66 ± 13.15) merhamet leği toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Merhamet leği toplam puan ortalamaları ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Sevecenlik alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı almayanların (16.20 ± 2.94), izole olanların (16.09 ± 2.84), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (16.08 ± 3.13) daha yüksek olduğu görülmüştür. Sevecenlik alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Umursamazlık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı almayanların (15.79 ± 2.68), izole olmayanların (16.12 ± 2.50), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (16.06 ± 2.80) daha yüksek olduğu görülmüştür. Umursamazlık alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı alanların (15.95 ± 2.37), izole olanların (15.94 ± 2.50), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (15.62 ± 2.84) daha yüksek olduğu görülmüştür. Umursamazlık alt boyutu puan ortalaması ile izole olma durumu ($t = 1.987$, $p = 0.049$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile; izole olan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu ile COVID-19 tanısı alma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Bağlantısızlık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı almayanların (15.84 ± 2.61), izole olmayanların (16.01 ± 2.53), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (15.98 ± 2.72) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağlantısızlık alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve

COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı almayanların (15.83 ± 2.80), izole olmayanların (15.68 ± 2.87), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (15.83 ± 2.95) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

İlişki kesme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; COVID-19 tanısı almayanların (15.91 ± 2.56), izole olmayanların (16.03 ± 2.25), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (16.07 ± 2.75) daha yüksek olduğu görülmüştür. İlişki kesme alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma, izole olma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması (n=204)

		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki kesme	Merhamet ölçeği toplam puan
Değişkenler		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Çalışılan klinik	Pandemi servisi	15.44±3.06	15.17±3.27	15.65±2.53	15.07±3.00	15.14±2.74	15.68±2.90	92.17±13.70
	Pandemi olmayan servis	16.15±2.77	15.78±2.58	15.80±2.80	15.78±2.71	15.74±2.89	15.71±2.63	94.99±12.53
	Diğer**	16.90±2.44	16.72±2.62	14.64±3.30	16.80±2.51	16.36±1.91	16.52±2.40	97.28±9.02
	İstatistiksel analiz	KW=5.568 p=0.062	KW=3.322 p=0.190	KW=2.389 p=0.303	KW=2.047 p=0.359	KW=4.090 p=0.129	KW=1.573 p=0.456	KW=2.346 p=0.309
Pandemi sürecinde çalışılan klinikte koruyucu ekipman yeterli olma durumu	Evet	16.01±2.86	15.67±2.85	15.61±2.78	15.56±2.78	15.66±2.76	15.79±2.62	94.33±12.39
	Hayır	16.09±3.04	16.00±3.16	15.54±3.04	15.72±3.28	14.81±2.60	15.90±3.96	94.09±17.08
	İstatistiksel analiz	z=-0.214 p=0.831	z=-0.317 p=0.751	z=-0.085 p=0.933	z=-0.270 p=0.787	z=-1.212 p=0.226	z=-0.394 p=0.694	z=-0.336 p=0.737
Pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı isteme durumu	Evet	15.05±2.54	14.55±2.62	15.80±3.08	14.70±2.71	14.90±3.04	14.75±2.97	89.75±12.43
	Hayır	16.18±2.75	15.88±2.78	15.89±2.49	15.72±2.87	15.82±2.65	15.85±2.65	95.36±11.99
	Bazen	15.93±3.27	15.60±3.14	14.67±3.32	15.52±2.58	15.30±2.91	16.10±2.68	93.15±14.27
	İstatistiksel analiz	KW=3.702 p=0.054	KW=1.061 p=0.303	KW=0.140 p=0.708	KW=1.401 p=0.237	KW=3.970 p=0.046	KW=0.022 p=0.883	KW=1.879 p=0.170
Pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma durumu	Evet	15.88±2.80	15.84±3.64	15.80±2.78	15.15±3.02	15.80±2.87	15.57±3.34	94.07±14.95
	Hayır	15.87±2.84	15.69±3.01	15.87±2.45	15.81±3.06	15.39±2.71	15.98±2.72	94.63±12.43
	Bazen	16.18±2.91	15.64±2.50	15.31±3.08	15.47±2.46	15.77±2.77	15.69±2.48	94.08±12.26
	İstatistiksel analiz	KW=0.847 p=0.655	KW=1.071 p=0.585	KW=1.068 p=0.586	KW=2.240 p=0.326	KW=1.338 p=0.512	KW=0.886 p=0.642	KW=0.153 p=0.926
Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	15.78±3.19	15.21±3.13	14.97±3.15	15.13±2.69	15.29±2.92	15.50±2.80	91.90±13.28
	Hayır	16.18±2.59	16.05±2.61	16.09±2.39	15.91±2.84	15.86±2.61	16.03±2.61	96.14±11.86
	İstatistiksel analiz	t=-0.973 p=0.332	t=-2.077 p=0.039	t=-2.775 p=0.006	t=-1.975 p=0.050	t=-1.457 p=0.147	t=-1.403 p=0.162	t=-2.399 p=0.017

Tablo 9. (Devam)

Pandemi sürecinde çalışırken sosyal aktivitelerinizde değişim durumu	Evet	15.78±2.67	15.31±3.14	15.87±2.22	15.14±3.04	15.95±2.48	15.34±3.06	93.40±12.93
	Hayır	16.12±2.95	15.86±2.73	15.49±3.01	15.77±2.67	15.46±2.86	16.01±2.50	94.73±12.53
	İstatistiksel analiz	t=-0.786 p=0.433	t=-1.276 p=0.203	t=1.012 p=0.313	t=-1.513 p=0.132	t=1.241 p=0.217	t=-1.652 p=0.100	t=-0.696 p=0.487
Pandemi sürecinde çalışırken aile/ sevdiklerinize zaman ayırabilme durumu	Evet	16.16±2.54	15.48±3.09	16.39±2.03	15.26±2.93	16.60±2.20	15.35±3.05	95.26±12.11
	Hayır	15.95±2.98	15.77±2.78	15.31±2.98	15.69±2.75	15.24±2.85	15.97±2.54	93.95±12.85
	İstatistiksel analiz	t=0.447 p=0.656	t=-0.639 p=0.524	t=2.937 p=0.004	t=-0.973 p=0.332	t=3.619 p=0.000	t=-1.457 p=0.147	t=0.659 p=0.511

*: Ortalama±standart sapma, **: Aşı Polikliniği, Kan Alma, Başhemşirelik, Eğitim Birimi, EEG-EMG, EKG, Efor, Endoskopi, Kalite Birimi, Enfeksiyon Komitesi, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, z: Mann Whitney U testi

Tablo 9’da hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; diğer hemşire grubunda çalışanların (97.28 ± 9.02), çalışılan klinikte koruyucu ekipman yeterli olanların (94.33 ± 12.39), servis değişikliği yapmayı düşünmeyenlerin (95.36 ± 11.99), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (94.63 ± 12.43), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (96.14 ± 11.86), sosyal aktivitelerinde değişiklik olmayanların (94.73 ± 12.53) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilenlerin (95.26 ± 12.11) merhamet ölçeği toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Merhamet ölçeği toplam puan ile işten ayrılmayı düşünme durumu ($t = -2.399$, $p = 0.017$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile işten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalamaları yüksektir. Ancak, çalışılan klinik, klinikteki koruyucu ekipman yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, çalışırken sosyal aktivitelerinde değişim ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Çalışmaya katılanların sevecenlik alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; diğer grubunda çalışanların (16.99 ± 2.44), klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (16.09 ± 3.04), servis değişikliğinde bulunmayı istemeyenlerin (16.18 ± 2.75), hastane yönetiminin sorunlara bazen çözüm bulduğunu ifade edenlerin (16.18 ± 2.91), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (16.18 ± 2.59), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (16.12 ± 2.95) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilenlerin (16.16 ± 2.54) daha yüksek olduğu görülmüştür. Sevecenlik alt boyutu puan ortalamaları ile çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Umursamazlık alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; diğer grubunda çalışanların (16.72 ± 2.62), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (16.00 ± 3.16), servis değişikliğinde bulunmayı istemeyenlerin (15.88 ± 2.78), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulduğunu ifade edenlerin (15.84 ± 3.64), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (16.05 ± 2.61), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (15.86 ± 2.73) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (15.77 ± 2.78) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Umursamazlık alt boyutu puan ortalamaları ile işten ayrılmayı düşünme durumu ($t=-2.077$, $p=0.039$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; işten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin umursamazlık alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Umursamazlık alt boyutu ortalamaları ile çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; pandemi olmayan serviste çalışanların (15.80 ± 2.80), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olanların (15.61 ± 2.78), servis değişikliğinde bulunmayı istemeyenlerin (15.89 ± 2.49), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (15.87 ± 2.45), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (16.09 ± 2.39), sosyal aktivitelerinde değişim olanların (15.87 ± 2.22) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilenlerin (16.39 ± 2.03) daha yüksek olduğu görülmüştür. Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalamaları ile işten ayrılmayı düşünme durumu ($t=-2.775$, $p=0.006$) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumu ($t=2.937$, $p=0.004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; işten ayrılmayı düşünmeyen ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilen hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu ortalamaları ile; çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma ve sosyal aktivitelerinde değişim olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bağılantısızlık alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; diğer grubunda çalışanların (16.08 ± 2.51), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (15.72 ± 3.28), servis değişikliğinde bulunmayı istemeyenlerin (15.72 ± 2.87), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (15.81 ± 3.06), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (15.91 ± 2.84), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (15.77 ± 2.67) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (15.69 ± 2.75) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bağlantısızlık alt boyutu ortalamaları ile; çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine

zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; diğer grubunda çalışanların (16.36 ± 1.91), koruyucu ekipmanın yeterli olanların (15.66 ± 2.76), servis değişikliğinde bulunmayı istemeyenlerin (15.82 ± 2.65), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulduğunu ifade edenlerin (15.80 ± 2.87), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (15.86 ± 2.61), sosyal aktivitelerinde değişim olanların (15.95 ± 2.48) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilen (16.60 ± 2.20) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalamaları ile servis değişikliğinde bulunmayı isteme durumu ($KW=3.970$, $p=0.046$) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumu ($t=3.619$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; servis değişikliği istemeyen ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilen hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Bilinçli farkındalık alt boyutu ortalamaları ile çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme ve sosyal aktivitelerinde değişim olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

İlişki kesme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; diğer grubunda çalışanların (16.52 ± 2.40), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (15.90 ± 3.96), servis değişikliğinde bulunmayı bazen isteyenlerin (16.10 ± 2.68), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (15.98 ± 2.72), işten ayrılmayı düşünmeyenlerin (16.03 ± 2.61), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (16.01 ± 2.50) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (15.97 ± 2.54) daha yüksek olduğu görülmüştür. İlişki kesme alt boyutu ortalamaları ile; çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olma, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 10. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=204)

Değişkenler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Cinsiyet	Kadın	20.79±8.19	7.90±4.59	10.82±4.48
	Erkek	18.72±7.74	9.30±4.46	11.77±5.62
	İstatistiksel analiz	t=1.449 p=0.149	t=-1.726 p=0.086	t=-0.996 p=0.324
Eğitim durumu	Lise	17.36±9.91	9.36±5.20	7.63±3.66
	Ön lisans	17.06±7.93	7.12±3.99	13.78±6.06
	Lisans	21.50±7.85	8.38±4.59	10.80±4.31
	Lisansüstü	18.36±7.89	7.36±5.57	8.81±1.77
	İstatistiksel analiz	KW=10.897 p=0.012	KW=3.536 p=0.316	KW=14.992 p=0.002
Medeni durum	Bekar	20.37±8.11	8.87±4.18	11.20±4.82
	Evli	20.40±8.19	7.65±4.83	10.86±4.67
	İstatistiksel analiz	t=-0.026 p=0.979	t=1.890 p=0.060	t=0.511 p=0.610
Çocuk sahibi olma	Evet	20.17±7.96	7.65±5.00	10.47±4.53
	Hayır	20.57±8.31	8.62±4.19	11.45±4.86
	İstatistiksel analiz	t=-0.353 p=0.725	t=-1.500 p=0.135	t=-1.487 p=0.138

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis

Tablo 10’da hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; çalışmaya katılan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların (20.79±8.19), lisans mezunlarının (21.50±7.85), evlilerin (20.40±8.19) ve çocuk sahibi olmayanların (20.57±8.31) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması ile eğitim durumu (KW=10.897, p=0.012) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Diğer bir ifadeyle eğitim durumu lisans olan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Çalışmaya katılan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyut puanları incelendiğinde; erkeklerin (9.30±4.46), lise mezunlarının (9.36±5.20), bekarların (8.87±4.18) ve çocuk sahibi olmayanların (8.62±4.19) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması ile cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Çalışmaya katılan hemşirelerin kişisel başarı alt boyut puanları incelendiğinde; erkeklerin (11.77±5.62), ön lisans mezunlarının (13.78±6.06), bekarların (11.20±4.82) ve çocuk sahibi olmayanların (11.45±4.86) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ile eğitim durumu (KW=14.992, p=0.002) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Diğer bir ifadeyle ön lisans mezunu hemşirelerin kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutu ile cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 11. Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=204)

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Değişkenler		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Kurumdaki görev tanımı	Servis hemşiresi	20.50±8.25	8.31±4.61	11.12±4.85
	Servis sorumlu hemşiresi	21.55±6.02	7.00±3.08	8.77±4.26
	Özel branş hemşiresi	19.80±7.20	8.50±5.08	11.30±2.94
	İdareci/yönetici hemşire	12.00±7.21	2.33±0.57	9.66±1.52
	İstatistiksel analiz	KW=3.524 p=0.318	KW=6.254 p=0.100	KW=3.216 p=0.359
Kurumda çalışma şekliniz	Sadece gündüz	18.62±6.28	7.13±4.02	10.27±4.00
	Gece-gündüz	20.78±8.45	8.41±4.69	11.17±4.87
	İstatistiksel analiz	t=-1.768 p=0.082	t=-1.536 p=0.126	t=-1.051 p=0.294
Çalışma saatlerinden memnun olma	Evet	17.72±7.64	7.38±4.65	10.37±4.68
	Hayır	22.29±7.97	8.74±4.48	11.46±4.73
	İstatistiksel analiz	t=-4.102 p=0.000	t=-2.101 p=0.037	t=-1.622 p=0.106
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni	Kendi isteği	18.76±8.69	7.85±4.70	11.06±4.58
	Aile /çevre baskısı	21.02±8.14	8.04±4.72	10.81±5.76
	Hemen iş bulma düşüncesi	22.54±6.63	8.79±4.32	11.06±4.22
	İstatistiksel analiz	F=4.424 p=0.013	F=0.806 p=0.448	F=0.046 p=0.955
Toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünme durumu	Evet	16.05±7.75	5.97±4.49	9.64±3.34
	Hayır	21.35±7.92	8.67±4.48	11.31±4.94
	İstatistiksel analiz	t=-3.694 p=0.000	t=-3.309 p=0.001	t=-2.483 p=0.015
Mesleğiniz dışında görev ve sorumluluk alma durumu	Evet	21.07±7.86	8.31±4.51	10.67±4.50
	Hayır	14.42±8.24	7.04±5.23	13.90±5.70
	İstatistiksel analiz	z=-3.527 p=0.000	z=-1.520 p=0.129	z=-2.600 p=0.009

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, z: Mann Whitney U testi

Tablo 11’de hemşirelerin mesleki özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; çalışmaya katılanların duygusal tükenme alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, servis sorumlu hemşiresi olanların (21.55 ± 6.02), gece-gündüz çalışanların (20.78 ± 8.45), çalışma saatlerinden memnun olmayanların (22.29 ± 7.97), mesleği hemen iş bulma düşüncesi ile seçenlerin (22.54 ± 6.63), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünenlerin (21.35 ± 7.92) ve mesleği dışında sorumluluk alanların (21.07 ± 7.86) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma saatlerinden memnun olma durumu ($t = -4.102$, $p = 0.000$), hemşirelik mesleğini seçme nedeni ($F = 4.424$, $p = 0.013$), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t = -3.694$, $p = 0.000$) ve mesleği dışında sorumluluk alma durumu ($z = -3.527$, $p = 0.000$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile çalışma saatlerinden memnun olmayanların, hemşirelik mesleğini hemen iş bulma düşüncesi ile seçenlerin, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyulmadığını düşünenlerin ve mesleği dışında sorumluluk alan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Çalışmaya katılanların duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, özel branş hemşiresi olanların (8.50 ± 5.08), gece-gündüz çalışanların (8.41 ± 4.69), çalışma saatlerinden memnun olmayanların (8.74 ± 4.48), mesleği hemen iş bulma düşüncesi ile seçenlerin (8.79 ± 4.32), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünenlerin (8.67 ± 4.48) ve mesleği dışında sorumluluk alanların (8.31 ± 4.51) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları ile çalışma saatlerinden memnun olma durumu ($t = -2.101$, $p = 0.037$), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t = -3.309$, $p = 0.001$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer bir ifade ile çalışma saatlerinden memnun olmayanların, toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma şekli, mesleği seçme nedeni ve mesleği dışında sorumluluk alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Çalışmaya katılanların kişisel başarı alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, özel branş hemşiresi olanların (11.30 ± 2.94), gece-gündüz çalışanların (11.17 ± 4.87),

çalışma saatlerinden memnun olmayanların (11.46 ± 4.73), mesleği kendi isteği ile seçenlerin (11.06 ± 4.58), toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünenlerin (11.31 ± 4.94) ve mesleği dışında sorumluluk almayanların (13.90 ± 5.70) daha yüksek olduğu görülmüştür. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları ile toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyma durumu ($t=-2.483$, $p=0.015$) ve mesleği dışında sorumluluk alma durumu ($z=-2.600$, $p=0.009$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünenlerin ve mesleği dışında sorumluluk almayan hemşirelerin kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak, kurumdaki görev tanımı, çalışma şekli, çalışma saatlerinden memnun olma durumu ve mesleği seçme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 12. Hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=204)

Değişkenler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
COVID-19 tanısı alma	Evet	22.04±8.25	9.33±4.78	10.72±4.48
	Hayır	19.03±7.81	7.23±4.22	11.24±4.93
	İstatistiksel analiz	t=2.667 p=0.008	t=3.336 p=0.001	t=-0.770 p=0.442
İzole olma durumu	Evet	21.82±8.31	9.05±4.99	10.47±4.43
	Hayır	18.25±7.40	6.87±3.58	11.80±5.06
	İstatistiksel analiz	t=3.141 p=0.002	t=3.629 p=0.000	t=-1.982 p=0.049
COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinizden uzaklaşma durumu	Evet	21.30±7.84	8.66±4.60	10.63±4.39
	Hayır	19.06±8.41	7.46±4.51	11.55±5.15
	İstatistiksel analiz	t=1.950 p=0.053	t=1.842 p=0.067	t=-1.364 p=0.174

*: Ortalama±standart sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 12’de hemşirelerin COVID-19 hastalığı özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; COVID-19 tanısı alanların (22.04 ± 8.25), izole olanların (21.82 ± 8.31), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşanların (21.30 ± 7.84) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal tükenme alt

boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma durumu ($t=2.667$, $p=0.008$), izole olma durumu ($t=3.141$, $p=0.002$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; COVID-19 tanısı alanların ve izole olan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları yüksektir. Ancak, aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; COVID-19 tanısı alanların (9.33 ± 4.78), izole olanların (9.05 ± 4.99), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (8.66 ± 4.60) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması ile COVID-19 tanısı alma durumu ($t=3.336$, $p=0.001$), izole olma durumu ($t=3.629$, $p=0.000$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; COVID-19 tanısı alanların ve izole olan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları yüksektir. Ancak, aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; COVID-19 tanısı almayanların (11.24 ± 4.93), izole olmayanların (11.80 ± 5.06), COVID-19 nedeniyle aile/sevdiklerinden uzaklaşmayanların (11.55 ± 5.15) daha yüksek olduğu görülmüştür. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ile izole olma durumu ($t=-1.982$, $p=0.049$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; izole olanların hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları yüksektir. Ancak, COVID-19 tanısı alma ve aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=204)

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Değişkenler		Ort±SS*	Ort±SS*	Ort±SS*
Çalışılan klinik	Pandemi servisi	21.82±8.42	9.11±4.58	10.66±4.56
	Pandemi olmayan servis	19.65±8.07	7.80±4.50	11.33±5.10
	Diğer**	19.68±7.31	7.28±4.79	10.52±3.31
	İstatistiksel analiz	KW=2.473 p=0.290	KW=3.734 p=0.155	KW=1.113 p=0.573
Pandemi sürecinde çalışılan klinikte koruyucu ekipman yeterli olma durumu	Evet	20.17±7.99	8.07±4.51	10.96±4.58
	Hayır	24.18±10.01	10.00±5.84	11.72±7.05
	İstatistiksel analiz	z=-1.398 p=0.162	z=-1.247 p=0.212	z=-0.055 p=0.956
Pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı isteme durumu	Evet	24.90±6.80	9.65±4.63	11.45±4.44
	Hayır	19.10±8.50	7.97±4.53	10.77±4.76
	Bazen	22.28±6.40	8.17±4.73	11.52±4.80
	İstatistiksel analiz	KW=12.085 p=0.002	KW=2.125 p=0.346	KW=1.079 p=0.583
Pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma durumu	Evet	16.19±7.61	7.15±4.67	12.38±5.54
	Hayır	21.69±8.61	8.86±4.91	10.60±4.80
	Bazen	20.35±7.47	7.83±4.19	11.00±4.38
	İstatistiksel analiz	KW=8.422 p=0.015	KW=2.984 p=0.225	KW=1.252 p=0.535
Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünme durumu	Evet	24.00±7.45	8.87±4.59	11.30±4.80
	Hayır	17.65±7.56	7.65±4.54	10.78±4.68
	İstatistiksel analiz	t=5.968 p=0.000	t=1.890 p=0.060	t=0.780 p=0.436
Pandemi sürecinde çalışırken sosyal aktivitelerinizde değişim olma durumu	Evet	17.90±7.85	8.07±4.78	11.60±4.66
	Hayır	21.52±8.03	8.22±4.52	10.73±4.75
	İstatistiksel analiz	t=-3.008 p=0.003	t=-0.216 p=0.829	t=1.225 p=0.222
Pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerinize zaman ayırabilme durumu	Evet	17.26±7.74	7.64±4.72	11.00±4.70
	Hayır	21.57±7.99	8.38±4.54	11.01±4.75
	İstatistiksel analiz	t=-3.464 p=0.001	t=-1.030 p=0.304	t=-0.018 p=0.986

*: Ortalama±standart sapma, **: Aşı Polikliniği, Kan Alma, Başhemşirelik, Eğitim Birimi, EEG-EMG, EKG, Efor, Endoskopi, Kalite Birimi, Enfeksiyon Komitesi, t: Bağımsız gruplarda t testi, KW: Kruskal Wallis, z: Mann Whitney U testi

Tablo 13'te hemşirelerin pandemi sürecinde çalıştığı klinik ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu tabloya göre; çalışmaya katılanların duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde;

pandemi kliniğinde çalışanların (21.82 ± 8.42), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (24.18 ± 10.01), servis değişikliğinde bulunmayı isteyenlerin (24.90 ± 6.80), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (21.69 ± 8.61), işten ayrılmayı düşünenlerin (24.00 ± 7.45), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (21.52 ± 8.03) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (21.57 ± 7.99) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları ile; servis değişikliğinde bulunmayı isteme durumu ($KW=12.085$, $p=0.002$), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma durumu ($KW=8.422$, $p=0.015$), işten ayrılmayı düşünme durumu ($t=5.968$, $p=0.000$), sosyal aktivitelerinde değişim olma durumu ($t=-3.008$, $p=0.003$) ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumu ($t=-3.464$, $p=0.001$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile; servis değişikliğinde bulunmayı isteyenlerin, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulduğunu düşünmeyenlerin, işten ayrılmayı düşünenlerin, sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması yüksektir. Ancak, çalışılan klinik ve klinikte koruyucu ekipman yeterli olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; pandemi kliniğinde çalışanların (9.11 ± 4.58), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (10.00 ± 5.84), servis değişikliğinde bulunmayı isteyenlerin (9.65 ± 4.63), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını ifade edenlerin (8.86 ± 4.91), işten ayrılmayı düşünenlerin (8.87 ± 4.59), sosyal aktivitelerinde değişim olmayanların (8.22 ± 4.52) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (8.38 ± 4.54) daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyarsızlaştırma alt boyutu puan ortalamaları ile; çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipman yeterliliği, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; pandemi kliniğinde çalışmayanların (11.33 ± 5.10), çalışılan klinikte koruyucu ekipmanın yeterli olmayanların (11.72 ± 7.05), servis değişikliğinde bulunmayı bazen isteyenlerin (11.52 ± 4.80), hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulduğunu ifade edenlerin (12.38 ± 5.54), işten ayrılmayı düşünenlerin (11.30 ± 4.80), sosyal aktivitelerinde değişim

olanların (11.60 ± 4.66) ve aile/sevdiklerine zaman ayıramayanların (11.01 ± 4.75) daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları ile; çalışılan klinik, klinikte koruyucu ekipman yeterliliği, servis değişikliğinde bulunmayı isteme, hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulma, işten ayrılmayı düşünme, sosyal aktivitelerinde değişim olma ve aile/sevdiklerine zaman ayırabilme durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).



Tablo 14. Pandemi sürecinde hemşirelerin merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki (n=204)

		Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli farkındalık	İlişki Kesme	Merhamet ölçeği toplam puan	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Sevecenlik	r	1									
Umursamazlık	r	0.515**	1								
Paylaşımların bilincinde olma	r	0.439**	0.228**	1							
Bağılantısızlık	r	0.459**	0.664**	0.234**	1						
Bilinçli farkındalık	r	0.760**	0.439**	0.527**	0.363**	1					
İlişki kesme	r	0.542**	0.745**	0.257**	0.657**	0.363**	1				
Merhamet ölçeği toplam puan	r	0.824**	0.797**	0.594**	0.748**	0.765**	0.788**	1			
Duygusal tükenme	r	-0.172**	-0.245**	0.024	-1.88**	-1.60*	-2.16**	-0.212**	1		
Duyarsızlaşma	r	-0.386**	-0.438**	-1.36*	-0.308**	-3.49**	-3.84**	-0.444**	0.594**	1	
Kişisel başarı	r	-0.410**	-0.077	-3.31**	-0.105	-3.56**	-1.36*	-0.313**	-0.075	0.027	1

*. p<0.05, **p<0.01

Tablo 14'te pandemi sürecinde hemşirelerin merhamet ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Sevecenlik puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.172$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.386$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.410$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Umursamazlık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.245$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.438$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Paylaşımların bilincinde olma puanı ile duyarsızlaşma ($r=-0.136$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde, kişisel başarı puanı ($r=-0.331$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bağılantısızlık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.188$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.308$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bilinçli farkındalık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.160$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.349$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.356$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

İlişki kesme puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.216$, $p<0.01$) ve kişisel başarı ($r=-0.136$, $p=0.026$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.384$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Merhamet ölçeği toplam puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.212$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.444$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.313$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Merhamet düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	Wald	OR	%95 GA	p
Cinsiyet (erkek vs. kadın)	1.392	4.415	4.025	1.098-14.751	0.036
Çocuk sahibi olma (hayır vs. evet)	0.346	0.713	1.414	0.633-3.156	0.398
Kurumda çalışma şekli (gece-gündüz vs. sadece gündüz)	-0.410	0.581	0.664	0.231-1.904	0.446
Toplumsal mesleğe saygısı (hayır vs. evet)	-0.168	0.112	0.845	0.316-2.262	0.738
Meslek dışında sorumluluk alma (hayır vs. evet)	-0.760	0.611	0.467	0.141-1.550	0.214
Pandemi sürecinde işten ayrılma düşüncesi (evet vs. hayır)	0.900	4.338	2.459	1.055-5.733	0.037
Tükenmişlik (evet vs. hayır)	1.767	2.829	5.851	0.747-45.839	0.093

Tablo 15’te Merhamet düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek için linear regresyon modeli kullanılmıştır. Buna göre, çalışmamızda çocuk sahibi olmanın, çalışma şeklinin, toplumun mesleğe karşı saygısının, meslek dışında sorumluluk almanın ve tükenmişliğin merhamet düzeyi üzerinde etkisi olmadığı, buna karşılık cinsiyet ve pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmenin oldukça güçlü etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Merhamet düzeyi kadın hemşirelerde dört kat (%95 GA 1.098-14.751), işten ayrılma düşüncesi olmayan hemşirelerde 2.4 kat (%95 GA 1.055-5.733) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. Tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	Wald	OR	%95 GA	p
Kurumda çalışma (sadece gündüz vs. gece-gündüz)	1.117	1.059	3.056	0.364-25.662	0.304
Çalışma saatinden memnun olma (evet vs. hayır)	1.206	4.291	3.342	1.067-10.463	0.038
Toplumsal mesleğe saygısı (evet vs. hayır)	1.156	2.004	3.178	0.641-15.750	0.157
COVID-19 tanısı (hayır vs. evet)	0.799	1.781	2.222	0.688-7.180	0.182
İzole olma (hayır vs. evet)	1.088	0.240	2.969	0.714-12.349	0.134
Başka servise geçme düşüncesi (hayır vs. evet)	0.346	0.557	1.413	0.569-3.508	0.456
Pandemi sürecinde işten ayrılma düşüncesi (hayır vs. evet)	0.477	0.938	1.611	0.614-4.228	0.333
Aile/sevdiklerine zaman ayırabilme (evet vs. hayır)	0.064	0.011	1.066	0.320-3.547	0.917
Merhamet ölçeği (evet vs. hayır)	1.952	3.371	7.044	0.877-56.612	0.066

Tablo 16’da tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Buna göre, çalışmamızda kurumda çalışma şeklinin, toplumun mesleğe saygı duyma durumunun, COVID-19 tanısı almanın, izole olmanın, başka servise geçme düşüncesinin, pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünme durumunun, aile/sevdiklerine

vakit ayırabilme durumunun ve merhametin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi olmadığı, buna karşılık çalışma saatlerinin oldukça güçlü etkisinin olduğu görülmektedir. Çalışma saatlerinden memnun olmayan hemşirelerde 3.3 kat (%95 GA 1.067-10.463) daha fazla tükenmişlik saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalaması “ 94.31 ± 12.64 ” düzeyi ile yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça merhamet düzeyi de artmaktadır. 2020 yılında hemşireler ile yapılan bir çalışma merhamet ölçeği toplam puan ortalamasını “ 94.89 ± 10.90 ” olarak bulmuştur (110). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapılmış diğer bir çalışmada merhamet ölçeği toplam puan ortalamasını (98.55 ± 11.44) benzer şekilde yüksek düzeydedir (111). Pandemi öncesinde yapılmış olan bu çalışmalardaki merhamet düzeyi bizim çalışmamızı destekler nitelikte yüksek düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızda sevecenlik alt boyut puan ortalaması diğer alt boyutlardan daha yüksek bulunmuştur. 2021 yılında Karaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışma bu bulguyu desteklemektedir (112). Pandemi öncesinde yapılan çalışmalarda olduğu gibi pandemi döneminde de hemşirelerde merhamet düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, pandeminin hemşirelerin merhamet düzeyini etkilemediği söylenebilir (Tablo 5).

Çalışmamızda Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması “ 20.39 ± 8.13 ”, duyarsızlaşma alt boyut puan ortalaması “ 8.18 ± 4.59 ”, kişisel başarı alt boyut puan ortalaması “ 11.00 ± 4.73 ” olarak bulunmuştur. Duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğer alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Şahin ve arkadaşları (2020), Başar (2020), Bellanti ve arkadaşlarının (2021) pandemi sürecinde görev alan hemşirelerle yapılmış oldukları çalışmalarda hemşirelerin ileri seviyede tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır (102, 113, 114, 115). Murat ve arkadaşları (2021) ve Harry (2021) yaptıkları çalışmalarda ise pandemi sürecinde hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır (4, 116). COVID-19 sürecinde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda Jalili ve arkadaşları (2021) tükenmişlik oranını %53 olarak, Hu ve arkadaşları (2020) da çalışmalarında duygusal tükenme oranını %60.5, duyarsızlaşma oranını %42.3 ve kişisel başarı oranını %60.6 olarak bulmuşlardır (117, 118). 2020 yılındaki bir çalışmada, COVID-19 servislerinde çalışan hemşirelerin, diğer servislerde çalışan hemşirelere kıyasla kişisel başarı alanında daha fazla tükenmişlik

yaşadıkları saptanmıştır (119). Bu bulgular, pandemi döneminin hemşirelerde tükenmişliğe etkisinin olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

Araştırmamız kapsamında hemşirelerin %80.4'ünün kadın olduğu ve sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık, ilişki kesme, merhamet ölçeği toplam puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunda kadın hemşirelerin dört kat daha merhamet seviyesinin erkeklerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, kadın cinsiyetin merhamet üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir. Amerika'da 2018 yılında yapılan bir çalışma sonucunda kadınların merhamet düzeyinin erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucu bildirilmiştir (120). Mooney ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine erkeklerin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek merhamet düzeylerine sahip olduğunu bulmuşlardır (121). Bunlara karşılık, Hunsaker ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında erkekler ve kadınlar arasında herhangi bir fark bulunamamıştır (98) (Tablo 6, 15).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden lisansüstü mezunların merhamet ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut ortalamaları lise, ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerden daha yüksek olmasına rağmen aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Samson ve Shvartzman'ın (2016) sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışma bizim çalışmamızı destekleyecek şekilde merhamet yorgunluğu düzeyinin eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark yaratmadığını ortaya konulmuştur (122). Yapılan başka bir çalışma sonucunda ise ön lisans mezunu olan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun daha düşük düzeyde bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (100). Kılıç (2018), çalışmasında lisansüstü mezun hemşirelerin merhamet ölçeği puanlarını çalışmamızdaki gibi yüksek bulmuştur (123). 2011 yılında yapılan bir tez çalışması sonucunda ise hemşirelerin yüksek lisans\doktora seviyesinde mezun olmanın merhamet memnuniyetini arttırdığını göstermektedir (124). Bu bulgular doğrultusunda pandemi öncesi yapılan çalışmalarda olduğu gibi pandemi döneminde de hemşirelerin eğitim seviyeleri arttıkça merhamet düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması evli olanlarda daha yüksek ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre, bekar hemşireler evli olanlara göre daha fazla merhamet yorgunluğu riski taşımaktadır.

Yoğun bakım hemşireleriyle pandemi öncesinde yapılan bir çalışma bekar hemşirelerin daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığını belirtmiştir (69). Bu bulgu çalışmamızı destekler niteliktedir. Bununla birlikte, Yu ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada bu değişkenler için istatistiksel olarak anlamlı değerler bildirmemiştir (125). Pandemi sürecinde hemşirelerle yapılmış bir diğer çalışma bizim çalışmamız aksine evli olmanın daha yüksek merhamet yorgunluğuna sebep olduğunu göstermiştir (6). Evli hemşirelerin daha düzenli bir yaşama sahip olmaları ve evlilikle beraberinde gelen sorumlulukların etkisiyle mesleki sorumluluk anlayışı kazanmaları merhamet düzeyi üzerinde etkili olmuş olabilir (Tablo 6).

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu, merhamet ölçeği toplam puanı ile sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamaları aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuk sahibi olan hemşirelerin puanları olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Pandemi öncesinde yapılan bir tez çalışmasında iki çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayan hemşirelere göre merhamet ölçeği toplam ve sevecenlik alt boyut puanı yüksek ve anlamlı bulunmuştur (102). Bu bulgular doğrultusunda, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de çocuk sahibi olmanın hemşirelerin merhamet düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir (Tablo 6).

Kurumdaki görev tanımına baktığımızda araştırmaya katılan idareci/yönetici hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ve sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, ilişki kesme alt boyut puan ortalamaları diğer değişkenlerden daha yüksek olmasına rağmen aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmamıştır. Şahin (2020) pandemi öncesinde yaptığı çalışmasında görev tanımının merhamet ölçeği toplam ve tüm alt boyutları için anlamlı olmadığını belirtmiştir (102). Bu bulgulara göre, pandemi sürecinde görev tanımının merhamet üzerinde etkin bir rol oynamadığını göstermektedir (Tablo 7).

Hemşirelerin çalışma şekline bakıldığında, sevecenlik, umursamazlık, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve merhamet ölçeği toplam puan ortalamalarının sadece gündüz çalışanlarda daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre gece-gündüz şeklinde çalışan hemşireler sadece gündüz çalışanlara göre merhamet yorgunluğu açısından daha fazla risk altındadır. 2014 yılında hekimlerle yapılan bir çalışmada gece vardiyasında görev almanın merhamet yorgunluğu açısından risk taşıdığı

belirtilmiştir (126). Çakmak (2021) pandemi sürecinde yaptığı çalışmasında nöbetli çalışan bireylerin şefkat yorgunluğunu gündüz çalışanlara göre daha yüksek bulmuştur (127). Diğer bir çalışmaya göre de nöbet tutan hemşirelerin şefkat yorgunluğu puanları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (97). Bu bulgular, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de hemşirelerin çalışma şeklinin merhamet düzeylerini etkilediğini göstermektedir (Tablo 7).

Çalışma saatlerinden memnun olan hemşirelerin memnun olmayanlara göre bilinçli farkındalık puan ortalaması daha yüksek ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde bu sonucu destekleyecek bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlık çalışanlarıyla yapılmış bir çalışma sonucunda araştırmamızın aksine, yoğun çalışma süresi ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır (128). Bilinçli farkındalık alt boyutu negatif duygulara karşı dengeli bir yaklaşım gösterilmesiyle ilişkilidir (105). Buna bağlı olarak çalışmamızda bu sonuca ulaşılmış olabileceği düşünülmektedir (Tablo 7).

Araştırma sonucumuzda, mesleği seçme nedeni ile merhamet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bir diğer çalışmada, mesleği kendi isteği ile seçenlerin şefkat yorgunluğu seviyesi daha düşük ve anlamlı olduğu saptanmıştır (129). Çalışmamızın sonucu insanların mesleklerini seçme şekillerinin merhamet düzeyi üzerinde etkili bir faktör olmadığını göstermektedir (Tablo 7).

Hemşirelik mesleğine toplumun saygı duyduğunu düşünenlerin merhamet ölçeği toplam puan ortalaması ve sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları saygı duyulduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Buna bağlı olarak hemşirelik mesleğine saygı duyulduğunu düşünmeyen hemşireler merhamet yorgunluğu açısından risk altındadır. Pandemi öncesinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %23.5'i mesleklerinin yüksek statüye sahip olduğu, %8.1'i ise toplumun hemşirelik mesleğine yeterince saygı duyduğunu belirtilmiştir (130). Bu bulgular, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de hemşirelik mesleğinin toplumdaki statüsünün merhamet düzeyi üzerinde etkisinin devam etmekte olduğunu düşündürmektedir (Tablo 7).

Araştırmamızda mesleği dışında görev sorumluluk alan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyut puanı görev ve sorumluluk almayanlara göre daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bu

bulguyu destekleyecek çalışma bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada, pandemi sürecinin iş yükü fazlalığını artırıp, mesleki haz düzeyini azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır (131). Doktorlarla pandemi öncesinde yapılmış bir çalışmada iş yükünün fazlalığı ve çalışma saatlerinin uzun olması tükenmişliğe neden olan en önemli etkenler olarak ifade edilmiştir (132) (Tablo 7).

Araştırmadaki izole olan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyut puanı izole olmayanlardan yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu acı çekmenin tüm insanlığın ortak bir deneyimi olduğunun bilincine varmakla ilişkilidir (105). Bu sonuç; izole olan hemşirelerin hastaların yaşadıklarını tecrübe etmeleriyle ilişkili olabilir (Tablo 8).

Hemşirelerin COVID-19 tanısı alma ve COVID-19 nedeni ile aile/sevdiklerinden uzaklaşma durumları ile merhamet düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ulusal ve uluslararası literatürde çalışmamızı destekleyecek bulgulara rastlanmamıştır (Tablo 8).

Araştırmamızdaki hemşirelerin çalıştıkları klinik ile merhamet ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). İtalya’da yapılmış bir çalışma, COVID-19 hastalığından etkilenen hastalarla çalışan veya çalışmayan sağlık çalışanları arasında merhamet memnuniyetinde hiçbir fark olmadığını göstermiştir (133). İspanya’da yapılan bir çalışmaya göre, COVID-19 hastalarıyla ilgilenen profesyonellerin diğer sağlık hizmeti ortamlarında çalışanlara göre daha yüksek merhamet yorgunluğu seviyelerine sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır (6). Bu sonuç bize hemşirelerin merhamet yorgunluğunun bakmakla yükümlü oldukları hasta/hastalara göre değişmediğini göstermektedir (Tablo 9).

Araştırmamızda pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin klinikte koruyucu ekipmanların yeterliliği ile merhamet ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamıza katılan hemşirelerin %94.6’sının koruyucu ekipmanın yeterli olduğunu ifade etmesi bu sonuca ulaşmamızda etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir (Tablo 9).

Araştırmada pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı istemeyen hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması değişiklik isteyen ve değişikliği bazen isteyen hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Şahin pandemi öncesinde yaptığı araştırmasında, aynı klinikte çok uzun

yıllar çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık puanlarını daha yüksek ve anlamlı olduğu, ayrıca kendi istediği klinikte çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu riskinin daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşmıştır (102). Çalışmamızda hemşirelerin %67.6'sı servis değişikliği yapmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Pandemi gibi bir süreçte hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olunamayan bir hastalık ile mücadelede ön safta yer alan hemşirelerin iş arkadaşlarının desteğine ihtiyacındaki artış ve alışılmış olunan düzeni bu süreçte değiştirmeyi düşünmeyen bir yaklaşım sergiledikleri düşünülmektedir (Tablo 9).

Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalaması ve umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık alt boyut puan ortalamaları işten ayrılmayı düşünen hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerden pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmeyenlerin 2.4 kat daha merhamet düzeyinin diğerlerinden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerle yapılan çalışma mesleki tatmin azaldığı süreçte işten ayrılma isteğinin arttığını göstermektedir (134). COVID-19 pandemisinde mesleğini bırakan ve işten ayrılmayı düşünen hemşire oranının artarak devam ettiği Uluslararası Hemşireler Konseyinin raporunda belirtmektedir (135). Nitekim 2020 yılında yapılan pandemi hastalarıyla çalışan hemşirelerin %95.2'sinin işten ayrılmayı düşündüğü sonucuna varılmıştır (136). Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelerin pandemiye bağlı olarak değişen mesleki görev ve sorumlulukların yanı sıra artan iş yükünün işten ayrılmayı düşünmelerine sebep olabileceği ve bu durumun merhamet düzeyleri üzerinde de etkili olabileceği düşünülmektedir (Tablo 9, 15).

Araştırmamızdaki hemşirelerin pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlarına çözüm bulma durumu ile merhamet ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ulusal ve uluslararası literatürde çalışmamızı destekleyecek bulgulara rastlanmamıştır (Tablo 9).

Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin pandemi sürecinde çalışırken sosyal aktivitelerde değişim olma durumları ile merhamet ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Koca (2018) pandemi öncesinde yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu toplam puanı ile sosyal aktiviteye katılma arasında çalışmamızı destekleyecek şekilde anlamlı ilişki saptamamıştır (129). Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısında fazlası sosyal aktivitelerinde değişim olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızın veri toplama aşaması sıkı tedbirlerin alındığı

dönemin yanı sıra kademeli normalleşme ve normalleşme dönemlerini de kapsadığından bu sonuca ulaşılmış olabileceği düşünülebilir (Tablo 9).

Pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerine zaman ayırabilen hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık alt boyutları puan ortalamaları zaman ayıramayanlara göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre merhamet doyumunun sosyal aktivitelere katılabilen, çalışırken ailesine zaman ayırabilenlerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (137). Pandemi süreci öncesinde yapılmış bir çalışmada, hemşirelerden ailesine ve arkadaşlarına zaman ayıramayanların merhamet yorgunluğu riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (102). COVID-19 pandemisi hemşirelerin ailelerinden uzak kalmalarına bağlı sosyal desteklerindeki bu değişim merhamet yorgunluğu yaşama risklerini artırmaktadır (138). Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelerin pandemi öncesinde de aile/sevdiklerine zaman ayırma durumlarının merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olduğu, ilaveten pandemi sürecinin de merhamet yorgunluğu düzeyini artırmada etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 9).

Araştırmamızda kadın hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması; erkeklerin duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olmasına karşın cinsiyet ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Şahin'in (2020) yapmış olduğu çalışmasında da cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (102). Yapılan bir diğer çalışmada kadınlarda duygusal tükenmenin, erkeklerde ise duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlığın daha sık olduğunu göstermektedir (139). Duygusal tükenmenin cinsiyet üzerinde etkili olduğunu kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadığını pandemi sürecinde yapılan bir araştırma da desteklemektedir (140) (Tablo 10).

Araştırmamızdaki hemşirelerin eğitim durumu ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması lisans mezunu olan; kişisel başarı alt boyut puan ortalaması ise ön lisans mezunu olan hemşirelerde daha yüksektir. COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan çalışmada, lisans mezunu olanların, benzer bir çalışmada ise, lisans ve üzeri mezun hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri diğer hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (4, 118). İnsanların beklentileri eğitim

düzeyi ile paralellik göstermektedir ve kişilerin beklentileri gerçekleşmediği durumlar hayal kırıklığı ile sonlanabilir (141). Buna bağlı olarak çalışmamızda da eğitim düzeyi tükenmişlik düzeyini etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir (Tablo 10).

Hemşirelerin medeni durumu ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Pandemi sürecinde yapılmış bir çalışmada da bizim çalışmamızı destekler nitelikte medeni durumun tükenmişlik puanı üzerinde bir etkisi saptanamamıştır (142). Ancak bir başka çalışmada ise, bekar olanların duygusal tükenme alt boyutu ortalamasının evli olanlara göre yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (143) (Tablo 10).

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumları ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Duman 2021 yılında yapmış olduğu tez çalışmasında bizim sonucumuzu destekleyecek şekilde çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (144). Nazik ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çocuklu sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişliğinin çocuğu olmayan hemşirelerden çok daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (145). Bir diğer çalışmada ise, çocuğu olanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve tükenmişlik toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (143) (Tablo 10).

Araştırmamızda kurumdaki görev tanımı ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızı destekler nitelikte, Duman (2021), Zang ve arkadaşları (2021), Hu ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları benzer çalışmalarda hemşirelerin çalıştıkları pozisyon ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır (144, 146, 118). Bu bulgular doğrultusunda, pandemi sürecinin görev tanımı üzerinde hemşirelerin tükenmişliğini etkileyecek bir etken olmadığı düşünülebilir (Tablo 10).

Çalışmamız kapsamında yer alan hemşirelerin kurumdaki çalışma şekli ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamış olmasına karşın gece-gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının sadece gündüz çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$). Literatüre bakıldığında Uzun (2015), Durmuş ve arkadaşları (2018) araştırma sonucumuzu destekleyecek şekilde çalışma şeklinin tükenmişliği etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (147, 148). Pandemi öncesinde yapılan bir çalışmada duygusal tükenme ve duyarsızlaşma

alt boyut puanları gece-gündüz çalışan hemşirelerde daha yüksektir (149). Diğer bir çalışmada ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalma hissi puanlarının nöbet tutan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur (150). Pandemi sürecinde yapılmış bir başka çalışmada haftada üç ve üçün üzerinde gece vardiyası yapan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (151). Bu bulgular doğrultusunda, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de gece mesaisi ve vardiya sayısının artması hemşirelerin tükenmişlik seviyelerini artırıcı bir etken olabileceği düşünülebilir (Tablo 11).

Çalışmamızda çalışma saatinden memnun olmayan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları memnun olan hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Oğuzberk (2008) yaptığı çalışmada, sekiz saatin üzerinde çalışanların, sekiz saatin altında çalışanlara oranla duygusal tükenme puanlarını daha yüksek bulmuştur (152). Pandemi öncesinde yapılmış bir çalışma, dokuz saat ve üzerinde, haftalık kırk saatten fazla çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (153). Başka bir çalışmada ise, hemşirelerin pandemi servislerinde ortalama 20 gün çalıştıkları, bu süreçte duygusal tükenme alt boyutlarının anlamlı ve yüksek olduğu belirtilmiştir (118). Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelerin çalışma saatlerinin pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de tükenmişliği artırıcı bir faktör olduğu düşünülebilir (Tablo 11).

Hemşirelik mesleğini hemen iş bulma düşüncesi ile seçen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması kendi isteği ve aile/çevre baskısı ile seçen hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyi üzerine yapılmış bir çalışmada, mesleğini kendi isteği dışında seçen ve mesleği bırakmayı düşünenlerin mesleki tükenmişlik seviyesi yüksek bulunmuştur (154). Aksoy (2021) çalışmamızı destekleyecek şekilde, kendi isteğiyle hemşirelik mesleğini seçenlerin, isteği dışında seçenlerden duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel mesleki tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucunu saptamıştır (155). Sağlık çalışanlarıyla yapılmış bir çalışmada mesleği tesadüfen seçenlerin, mesleği kendi isteği ile seçenlerden daha yüksek işten ayrılma eğiliminde olduğunu belirtilmiştir (156). Denizli’de 64 hemşireyle yapılmış çalışma sonucunda; duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanının mesleği isteği dışında seçen hemşireler ve

bu mesleği yapmak zorunda olan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur (157). Çalışmamızda, kendi istekleri dışında meslek seçimi yapmış hemşirelerin yaşadıkları stresin, mesleki performanslarını ve iş doyumları etkilemesine bağlı olarak bu sonuca ulaşıldığı düşünülebilir (Tablo 11).

Toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünen hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutları puan ortalaması saygı duyulduğunu düşünen hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hemşirelik mesleğinin ideal beklentileri ile gerçek hayatta karşılaşılan durumlar arasındaki uyumsuzluk da tükenmişliği beraberinde getirmektedir (158). Pandemi sürecinde İtalya’da yapılmış bir çalışma bizim çalışmamız aksine, hemşirelerin birçoğunun hastalar ve toplum tarafından takdir edildikleri sonucuna ulaşmıştır (115). Çalışmanın İtalya’da yapılmış olmasının bu sonuca ulaşmakta etkili olabileceği düşünülebilir. Bu bulgular doğrultusunda, pandemi sürecinde hemşirelerin artan görev ve sorumlulukların altında oldukça başarılı bir şekilde kalmış olmasına rağmen toplum tarafından saygı görmediklerini düşünmeleri tükenmişlik seviyelerinin artmasında bir faktör olarak düşünülebilir (Tablo 11).

Mesleği dışında sorumluluk alan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması meslek dışı sorumluluk almayanlardan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Mesleği dışında sorumluluk almayanların kişisel başarı alt boyut ortalaması sorumluluk alanlardan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı alt boyutu puanının artması tükenmişliğin azalması olarak ifade edilmektedir (107). Buna göre çalışmamızda, mesleği dışında sorumluluk alan hemşirelerde kişisel başarı alt boyutu puanının daha düşük olması tükenmişliğin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aiken ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada, bir hemşirenin iş yüküne eklenen her fazladan hastanın tükenmişlikte %23’lük bir artış gösterdiğini belirtmişlerdir (159). Hemşirelerin görev dışı sorumluluk almalarının pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de tükenmişlik için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Tablo 11).

Çalışmamızda COVID-19 tanısı alan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalaması tanı almayan hemşirelerden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin COVID-19 tanısı alma durumu ve tükenmişlik

açısından bir fark saptanmamış olup tükenmişliğin tüm alt boyutlarının puan ortalaması tanı alan hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur (103). 2021 yılında yapılan başka bir çalışma, COVID-19 testi pozitif çıkan hemşirelerin diğerlerinden daha yorgun ve sıkıntılı hissettiklerini göstermiştir. İlaveten aynı çalışmada COVID-19 testi pozitif çıkan hemşirelerin duyarsızlaşma tükenmişliği yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır (4). Bellanti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, COVID-19 enfeksiyonu öyküsü olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (115). Tüm bu bulgulara göre, COVID-19 tanısı almanın tükenmişlik düzeyini artırıcı bir etken olduğu düşünülebilir (Tablo 12).

İzole olan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları izole olmayan hemşirelerden daha yüksekken, kişisel başarı alt boyut puan ortalaması izole olmayan hemşirelerde daha yüksek ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşireler, COVID-19 pandemisi sırasında akrabalarını/ailelerini enfekte etmemek için çoğu zaman ayrı yerlerde izole yaşamak zorunda kalmışlardır (160). Bu durumun hemşirelerin psikososyal durumlarını olumsuz etkilemesi beklenebilir. Wuhan’da yapılan araştırmada, yakınlarından izole yaşayan ön saflardaki sağlık çalışanlarının stres oranının %39.1 olduğu belirtilmiştir (161). Bu doğrultuda, hemşirelerin izole olmasının tükenmişlik düzeyini etkilediği düşünülebilir (Tablo 12).

COVID-19 sebebi ile aile ve sevdiklerinden ayrı kalma durumu ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Araştırmamızda Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyutlarının puan ortalaması pandemi servisinde çalışan hemşirelerde daha yüksek olmasına rağmen çalışılan klinik ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Duman’ın (2021) pandemi sürecinde yaptığı çalışma sonucunda çalışmamızı destekler nitelikte çalışılan klinik ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (144). Poyraz (2021) çalışmasında pandemi döneminde hemşirelerin çalıştıkları birimlerle tükenmişliğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir fark bulamamıştır (103). Bir diğer çalışmada, tükenmişlik ölçeğiyle ilgili memnuniyet puanı COVID-19 ünitelerinde çalışan hemşirelerde COVID-19 olmayan ünitelerde çalışan hemşirelerden ve acil servis dışındaki diğer bölümlerde çalışan hemşirelerde daha düşük bulunmuştur (115). Çalışmaya katılan

hemşirelerin %33.8'inin pandemi servisinde çalışıyor olmasının bu sonuca ulaşmamızda etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 13).

Çalışmamızda kişisel koruyucu ekipmanın yeterli olma durumu ile Maslach tükenmişlik ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışmamız aksine pandemi sürecinde ülkemizde yapılmış bir çalışma, pandeminin başlarında koruyucu ekipman eksikliği yaşandığını (N95 maske, siperlik, koruyucu önlük ve tulum), yaklaşık on gün temin sıkıntısı yaşadıklarını ve durumun çalışanlarda kaygıya neden olduğunu göstermiştir (162). Çalışmamızda katılımcılarımızdan sadece %5.4'ünün koruyucu ekipmanın yeterli olmadığını ifade etmiş olmasının bu sonuca ulaşmamızı etkilemiş olabileceği düşünülmektedir (Tablo 13).

Pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı isteyen hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin istekleri doğrultusunda rotasyon yapılması iş doyumlarının olumlu olarak etkilemektedir (163). Taycan (2006) çalışmasında, çalışacakları birimi kendi istekleri doğrultusunda seçen hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (164). Dolayısıyla hemşirelerin istedikleri birimlerde çalışmalarının pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de tükenmişlik düzeyini etkilediğini düşünülebilir (Tablo 13).

Pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını düşünen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Oğuzberk (2008) yaptığı bir çalışmada, çalıştıkları kurumun fiziksel koşullarından memnuniyet duyanların duygusal tükenme ve tükenmişlik toplam puanlarının memnun olmayanlardan daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (152). Yapılan bir çalışmada, pandemi sürecinde çalışma şartlarından hemşirelerin %83'ünün memnun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (165). Diğer bir çalışmada ise, araştırmaya katılanların çoğu personel sayısının, bu süreçteki fiziki şartların ve ekipman yeterliliğinin orta seviyede yeterli olduğunu belirtmiştir (143). Bellanti ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında pandemi sürecinde hemşirelerin yarısından azının işveren tarafından desteklendiği sonucuna varılmıştır (115). Bu bulgulara dayanarak, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de hastane yönetiminden yeterli desteğin alınmaması hemşirelerin duygusal yönden tükenmesinin bir nedeni olarak düşünülebilir (Tablo 13).

Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünen hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma saatlerinden memnun olmayan hemşirelerin diğer hemşirelerden 3.3 kat daha fazla tükenmiş olduğu bulunmuştur. Dinçer (2021) çalışmasında, işten ayrılmayı düşünme durumu tükenmişlik ölçeği genel puan ortalama değeri ve tüm alt boyutlarda işten ayrılmayı düşünen hemşirelerde daha yüksek ve anlamlı olduğunu belirtmiştir (166). Poyraz (2021), mesleğinden memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının memnun olan hemşirelere oranla daha yüksek ve aralarındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur (103). İtalya’da bulunan bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, “İşimden ayrılmayı ciddi olarak düşünüyorum” ifadesine katılan hemşirelerin tüm puanları, düşünmeyenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (115) Gürer ve Gemlik (2020) yaptıkları çalışmada pandemi şartlarında çalışanların zaman zaman işlerini bırakmayı düşündüklerini ancak işlerine verdikleri önemin motivasyonlarını koruduğunu ifade etmişlerdir (162). Tüm bu bulgular doğrultusunda, pandemi sürecinde uygun olmayan çalışma saatlerinin tükenmişliği artırdığı ve hemşirelerin işten ayrılmayı düşünmelerinde etkili bir faktör olduğu düşünülebilir (Tablo 13, 16).

Pandemi sürecinde sosyal aktivitelerinde değişim olmayan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızın aksine 2020 yılında yapılmış bir çalışma sonucunda, hemşirelerin hastalığı bulaştırma korkusu nedeni ile izole olduklarını, sosyal aktivitelerinde değişime ve sosyal ilişkilerinde kısıtlamaya gittikleri bulunmuştur (167). Yapılmış bir diğer çalışmada, pandemi sürecinde hemşirelerin sosyal ilişkilerinin hafif düzeyde etkilendiği sonucuna varılmıştır (114). Pandemiyle birlikte toplumda olduğu gibi hemşirelerde de sosyal izolasyonun duygusal tükenmişliği tetiklediği düşünülmektedir (Tablo 13).

Pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerine zaman ayıramayan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu saptanmıştır. Şahin (2020) pandemi öncesinde yaptığı çalışmasında, ailesine ve arkadaşına zaman ayıramayan hemşirelerin tükenmişlik toplam puanı, duygusal tükenme ve fiziksel tükenme puanlarını daha yüksek bulmuştur (102). Pandemi sürecinde hemşirelerin sosyal destek kaynaklarının

azalmasının tükenmişlik düzeyini artırması olası beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Pandemi sürecinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada sosyal destek algısı ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (118). Bu bulgular doğrultusunda, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi sürecinde de aile/sevdiklerine zaman ayırabilen hemşirelerin tükenmişlik açısından daha az risk taşıdıkları düşünülebilir (Tablo 13).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla Rize Devlet Hastanesinde 204 hemşire katılımı ile gerçekleştirilen araştırmada,

- Hemşirelerin merhamet ölçeği puan ortalamasının 94.31 ± 12.64 olduğu, en yüksek puana sahip ölçek alt boyutunun sevecenlik (16.01 ± 2.86) olduğu, Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puan ortalamaları duygusal tükenme 20.39 ± 8.13 , duyarsızlaşma 8.18 ± 4.59 , kişisel başarı 11.00 ± 4.73 ve yüksek puana sahip alt boyutun duygusal tükenme olduğu (Tablo 5),
- Kadın hemşirelerin sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık, ilişki kesme ve merhamet ölçeği toplam puan ortalamalarının erkeklerden; evli hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması bekar olanlardan; çocuk sahibi olan hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puanı ile sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 6),
- Sadece gündüz çalışan hemşirelerin sevecenlik, umursamazlık, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve merhamet ölçeği toplam puan ortalamalarının gece-gündüz vardiyasıyla çalışanlardan; çalışma saatlerinden memnun olan hemşirelerin bilinçli farkındalık puan ortalaması memnun olmayanlardan daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 7),
- Toplumun hemşirelik mesleğine saygı duyduğunu düşünen hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalaması ve sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları düşünmeyenlerden mesleği dışında görev ve sorumluluk alan hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma alt boyut puanı almayanlardan daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 7),
- Sosyal izolasyonu olan hemşirelerin paylaşımlarının bilincinde olma puan ortalaması izole olmayanlardan daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu (Tablo 8),

- Pandemi sürecinde servis değişikliğinde bulunmayı istemeyen hemşirelerin bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalaması isteyen ve bazen isteyen hemşirelerden; pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin merhamet ölçeği toplam puan ortalaması ve umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamaları düşünenlerden; pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerine zaman ayırabilen hemşirelerin paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık alt boyutları puan ortalamaları zaman ayıramayanlardan daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 9),
- Lisans mezunu hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması; ön lisans mezunu hemşirelerin kişisel başarı alt boyut puan ortalaması diğer hemşirelerden daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 10),
- Çalışma saatlerinden memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları toplam puan ortalamaları memnun olanlardan; mesleğini hemen iş bulma düşüncesi ile seçen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması kendi isteği ve aile/çevre baskısı ile seçenlerden daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 11),
- Toplumun hemşirelik mesleğine saygı duymadığını düşünen hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutları puan ortalamalarının saygı duyulduğunu düşünenlerden daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 11),
- Hemşirelik mesleği dışında sorumluluk alan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması almayanlardan daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kişisel başarı alt boyut ortalamasının ise mesleği dışında sorumluluk almayanlarda daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 11),
- COVID-19 tanısı alan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalaması almayanlardan; izole olan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları izole olan hemşirelerde daha yüksek, kişisel başarı alt boyut puan ortalaması izole olmayan hemşirelerde daha yüksek ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) (Tablo 12),

- Servis değişikliğinde bulunmayı isteyen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması; pandemi sürecinde hastane yönetiminin sorunlara çözüm bulmadığını düşünen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması; pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünen hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğer hemşirelerden yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) (Tablo 13),
- Pandemi sürecinde sosyal aktivitelerinde değişim olmayan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması; pandemi sürecinde çalışırken aile/sevdiklerine zaman ayıramayan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalaması diğer hemşirelerden yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu $p<0.05$) (Tablo 13),
- Sevecenlik puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.172$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.386$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.410$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- Umursamazlık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.245$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.438$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- Paylaşımların bilincinde olma puanı ile duyarsızlaşma ($r=-0.136$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde, kişisel başarı puanı ($r=-0.331$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- Bağlantısızlık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.188$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.308$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- Bilinçli farkındalık puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.160$, $p<0.05$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.349$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.356$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- İlişki kesme puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.216$, $p<0.01$) ve kişisel başarı ($r=-0.136$, $p=0.026$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.384$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),

- Merhamet ölçeği toplam puanı ile duygusal tükenme ($r=-0.212$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde; duyarsızlaşma ($r=-0.444$, $p<0.01$), kişisel başarı ($r=-0.313$, $p<0.01$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (Tablo 14),
- Kadın hemşirelerin merhamet düzeyinin erkeklerden dört kat, pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşünmeyen hemşirelerin 2.4 kat daha yüksek olduğu (Tablo 15),
- Çalışma saatlerinden memnun olmayan hemşirelerin diğer hemşirelerden 3.3 kat daha fazla tükenmiş olduğu (Tablo 16) sonuçlarına ulaşılmıştır.

Sonuç olarak pandemi sürecinin hemşirelerde merhamet yorgunluğu üzerinde etkili bir faktör olmadığı; ancak hem mesleki faktörlerin hem de pandemi sürecinin orta düzeyde tükenmişliğe yol açtığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçlarına dayanarak, pandemi sürecinin hemşirelerin merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik düzeyine etkisine yönelik önerilerimiz aşağıda sunulmuştur.

- Hemşirelere merhamet düzeylerini iyileştirecek, tükenmişlik düzeyini azaltabilecek seminer, kurs, sosyal aktivite ve eğitimlerin planlanıp uygulanması,
- Hemşirelik mesleğinin görev tanımlarının daha net bir şekilde düzenlenmesi ve bu düzenlemenin tüm sağlık çalışanları tarafından tanınması,
- Hemşirelere merhamet ve tükenmişlik düzeylerini etkileyebilecek meslek tanımı dışında görev ve sorumluluğun verilmemesi, çalışma koşullarının yasalar çerçevesinde tutulması,
- Aile/sevdiklerine aynı zamanda sosyal aktivitelerine daha fazla zaman ayırmalarının sağlayacak düzenlemelerin yapılması,
- Meslek seçimi öncesinde gençlere meslek tanıtım ve farkındalık programlarının yapılması,
- Hastane yönetimlerinin hemşirelerin sorun ve problemlerine daha duyarlı yaklaşması önerilir.

Konuyla ilgili ileride yapılacak çalışmalar için;

- Çalışmamız sadece bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlı olduğundan, pandemi dönemi ve sonrasında karşılaştırma yapılmasını sağlayacak daha geniş örneklem grubunu kapsayan çalışmalar yapılması,
- Pandemi sürecinde hemşirelerin merhamet ve tükenmişliğini değerlendirecek nitel çalışma yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Jasmine T (2009). Art, science or both? Keeping the care in nursing. *Nursing Clinics of North America* 44(4): 415-421.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Cao B (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 395(10223): 497-506.
3. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Feng Z (2020). Dynamics of early transmission of new coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *New England Journal of Medicine* 382: 13. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
4. Murat M, Köse S, Savaşer S (2021). Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing* 30(2): 533-543.
5. World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19) [online]. Bu adresten ulaşılabilir: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>. [Erişim 13.05.2021].
6. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM (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.
7. Dincer B, Inangil D (2021). The effect of emotional freedom techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore* 17(2): 109-114.
8. 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.
9. Bloomfield J, Pegram A (2015). Care, compassion and communication. *Nursing Standard* 29(25): 45.
10. Harrison K (2021). Compassion Fatigue: Understanding Empathy. *Veterinary Clinics: Small Animal Practice* 51(5): 1041-1051.

11. Schantz ML (2007). Compassion: a concept analysis. malden, USA: Blackwell publishing Inc. In Nursing Forum 42(2): 48-55.
12. Griffiths G, Jones S, Maben J, Murrells T (2008). State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal. National Research Unit, King's College, London.
13. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CT, Tang P, Zeng L, 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.
14. Mathieu F (2007). Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. Rehab & Community Care Medicine 4: 1-7.
15. Duarte J, Pinto-Gouveia J (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. Applied Nursing Research 35: 42-47.
16. Copeland D (2021). Brief workplace interventions addressing burnout, compassion fatigue, and teamwork: A pilot study. Western Journal of Nursing Research, 43(2): 130-137.
17. Aslan R (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. Ayrıntı Dergisi 8(85): 36-41.
18. Gao GF (2018). From “A” IV to “Z” IKV: Attacks from emerging and re-emerging pathogens. Cell 172(6): 1157-1159.
19. Drosten C, Günther S, Preiser W, Van Der Werf S, Brodt HR, Becker S, Doerr HW (2003). Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome. New England Journal of Medicine 348(20): 1967-1976.
20. Liu J, Liu S (2020). The management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Journal of Medical Virology 92(9): 1484-1490.
21. Dikmen AU, Kına MH, Özkan S, İlhan MN (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research 4: 29-36.
22. Budak F, Korkmaz Ş (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (1): 62-79.

23. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. *The Lancet* 395(10228): 931-934.
24. Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 12(S1): 55-57.
25. Smith BJ, Lim MH (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research Practice* 30(2): 3022008.
26. Seeman TE (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion* 14(6): 362-370.
27. Beam CR, Kim AJ (2020). Psychological sequelae of social isolation and loneliness might be a larger problem in young adults than older adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 12(S1): s58-60.
28. Wang G, Zhang Y, ZhaoJ, Zhang J, Jiang F (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395(10228): 945-947.
29. Afacan E, Nazmi A (2020). Koronavirüs (COVID-19) örneği üzerinden salgın hastalıklara sosyolojik bir bakış. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 7(5): 1-14.
30. Alpago H (2020). Socio-economic consequences of coronavirus. *Sosyal Bilimler Dergisi* 8: 99-114.
31. Eryüzlü H (2020). COVID-19 ekonomik etkileri ve tedbirler: Türkiye’de “Helikopter Para” uygulaması. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi* 3(1): 10-19.
32. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* 395(10227): 912-920.
33. Sprang G, Silman M (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 7(1): 105-110.

34. Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang YT (2021). Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders* 279: 353-360.
35. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, Liu Z (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry* 7(3): 14.
36. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama* 323(21): 2133-2134.
37. Adams JG, Walls RM (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama* 323(15): 1439-1440.
38. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(23): 9096.
39. Wang X, Zhang X, He J (2020). Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: Reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *Bioscience Trends* 14(1): 3-8.
40. Nie A, Su X, Zhang S, Guan W, Li J (2020). Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *Journal of Clinical Nursing* 29(21-22): 4217-4226.
41. Bozdağ F, Ergün N (2020). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychological Reports* 124(6): 2567-2586.
42. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 7(4): 17-18.
43. Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2021). Merhamet [online]. Bu adresten ulaşılabilir: <http://www.tdk.gov.tr/> . [Erişim 01.05.2021].
44. Oguz Y, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK (2005). *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*, 1. Baskı, Ankara. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları: 172.

45. Akın ŞH (2018). Merhamet kavramı ve Schopenhauer'in merhamet yaklaşımının değerlendirilerek farklı düşünürlerin görüşleriyle karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 5(3): 126-131.
46. Ledoux K (2015). Understanding compassion fatigue. *Understanding Compassion. Journal of Advanced Nursing* 71(9): 2041-2050.
47. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 22(12): 599-606.
48. Greiner BS, Poskey GA (2017). Fatigue: has it affected your compassion?. *Neonatal Network* 36(5): 289-293.
49. Cocker F, Joss N (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13(6): 618.
50. Figley CR (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* 58(11): 1433-1441.
51. 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): 456-465.
52. Coetzee SK, Klopper HC (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences* 12(2): 235-243.
53. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebling C (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology* 14(2): 267-277.
54. Şirin M, Yurttaş A (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(2): 123-130.
55. Özgen F, Aydın H (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 1: 34-41.
56. Bolu A, Erdem M, Öznur T (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 8(2): 98-104.

57. Pehlivan T, Güner P (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 9(2): 129-134.
58. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 14(6): 523-530.
59. Yılmaz G, Üstün B (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 9(3): 205-211.
60. Kelly L, Runge J, Spencer C (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 47(6): 522-528.
61. Zhang YY, Zhang, C, Han XR, Li W, Wang YL (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. A Correlative Meta-Analysis. *Medicine* 97(26): 11086.
62. Smith P, Publicity DR (2012). Alleviating compassion fatigue before it drags down productivity [online]. Available from: <http://www.ltlmagazine.com/article/alleviating-compassion-fatigue-it-drags-downproductivity> [Accessed 17.04. 2021].
63. Harris C, Griffin MTQ (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal of Christian Nursing* 32(2): 80-87.
64. Halfer D, Graf E (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics* 24(3): 150.
65. Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI (2015). Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing* 30(1): 174-183.
66. Nolte AG, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing* 26(23-24): 4364-4378.
67. Peters E (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. In *Nursing Forum* 53(4): 466-480.
68. Abendroth M, Flannery J (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 8(6): 346-356.
69. Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse* 35(4): 32-42.

70. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing* 36(5): 420-427.
71. Gök GA (2015). Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 20(2): 299-313.
72. Gentry JE, Baggerly J, Baranowsky A (2004). Training-as-treatment: Effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training. *International Journal of Emergency Mental Health* 6(3): 147-155.
73. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Shapiro S (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice* 18(6): 302-308.
74. 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.
75. Freudenberger HJ (1989). Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care* 3(1-2): 1-10.
76. Türk Dil Kurumu Sözlüğü (2021). Tükenmişlik [online]. Bu adresten ulaşılabilir: <http://www.tdk.gov.tr/> . [Erişim 01.05.2021].
77. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL (1986). Maslach burnout inventory Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (21): 3463-3464.
78. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR (2019). Burnout, drop out, suicide: physician loss in emergency medicine, part I. *Western Journal of Emergency Medicine* 20(3): 485.
79. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 14(3): 204-220.
80. Akten S (2007). Rehber öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Edirne.

81. Öztapak MÜ (2018). Rehber öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin bazı demografik değişkenlere ve faktörlere göre incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 12: 171-222.
82. Keser A (2012). Çalışma Psikolojisi. Umuttepe Yayınları, Bursa, Sayfa: 1-59.
83. Çam O (1993). Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenirliğinin araştırılması. R. Bayraktar ve İ. Dağ (Edt.) VII. Ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. Ankara.
84. Tümkeya S (1999). Öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma davranışları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2(11): 26-36.
85. Çağlıyan Y (2007). Tükenmişlik sendromu ve iş doyumuna etkisi (Devlet ve Vakıf üniversitelerindeki akademisyenlere yönelik alan araştırması). Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Anabilim Dalı, Kocaeli.
86. Özkan C (2012). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin.
87. Chambers CN, Frampton CM, Barclay M, McKee M (2016). Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. BMJ Open 6(11): e013947.
88. Czeglédi E, Tandari-Kovács M (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. Orvosi Hetilap 160(1): 12-19.
89. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. The Bulletin of The American Society of Hospital Pharmacists 75(3): 147-152.
90. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. Journal of Advanced Nursing 59(3): 233-239.
91. Edit C, Mariann TK (2019). Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. Orvosi Hetilap 160(1): 12-19.

92. Güveli H, Anuk D, Oflaz S, Güveli ME, Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S (2015). Oncology staff: burnout, job satisfaction and coping with stress. *Psycho-Oncology* 24(8): 926-931.
93. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJG, Simón Márquez MDM, Martos Martínez Á (2018). Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *International Journal of Environmental Research And Public Health* 15(6): 1116.
94. Cañadas-De La Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Ortega-Campos EM, Cañadas GR, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psycho-Oncology* 27(5): 1426-1433.
95. Slatten LA, Carson KD, Carson PP (2011). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager* 30(4): 325-333.
96. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran - Moisson R, Aoun S, Francis K, Drury V (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. *Journal of Nursing Management* 22(4): 506-518.
97. Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(4): 1253.
98. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 47(2): 186-194.
99. Kim S (2013). Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: A descriptive research study. *Progress in Transplantation* 23(4): 329-335.
100. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, Olsen S (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14(5): 56-62.
101. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM (2013). OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health, version [online]. Available from: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm. [Accessed 01.04.2021].

102. Şahin Ö (2020). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Hatay.
103. Poyraz, A (2021). Pandemi sürecinde hemşirelerin COVID-19 korkusu ve tükenmişliğinin bakım davranışlarına etkisi. Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa.
104. Pommier EA (2011). The compassion scale. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 72: 1174.
105. Akdeniz S, Deniz M (2016). Merhamet Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being 4(1): 50-61.
106. Maslach C, Jackson SE (1986). Maslach Burnout Inventory manual/ (2 nd Ed.) Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press.
107. Ergin C (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 22 Eylül 1992, 143-154.
108. Field A (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics.
109. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N (2010). Sosyal bilimler için istatistik. Altıncı baskı. Pegem Akademi. Ankara; Sayfa: 140-149.
110. Süzen H, ÇEVİK K (2020). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ile Merhamet ve Sabır Düzeyleri Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri 12(4): 528-535.
111. Tanrıkulu G (2019). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi. Doktora Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
112. Karaca A, Sayan İ, Emül E (2021). Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun işten ayrılma niyetine etkisi. Eğitim Yayınevi, İstanbul; Sayfa 1-136.
113. Sahin T, Aslaner H, Eker O, Gokcek MB, Dogan M (2020). Effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: A questionnaire study. Research Square: 1-22. doi: 10.21203/rs.3.rs-32073/v1.

114. Başar U (2020). Burnout syndrome in nurses: causes, consequences and preventive strategies. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 7(2): 1-15.
115. Bellanti F, Lo Buglio A, Capuano E, Dobrakowski M, Kasperczyk A, Kasperczyk S, Vendemiale G (2021). Factors Related to nurses' burnout during the first wave of coronavirus disease-19 in a university hospital in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10): 5051.
116. Harry S (2021). Predictors of burnout for frontline nurses in the COVID-19 pandemic: Well-being, satisfaction with life, social support, fear, work setting factors, psychological impacts, and self-efficacy for nursing tasks. Doctoral Dissertation, Teachers College, Columbia University, 70-75.
117. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, Zeinali K, Fotouhi A (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 94:1345-1352.
118. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, Zhu J (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* 24: 100424.
119. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, Qian Y (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): 60–65.
120. Roney LN, Acri MC (2018). The cost of caring: an exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction, and job satisfaction in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing* 40: 74-80.
121. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing| JTN* 24(3): 158-163.
122. Samson T, Iecovich E, Shvartzman P (2016). Psychometric characteristics of the Hebrew version of the Professional Quality-of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management* 52(4): 575-581.

123. Kılıç S (2018) Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik ve Eş Duyum Yorgunluğunun İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
124. Doğu K (2021). Hemşirelerde yaşam kalitesi-merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyetinin bir üniversite örneğinde değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Eskişehir.
125. Yu H, Jiang A, Shen J (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 57: 28-38.
126. Bellolio MF, Cabrera D, Sadosty AT, Hess EP, Campbell RL, Lohse CM, Sunga KL (2014). Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. *Western Journal of Emergency Medicine* 15(6): 629.
127. Çakmak MA (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları: Beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğunu yordayıcı gücü. Yüksek lisans tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Tokat.
128. Kışmır Ş, İrge NT (2020). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışanların motivasyonu ve iş doyumlarına etkisi: Sağlık çalışanları üzerinde bir uygulama. *Research Studies Anatolia Journal* 3(1): 1-18.
129. Koca F (2018). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
130. Yılmaz TF, Şen TH, Demirkaya F (2014). Hemşirelerin ve ebelerin mesleklerini algılama biçimleri ve gelecekte beklenenleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 1(3): 130-139.
131. Bozkurt Ö, Elmaoğlu İ (2021). Koronavirüs pandemisinde sağlık çalışanlarının iş yükü fazlalığı algısı ve mesleki haz düzeyinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (Gaziantep örneği). *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities* 6(16): 365-373.

132. Mete B, Değer MS, Pehlivan E (2020). Doktorlarda mesleki tükenmişlik sendromuna çalışma yaşam kalitesinin etkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 25(2): 94-101.
133. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, 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.
134. Masum AKM, Azad MAK, Hoque KE, Beh L, Wanke P, Arslan Ö (2016). Job satisfaction and intention to quit: An empirical analysis of nurses in Turkey. *PeerJ* 4: 1896.
135. ICN (2021). PolicyBrief. Available from: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-> [Accessed 31.05.2021).
136. Said RM, El-Shafei DA (2020). “Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: Nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City”, *Egypt. Environmental Science and Pollution Research* 28: 8791–8801.
137. Çınarlı T (2019). Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler. Doktora tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
138. Özalp ŞŞ (2021). COVID-19 Pandemisinde hemşirelerin ödediği bedel: Merhamet yorgunluğu. *Journal of Innovative Healthcare Practices* 2(2): 80-87.
139. Arı GS, Bal EÇ (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 15(1): 131-148.
140. Bareello 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.
141. Şenol V (2004). Tükenme sendromu ve hemşireler. 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu Bilimsel Çalışmaları, Gaziantep, 24-27 Kasım 2004.

142. Xu J, Xu QH, Wang CM, Wang J (2020). Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research* 288: 1-2.
143. 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.
144. Duman F (2021). Determining the burnout status and professional commitment of the nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in a training and research hospital. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
145. Nazik F, Yılmaz E, Tatlı H (2018). Burnout in health sector: Sample of public hospital. *Medicine, Science and Law* 7: 821-5.
146. Zhang X, Jiang X, Ni P, Li H, Li C, Zhou Q, Cao J (2021). Association between resilience and burnout of front-line nurses at the peak of the COVID-19 pandemic: Positive and negative affect as mediators in Wuhan. *International Journal of Mental Health Nursing* 30: 939-954.
147. Durmuş M, Gerçek A, Çiftçi N (2018). Hemşirelerin yaşam kaliteleri ile tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 6(2): 279-286.
148. Uzun LN (2015). Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Düzce.
149. Günüşen N, Üstün B (2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 40-51.
150. Tekin A (2009). Yönetici hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
151. Wan Z, Lian M, Ma H, Cai Z, Xianyu Y (2020). Factors associated with burnout among Chinese nurses during COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *Research Square*: 1-18. doi: 10.21203/rs.3.rs-31486/v1.

152. Oğuzberk M, Aydın A (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri* 11: 167–79.
153. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L (2012). Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Klinik Psikiyatri* 15: 103-110.
154. Metin Ö, Gök-Özer F (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(1): 58-66.
155. Aksoy G (2021). COVID-19 hastalarına bakım veren hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri ile işe bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Bilim Dalı, İstanbul*.
156. Çankaya M (2020). Hastane çalışanlarındaki iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. *BMIJ* 8(1): 121-143.
157. Barutçu E, Serinkan C (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma, *Ege Akademik Bakış* 8(2): 541-546.
158. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 123: 9-20.
159. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288: 1987–1993.
160. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, Huang H (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management* 28(5): 1002-1009.
161. 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*. doi: 10.1101/2020.03.03.20030874.
162. Gürer A, Gemlik HN (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. *Journal of Health Services and Education* 4(2): 45-52.

163. Leiter MP, Maslach C (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management* 17(3): 331-339.
164. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7(2): 100-108.
165. Özdelikara A, Yaman E (2021). Pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin sağlık kaygısı ve karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(2): 383-399.
166. Dinçer G (2021). COVID-19 pandemi sürecinde hemşirelerin tükenmişlik durumları ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Samsun.
167. 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.



EKLER

Ek 1. Hemşire Tanıtım Bilgi Formu

Pandemi Sürecinin Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğuna ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisi

Sayın katılımcı, elinizdeki çalışma anketi pandemi sürecinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve soruların tamamına cevap vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Teşekkür ederim.

YL öğrencisi Saliha Asra BAKİ....

HEMŞİRE TANITIM BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** 1. Kadın () 2. Erkek ()
2. **Yaşınız:**
3. **Eğitim durumunuz:** 1.Lise () 2.Ön lisans() 3. Lisans () 4.Lisansüstü ()
4. **Medeni durumunuz:** 1. Bekâr () 2. Evli ()
5. **Çocuğunuz var mı?** 1.Evet () 2.Hayır()
6. **Hemşirelik mesleğinde çalışma süreniz?**
7. **Mesleği seçme sebebiniz nedir?**
 1. Kendi isteği ()
 2. Aile/çevre baskısı ()
 3. Hemen iş bulma düşüncesi ()
8. **İnsanların mesleğinize saygı duyduğunuz düşünüyor musunuz?**
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
9. **Çalıştığınız kurumdaki görev tanımınız nedir?**
 1. Servis hemşiresi ()
 2. Servis sorumlu hemşiresi ()
 3. Özel branş hemşiresi ()
 4. İdareci/yönetici hemşire ()
10. **Meslek tanımınız dışında görev ve sorumluluklar sırtlamak zorunda kalıyor musunuz?**
 1. Evet ()
 2. Hayır()
11. **Çalışma Şekliniz:** 1. Sadece Gündüz () 2. Gece-Gündüz ()
12. **Çalışma saatlerinizden memnun musunuz?** 1. Evet () 2. Hayır ()
13. **Çalıştığınız kliniğin adı.....**
14. **Covid pozitif tanı aldınız mı?** 1. Evet () 2. Hayır ()
15. **Hiç izole oldunuz mu?**1. Evet () 2. Hayır ()
16. **Çalışma ortamından kaynaklanan covid tehditi nedeniyle aile üyeleriniz ya da siz evinizden uzaklaşmak durumunda kaldı mı?**1. Evet () 2.Hayır ()
17. **Çalıştığınız klinikte koruyucu ekipman yeterli miktarda mı?**
 1. Evet ()
 - 2.Hayır ()
18. **Çalıştığınız servisten başka bir servise geçmeyi düşünüyor musunuz?**
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
 3. Bazen ()
19. **Sosyal aktivitelere zaman ayırabiliyor musunuz?** 1. Evet () 2. Hayır ()
20. **Ailenize ve sevdiklerinize yeterli zaman ayırabiliyor musunuz?**
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
21. **Hastane yönetiminin sorunlarınıza çözüm bulabildiğini düşünüyor musunuz?**
 1. Evet ()
 2. Hayır ()
 3. Bazen ()
22. **Pandemi sürecinde işten ayrılmayı düşündünüz mü?** 1.Evet () 2.Hayır()

Ek 2. Merhamet Ölçeği

Merhamet Ölçeği	Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her Zaman
1.İnsanlar benim karşımda ağladıklarında genellikle hiçbir şey hissetmem.	1	2	3	4	5
2.Bazen insanlar kendi problemlerinden bahsettiklerinde, umurumda değilmiş gibi hissederim.	1	2	3	4	5
3.Kendimi acı çeken insanlara karşı duygusal olarak yakın hissetmem.	1	2	3	4	5
4.İnsanlar benimle konuşurken, onlara tüm dikkatimi veririm.	1	2	3	4	5
5.İnsanlar bana üzüntülerini anlattıkları zaman kendimi onlardan uzaklaşmış hissederim.	1	2	3	4	5
6.Birisi zor bir duruma düştüğünde ona yardım etmeye çalışırım	1	2	3	4	5
7.İnsanlar bana dertlerini anlattıklarında çoğunlukla duymazdan gelirim.	1	2	3	4	5
8.Zor zamanlarında insanların yanında bulunmayı severim.	1	2	3	4	5
9.Bana hiçbir şey söylemeseler bile insanların üzgün olduklarını fark ederim	1	2	3	4	5
10.İnsanlar üzgün olduklarında, onlarla yakınlık kuramam gibi gelir	1	2	3	4	5
11. Herkes bazen kendini kötü hisseder, bu insan olmanın bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
12.İnsanlar çökkün olduklarında bazen onlardan soğuduğumu hissederim	1	2	3	4	5
13.İnsanlar bana sorunlarını anlattıklarında, onları sabırla dinlerim.	1	2	3	4	5
14.Diğer insanların sorunlarının beni ilgilendirmediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
15.Tüm insanların zayıf yönleri olduğunu ve kimsenin mükemmel olmadığını kabullenmek önemlidir.	1	2	3	4	5
16.İnsanlar mutsuz olduğunda onların yardımına koşarım.	1	2	3	4	5
17.Başkalarıyla farklılıklarına rağmen herkesin acıyı tıpkı benim gibi hissettiğini bilirim.	1	2	3	4	5
18.İnsanlar sıkıntılı olduklarında, onlarla genellikle başkalarının ilgilenmesini isterim.	1	2	3	4	5
19.Başkalarının sorunlarıyla ilgili pek fazla düşünmem.	1	2	3	4	5
20.Acı çekmek tüm insanlar için ortak bir yaşantıdır.	1	2	3	4	5
21.İnsanlar bana sıkıntılarını anlattıklarında, objektif bir tutum takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22.İnsanlar ıstırap çekerken, onlarla iletişim kuramam.	1	2	3	4	5
23.Çok acı çeken insanlardan uzak durmaya çalışırım	1	2	3	4	5
24.İnsanlar üzgün olduklarında, onları rahatlatmaya çalışırım	1	2	3	4	5

Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

0: hiçbir zaman 1: çok nadir 2: bazen 3: çoğu zaman 4: her zaman						
Aşağıdaki ifadelere katılım düzeyinizi belirtiniz.		0	1	2	3	4
1.	İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2.	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3.	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4.	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım					
5.	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum					
6.	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı					
7.	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum					
8.	Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum					
9.	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10.	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim					
11.	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum					
12.	Çok şeyler yapabilecek güçteyim					
13.	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum					
14.	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum					
15.	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil					
16.	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor					
17.	İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım					
18.	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim					
19.	Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim					
20.	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21.	İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum					
22.	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum					