



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ACİL HEMŞİRELERİNDE MERHAMET YORGUNLUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**DOKTORA TEZİ**

**Tuğba ÇINARLI**

**Samsun  
Nisan 2019**





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ACİL HEMŞİRELERİNDE MERHAMET YORGUNLUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

DOKTORA TEZİ

Tuğba ÇINARLI

Danışman  
Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Samsun  
Nisan 2019

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Tuğba ÇINARLI tarafından Doç.Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Faktörler başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 17/04/2019 tarihinde yapılan sınav ile Acil Hemşireliği Anabilim Dalında DOKTORA tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç.Dr. Zeliha KOÇ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Doç.Dr. Nurşah BAŞOL, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Üye : Doç.Dr. Ali Kemal ERENLER, Hitit Üniversitesi

Üye : Dr.Öğr. Üyesi Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr.Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

30.04/2019



Prof.Dr. Ahmet UZUN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, engin akademik bilgisi ile yüksek lisans ve doktora eğitimime değerli katkılarda bulunan, akademisyenlik bakış açımı şekillendiren, profesyonel kimliğini örnek aldığım ve manevi desteğini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Bilimsel rehberliğinin yanısıra hoşgörü ve tebessümüyle akademisyenlik yoluna ışık tutan ve tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya önemli katkılarda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kemal BİLGİN'e, istatistiksel verileri titizlikle ve sabırla analiz etmeyi öğreterek çalışmaya değerli katkılarda bulunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT'a, akademik bilgi ve tecrübeleri ile Acil Hemşireliği'ne ışık tutan Sayın Doç. Dr. Latif DURAN, Sayın Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Sayın Prof. Dr. Türker YARDAN, Sayın Doç. Dr. Celal KATI, Sayın Doç. Dr. H.Ufuk AKDEMİR'e, doktora eğitimim süresince daima desteklerini hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Faruk TAN'a, çalışmanın tüm basamaklarında tüm enerjisi ile destek olan Öğr. Gör. Asuman ŞENER, Öğr. Gör. Selin KESKİN KIZILTEPE, Öğr. Gör. Esra DANACI, Uzman Hemşire Dilek KIYMAZ ve Uzman Hemşire Esma Ayşe ÖZTÜRK'e,

Lisansüstü eğitimim boyunca bana her konuda sonsuz sabırla destek olan, daima yanımda olduğunu hissettiğim eşime ve anneme

En derin duygularla teşekkür ederim.

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.16.003 proje numarası ile desteklenmiştir.

## ÖZET

### ACİL HEMŞİRELERİNDE MERHAMET YORGUNLUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

**Amaç:** Bu araştırma acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

**Materyal ve Metot:** Araştırmanın örneklemini 01.11.2016-01.08.2017 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğüne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 253 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yürütülmüştür. 21 madde ve üç faktör ile doğrulanan ölçeğin güvenilirlik seviyesi 0,728 olarak belirlenmiştir. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Merhamet Doyumu, Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres alt boyutlarının puan ortalamasının sırasıyla  $25,39 \pm 4,85$ ,  $14,45 \pm 3,80$ ,  $21,96 \pm 5,58$  olduğu saptanmıştır. Acil hemşireleri ile yapılan odak grup görüşmelerinde elde edilen veriler doğrultusunda merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliği, merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler, merhamet yorgunluğunun belirtileri ve merhamet yorgunluğunu önleme stratejileri olmak üzere 4 tema belirlenmiştir.

**Sonuç:** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı, mesleği bırakmayı isteme durumu, mesleğini ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu gibi özelliklerin merhamet yorgunluğunu etkilediği bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Merhamet doyumu; merhamet yorgunluğu; tükenmişlik

**Tuğba ÇINARLI, Doktora Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Nisan-2019**

## ABSTRACT

### FACTORS AFFECTING COMPASSION FATIGUE IN EMERGENCY NURSES

**Aim:** This study has been conducted as a descriptive, relational and methodological study to determine the factors affecting the compassion fatigue in emergency nurses.

**Material and Method:** The population of the study consists of a total of 253 nurses who were working in the emergency services of 17 hospitals affiliated to the General Directorate of Samsun Public Hospitals Union and the emergency service of Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center between the dates 01.11.2016 and 01.08.2017. Data were collected by using the introductory information form prepared by the researcher in accordance with the literature, Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Scale, Minnesota Job Satisfaction Scale and Maslach Burnout Scale. Semi-structured interview form was used to collect qualitative data.

**Findings:** In this study, the validity and reliability studies of the Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Scale (Version 5) were conducted. The reliability level of the scale confirmed by 21 items and three factors was determined as 0,728. It was determined that the mean score Compassion-Satisfaction, Burnout and Secondary Traumatic Stress sub-dimensions of the Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Scale were  $25.39 \pm 4.85$ ,  $14.45 \pm 3.80$ , and  $21.96 \pm 5.58$  respectively. In line with the data obtained from focus group interviews with emergency nurses 4 themes were determined including recognition of compassion fatigue, factors causing compassion fatigue, signs of compassion fatigue and strategies to prevent compassion fatigue.

**Result:** It was designated that the Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Scale was a valid and reliable tool that could be applied to nurses in our country. It was found that features such as working year, request to leave the profession, finding the occupation economically satisfactory affect the compassion fatigue.

**Keywords:** Burnout; compassion fatigue; compassion satisfaction

Tuğba ÇINARLI, PhD Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, April-2019

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AMOS</b>	: Analysis Of Moment Structures
<b>ANA</b>	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
<b>KGO</b>	: Kapsam Geçerlilik Oranı
<b>KMO</b>	: Kaiser-Meyer-Olkin
<b>Min-Maks</b>	: Minimum-Maksimum
<b>n</b>	: Örneklem Alınacak Birey Sayısı
<b>N</b>	: Evrendeki Birey Sayısı
<b>ProQOL</b>	: Professional Quality of Life/ Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği
<b>p</b>	: Anlamlılık Düzeyi
<b>q</b>	: İncelenen Olayın Görülmeyiş Sıklığı
<b>r</b>	: Korelasyon Katsayısı
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart Sapma



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>SİMGE VE KISALTMALAR</b> .....	VI
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	VII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Kavramsal Çerçeve .....	3
1.3. Araştırmanın Amacı .....	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Merhamet .....	6
2.1.1. Merhamet Kavramı.....	6
2.1.2. Merhamet ve Hemşirelik .....	9
2.2. Merhamet Yorgunluğu .....	10
2.2.1. Merhamet Yorgunluğu Kavramı .....	11
2.2.2. Merhamet Yorgunluğunun Nedenleri .....	13
2.2.3. Merhamet Yorgunluğunun Aşamaları.....	13
2.2.4. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri.....	18
2.2.5. Merhamet Yorgunluğunun Birey Üzerindeki Etkileri.....	19
2.2.6. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Risk Faktörleri .....	20
2.2.7. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar.....	21
2.2.8. Merhamet Yorgunluğunun Önlenmesi .....	31
2.2.9. Merhamet Yorgunluğu ile Başetme Stratejileri.....	31
2.2.10. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik.....	33
2.3. Ölçek Uyarlama Süreci .....	34
2.3.1. Geçerlik .....	36
2.3.2. Güvenirlilik.....	39
2.4. Nitel Araştırmalar.....	43
2.4.1. Odak Grup Görüşmesi.....	45
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	49
3.1. Materyal .....	49

3.1.1. Araştırmanın Şekli.....	49
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	49
3.2. Metot .....	50
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	50
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	51
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	52
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	60
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu .....	61
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	61
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>63</b>
4.1. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Gerçek Analizleri ....	63
4.1.1. Dil Geçerliği .....	63
4.1.2. Kapsam Geçerliği .....	63
4.1.3. Yapı Geçerliği .....	65
4.2. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri	71
4.2.1. Test Tekrar Test/Değişmezlik Güvenirliği.....	71
4.2.2. İç Tutarlılık.....	72
4.3. Nicel Bulgular .....	73
4.3.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	73
4.3.2. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'ne İlişkin Bulgular ..	76
4.3.3. Merhamet Yorgunluğuna İlişkin Bulgular .....	78
4.3.4. Merhamet Doyumuna İlişkin Bulgular.....	84
4.4. Nitel Bulgular .....	89
4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	89
4.4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular.....	90
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>106</b>
5.1. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması .....	106
5.2. Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması.....	110
5.3. Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması .....	113

<b>6. SONUÇ</b> .....	119
6.1. Sonuçlar.....	119
6.2. Öneriler.....	120
<b>KAYNAKLAR</b> .....	121
<b>EKLER</b> .....	134
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	152



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik alana özgü bilgi, beceri ve tutum gerektiren, bilim ve sanattan oluşan kompleks bir disiplindir (Jasmine, 2009). Hemşireler diğer sağlık bakım profesyonelleriyle karşılaştırıldığında, bakım sundukları bireylerin en savunmasız oldukları anlarda onların duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşmaları nedeniyle oldukça önemli bir role sahiptir. İngiltere Hemşirelik ve Ebelik Konseyinin (NMC) “Hemşireler ve Ebeler için Davranış Standartları, Performans ve Etik” kodunda da belirtildiği gibi bu rol mesleki bir takım sorumlulukları beraberinde getirmekte, bakım uygulamaları için gerekli olan bilgi ve becerinin yanı sıra bireylere karşı merhametli bir yaklaşım geliştirmeyi gerektirmektedir (Bloomfield ve Pegram, 2015).

“Merhamet”, Florence Nightingale’den günümüze kadar hemşirelerin sahip olması gereken vazgeçilmez bir nitelik olarak tanımlanmıştır. Nightingale bu konudaki düşüncelerini “İyi hemşireler karakterlerinde bazı erdem ve nitelikleri barındıran iyi insanlardır. Bu erdem ve niteliklerden biri de merhamettir” olarak açıklamıştır (Bradshaw, 2011). Merhamet birçok hastanenin misyon ve vizyonunda temel bir amaç olarak yer almaktadır (Burnell, 2013). Amerikan Hemşireler Birliği 2001 yılında bazı etik kodlarında revizyona gitmiş “Hemşire, tüm profesyonel ilişkilerinde, sosyal ya da ekonomik statü, bireysel nitelikler ya da sağlık sorunlarına göre ayırım gözetmeksizin, her bireyin haysiyet, değer ve eşsizliğine merhamet ve saygı gösterir.” tanımlamasıyla “merhamet” kavramına dikkati çekmiştir (Taylor, 2010). Bununla birlikte Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) Etik Kodları gibi birçok mesleki standartta, hemşirelere merhametli bakım uygulamalarının önemi konusunda çağrıda bulunulmuştur (Taylor, 2010).

Merhametin birçok tanımı yapılmış olmakla birlikte Schantz (2007), merhameti bakım ile eşdeğer kabul ederek bu iki kavramı hemşirenin en kıymetli varlığı olarak tanımlamıştır. Maytum (2004) ise “merhametin” hemşireden hastaya nihai bir armağan olduğunu ve bu armağanın sürdürülebilmesi için devamlı beslenmesi gerektiğini bildirmiştir. Merhamet yorgunluğu hasta ile hemşire arasındaki bakım ilişkisinin doğal bir sonucu olarak tanımlanmakla birlikte (Şirin ve Yurttaş, 2015) bu durum aynı zamanda hemşirelik bakımının bir bedeli olarak da kabul edilmektedir (Figley, 2002a; Figley, 2002b). Hastaların travma, acı ya da ağrı çekmesine merhamet

göstermek, empati kurmak ve hastaların yaşadığı travmaya uzun süre maruz kalmak sağlık bakım profesyonellerinin merhamet yorgunluğu yaşamalarına neden olabilmektedir (Figley, 2002b).

Hemşirelik, merhamet yorgunluğunun en yoğun yaşandığı meslek gruplarından biridir (Şirin ve Yurttaş, 2011). Hemşireler farklı kişilik özelliklerine sahip bireylerle etkileşimde bulunmakta, uzun süre vardiyalı olarak çalışmakta ve “daha azıyla daha fazlasını yap” felsefesinin benimsendiği çalışma ortamlarında mükemmel bir bakım sunmak için çabalamaktadır. Diğer yandan hemşireler iş yükü, çalışma arkadaşları, örgütsel stres ve acı çeken hastalara bakım sunma gibi birçok faktöre bağlı olarak merhamet yorgunluğu yaşayabilmektedir (Mc Holm, 2006).

Hastanelerin özellikle acil servisleri farklı hasta gruplarının başvurduğu (Flarity, 2013) ve sağlık bakım profesyonelleri üzerinde potansiyel olarak etkili birçok stresörü içinde barındıran ortamlardır (Hooper, 2010). Çalışma ortamının öngörülememesi, hasta sayısının fazlalığı, çalışan sayısının azlığı, aşırı kalabalık, hastaların ilk önce kendilerinin tedavi edilme isteği, şiddete maruz kalma (Flarity, 2013) ve hastaların yataklı servislere transfer edilmesindeki gecikmeler (Hooper, 2010) acil servislerde gözlemlenen stresörlere örnek olarak verilebilir (Flarity, 2013). Bununla birlikte ölüm ve travma olaylarıyla oldukça sık karşı karşıya kalma acil hemşirelerini en çok zorlayan, duygusal olarak yoran (Flarity, 2013) ve merhamet yorgunluğu gelişmesine zemin hazırlayan durumlardan biridir (Hooper, 2010).

Merhamet yorgunluğu gelişen bireylerde fiziksel, duygusal, sosyal, spiritüel ve zihinsel problemler gelişebilmektedir (Cooetze ve Kolpper, 2010). Bununla birlikte merhamet yorgunluğu sağlık bakım profesyonellerinde ilaç hataları, kayıt ya da belgeleri eksik tutma, hasta hakkında uygun olmayan kararlar alma gibi mesleki birtakım problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Aynı zamanda merhamet yorgunluğu gelişen sağlık bakım profesyonellerinde bakım verme isteği, becerisi ve enerjisi azalabilmektedir (McHolm, 2006). Bu doğrultuda acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde hemşirelerde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte (Gök, 2015; Polat ve Erdem, 2017; Denk, 2018; Hür, 2018; Koca, 2018; Kara, 2018; Özcan, 2019), acil

hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinin sunulan bakımın kalitesi ile birlikte hemşirelerin iş doyumunu ve hasta memnuniyetini arttırmada yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun strateji ve öneriler geliştirilecektir.

## **1.2. Kavramsal Çerçeve**

Bu çalışmanın kavramsal çerçevesi İnsan Bakım Kuramı'na dayanmaktadır. İnsan Bakım Kuramı, Watson tarafından 1975-1979 yılları arasında, Colorado Üniversitesi'nde öğretim yaptığı dönemde geliştirilmiştir (Sitzman ve Eichelberger, 2011). Watson'un çalışmaları Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Maslow, Whitehead, Heidegger, Erikson, Selye, Lazarus ve Hegel'in çalışmalarından etkilenmiştir. Watson'a göre insan akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alandan oluşmaktadır (Masters, 2015). İnsan Bakım Kuramı tıbbi odaklı değildir (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012; Sabuncu ve Erkal İlhan, 2014). İnsan Bakım Kuramı insan, iyileştirme ve sevgi odaklı olma özelliği nedeniyle hemşireye birey merkezli, saygılı, güvenli, duyarlı, dürüst ve ulaşılabilir bakım verme yönünden bir rehber niteliği taşımaktadır (Küçükgüçlü ve ark., 2017; Durgun Ozan ve Okumuş, 2013).

İnsan bakım kuramı; kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı ile iyileştirme süreçleri olmak üzere üç majör kavramdan oluşmaktadır. Kişilerarası bakım ilişkisi hemşirelik mesleğinin özüdür (Sitzman ve Eichelberger, 2011). Watson'a göre hemşirelik bakım anlarında, iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri ile yönlendirilen karşılıklı kişilerarası bir ilişkidir (Masters, 2015). Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı, hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma-verme davranışları ve tepkileridir (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012).

Hemşire, bakım ve iyileştirme sanatını İnsan Bakım Kuramı ile destekleyerek bütünlük, rahatlık, uyum ve içsel iyileşme kavramlarına ulaşabilir. Bakım durumu, hemşire ile bir diğerrinin eşsiz yaşam öyküleri ve olağanüstü alanları ile bir araya gelmeleri sonucunda oluşur (Watson, 2005). İnsandan insana aktarımda, hemşire ile bir

diğer bireyin bütünleşmesi birbirini anlamayı sağlayarak bireyin iyileşmesine yardımcı olur (Arslan Özkan ve Okumuş, 2012). Bakım anı ise; hemşire ve bir diğeri tarafından gerçekleştirilen eylem ve tercihleri kapsamaktadır (Watson, 2005).

Watson, İnsan Bakım Kuramı'nı oluşturan majör kavramlardan bir diğeri olan iyileştirme süreçlerini hemşireliğin özü olarak adlandırmaktadır. İyileştirme süreçleri hemşire-hasta etkileşimlerini yönlendirmede bir rehber niteliğindedir. Bununla birlikte hasta merkezli hemşirelik bakımının sunumu için kullanışlı bir sistem de sağlamaktadır (Masters, 2015). Watson'ın tanımladığı iyileştirme süreci, her bir sürece karşılık gelen on iyileştirici faktörün yer aldığı 10 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla;

- İnsancılık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma
- İnanç ve umudu aşılama ve karşısındakini onurlandırma
- Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma
- Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme
- İnsanların öykülerini gerçekten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi
- Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma
- Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama
- Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturma
- Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma
- Gizemleri ortaya çıkarmayı ve mucizelerin olmasına izin vermeyi içermektedir (Watson, 2005; Sitzman ve Eichelberger, 2011; Master, 2015).

İnsan Bakım Kuramı, hastasına bakım ilişkisi ile bağlı hemşirenin hem kendisini hem de hastasını önemsemesi ile ilgilidir. Günlük hemşirelik uygulamalarında İnsan Bakım Kuramı'nı temel almak, hemşirenin kendisi ve hastaları hakkında derin bir bilgiye sahip olması, anlayış ve merhamet göstermesi ile sonuçlanmaktadır (Sitzman ve Eichelberger, 2011). Literatürde Watson'un İnsan Bakım Kuramı ile merhamet yorgunluğu kavramı arasında kolaylıkla bir ilişki kurulabileceği bildirilmektedir. Çünkü İnsan Bakım Kuramı hemşire ile hasta arasındaki temel ilişkiye dayanmaktadır. Bu kuramda bakım, empati ve kişilerarası ilişkiler hemşireliğin özüdür. Aynı zamanda bu

kavramlar hasta ile hemşire arasındaki ilişkinin merkezinde yer almaktadır. Bakım ilişkisi sırasında, hem olumlu hem de olumsuz ilişkiler ortaya çıkabilir. Çünkü hemşire, hastanın hissettiği ya da deneyimlediği olumlu ya da olumsuz tüm düşünce ve duyguları bir sorumluluk olarak algılar ve özümser (Pittman, 2016). Hemşirelerin olumsuz duyguları uzun süre deneyimlemesi fiziksel ve duygusal yönden tükenmelerine neden olarak (Pittman, 2016) merhamet yorgunluğu gelişmesine zemin hazırlayabilir.

### **1.3. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, nicel ve nitel araştırma deseninin kullanıldığı tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

### **1.4. Araştırmanın Hipotezleri**

- “Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (Versiyon 5)” Türkiye’de hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
- Acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemektedir.
- Acil servis hemşirelerinin mesleki özellikleri merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemektedir.
- Acil servis hemşirelerinin iş doyum düzeyi merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemektedir.
- Acil servis hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Merhamet

Merhamet dinlerin, öğretilerin ve insana değer veren yaklaşımların önem verdiği evrensel bir değerdir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Merhamet bireyin iç dünyasıyla ilgili bir içeriğe sahiptir. Merhamet aynı zamanda duygu yönüyle sosyal bir özellik taşımaktadır (Hacıkeleşoğlu ve Kartopu, 2017). Merhamet çok yönlü bir kavram olmakla birlikte bu kavramın dini, felsefi ve psikolojik pek çok tanımı yapılmıştır (Dalgacı ve Gürses, 2018).

#### 2.1.1. Merhamet Kavramı

Tarih boyunca ortak insani bir değer olarak kabul edilen “Merhamet” (Derin, 2011) “r-h-m” kökünden türemiş bir kelimedir (Karagöz, 2014). İbn Faris (ö. 395/1004) “Mu’cemü Mekayisi’l Lüga” adlı eserinde “r-h-m” kökünün anlamını “rikkat”, “atf” ve “re’fet” kelimeleri ile açıklamıştır. Bu açıklamaya göre “rikkat” yumuşak kalpli ve şefkatli olmak, kaba, kırıcı ve sert olmamak, “atf” ve “re’fet” ise şefkatli, iyiliksever ve yumuşak davranışlı olmak anlamına gelmektedir (Karagöz, 2014).

Merhamet sözcüğü Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde ise “bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak tanımlanmaktadır. Seyyar (2004) İngilizce - Almanca karşılaştırmalı Türkçe açıklamalı Davranış Bilimleri Terimleri Sözlüğü’nde “Merhamet” kelimesini kalben acıma, esirgeme, koruma, sevgi gösterme, yardım etme, başışta bulunma, affetme, koruma ve kurtarma gibi iyi huy ve güzel ahlak esaslarına uygun tutum ve davranışların bir bütünü olarak açıklamıştır. Bununla birlikte Karagöz (2014) “Merhamet” kelimesinin anlamını tam ifade eden Türkçe bir kelimenin olmadığını, Türkçe sözlüklerde kullanılan “acımak”, “esirgemek” ve “başılamak” kelimelerinin merhamet kelimesinin tam karşılığı olmadığını bildirmektedir. Karagöz (2014)’e göre merhamet olabilmesi için acımanın duygu ve düşüncede kalmaması, acınan kişiye ikram ve ihsanda bulunulması, hata ve kusurunun affedilip cezalandırma yoluna gidilmemesi gerekmektedir.

Bir İngilizce sözlükte ise “merhamet” sözcüğünün Latince “com” (İng. to gather) ve “pati” (İng. to suffer) köklerinden türediği bildirilmektedir. Aynı sözlükte merhamet; bir başkası ile birlikte acı çekme, acıya ortak olma; halden anlama, empati; bir bireyin acı çeken ya da üzülen bir başkasını rahatlatma isteği nedeniyle harekete

geçtiğinde oluşan duygu hissi, hüznü duygu, üzüntü ve keder olarak tanımlanmaktadır (Schantz, 2007).

Merhamet konusunda bilimsel çalışmalar yapan ve klinik psikolog olan Gilbert (2005)' e göre merhamet, yalnızca diğer bireyler ile olumlu kişiler arası ilişkilerin geliştirildiği bir süreç olmayıp aynı zamanda insanın zihin ve bedenini iyileştiren bir potansiyeldir. Merhamet; acıyı giderme isteğini, acının nedenini anlamaya ilişkin bilme yetisini ve merhametli eylemlerde bulunma ile ilgili davranışları kapsamaktadır. Bu doğrultuda merhamet güdüler, duygular, düşünceler ve davranışların bir bileşenidir (Gilbert, 2005).

Shiota ve arkadaşları (2006) merhameti “Başkaları ile samimi bağların kurulmasını kolaylaştıran bir duygu” olarak açıklarken, Neff (2003) ise merhametin sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık olmak üzere üç temel bileşenden oluştuğunu bildirmektedir. Bu bileşenlerden sevecenlik, sert yargılar ve özeleştirme yerine anlayışlı ve kibar davranmayı ifade etmektedir. Bir diğer bileşen olan paylaşımların bilincinde olma bireyin yaşadığı olumsuz deneyimlerin sonucunda kendini yaşamdan izole etmek yerine, bu durumu insanoğlunun birçoğunun yaşadığı deneyimin bir parçası olarak görmeyi tanımlamaktadır. Son bileşen olan bilinçli farkındalık ise acı veren duygu ve düşünceleri fazlasıyla önemsemek yerine bunlarla dengeli bir farkındalık içerisinde olmaya vurgu yapmaktadır (Neff, 2003).

Sprecher ve Fehr (2005) merhamet kelimesini “merhametli sevgi” olarak kavramsallaştırmıştır. Aynı zamanda bu terimi “Acı içinde ya da ihtiyaç halinde olan yabancıları ya da tüm insanları anlamaya, onlara yardım etmeye ve desteklemeye yönelik davranışsal, bilişsel ve duygusal bir tutum” olarak açıklamışlardır. Van Der Cingel (2009) ise merhameti “Acı ve sıkıntı anlarında insanları birleştiren değerli bir olgu” olarak tanımlamıştır.

Gafarov (2016) felsefi ve dini açıdan birlikte yaşamın temel değerlerini analiz ettiği bir çalışmada merhamet kavramını “Bazen nezaket ve şefkat dolu bir söz, bazen sabırlı bir duruş sergileme, bazen başkasının ağrı ve acılarını kendi ruhunda hissedip acıyla birlikte kalma iradesi gösterme, bencillik duygularından sıyrılmış fedakarlık ve diğergamlık (özveri/başkasını kendisine tercih etme)” olarak tanımlamıştır (Gafarov, 2016).

Diğer bilim alanlarında olduğu gibi hemşirelik bilim alanında da merhamet kavramına olan ilgi her geçen gün artmaktadır. Hemşirelik literatüründe “Merhamet” in tanımı konusunda tam bir fikir birliği olmamasına karşın bu terim açıklanırken, “bir başkasının yaşadığı stresin farkında olma” ve “bunu rahatlatmak için harekete geçme” olmak üzere iki kavramdan söz edilmektedir (Mc Caffrey ve Mc Connel, 2015).

“Merhamet” kelimesinin kökeni dini ideolojilerden kaynaklanmaktadır (Straughair, 2012). İslam dininin farklı kültürleri ve medeniyetleri kucaklayan bir dinamizme sahip olduğu belirtilmiş olmakla birlikte bu dinamizmin unsurlarını oluşturan temel değerlerden birinin de merhamet olduğu belirtilmektedir. İslam dinine ve bu ekseninde yazılan felsefi ahlak türüne göre Allah-insan, insan-insan ve insan-alem ilişkilerinin temel dinamiğini merhamet oluşturmaktadır. Ayetlerde alemlere rahmet olarak gönderildiği belirtilen Peygamberin “bize merhamet etmeyi başımıza musallat etme” duası merhametin İslam dini için ne kadar önemli bir değer olduğunu vurgulamaktadır (Gafarov, 2016).

Mevlana'nın insanlara tavsiye ettiği yedi öğütünden biri de merhamettir. Mevlana “Şefkat ve merhamette güneş gibi ol!” öğütünde, her varlığa güneş gibi sıcacık bir gönülle yaklaşmamızı, aç ve açıkta kalmışları bulup ısıtmamızı, onlara hayat ve enerji vermemizi tavsiye etmektedir. Bu nedenle Mevlana'ya göre “sevgi, acımak insanlık huyudur” (Yaran, 2007). Türk kültüründe de merhamet temel değerlerimizden biri olarak kabul edilmektedir. Selçuklu devletinin simgesi olan “Sekiz Köşeli Yıldız” cenneti temsil eden sekiz ilke ile açıklanmakta; merhamet ve şefkat de bu sekiz ilke içerisinde yer almaktadır (Dalgacı ve Gürses, 2018).

Literatürde 19. yy'da Büyük Britanya'da Hristiyanlık ile ilgili dini yazıtlarda insanların eylem ve hareketlerinde daima merhametli olmalarının vurgulandığı belirtilmektedir (Straughair, 2012).

Merhamet kavramının ilk felsefi ele alınışının Antik Yunan dönemine kadar uzandığı bildirilmektedir (Hacıkeleşoğlu ve Kartopu, 2017). Merhamet kavramına ilişkin tanımların birçoğunun Aristoteles'in erdem ve adalet teorilerinden, Hristiyanlık ve Budist geleneklerinden ve ahlaki bakım kuramlarından kaynaklandığı belirtilmektedir. Bu geleneklerde ıstırapın merhametin tetikleyicisi olduğu kabul edilmektedir (Van Der Cingel, 2009). Aristoteles duygulara ilişkin düşüncelerine yer verdiği “Retorik” adlı eserinde merhamet kavramını “yıkıcı veya acı verici bir

kötülüğün, bunu hak etmemiş bir kişinin başına geldiğini gördüğümüzde, bizim ya da arkadaşımızın da başına gelebileceğini, dahası bunun çok yakında olabileceğini beklediğimizde duyduğumuz acı hissi” olarak tanımlamaktadır (Doğan, 1995).

### **2.1.2. Merhamet ve Hemşirelik**

Hastaların sağlık profesyonellerinin bakım ve desteğine ihtiyaç duymaları hemşirelere bu konuda birtakım ahlaki sorumluluklar yüklemektedir. Hem ve Hegen (2004)’e göre bu yükümlülük “merhamet” kelimesi ile net bir şekilde açıklanabilmektedir. Klinisyen ve araştırmacı hemşirelerin büyük çoğunluğu hemşire-hasta ilişkisinin kurulmasında hemşirelerin terapötik bir araç olmaları gerektiği konusunda hem fikirdir (Hem ve Hegen, 2004). Hem ve Hegen (2004) hemşireliği; hasta olan ve bakım arayan bireyi anlama amacına yönelik olarak hemşire ile hasta arasında geçen yorumlamalı bir karşılaşma olarak tanımlamaktadır. Bu görüşü destekler yönde Van Der Cingel (2009), sağlık bakım profesyoneli olarak hemşirelerin acı çeken insanlar karşısında önemli bir pozisyona sahip olduklarını belirtmektedir. Hemşirelerin başkalarının sağlığını ve esenliğini yükseltmeyi amaçlayan bu rolü aynı zamanda toplumsal olarak da onaylanmış bir roldür. Hemşireler bu rolleri doğrultusunda acıya ve ıstıraba ses verebilme şansına sahiptir. Bu nedenle merhamet bir çok sağlık profesyoneli için önemli bir motivasyon kaynağıdır (Van Der Cingel, 2009).

Merhamet, genellikle hemşireliğin evrensel dili olarak tanımlanmaktadır. Tarih boyunca hemşireliğin bakım ve merhamet temelleri üzerine inşaa edildiği kabul edilmektedir. Hemşirelik acıyı ortadan kaldırma ve iyileştirme amacına hizmet ettiği için merhamet her zaman hemşireliğin ayrılmaz bir parçası olmuştur (Booth, 2016). Bununla birlikte literatürde “merhamet” kavramının hemşirelik biliminde açıkça tanımlanmadığı ve çağdaş günlük hemşirelik uygulamaları bağlamında yeterince desteklenmediği bildirilmiştir (Schantz, 2007). Diğer yandan günümüzde merhametli hemşirelik bakımının bazı ahlaki değerlerinin yok olduğu, hemşireliğin özellikle kanıta dayalı uygulamalar geliştirmeye yöneldiği belirtilmiştir. Bu doğrultuda merhamet kavramının temel bir hemşirelik değeri olarak kabul edilmesi önemlidir (Straughair, 2012). Nitekim Burnell (2009) merhametli bakımı hemşirenin, ağrıyı, acıyı ve hastaların deneyimlediği sayısız zorluğu tam olarak ele almasını kolaylaştıran bir erdem olarak açıklamıştır. Ledoux (2015)’e göre ise merhamet hemşireliğin başlangıç modelidir.

Cummings ve Bennett (2012)'in, merhametli bakım kültürünün geliştirilmesine ilişkin çalışmalarında, hemşirelik bakımının sırasıyla bakım, merhamet, yeterlik, iletişim, cesaret ve bağlılık anlamına gelen "C" harfi ile başlayan 6 bileşenden (6Cs: Care, Compassion, Competence, Communication, Courage, Commitment) oluştuğu bildirilmektedir. Cummings ve Bennett' e göre Merhametli bakım kültürünü oluşturan bu 6 bileşenden her biri ayrı ayrı öneme sahiptir (Cummings ve Bennett, 2012).

Chambers ve Ryder (2009)'a göre merhamet bakımın dolayısıyla hemşireliğin özü olmasına karşın günümüzde halen hemşirelik uygulamalarının merkezi odak noktası haline gelememiştir. Chambers ve Ryder (2009) merhametli bakımın altı temel bileşenden oluştuğunu belirtmektedir. Bu temel bileşenler empati ve duyarlılık, haysiyet ve saygı, dinleme ve yanıt, kültürel çeşitlilik ve yetkinlik, seçimler ve öncelikler, güçlendirme ve savunmayı içermektedir.

Curtis (2015), merhameti iyi hemşirelik bakımının vazgeçilmez bir bileşeni olarak kabul etmekte ve merhametin küçük eylemler yoluyla aktarılabilirliğini bildirmektedir. Christians ve arkadaşları (2015) da merhametli bakım kültürünün geliştirilebilmesi için; olumlu rol ve modellerin varlığına, ekip üyeleri arasında iyi ilişkilere ve çalışanların rahatı üzerine odaklanan liderlere ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte literatürde merhametli bakım uygulamalarının hastaların tedaviye uyum sağlamasına, yara iyileşmesinin hızlanmasına ve hasta memnuniyet düzeyinin artmasına olumlu etkisinin olduğu vurgulanmıştır (Post, 2011).

## **2.2. Merhamet Yorgunluğu**

Merhamet yorgunluğu duygusal ve fiziksel tükenmişliği ifade eden, profesyonelleri ve bakım verenleri etkileyen bir kavramdır (Mathieu, 2012). Merhamet yorgunluğu diğer yorgunluk türlerine benzer şekilde, acı çeken bireylerin başa çıkabilme kapasitesinin ve ilgisinin azalmasıdır (Figley, 2002). Bu durum zamanla sağlık bakım profesyonellerinde hastaların problemlerine karşı duyarsızlaşmaya, hastaların ve sağlık bakım alıcılarının bakım kalitesinde azalmaya, tıbbi hataların artmasına ve bakım sunan profesyonellerde depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir (Mathieu, 2012).

### 2.2.1. Merhamet Yorgunluğu Kavramı

Bir kavram olarak “compassion fatigue” ifadesi ilk kez 1992 yılında hemşire Carla Joinson tarafından acil serviste çalışan hemşirelerin bakım sırasında hissettikleri negatif duygulara ilişkin yazısında kullanılmıştır (Joinson, 1992; Gök, 2015; Pehlivan ve Güner, 2018). Ancak Joinson’un bu yazısında “Merhamet yorgunluğu” kavramını resmi bir şekilde tanımlamadığı görülmüştür. Literatürde bu kavramın sekonder travmatik stres bozukluğu kavramından daha kullanışlı bir terim olduğu için Figley (1995) tarafından adapte edilerek kullanıldığı bildirilmiştir (Coetze ve Klopper, 2010). Figley (1995) merhamet yorgunluğunun kapsamlı tanımını yaparak (Pehlivan ve Güner, 2018) bu kavramın daha da yaygınlaşmasını sağlamıştır (Hiçdurmaz ve Arı İnci, 2015). Figley (1995) merhamet yorgunluğu kavramını “travmatik olayları yeniden yaşama, travmatik olayların anımsatıcılarından kaçınma ya da sürekli uyarılma gibi bir ya da birden fazla yolla kendisini gösteren, stresin/ tükenmişliğin etkilerinin de eklendiği, bireysel yada kümülatif travma hikayeleri ile ilgili bir gerginlik ve endişe durumu” olarak tanımlanmaktadır.

Merhamet yorgunluğu kavramının literatürde oldukça yeni bir kavram olduğu, bu kavramın yalnızca yeni sözlüklerde yer aldığı, bu nedenle bu kavrama ilişkin yapılan tanımlamaların az ve tekrarlayıcı nitelikte olduğu belirtilmektedir. Merhamet yorgunluğu kavramı genel olarak “merhamet” ve “yorgunluk” şeklinde iki kök kelimeye ayrılarak ele alınmaktadır (Coetze ve Klopper, 2010).

Ülkemizde bu kavramla ilgili yayın ve çalışma sayısı oldukça az olmakla birlikte, ilgili literatürde bu kavram eşduyum yorgunluğu (Hiçdurmaz ve Figen, 2015; Yeşil ve ark., 2010), şefkat yorgunluğu (Uslu ve Demir Korkmaz, 2017) ve merhamet yorgunluğu (Gök, 2015; Polat ve Erdem, 2017; Şirin ve Yurttaş, 2015) olarak ele alınmaktadır. Merhametin, empatinin ötesinde bireyi tek ve özel olarak kabul ettiği, insanları acı duyma ve benzeri durumlarda bir arada tutan değerli ve önemli bir duygu olduğu bildirilmektedir (Uslu ve Demir Korkmaz, 2017). Diğer yandan merhamet bir başkasının acısına tanık olmaktan doğan ve bireye yardım etme isteği uyandıran bir duygu olarak da tanımlanmaktadır (Goetz ve ark., 2010).

Merhamet yorgunluğu “yardım sunan ve bakım veren sağlık profesyonellerinin yaşamlarındaki primer travmatik stresin yakınsaması ya da ikincil travmatik stres ve tükenmişlik olarak da tanımlanmaktadır (Figley, 1995; Alexander, 2006). Merhamet

Yorgunluğu aynı zamanda “merhamet stresine uzun süre maruz kalmanın bir sonucu olarak, biyolojik, fizyolojik ve duygusal olarak tükenmişlik ve işlev bozukluğu durumu” olarak da açıklanabilmektedir (Figley, 1995).

Mc Holm (2006)’ a göre merhamet yorgunluğu bireyi ele geçiren duygusal, fiziksel, sosyal ve ruhsal bir tükenmişliktir. Genellikle merhamet yorgunluğu durumu, bireyin başkalarına bakım verme ve onları anlama arzusu, yeteneği ve enerjisinde belirgin bir azalma ile sonuçlanır. Yorgunluğun bu türü, bireyin profesyonel veya kişisel memnuniyet yeteneğini kaybetmesine yol açabilir. Merhamet yorgunluğu ruhsal hastalık ya da patolojik bir durum değildir. Merhamet yorgunluğunun travma veya acı çeken başka bir bireye yardım etmekten kaynaklanan doğal davranışsal ve duygusal bir cevap olduğu kabul edilmektedir (Mc Holm, 2006).

Cootze ve Kloper (2010) merhamet yorgunluğunun, uzun süre hasta ile temasta bulunma ve strese maruz kalmaya bağlı olarak gelişen bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Lama (2013) ise merhamet yorgunluğu kavramının doğada ilişkisel olarak yer aldığını, başkaları ile olan ilişkilerimizin bir sonucu olduğunu, herhangi bir fiziksel, zihinsel ıstırap veya travma yaşayan bir bireye bakım verirken aniden ortaya çıktığını bildirmiştir.

Mathieu (2007)’ ya göre merhamet yorgunluğu, derin fiziksel, duygusal tükenmişlik; profesyonellerin hastaları, sevdikleri ve iş arkadaşları ile olan empati becerilerinde belirgin bir değişiklik ile karakterize bir durumdur. Bu nedenle Figley (2002b) merhamet yorgunluğunu “bakımın bedeli” olarak yorumlamaktadır.

Figley (1995) ise ikincil travmatik stres bozukluğu olarak kullanılan kavrama alternatif olarak “compassion fatigue” kavramını kullanmıştır. Merhamet yorgunluğu, travma ya da ağır stres deneyimlemiş bireylere bakım sunma ile ilişkili, depresif ruh hali, yorgunluk, hayal kırıklığı ve değersizlik duygularıyla tanımlanmış bir olgudur (Figley, 1995).

Merhamet yorgunluğunun en çok travma yaşamış kişilerle çalışan hekimlerde, acil servis hemşirelerinde, psikologlar ve psikiyatristlerde, klinik sosyal hizmet uzmanlarında, ambulans ekibi ve acil kurtarma ekiplerinde, itfaiyecilerde, genetik danışmanlarda, dini danışma görevlilerinde ve yardım hattı çalışanlarında görüldüğü bildirilmektedir. Merhamet yorgunluğunun yaygınlığına ilişkin güvenilir veriler olmamasına karşın, travma yaşamış kişilerle çalışan profesyonellerin yaklaşık olarak

%50'sinin merhamet yorgunluğu yönünden yüksek risk altında olduğu vurgulanmıştır (Figley, 2002a; Adams ve ark., 2006; Stamm, 2010; Injeyan, 2011; Zeidner, 2013). Bununla birlikte Joinson (1992)'a göre merhamet yorgunluğunun farkında olunmasının ve bu duruma uygun bir şekilde cevap verilmesinin dört önemli nedeni vardır. Bunlar merhamet yorgunluğu yıkıcıdır. Bakım verenlerin kişilik özellikleri merhamet yorgunluğunun oluşumunda etkilidir. Merhamet yorgunluğuna sebep olan dış kaynaklar kaçınılmazdır. Merhamet yorgunluğu'na karşı yüksek bir farkındalık olmadıkça bu durumun fark edilebilmesi imkansızdır (Joinson, 1992).

### **2.2.2. Merhamet Yorgunluğunun Nedenleri**

Figley (1995), bakıma muhtaç birey ile bakım veren birey arasındaki ilişkinin doğal bir sonucu olan “merhamet yorgunluğunun” empati ve maruz kalma olmak üzere iki faktörden kaynaklandığını, bu iki faktör olmadan merhamet yorgunluğu gelişme olasılığının oldukça düşük olduğunu belirtmiştir. Empati, travma hastalarına yardım eden bakım vericilerin majör kaynağıdır (Figley, 1995). Bu nedenle empati kurabilme yeteneği başkalarına yardım etmede kilit rol oynar (Figley, 2002a). Figley'in bu konudaki düşüncelerine karşın; Coetze ve Laschinger (2017), empatinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna yol açan bir risk faktörü olmadığını; kaynak eksikliği, yetersiz olumlu geri bildirim ve bireysel sıkıntılara karşı gösterilen tepkilerin merhamet yorgunluğu gelişiminde önemli rol oynadığını bildirmişlerdir.

Hemşirelerde merhamet yorgunluğu prevelansı, merhamet yorgunluğuna neden olan durumlar ve baş etme stratejilerini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler bakım verilen hasta ile ilgili sorunlar, sistemsel sorunlar ve bireysel sorunlar olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Bakım verilen hasta ile ilgili sorunlar; hastanın durumu, değişen bakım davranışları; sistemsel sorunlar iş yükü, fazla mesai, ağır hastalara bakım sunma, aynı anda çok sayıda iş yapmak zorunda kalma ve yönetimin kararları; bireysel sorunlar ise deneyimsizlik, enerji yetersizliği ve ciddi hasta problemlerinin önemsenmemesi olarak sıralanmıştır (Yoder, 2010).

### **2.2.3. Merhamet Yorgunluğunun Aşamaları**

Figley (2002a) “Merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu” adıyla nedensel bir model ileri sürmüştür. Figley (2002a) bu modelini birbiri ile etkileşen on değişken ile



açıklamıştır. Bu değişkenler empati yeteneği, empatik ilgi, hastaya maruz kalma, empatik tepki, merhamet stresi, başarı duygusu, geri çekilme, uzamış maruziyet, travmatik birikimler ve yaşamdaki aksaklıkların derecesini içermektedir (Şekil 1).

### **Empati yeteneği**

Bu modele göre eğer empati yoksa merhamet stresi yok denecek kadar azdır. Ya da merhamet yorgunluğu hiç yoktur. Bununla birlikte empati olmadığında acı çeken hastalara gösterilen empatik tepkinin de az olacağı vurgulanmıştır (Figley, 2002a).

### **Empatik ilgi**

Yardıma gereksinim duyan insanlara yardım etme motivasyonudur (Figley, 2002a). Figley (2002a) yardım etme motivasyonu olmadığında empati kurma becerisinin de yetersiz olacağını belirtmektedir.

### **Hastaya maruz kalma**

Hastanın çektiği acıya doğrudan maruz kalmaktan kaynaklanan duygusal enerjiyi deneyimlemek olarak açıklanmaktadır (Figley, 2002a).

### **Empatik tepki**

Empatik anlayış nedeniyle acı çeken bireyin acısını azaltmak amacıyla gerçekleştirilen çabanın düzeyidir. Bu tür terapötik cevabın faydaları olabildiği gibi bedelleri de olabilmektedir. Özellikle becerilerini uygulamaya yeni yansıtan öğrenciler için oldukça yararlı olduğu söylenebilir. Diğer yandan empatik tepkinin bedeli ise sık tartışılmamaktadır. Empatik tepkinin olumsuz etkilerini azaltmak ya da bu etkilere karşı koruyucu önlemler almak çoğu kez göz ardı edilebilmektedir (Figley, 2002a).

### **Merhamet stresi**

Merhamet stresi, hastaya gösterilen empatik tepkiden geriye kalan duygusal bir enerjidir. Merhamet stresi hastanın acısını azaltmak amacıyla devam eden bir eylem isteğidir. Merhamet stresi belirli bir yoğunlukta olunca bağışıklık sistemi ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir (Figley, 2002a).

### **Başarı Duygusu**

Merhamet stresini azaltan ya da önleyen bir faktördür. Yardım edenin hastaya yardım etme çabalarından memnun olma düzeyi ile ilgilidir (Figley, 2002a).

### Geri çekilme

Merhamet stresini azaltan ya da önleyen bir diğer faktör ise geri çekilmedir. Geri çekilme yardım edenin hizmet sunduğu ortamlarda, hastanın süregelen acısından kendini ne derece uzaklaştırabildiğinin ölçüsüdür ( Figley, 2002a).

### Uzamış maruziyet

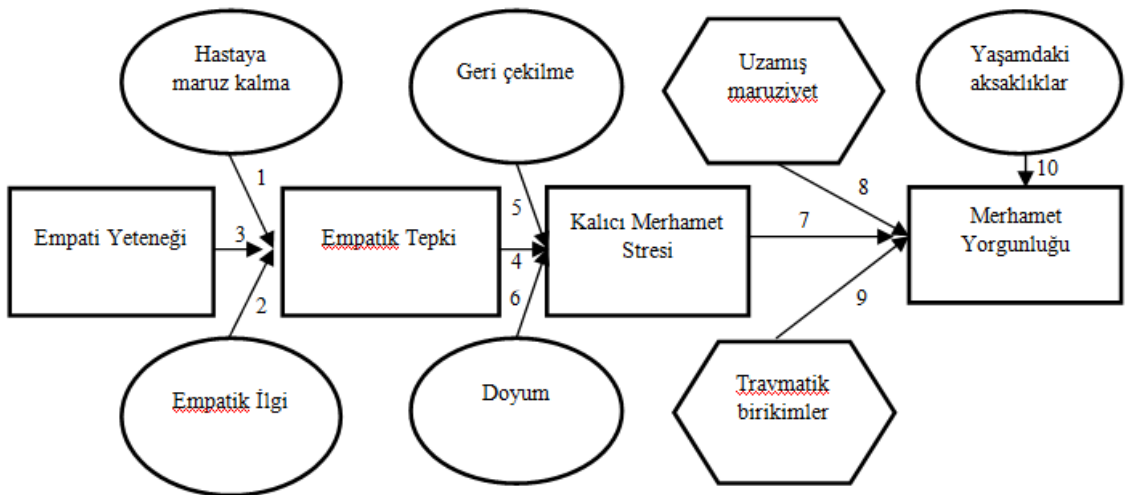
Uzun zaman diliminde gelişen, acı çekenin bakımı için devam eden bir sorumluluk alma duygusudur ( Figley, 2002a).

### Travmatik birikimler

Travmatik birikimler, posttravmatik stres semptomları ile depresyon ve anksiyete ile ilişkili reaksiyonları tetikleyen anılardır (Figley, 2002a). Bu anılar profesyonellerin talepkar/tehditkar veya acılı/ıstırap çeken hastalarla olan deneyimlerden kaynaklanmaktadır (Figley, 2002a).

### Yaşamdaki aksaklıklar

Zaman çizelgesi, rutinler ve dikkat gerektiren yaşam sorumluluklarının yerine getirilmesindeki beklenmedik değişiklikler yaşamdaki aksaklıklar olarak açıklanmaktadır (Figley, 2002a).

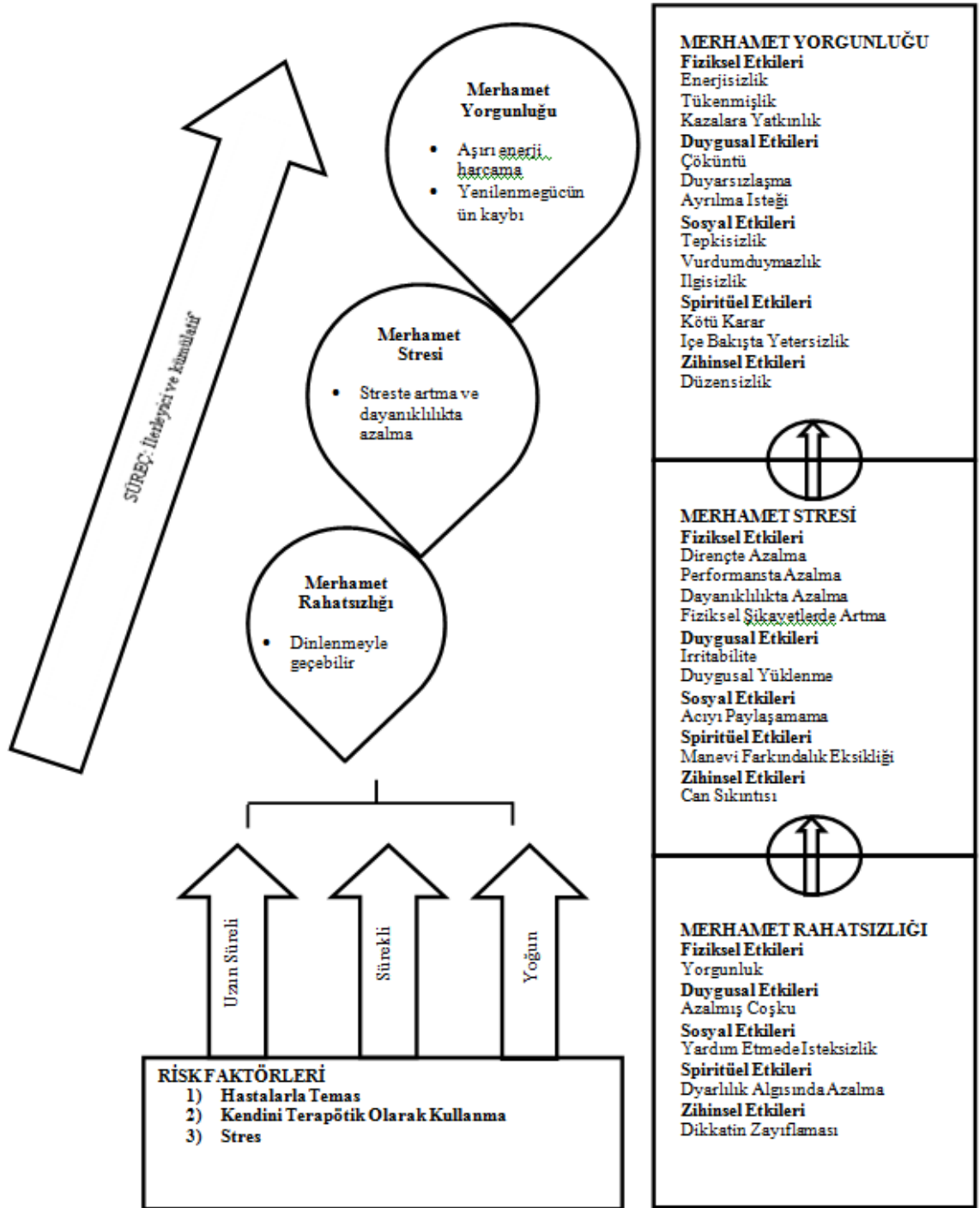


Şekil 1. Merhamet Stresi ve Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 2002a)

Coetzee ve Klopper (2010)'in merhamet yorgunluğunun oluşma sürecini açıklamak amacıyla geliştirmiş oldukları modelinde, hastalarla temas, kendini kullanma

ve stres olmak üzere üç risk faktörden söz edilmektedir (Şekil, 2). Coetzee ve Klopper (2010)'e göre bu risk faktörlerine uzun süre, sürekli ve yoğun bir şekilde maruz kalındığında merhamet yorgunluğunun ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bununla birlikte bu modele göre merhamet yorgunluğu üç aşamada gerçekleşen ilerleyici bir süreçtir. Merhamet rahatsızlığı hafifletilmediğinde diğer ilerleyici bir aşama olan merhamet stresi aşamasına geçilmektedir. Son aşama olan merhamet yorgunluğu aşaması merhamet stresine bağlı olarak gelişen, ilerleyici sürecin nihai bir sonucudur (Coetzee ve Klopper 2010).

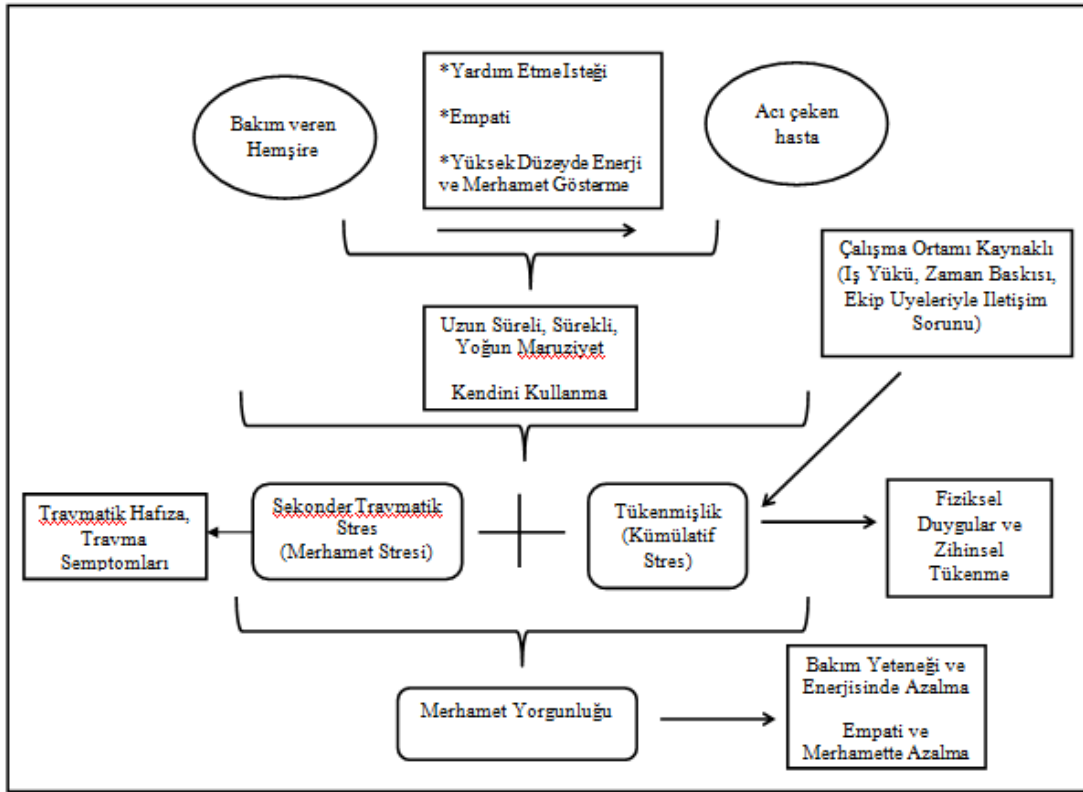
Stamm (2005), merhamet yorgunluğunun aynı zamanda sekonder travmatik stres olarak adlandırıldığını ve dolaylı travma ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Stamm 2010 yılında yaptığı yeni kavramsallaştırmada merhamet yorgunluğunu tükenmişlik ve sekonder travmatik stres olmak üzere iki başlıkta incelemiştir (Stamm, 2010).



Şekil 2. Merhamet Yorgunluğu'nun aşamaları, özellikleri ve ampirik göstergeleri (Coetze ve Klopper, 2010)

Pehlivan ve Güner (2018) merhamet yorgunluğuna ilişkin literatürde yer alan modellerden yararlanarak merhamet yorgunluğunun oluşum sürecini açıklayan yeni bir model ileri sürmüşlerdir (Şekil 3). Bu modelde merhamet yorgunluğunun oluşum süreci

hemşirelerin acı çeken hastaya yardım etme istekleri, empati kurma becerileri ve merhamet göstermeleri ile başlamaktadır. Bununla birlikte uzun süreli, sürekli, yoğun bir şekilde bu duruma maruz kalma ve kendini terapötik olarak kullanma, sekonder travmatik stres ve tükenmişliğe neden olacak; hemşirelerin bakım yeteneğinde, enerjisinde, empati becerilerinde ve merhamet duygusunda azalmaya yol açacaktır (Pehlivan ve Güner, 2018).



Şekil 3. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci (Pehlivan ve Güner, 2018)

#### 2.2.4. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Bu konudaki literatür incelendiğinde bireylerde merhamet yorgunluğu belirtilerini belirlemeye yönelik birçok araştırma yapıldığı görülmektedir (Dikmen ve Aydın, 2016; Lombardo ve Eyre, 2011; Coetzee ve Klopper, 2010). Lombardo ve Eyre (2011) merhamet yorgunluğu belirtilerini iş ile ilgili belirtiler, fiziksel belirtiler ve duygusal belirtiler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırma doğrultusunda işle ilgili belirtilere bazı hastalar ile çalışmaktan kaçınma veya korku, hasta ya da ailesine karşı gösterilen empati yeteneğinde azalma, sık izin kullanma ve

neşe eksikliği; fiziksel belirtilere baş ağrıları, sindirim problemleri (ishal, kabızlık, mide rahatsızlıkları), kas gerginliği, uyku rahatsızlıkları, yorgunluk, kardiyak belirtiler (göğüs ağrısı/baskısı, çarpıntı, taşikardi) ve duygusal belirtilere ise ruh hali değişimleri, huzursuzluk, sinirlilik, aşırı hassasiyet, anksiyete, maddelerin aşırı kullanımı (nikotin, alkol, uyuşturucu madde) depresyon, öfke ve kırgınlık, objektivite kaybı, konsantrasyon, odaklanma ve muhakeme eksikliği örnek olarak verilebilir (Lombardo ve Eyre, 2011).

Dikmen ve Aydın (2016) ise “Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?” konulu çalışmalarında merhamet yorgunluğunun duygusal, fiziksel ve sosyal alana ilişkin belirtilerini tanımlamışlardır. Duygusal belirtileri; duygusal yorgunluk, ruhsal durum değişimleri, huzursuzluk, sinirlilik, öfke ve kırgınlık, tükenmişlik, enerji eksikliği, ilgisizlik, ayrılma isteği, duyarsızlaşma, yetenek kaybı ve konsantrasyon bozukluğu, azalmış coşku, irritabilite, muhakeme kaybı, anksiyete ve izolasyon olarak sıralamışlardır. Fiziksel belirtileri yorgunluk, kas gerginliği, enerji ve performans eksikliği, güç ve dayanıklılık kaybı ve kilo değişimleri, mide ağrısı ve baş ağrısı, taşikardi, göğüs ağrısı, hipertansiyon, hipotansiyon, uyku bozuklukları, gastrointestinal problemler ve immün sistemde zayıflama olarak belirtmişlerdir. Sosyal belirtileri ise tepkisizlik, hastalarla ilgilenmeme, yardım etme kapasitesinin azalması, hastalara daha az vakit ayırma, hastanın acısının paylaşılmaması ve dikkat eksikliği olarak bildirmişlerdir.

### **2.2.5. Merhamet Yorgunluğunun Birey Üzerindeki Etkileri**

Sağlık çalışanları ile birlikte sosyal hizmet uzmanı, avukat gibi meslek gruplarında da görülebilen merhamet yorgunluğu (Jenkis ve Warren, 2012), bakım hizmeti alan birey ve yakınlarının, hizmeti veren birey üzerinde duygusal bir travma oluşturması sonucunda ortaya çıkmaktadır (Polat ve Erdem, 2017). Literatürde merhamet yorgunluğu yaşayan profesyonellerin zamanla hastalarla bağlantı kurma yeteneklerini kaybettikleri bildirilmektedir (Mathieu, 2014).

Jenkis ve Warren (2012), merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin sinirli, duyarsız ve hasta bakımında isteksiz olabileceklerini bildirmektedir. Maiden ve arkadaşlarının (2011) hemşirelerin ahlaki sıkıntı, merhamet yorgunluğu ve ilaç hataları ile ilgili algılarını belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, merhamet yorgunluğunun tıbbi hatalarda artışa ve işten ayrılmalara neden olduğu saptanmıştır.

Ayrıca post travmatik strese maruz kalan bireylerde bilişsel bozukluk ve duygusal düzensizliklerin ortaya çıktığı belirlenmiştir (Godsil ve ark., 2013). Bununla birlikte merhamet yorgunluğu yaşayan bireylerde ruhsal farkındalık yoksunluğu ya da uyuşukluk gibi olumsuz etkiler de gözlemlenebilmektedir (Jenkins ve Warren, 2012).

Merhamet Yorgunluğu oluşumunu üç aşamada açıklayan Coetzee ve Klopper (2010), “merhamet rahatsızlığı” aşamasında bireylerde yorgunluk gibi fiziksel etkilerin; coşkunun, hassasiyetin ve yeteneğin azalması gibi duygusal etkilerin; yardım etmede isteksizlik gibi sosyal etkilerin; duyarlılık algısında azalma gibi spiritüel etkilerin ve dikkatin zayıflaması gibi zihinsel etkilerin geliştiğini bildirmişlerdir. Merhamet rahatsızlığı önlenmediğinde merhamet stresi gelişebilmektedir. Bireyde “merhamet stresi” aşamasında dirençte, performansta ve dayanıklılıkta azalma, fiziksel şikayetlerde artma gibi fiziksel etkiler; irritabilite ve duygusal yüklenme gibi duygusal etkiler; acıyı paylaşamama gibi sosyal etkiler; manevi farkındalık eksikliği gibi spiritüel etkiler ve can sıkıntısı gibi zihinsel etkiler ortaya çıkabilmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010). Coetzee ve Klopper (2010)’e göre, eğer merhamet stresi uzun süre devam ederse, birey “merhamet yorgunluğu” aşamasına geçer. Merhamet yorgunluğu aşamasında bireylerde enerji azlığı, tükenmişlik ve kazalara yatkınlık gibi fiziksel; çöküntü, duyarsızlaşma ve ayrılma isteği gibi duygusal; tepkisizlik, vurdumduymazlık ve ilgisizlik gibi sosyal; kötü karar verme ve içe bakışta yetersizlik gibi spiritüel; düzensizlik gibi zihinsel etkiler meydana gelebilmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010).

### **2.2.6. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Risk Faktörleri**

Cocker ve Joss (2016), sağlık bakımı ile acil ve toplum hizmetleri çalışanlarının merhamet yorgunluğu yönünden risk altında olduğunu bildirmişlerdir. Özellikle hemşirelik mesleği yardım etme ve merhamet kavramlarını içinde barındıran bir meslektir. Bu doğrultuda kişilerarası iletişim becerileri ve empatik yaklaşım hemşirelik rollerinin temel yapı taşıdır (Yılmaz ve Üstün, 2018). Sabo (2006)’ya göre travma, ağrı ve acı deneyimleyen hastalara bakım veren hemşirelerin sağlığını derinden etkileyebilmekte ve merhamet yorgunluğuna neden olabilmektedir. Bununla birlikte bakım sunan profesyonellerin kişisel travma öyküleri de merhamet yorgunluğuna katkıda bulunabilmektedir (Figley, 2002a).

Diğer yandan literatürde hemşirelik bakımına ilişkin bilgi ve beceri yetersizliğinin merhamet yorgunluğu açısından önemli bir risk faktörü olduğu

bildirilmiştir (Burtson ve Stichler, 2010). Burtson ve Sticler'in (2010) bu konuda yapmış oldukları bir çalışmada, hemşirelik bakımına ilişkin bilgi ve beceri düzeyi ile merhamet yorgunluğu arasında negatif bir ilişki olduğu, bakıma ilişkin bilgi ve beceri düzeyi azaldıkça merhamet yorgunluğu düzeyinin arttığı bildirilmiştir.

Mangoulia ve arkadaşları (2015)'nin psikiyatri hemşirelerinin merhamet doyumunu, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik durumu ile ilişkili faktörleri saptamak üzere yapmış oldukları bir çalışmada, merhamet yorgunluğu risk faktörleri kadın olma, maddi zorluk yaşama ve çalıştığı servisten ayrılmayı isteme olarak belirlenmiştir. Merhamet yorgunluğuna yol açan diğer risk faktörleri ise sağlık bakım sistemi ile ilgili hayal kırıklıkları, destek sistemlerinin eksikliği ve eğitimin yetersizliği olarak sıralanmıştır (Keidel, 2002). Bununla birlikte literatürde iş ile ilişkili risk faktörlerinin yanı sıra bireysel özelliklerin de merhamet yorgunluğu gelişimini tetiklediği (Najjar ve ark., 2009), aşırı vicdanlı, mükemmeliyetçi ve özverili bireylerin merhamet yorgunluğu açısından risk altında olduğu bildirilmiştir (Keidel, 2002).

### **2.2.7. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar**

Literatürde “merhamet yorgunluğunun”, sekonder mağduriyet, sekonder travmatik stres, temsili travmatizasyon, ikincil mağdur ve duygu buluşması gibi birçok kavramla açıklandığı görülmektedir. Bu doğrultuda merhamet yorgunluğu “bireyin tanık olduğu bir kimsenin gerçek veya beklenen duygularına paralel duygusal tepkileri deneyimlemek” olarak da tanımlanabilmektedir (Figley, 2002b). Sağlık bakım hizmeti sunmanın olumlu ve olumsuz birçok etkisi bulunmakla birlikte olumsuz etkileri tükenmişlik, sekonder travmatik stres (Figley, 1995; Figley, 2002a), olumlu etkileri ise merhamet doyumunu kavramları ile açıklanabilmektedir (Stamm, 2005). Merhamet yorgunluğunu tanılamak ve önleyebilmek için öncelikle merhamet yorgunluğu ile ilişkili bu kavramların iyi bilinmesi son derece önemlidir (Hiçdurmaz ve Arı İnci, 2015).

### **Tükenmişlik**

İnsanı anlamak ve bilmek üzerine temellenmiş bir disiplin olan hemşirelik (Akça Ay, 2008), tükenmişlik yaşayan meslekler arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Yazıcı Altuntaş, 2014a). Hemşireler tarafından oldukça sık deneyimlenen tükenmişlik yalnızca sağlık bakım profesyonellerini etkilememekte aynı zamanda sağlık bakım



hizmeti alan birey, aile ve toplum da bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Mesleki tükenmişliğin, insan kaynakları, eğitim ve sağlık bakımı gibi insan odaklı mesleklerde çalışan bireyler için önemli bir tehlike olduğu kabul edilmektedir (Maslach and Goldberg, 1998). Tükenmişlik, ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılmıştır (Freudenberger, 1974). Freudenberger, tükenmişliğin bireyden bireye farklılık gösterdiğini, birçok semptomla karakterize olduğunu ve genellikle bireyin bir kurumda çalışmaya başladıktan yaklaşık bir yıl sonra ortaya çıktığını bildirmiştir. Pines ve Maslach (1978), tükenmişliği olumsuz benlik kavramı ve iş tutumu ile hastalara karşı ilginin kaybolmasını içeren fiziksel ve duygusal tükenme olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik ile ilgili ölçek geliştiren, bir teorisyen olan Maslach (2003) ise tükenmişliği iş ortamındaki mevcut stresörlere karşı bir tepki olarak uzun süre sonra ortaya çıkan psikolojik sendrom olarak tanımlamaktadır.

İnsanların meslekleri ile olan ilişkisi ve bu ilişkinin yanlış gitmesinden kaynaklanan zorluklar tükenmişlik gibi birtakım kavramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tükenmişlik kavramı, 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle insan kaynaklarında çalışan bireyler için kullanılmaya başlanmıştır. Tükenmişliğe ilişkin ilk makaleler ise sağlık bakım kurumunda bir psikiyatrist olarak çalışan Freudenberger (1975) ve işyeri duyguları üzerine çalışmalar yapan sosyal psikolog Maslach (1976) tarafından yazılmıştır (Maslach ve ark., 2001).

Maslach ve Jackson (1981)'a göre tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Tükenmişliğin en kritik ve belirleyici boyutu olan duygusal tükenme, bireyin yaptığı iş nedeniyle kendine aşırı yüklenerek içsel olarak tükenmiş olma duygusu yaşaması olarak açıklanmaktadır. Duygusal tükenme boyutunda bireyde yorgunluk, enerji eksikliği, duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme, özgüvende, mesleğe karşı ilgide ve coşkuda azalma ya da kaybolma gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981; Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Duyarsızlaşma, bireyin hizmet verdiği kişilere duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada birey mesleğini yalnızca teknik anlamda sürdürmekte, hizmet sunduğu kişilere nesne gibi davranmakta, olaylara

kayıtsız kalmakta, umursamaz, aşağılayıcı ve alaycı bir tavır sergilemektedir (Maslach ve Jackson, 1981; Yazıcı Altuntaş, 2014).

Kişisel başarı eksikliği, bireyin sorunlarının üstesinden gelememesi, kendini yetersiz görmesi ve başarısız olması olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarı eksikliği yaşayan birey işinde yetkin olmadığını düşünmekte, kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirmeler yapmakta ve işiyle ilgili farklılık yaratmadığı gibi düşünceler geliştirmektedir (Maslach ve Jackson, 1981; Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişlik konusunda yapılan bazı çalışmalarda yalnızca tek bir etkenin değil bireysel ve örgütsel birçok faktörün tükenmişlik gelişmesine yol açabileceği; bireyin sahip olduğu özelliklerin tükenmişliği artırabileceği ya da azaltabileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte bu konudaki literatürde tükenmişliği hazırlayan bireysel etkenler genç yaş, kadın olma, bekarlık, eğitim düzeyi düşüklüğü, dış kontrol odaklı bir yapıya sahip olma ve duygusal yapı; örgütsel nedenler ise aşırı iş yükü, kontrol, ödüller, bağlılık duygusu, adalet ve değerler olarak sıralanmıştır (Yazıcı Altuntaş, 2014a). Özellikle bireyin çalışma ortamındaki olumsuz ilişkiler, bireyin işinde kendini gerçekleştirme olanağı bulamaması, yaptığı işi sevmemesi, rol çatışmaları, örgütsel desteğin olmaması, yöneticilerin yetersizliği, örgütün sunduğu olanaklar ile bireyin beklentilerinin uyuşmaması, aileye yeterince zaman ayıramama, yetersiz ücret, çalışma koşullarının iyi olmaması gibi faktörler bireylerde tükenmişlik gelişimini hızlandırabilmektedir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişlik belirtileri, bireyden bireye farklılık göstermekle birlikte genel olarak fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılabilir. Fiziksel belirtilere kronik yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, sık görülen baş ağrıları, uyku bozuklukları, mide-bağırsak sorunları, kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik rahatsızlıklar, koroner kalp rahatsızlıkları, tekrarlayan soğuk algınlığı ve uyuşukluk örnek olarak verilebilir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Duygusal bitkinlik, sinirlilik hali ve çabuk öfkelenme, anksiyete, huzursuzluk ve sabırsızlık, bilişsel becerilerde güçlük, hayal kırıklığı, çökkünlük, benlik saygısında ve kişisel güvende azalma, kendini değersiz hissetme, aşırı kuşkuculuk, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık, karar vermede yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik ve çaresizlik, konsantrasyon bozuklukları, zihin karışıklığı, depresyon, yalnızlık

duygusu, psikolojik geri çekilme ve alınganlık tükenmişliğin psikolojik belirtileri arasında yer almaktadır (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişliğin davranışsal belirtileri ise; hata yapma, bazı şeyleri erteleme ve sürüncemede bırakma, işe geç gelme ya da gelmeme, işten nefret etme veya işten ayrılma düşüncesi, işin niteliğinde bozulma, iş ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, kaza ve yaralanmalarda artma, görev ve sorumluluklarını yerine getirmede gecikme, kuruma olan ilgi ve bağlılıkta azalma, ilaç ve alkol alma eğiliminde artış, iş ve aile çatışması, unutkanlık, değişime direnç gösterme, sorumluluk almaktan kaçma, kuruma yönelik ilginin kaybı, çalışmaya isteksizlik, iş ile ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme olarak sıralanabilir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişliğin sonuçları, bireysel, ailesel ve örgütsel düzeyde ortaya çıkabilir. Tükenmişlik, sağlığı olumsuz yönde etkileyerek bireyin halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, uyku düzeninde değişiklik, gerginlik, sinirlilik, suçluluk, depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği ve unutkanlık gibi problemler yaşamasına neden olabilir (Yazıcı Altuntaş, 2014a). Tükenmişliğin örgütsel yönden olumsuz sonuçları ise; bireyin verdiği hizmetin kalitesinin düşmesi, hizmet alıcılara ilgisiz veya olumsuz davranılması, kuruma, işe ve örgüte olan bağlılıkta azalma, işi bırakma eğiliminin artması ve tüm bu olumsuz sonuçlara bağlı olarak iş ile ilgili maliyetlerin yükselmesi olarak ortaya çıkabilir (Maslach ve Jackson, 1981; Yazıcı Altuntaş, 2014a). Tükenmişlik, yalnızca bireyi değil iletişim içerisinde bulunduğu meslektaşları, aile üyeleri ve arkadaşlarını da etkileyebilmekte ve ciddi problemler gelişmesine neden olabilmektedir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişlikle baş etme yolları bireysel baş etme yolları ve örgütsel baş etme yolları olmak üzere iki grupta ele alınabilir (Maslach ve ark., 2001). Kendini tanıma, gerçekçi hedefler belirleme, işin yapılış tarzını değiştirme, psikolojik geri çekilme, işe ara verme, kendi kendine diyalog kurma, olumlu yönleri görme, sorunları içselleştirmeme, doğru beslenme (Yazıcı Altuntaş, 2014a), zamanın ve mesleki taleplerin yönetimi ile meditasyon tükenmişlikle bireysel baş etme yollarına örnek olarak verilebilir (Maslach ve ark., 2001). Örgütsel etmenlerden kaynaklanan tükenmişliğin hafifletilmesinde, zor işleri çalışanlar arasında eşit olarak dağıtma ve bu işlerin dönüşümlü olarak yapılmasını sağlama, gün içinde iş dışı etkinliklere zaman ayırma, çalışanların görev tanımlarını açıkça belirtme, destekleyici, adaletli ve katılımcı

bir yönetim anlayışını benimseme, ödül kaynaklarını arttırma, stresle başa çıkmaya yönelik eğitim programları geliştirme ve uygulama, alınan kararlara çalışanların da katılımını sağlama, iş yoğunluğunu azaltıcı önlemler alma, sorunları kronikleşmeden çözmeye çalışma gibi yöntemlerden yararlanılabilir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Tükenmişlik konusunda yapılan birçok çalışmada sağlık bakım profesyonelleri içerisinde özellikle hemşirelerin tükenmişlik açısından risk altında oldukları ve tükenmişliği yoğun bir şekilde yaşadıkları bildirilmiştir (Günüşen ve Üstün, 2010; Altuntaş, 2014; Akyüz, 2015). Hemşirelerin tükenmişlik yaşamasına neden olan kişisel ve örgütsel faktörlere uzun süreli ve vardiyalı çalışma, çalışma saatlerinin uzun olması, iş yükünün fazla olması, sağlık ekibi üyeleri arasında rol belirsizliği ve çatışması, iş ortamındaki sosyal desteğin az olması, beklentilerin karşılanamaması, ekip içi çatışmalar, iş yerinde gerçekleştirilen sosyal etkinliklerin az olması, iş ile ilgili kontrol eksikliği, acil bir durumla karşılaşma kaygısı, ücret yetersizliği, kurumun yönetim anlayışı ve yeniliklere açık olmama örnek olarak verilebilir (Yazıcı Altuntaş, 2014a).

Bununla birlikte ilgili literatürde hemşirelerin tükenmişlik yaşama durumlarının çalıştıkları kliniklere göre de farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada acil servis hemşirelerinin diğer kliniklerde çalışan hemşireler ile karşılaştırıldığında yaşamı tehdit edici durumlarla oldukça sık karşılaştıkları; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve işe bağlı gerginlik durumunu daha fazla yaşadıkları, bu nedenle tükenmişlik sendromu yaşamaya daha yatkın oldukları bildirilmektedir (Potter, 2006; Barutçu and Serinkan, 2008; Kebapçı and Akyolcu, 2011; Derin and Demirel, 2012).

Acil servisler farklı sağlık problemleri ile başvuran hastaların aynı anda tedavi ve bakımının gerçekleştirildiği, yaşamları ile ilgili kritik kararların kısa süre içerisinde verildiği oldukça stresli ve gergin ortamlardır (Kavlu ve Pınar, 2009). İhtiyacı olan hastalara en kısa süre içerisinde, en acil olan bakım ve tedaviyi sunmak, acil servislerin en önemli özelliğidir. Diğer yandan hemen karşılanması gereken acil bir sağlık problemi olmayan hastalar da genellikle poliklinik yerine acil servise başvurmakta, bu durum hasta yoğunluğunu arttırmakta, hastaların acil serviste bekleme sürelerini uzatmakta, prognozu ciddi olan hastaların tedavileri bu duruma bağlı olarak gecikmekte ve acil servisler kaos ortamının yaşandığı sağlık bakım çevreleri haline gelmektedir (Ersel ve ark., 2006; Söyük ve Arslan Kurtuluş, 2017). Bununla birlikte hastanede yaşanan şiddet

olayları sıklık yönünden değerlendirildiğinde, acil servislerin psikiyatri servislerinden sonra ikinci sırada yer aldıkları bildirilmektedir (Kavlu ve Pınar, 2009). Acil servise başvuran hasta ve yakınları belirsizlik, endişe ve korku yaşayabilmekte (Söyük ve Arslan Kurtluş, 2017), ilk önce kendi hastalarının bakım ve tedavisinin yapılmasını talep edebilmekte, acil serviste çalışan sağlık profesyonellerini suçlayarak sözlü ya da fiziksel saldırıda bulunabilmektedir. Aynı zamanda gelişen bu durum sağlık bakım profesyonellerinin hasta ve ailesine karşı gösterdiği anlayış ve toleransta azalmaya neden olabilmektedir (Kavlu ve Pınar, 2009).

Tükenmişlik yaşayan hemşireler, hem fiziksel olarak hem de duygusal olarak hasta ile etkileşim kurmaktan kaçınabilmekte, sunulan bakımın kalitesi bu durumdan olumsuz yönde etkilenebilmekte ve hemşirelerde kişisel başarı duygusunun azalmasına yol açabilmektedir. Diğer yandan ağır iş yükü ve sınırlı kaynaklar da tükenmişliğe katkıda bulunarak uzun vadede insani ve örgütsel maliyette artışa neden olabilmektedir (Lee ve Akhtar, 2007).

### **Sekonder Travmatik Stres**

Sekonder travmatik stres kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (Figley, 1995). Literatürde bu kavram, ikincil mağduriyet, ikincil kazazede, mağduriyet ortaklığı, dolaylı travma ve duygu bulaşması olarak açıklanabilmektedir. Figley (1995) “karşı aktarım” ve “tükenmişliğin” sekonder travmatik stres kavramından farklı olduğunu bildirmiştir. Psikoterapi bağlamında ele alındığında “karşı aktarım” terapist tarafından sağlık hizmeti alıcısının aktarım eylemlerine ve terapinin sonuçlarına verilen bir tepki olarak tanımlanabilir. Sekonder travmatik stres ise; travmatize olmuş bir birey ile bu bireyin travmatik deneyimlerinden etkilenen birey arasındaki bakımın doğal bir sonucu olarak açıklanabilir. Bununla birlikte Figley (1995), duygusal tükenmenin bir sonucu olan sekonder travmatik stresin aniden ortaya çıkabileceğini bildirmiştir. Birey sekonder travmatik strete tükenmişliğin aksine çaresizlik duygusu, konfüzyon ve destekleyicilerden izole olma hissini yoğun bir şekilde yaşayabilir. Bireyde gözlemlenen bu semptomlar hızlı bir iyileşme gösterebilir (Figley, 1995).

Figley (1995), merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu kavramlarının sekonder travmatik stres kavramı ile yakından ilişkili olduğunu bildirmekte ve bu kavramları “bakımın bedeli” olarak görmektedir (Figley, 1995). Aynı zamanda Figley (1995) sekonder travmatik stres kavramını “bir başkasının deneyimlediği travmatize

edici olaydan haberdar olmaktan kaynaklanan duygu ve davranışların doğal bir sonucu; travmatize olan ya da acı çeken bireye yardım etmeyi istemekten ya da yardım etmekten kaynaklanan stres” olarak tanımlamaktadır.

Stamm (2010) ise merhamet doyumunu ve merhamet yorgunluğu kavramlarının mesleki yaşam kalitesini değerlendirmede belirleyici olduğunu, merhamet yorgunluğunun tükenmişlik ve sekonder travmatik stres olmak üzere iki faktörden kaynaklandığını bildirmiştir. Stamm (2010)’a göre sekonder travmatik stres, korku ve iş ile ilgili travmadan kaynaklanan negatif bir duygudur. Bununla birlikte Stamm (2010) iş ile ilişkili travmaların hem birincil hem de ikincil travmaların bir kombinasyonu olabileceğini belirtmiştir.

Literatürde, kronik hastalığı olan bireylere hizmet sunan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog gibi profesyoneller ile bireylerin yaşamsal gereksinimlerini karşılayan ve kriz yönetiminde görev alan çalışanların ikincil travmatik stresi daha çok yaşadıkları bildirilmektedir (Bride, 2007; Yılmaz, 2007; Gürkan ve Yalçiner; 2017). Figley (1995), sekonder travmatik stres bozukluğunun, post travmatik stres bozukluğu semptomları ile benzer olduğunu; aradaki tek farkın bir başkası tarafından deneyimlenen travmatize edici bir olayın ikinci bir kişi tarafından yaşanan yıkıcı bir olay haline gelmesi ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Figley (1995)’in, primer travmatik stres bozukluğu ile sekonder travmatik stres bozukluğu belirtilerini karşılaştırdığı tablo bu iki kavram arasındaki farklılıkları daha net bir şekilde ortaya koymaktadır (Tablo 1).

**Tablo1.** Primer Travmatik Stres Bozukluğu (Post Travmatik Stres Bozukluğu) semptomlarının Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu semptomları ile karşılaştırılması (Figley, 1995).

<b>Birincil</b>	<b>İkincil</b>
<b>A. Stresör:</b> Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek; olağandışı bir olay deneyimlemek	<b>A. Stresör:</b> Hemen hemen herkes tarafından stresli sayılabilecek, olağandışı bir olay deneyimlemek
1. Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması	1. Travmatize bireyin ciddi bir tehdit yaşaması
2. Kişinin hayatında ani bir yıkım	2. Travmatize bireyin hayatında ani bir yıkım

**Tablo 1.** Primer Travmatik Stres Bozukluğu (Post Travmatik Stres Bozukluğu) semptomlarının Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu semptomları ile karşılaştırılması (Figley, 1995) (devam)

<b>Birincil</b>	<b>İkincil</b>
<b>B. Travmatik olayın yeniden yaşanması</b>	<b>B. Travmatik olayın yeniden yaşanması</b>
1. Olaya ilişkin anımsamalar	1. Travmatize birey veya travmatize bireyin yaşadığı olayın tekrar tekrar hatırlanması
2. Olaya ilişkin rüyalar	2. Travmatize birey veya travmatize bireyin yaşadığı olayın rüyalarda görülmesi
3. Olayın aniden tekrar deneyimlenmesi	3. Travmatize birey veya travmatize bireyin yaşadığı olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi
4. Olayın hatırlatıcıları nedeniyle duyulan sıkıntı	4. Travmatize birey veya travmatize bireyin yaşadığı olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma üzerine duyulan psikolojik sıkıntı
<b>C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk</b>	<b>C. Hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşukluk</b>
1. Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları	1. Düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları
2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları	2. Etkinlik ve durumlardan kaçınma çabaları
3. Psikojenik amnezi	3. Psikojenik amnezi
4. Etkinliklere ilgide azalma	4. Etkinliklere ilgide azalma
5. Diğerlerinden yabancılaşıma/uzaklaşma	5. Diğerlerinden yabancılaşıma/uzaklaşma
6. Duygulanımda azalma	6. Duygulanımda azalma
7. Geleceği görememe duygusu	7. Geleceği görememe duygusu
<b>D. Uyarılmışlık</b>	<b>D. Uyarılmışlık</b>
1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama	1. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşama
2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları	2. Sinirlilik hali ya da öfke patlamaları
3. Konsantrasyon zorluğu	3. Konsantrasyon zorluğu
4. Artmış uyarılma hali	4. Travmatize bireye karşı artmış uyarılma hali
5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme	5. Bir uyarana karşı aşırı irkilme tepkisi gösterme
6. Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme	6. Hatırlatıcılara karşı fizyolojik tepki gösterme
Bir aydan az süren belirtiler normal, akut ve kriz-ilişkili belirtilerdir. Belirtilerin, olayı takip eden altı ay veya sonrasında başlaması, geç başlangıçlı Post Travmatik Stres Bozukluğu ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğudur.	

### **Merhamet Doymu**

Merhamet doymu, insana hizmet sunumunda önemli rol oynar (Stamm, 2002). Stamm (2002) merhamet doymu ile merhamet yorgunluğu arasında bir

dengenin olduğunu bildirmiş ve “merhamet doyumunu” bireyin işini etkili bir şekilde yapabilmesinden kaynaklanan haz olarak tanımlamıştır (Stamm, 2005). Literatürde “merhamet doyumunu” hemşirelerin özellikle kendilerini, becerilerini ve mevcut kaynaklarını kullanarak hastasının ağrısını gidermeye ve hafifletmeye odaklanması, onların acısını paylaşması ve onlarla bağlantı kurmaktan güç ve ilham duyması olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte merhametli ve yetkin bir şekilde sunulan bakımın hemşirelerin iş doyumlarını arttırdığı bildirilmiştir (Coetze ve Klopper, 2010).

### **Ahlaki Sıkıntı**

Ahlaki sıkıntı terimi, etik uzmanı Andrew Jameton tarafından tanımlanmıştır. Jameton’ a göre ahlaki sıkıntı “kişi, yapılacak doğru şeyin ne olduğunu bildiği halde kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru hareket edemediği durumlarda ortaya çıkar” (Wilkinson, 1988). Wilkinson (1988) ise Jameton’un tanımını revize ederek ahlaki sıkıntıyı “Bir profesyonelin ahlaki bir karar aldığı fakat bu karara yönelik davranışı ortaya koyamadığı durumlarda yaşadığı psikolojik dengesizlik ve negatif duygu” olarak tanımlamıştır. Wilkinson aynı zamanda Ahlaki Sıkıntı Modelini geliştirmiştir (Wilkinson, 1988). Ahlaki sıkıntı durumunda doğru eylem bellidir. Ancak kurumsal ya da diğer kısıtlamalar nedeniyle birey doğru hareket edememektedir. Hemşireler hastaya karşı kişisel bir sorumluluk hissettiklerinde ahlaki sıkıntı gelişmektedir. Ahlaki sıkıntı özellikle kişisel bir değere aykırı hareket edildiğinde ve birey algıladığı sorumluluğu yerine getiremediğinde meydana gelir (Chinn, 2004).

Hemşirelik profesyonel anlamda mesleki bilgi, beceri ve tutum ile birlikte ahlaki, deontolojik ve etik değerlere sahip olmayı gerektirmektedir (Erhan Şentürk, 2013). Bu doğrultuda hemşirelik bakım ve uygulamalarında etik temelli tutum ve davranışların mesleki bilgi ve beceri ile bütünleşmesi son derece önemlidir. Hemşireler, hasta bakım sunumunda ahlaki sıkıntı gelişmesine neden olabilecek durumlarla oldukça karşılaşabilmektedir (Chinn, 2004). Hastaya bakım sunarken ve hekim istemlerini uygularken, kurumsal politikalarla, mesleki standartlarla ve yasalarla karşı karşıya kalabilmektedir (Akça Ay, 2008). Bu nedenle zaman zaman çelişkiye düşerek stres yaşayabilmektedir. Bu konudaki literatür incelendiğinde hemşirelerin, ahlaki inançları doğrultusunda hareket etme becerilerinin bazen dış ve iç faktörlerin etkisiyle sınırlandırıldığı bildirilmektedir. Hemşirelerin ahlaki karar verme becerilerini sınırlayan dış faktörlere hekimler, kanunlar, davalar, hemşirelik ve hastane yönetimi ile politikalar; iç



faktörlere ise kabullenme, kendinden şüphelenme ve cesaretsizlik gibi duygular örnek olarak verilebilir (Chinn, 2004). Literatürde ahlaki sıkıntı olarak adlandırılan bu durumun hemşirelerin bakım verme yeteneklerini kaybetmelerine, hastalar ile iletişime geçmekten kaçınmalarına ve yetersiz fiziksel bakım sunmalarına yol açtığı bildirilmektedir (Chinn, 2004). Forster da (2009) “merhamet yorgunluğu” kavramının günümüze kadar göz ardı edilen birtakım ahlaki bileşenleri içerdiğini bu nedenle bu kavramın ahlaki stres biçimi olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Diğer yandan Maani Fogelman ve arkadaşları da (2012), merhamet yorgunluğu ve ahlaki sıkıntı kavramlarının “yeni bir iş sıkıntısı” olarak kabul edilebileceğini bildirmişlerdir.

### **İş Doymu**

İnsan yaşamında çalışmak, bir işe sahip olmak oldukça önemlidir (Çam ve Yıldırım, 2010; Yazıcı Altuntaş, 2014b). Çünkü çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği kabul edilmektedir (Çam ve Yıldırım, 2010). Bu doğrultuda iş doymu, çalışan bireyin ruhsal sağlığı ile birlikte bedensel sağlığı üzerinde olumlu etkiler göstermekte, özel hayatından ve sosyal yaşamından doyum almasını sağlayarak örgütsel verimliliği arttırmaktadır (Yazıcı Altuntaş, 2014b).

İş doymunu etkileyen faktörler bireysel, örgütsel ve çevresel etmenler olarak sınıflandırılabilir. Kişilik yapısı, değer yargıları, inançlar, beklentiler, sosyokültürel çevre, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi bireyin sahip olduğu özellikler iş doymunu etkileyen bireysel faktörlere örnek olarak verilebilir. Yapılan işin özellikleri, iş karşılığında alınan ücret, örgütün büyüklüğü, kariyer olanakları, çalışanlar arasındaki iletişim, ast-üst ilişkileri, ödüllendirme ve çalışma koşulları ise bireyin çalıştığı örgüt ve çevreye ait özellikler arasında yer almaktadır (Yazıcı Altuntaş, 2014b).

İş doymu her meslek için önemli olmakla birlikte, toplumun sağlığının korunması ve sürdürülmesinde doğrudan görevli olan, oldukça yoğun çalışma ortamlarında özveri ile çalışan sağlık profesyonellerinde daha büyük önem arz etmektedir. Hastaların gereksinimlerini belirleyen, bakımlarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren, hastalar ile kesintisiz 24 saat birlikte olan hemşireler sağlık ekibinin en önemli üyesidirler (Aytekin ve Kurt, 2014).

Literatürde bu konuda yapılan bir çalışmada hemşirelerin iş doymu ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, hemşirelerin işlerinden aldıkları doyum arttıkça, hasta memnuniyetinin de arttığı bildirilmiştir (Tzeng ve ark.,

2002). Çalışma saatlerinin fazlalığı, çalışan hemşire sayısının azlığı, hizmet sunulan hasta sayısının fazlalığı, yoğun bakıma ihtiyacı olan ve ölmek üzere olan hastalara bakım sunma, nöbet usulü çalışma, yetersiz ücret, yöneticiler tarafından değer ve takdir görememe ve meslektaşları tarafından yeterince desteklenmeme çalışma yaşamını etkileyen (ILO, 2001) ve hemşirelerin iş doyum düzeyini azaltan faktörler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda tükenmişlik (Stamm, 2010) ile iş doyumunu arasında negatif bir ilişki olduğu, hemşirelerin iş doyumunu arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı ve iş yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmektedir (Kelleci ve ark., 2011).

### **2.2.8. Merhamet Yorgunluğunun Önlenmesi**

Kronik hastalığı olan bireylere yardım eden profesyoneller, bakım hizmeti sundukları bireylerin ihtiyaçlarına odaklanırken, kendi özbakım ihtiyaçlarını göz ardı edebilmektedirler. Bu nedenle yardım edici bakım sunan profesyoneller kişisel ve profesyonel özbakım uygulamaları ile kendilerini merhamet yorgunluğundan koruyabilirler (Hiçdurmaz ve Arı İnci, 2015). Merhamet yorgunluğundan korunmada özbakım ve farkındalık son derece önemlidir (Figley, 2002a). Figley (2002a), kronik hastalarla çalışan ve yardım edici bakım sunan profesyonellerin, merhamet yorgunluğunu tanılayan ölçüm araçlarıyla kendilerini test etmelerini önermektedir. Çünkü tanılayıcı bu ölçümler sonucunda bireyler sorunları düzeltme konusunda harekete geçebilir ve iş doyumlarını arttırabilir (Figley, 2002a).

Bununla birlikte merhamet yorgunluğunun önlenmesinde kurum yöneticilerine de önemli görevler düşmektedir. Yönetici hemşireler merhamet yorgunluğunun tetikleyicilerinin tanınmasında ve sağlıklı başatme stratejilerinin geliştirilmesinde meslektaşlarına yardımcı olmalıdır. Yöneticiler ve idareciler, hemşirelerin kendilerini yenileme ve eğitimlerini sürdürme konusunda zamana ihtiyaçlarının olduğunu farkında olmalıdır. Merhamet yorgunluğunu etkili bir şekilde yönetebilmek ve tükenmişliği önleyebilmek için hemşireler ve yöneticilerin birlikte çalışarak sağlıklı bir çalışma ortamı yaratmaları son derece önemlidir (Maytum, 2004).

### **2.2.9. Merhamet Yorgunluğu ile Başatme Stratejileri**

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin olumlu tutumlarını devam ettirebilmeleri ve hasta memnuniyetini artırabilmeleri, merhamet yorgunluğu kavramını analiz

edebilmesine, belirtilerinin ve semptomlarının kavranabilmesine ve uygun başetme stratejilerinden yararlanarak merhamet yorgunluğunun etkin bir şekilde yönetebilmesine bağlıdır (Hooper ve ark., 2010). Figley (2002a), merhamet yorgunluğunun tedavi ve yönetimini dört basamakta özetlemiştir. Merhamet yorgunluğunun tedavi ve yönetimindeki ilk basamak, bireyin merhamet yorgunluğu kavramına kapsamlı bir bakış açısı geliştirmesini sağlamak amacıyla bilgilendirilmesidir. Bu amaçla web, kütüphane ve dergilerden yararlanılabilir. İkinci basamakta yardım edici bakım sunan profesyonelin travmatik stresörlere karşı duyarsızlaştırılması önemlidir. Üçüncü basamak ise doğru terapötik dozun kullanılması oldukça zor olduğu için, maruziyetin dozajı ile ilişkilidir. Bu doğrultuda maruziyeti gevşeme ile birleştirmek etkili bir yöntemdir. Merhamet yorgunluğu tedavisinin dördüncü basamağı ise bireyin sosyal desteklerini değerlendirerek bu desteklerin sayı ve çeşitliliğini arttırmaktır (Figley, 2002).

Yoder (2010) bu konuda yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile başetme stratejilerini iş ile ilişkili stratejiler ve kişisel stratejiler olmak üzere iki başlık altında incelemiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin yararlandıkları bireysel başetme stratejileri dua, inanç, bir din görevlisi ile paylaşma, manevi ve dini stratejiler, iş dışında aktif bir yaşam tarzı, iş yaşamı ile özel yaşamı birbirinden ayırmaya odaklanma, iç gözlem ya da özdeğerlendirme yapma ve olumlu tutum geliştirme olarak sıralanmıştır. Bununla birlikte hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile baş etmede, hasta bakımını rutinleştirme, hastanın durumunu görmezden gelme, hasta ile olan ilişkisini sonlandırma, kurumdan ya da hemşirelikten ayrılma, çalıştığı birimi değiştirme, fazladan izin alma ve tam zamanlı çalışma saatlerini yarı zamanlı olarak değiştirme gibi işle ilişkili olumsuz başetme stratejileri ile birlikte aktif rol oynama ve bilgilendirme gibi olumlu başetme yöntemlerinden de yararlandıkları bildirilmiştir (Yoder, 2010).

Merhamet yorgunluğunun tanınabilmesi ve desteklenebilmesi için kurumsal bir kültürün geliştirilmesi son derece önemlidir. Kurum kültürü geliştirilerek yöneticiler ve çalışanlar arasında destekleyici bir çalışma ortamı yaratılabilir. Ayrıca merhamet yorgunluğuna ilişkin eğitimler aracılığıyla bakım vericilerin hem bireysel görevlerine hem de organizasyonun değer ve görevlerine bağlılıkları artırılabilir (Potter, 2013). Çalışanlarda merhamet yorgunluğu nedenlerini ve belirtilerini ele almak ve

çözümlemek üzere “Hızlandırılmış İyileştirme Programlarından” yararlanılabilir. Bu programlar bakım verenlerin bütüncül ve kişisel öz bakım disiplini oluşturmalarını destekleyerek psikolojik dayanıklılıklarını arttırabilir (Gentry ve ark., 2002). Gentry ve arkadaşları (2002), bu program doğrultusunda öz düzenleme, yönelme, kendini onaylama algısının olgunlaşması, ilişki ve destek, özbakım ve yeniden canlandırma olmak üzere beş anahtar bileşen tanımlamışlardır (Gentry ve ark., 2004). Merhamet Yorgunluğu ile baş edebilmek amacıyla geliştirilen bir diğer program ise “Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı”dır. Bu program katılımcılara günlük yaşamın gereksinimleri doğrultusunda stres, ağrı ve hastalık ile başa çıkmayı öğretmektedir. Aynı zamanda bu program katılımcıların stresin olumsuz etkilerini dengeleyebilmelerini ve zorluklarla etkin bir şekilde baş edebilmelerini amaçlamaktadır (Potter, 2010).

Wentzel ve Brysiewicz (2014), Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının, travma hemşirelerine travmaya olan ilgilerini yeniden kazanmalarında, kendi seçtikleri alan ile yeniden bağlantı kurmalarında ve kendi kişisel yollarını bulmalarında yardımcı olmayı amaçladığını bildirmektedir. Aynı zamanda Travmatoloji Akademisinin bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan ve kendi kendine bakım standartlarını içeren bir rehber önerdiği de belirtilmektedir. Travmatoloji Akademisinin önerdiği bu rehberdeki standartlar; etik ilkeler, bireyin onuruna ve sağlığına saygı, öz bakım uygulamaları, iyiliğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi, bireysel ve mesleki öz bakım uygulamaları, öz-bakıma bağlılık, öz-farkındalık ve öz-değerlendirmeye ilişkin etkili metotlar ve önleyici planların geliştirilmesini içermektedir (Wentzel ve Brysiewicz, 2014).

Merhamet yorgunluğu ile başa çıkarken yeterli zaman, egzersiz, mizah duygusu, arkadaş ve meslektaşlardan destek, manevi destek, hikaye anlatımı, günlük tutma, müzik terapisi, meditasyon ve iş yerinden uzak açık havada ekip aktiviteleri gibi stratejilerden yararlanılabilir. Ancak merhamet yorgunluğu ile ilgili başa çıkma stratejileri planlanırken, bireysel yaşam ile iş yaşamı arasında bir dengenin kurulmasına ihtiyaç olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Wentzel ve Brysiewicz, 2014).

### **2.2.10. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik**

Sağlıklı/hasta birey ve hemşire arasındaki ilişki “yardım etme” amaç ve işlevinde düğümlenmektedir. Her biri eşsiz olarak nitelendirilen insan “yardım arayışı” içinde iken hemşireler bu arayışı yanıtlayacak yardım sunma konumunda yer almaktadır

(Babadağ, 2010). Hemşireliğe değer katan birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlardan biride merhamettir. Merhamet, başka insanlara olumlu ve erdemli yönelme davranışıdır (Şirin ve Yurttaş, 2015). Bir insanın duygusal ve fiziksel karmaşasına tanık olduğunda merhamet ile karşılık verilmesi doğal bir yaklaşımdır. Bu doğrultuda merhamet başarılı ve verimli hemşirenin en önemli özelliğidir (ENA, 2014).

Hemşireler, hastalarının kritik anlarında yaşamlarına dahil olmakta ve onların acılarına, ağrılarına ve travmatik deneyimlerine ortak olmaktadır (Boyle, 2011). Bu doğrultuda travmatize olan birey ile ona bakım veren birey arasındaki bakım ilişkisi doğal olarak merhamet yorgunluğu kavramını ortaya çıkarmaktadır (Figley, 1995; Jenkis ve Warren, 2012). Bakım vericilerde merhamet yorgunluğunun gelişmesi empati kaybına ve duyarsızlaşmaya neden olabilmektedir (Jenkis ve Warren, 2012). Bu konuda Şirin ve Yurttaş (2015), empati ve merhamet olmadan bireylere insancıl bir bakım sunulamayacağına altını çizmektedir. Diğer yandan sağlık bakım reformu ve işgücü yapısında meydana gelen değişiklikler yüksek kalitede bakım sunumunu etkilemekte ve ağır iş yükü hemşirelerde tükenmişlik gelişmesine neden olabilmektedir. Bu doğrultuda merhamet yorgunluğunun, hemşirelerin hastalarına bakım verme yeteneğini sınırlayan önemli bir faktör olduğu söylenebilir (Kelly ve ark., 2015).

Acil hemşireleri, mesleki rolleri doğrultusunda tükenmişlik ve stres riski altındadır (Joinson, 1992; Kelly ve ark., 2015). Acil hemşireleri her gün duygusal sıkıntı yaratan travmatize edici birçok olayla karşı karşıya kalmaktadır. Başkalarının acılarına tanık olmaktadır. Bu doğrultuda hastaların ihtiyaçlarını ön planda tutarak kendilerini ihmal edebilmektedir. Acil bakım ortamlarında, hastaların durumlarını hızlı bir şekilde değerlendirme, resüsitasyon tekniklerini yetkin bir şekilde uygulama, hasta ve yakınlarının endişe ve sıkıntılarını paylaşma ve kısıtlı kaynaklar hemşirelerde tükenmişlik ile birlikte stresi artırarak merhamet yorgunluğu gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (Wentzel ve Brysiewicz, 2014).

### **2.3. Ölçek Uyarlama Süreci**

Farklı bir dil ve kültürde geliştirilen bir ölçek veri toplama aracı olarak kullanılacaksa bu aracın Türk dili ve kültürüne uyarlama çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Bilimsel çalışmada kullanılacak bir ölçme aracının Türk dili ve kültürüne uyarlanması, araştırmacılara iletişim kolaylığı ile birlikte uluslararası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma yapabilme olanağı sağlar (Esin, 2014).

Türkiye'de psikoloji ve psikolojik danışmanlık alanında farklı kültürlerden Türkçe'ye uyarlanan birçok ölçek bulunmaktadır. Ölçek uyarlama çalışmalarının en önemli avantajı ölçülecek özelliği ölçme gücüne en uygun maddeleri oluşturma aşamasının uygulanmasına ihtiyaç duyulmamasıdır (Seçer, 2015). Her toplumda duygu, düşünce ve davranışların ifadesi farklılık gösterdiği için kültür dinamik bir yapıdır (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Bu nedenle ölçek uyarlama çalışmalarının en olumsuz yönü, başka bir kültürde geliştirilmiş olan bir ölçme aracının Türk kültürel yapısına uygun olmama olasılığının bulunmasıdır. Bununla birlikte ölçek uyarlama çalışmalarında en sık karşılaşılan durumlardan bir diğeri de ölçeğin orijinal formunda yer alan kesme noktası ve faktör yapısının uyarlanmak istenilen dil veya kültüre göre farklılık göstermesidir. Genellikle bu durum farklı bir kültürde geliştirilmiş olan bir ölçeğin başka bir kültür ile birebir uyuşmamasından kaynaklanabilmektedir (Seçer, 2015).

Ölçek uyarlama süreci özgün bir ölçek geliştirme sürecine benzemesine karşın bu süreçte bazı farklı basamakların varlığı söz konusudur. Ölçek uyarlama süreci tıpkı ölçek geliştirme sürecinde olduğu gibi ihtiyacın belirlenmesi aşaması ile başlar. Bu doğrultuda bir ölçme aracının Türkçe'ye uyarlanması için belli bir niteliği ölçecek bir ölçme aracının bulunmaması ya da var olan ölçeğin psikometrik özelliklerinin yetersiz olması gerekmektedir. Ölçek uyarlama sürecinde bir diğer basamak ise uygun ölçme aracının belirlenmesidir. Bu basamakta seçilecek olan ölçme aracının ölçülmek istenilen niteliği kuramsal olarak tüm yönleriyle ölçebilmesine özen gösterilmelidir. Aynı niteliği ölçen birden fazla ölçme aracı söz konusu olduğunda ise ölçme aracının psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde olup olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (Seçer, 2015).

Ölçek uyarlama çalışmalarında, en önemli aşamalardan biride çeviri ekibinin oluşturularak ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesidir. Ölçek, alanında yetkin olan, ölçeğin orijinal diline ve Türkçe'ye hâkim olan en az iki dil ve çeviri uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilir. Ardından çevirileri inceleme ve karşılaştırma aşamasında araştırmacı iki farklı uzman tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçekleri bir araya getirip dil ve alan uzmanlarının görüşüne sunar. Bu basamakta araştırmacı bir önceki basamaktaki alan ve dil uzmanlarıyla aynı olmayan en az iki yabancı dil uzmanı ve iki Türkçe dil uzmanından oluşan bir ekip oluşturmalıdır. Yabancı dil uzmanları önceki çevirileri dilsel açıdan incelerken, Türkçe dil uzmanları ölçek maddelerinin Türkçe'ye

uygunluğunu değerlendirerek gerekli öneri ve düzeltmeleri yapmalıdır. Alan uzmanları ise ölçekte yer alan ifadelerin kuramsal olarak uygun olup olmadığını değerlendirmelidir. Uyarılama sürecindeki bir diğer basamak ise ölçeğin Türkçe'den orijinal diline geri çevrilmesi basamağıdır. Bu aşamada, Türkçe'ye çevirilen ölçek maddeleri, orijinal ölçeğin geliştirildiği dili çok iyi bilen en az iki dil uzmanı tarafından Türkçe'den ölçeğin orijinal diline çevirilir. Bu işlem sonucunda ölçeğin orijinali ile Türkçe'den orijinal dile çevirisi yapılan ifadeler arasında kayda değer bir farklılık bulunmamalıdır. Eğer farklılık olduğu tespit edilen ölçek maddeleri varsa yeniden gözden geçirilmelidir (Seçer, 2015).

Orijinal formun Türkçe'ye çeviri işlemi tamamlandıktan sonra ölçek uyarılama sürecinin çevrilen ölçeğe ilk şeklini verme ve dil geçerliliğini sınaama aşamasına geçilir. Dil geçerliliğini sınamak amacıyla uzman görüşü alma ve istatistiksel uygulama yapma yöntemlerinden biri tercih edilebilir. Ölçeğin uygulanacağı hedef grup içerisinde hem ölçeğin orijinal diline hem de Türkçe'ye hâkim olan örneklem grubu mevcut ise dilsel eşdeğerliği sınamak amacıyla istatistiksel analiz yöntemi tercih edilmelidir. Bu amaçla 30 kişilik bir örneklem grubuna bir hafta ara ile ölçeğin hem Türkçe'si hem orijinal formu uygulanır. Bu işlemden sonra aynı bireylere ait ölçek formları arasındaki korelasyon değerleri hesaplanır. Bu analiz sonucunda korelasyon değerinin yüksek çıkması iki ölçek arasında dilsel açıdan farklılık olmadığını gösterir. Dilsel eş değeri için 0.70 ve üzeri kabul edilebilir bir değerdir. Dil eş değeri sağlandıktan sonra ölçek uyarılama çalışmasının bir sonraki basamağına geçilir. Bu basamakta ölçeğin başına testle ilgili açıklayıcı bilgiler içeren bir yönerge eklenerek gözden geçirilir. Türkçe'ye çevrilmiş olan ölçeğe son şekli verilir. Pilot uygulamaların gerçekleştirilmesi aşamasında ise ölçek öncelikle 50 kişilik bir örneklem grubuna uygulanmalı ardından ölçeğin iç tutarlılık değerinin 0.70 ve üzerinde olup olmadığı ve madde toplam korelasyon değerlerinin 0.30'un altında olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ölçek uyarılama sürecinin son basamağı ise pilot uygulama sonrası son şekli verilen ölçeğin model uyumunun ve güvenilirlik analizinin değerlendirilmesidir (Seçer, 2015).

### **2.3.1. Geçerlik**

Bir ölçme aracının taşınması gereken en önemli özelliklerden biri geçerliktir (Yeşil, 2014). Geçerlik, verinin amaç için ne kadar yeterli ve uygun olduğunu gösterir (Özdamar, 2016). Diğer bir tanıma göre geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı

özelliği başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesidir (Yeşil, 2014).

### **Kapsam geçerliği**

Kapsam geçerliği, ölçęin hedeflenen konuda belirlenen amaçları denetleyecek kapsamda olma özelliğidir (Özdamar, 2016). Kapsam geçerliği, bir ölçme aracını oluşturan ifadelerin, ölçęin ölçmek istediği nitelikler bütününe yeterince temsil edebilmesi ya da yeterince kapsamaması olarak da tanımlanabilir. Ölçülmesi istenilen niteliği yüksek düzeyde ölçebilen ölçme araçlarının kapsam geçerliliği de yüksektir. Dolayısıyla ölçme araçlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda bireyler hakkında verilecek kararların da daha sağlıklı olması beklenmektedir (Seçer, 2015).

Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesine yönelik farklı yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden biri uzman görüşüne başvurmadır. Diğer yöntem ise aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir ölçekle yeni ölçek arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır. Uzman görüşüne başvurmada uzman sayısının 5 ile 40 arasında olması arzu edilmektedir. Uzmanlar bu süreçte; uyarlanan maddelerin ölçülecek özelliği temsil edip etmediğini, maddelerin yeterince yalın ve açık bir dille ifade edilip edilmediğini ve ölçek maddelerinin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmektedir (Alpar, 2016).

### **Ölçüt Bağıntılı Geçerlik**

Ölçüt bağıntılı geçerlik, test edilecek ölçme aracından elde edilen bulguların bir dış ölçüt ile karşılaştırılarak test edilmesidir. Daha açıklayıcı bir ifade ile ölçüt bağıntılı geçerlik; önceden geçerliği ve güvenilirliği ispatlanmış olan bir ölçme aracını ölçüt kabul ederek yeni geliştirilen ölçme aracından elde edilen bulgulara ilişkin bir kaniya varma işlemi olarak tanımlanabilir (Seçer, 2015). Bu iki ölçme aracı arasındaki korelasyon katsayısının (+1)'e yaklaşması geçerliğin yüksek olduğuna, "0" a yaklaşması ise geçerliğin düşük olduğuna işaret etmektedir (Ellez, 2014). En yaygın iki ölçüt bağıntılı geçerlik; eş zaman geçerliği ve yordama geçerliğidir (Alpar, 2014). Eş zaman geçerliği geliştirilmek ya da uyarlanmak istenilen bir ölçekten elde edilen bulguların geçerliği güvenilirliği ispatlanmış var olan bir ölçme aracı ile karşılaştırılmasıdır (Seçer, 2015). Yordama geçerliği ise; standart ölçümü kestiren test ya da değişkenlerden elde edilen bir skoru kullanarak standardın yordama derecesi olarak tanımlanmaktadır



(Alpar, 2014). Yordama, belirli bilgilere dayanarak belirli istatistiksel analizler yardımıyla geleceğe ilişkin tahminlerde bulunmaktır (Ellez, 2014).

### **Yapı Geçerliği**

Yapı geçerliği, ölçme aracının doğrudan gözlenemeyen ve ölçülmesi güç olan ancak kuramsal olarak açıklanan soyut bir kavramı (Esin, 2014) tam ve yansız olarak ölçmesi için kurgulanmasıdır (Özdamar, 2016). Yapı geçerliği, tanımlanan bir kavramla ilgili gözlenebilecek davranışları çıkarıp onları ölçebilecek bir araç düzenlemedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Yapı geçerliği hem ölçme aracının ölçtüğü nitelikleri hem de bireylerin bu ölçme aracından aldıkları puanların ne anlama geldiğini belirleme sürecidir. Yapı geçerliğinin sağlanması için öncelikle ölçülmek istenilen kavramların içeriğinin netleştirilmesi ve bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle bireyin bir davranış sergilemesinin hangi niteliklerin varlığına ya da yokluğuna işaret ettiğine yönelik ölçütler geliştirilmelidir (Seçer, 2015). Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. En sık kullanılan yöntemlerden biri faktör analizi diğeri ise hipotez testidir (Ellez, 2014; Demircioğlu, 2015).

**Faktör Analizi**, yapı geçerliğine ilişkin veri elde etmek amacıyla en çok başvurulan yöntemlerden biridir. Faktör analizinde amaç; birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda faktörler ortaya çıkarmaktır. Faktör analizi çok sayıda maddeden oluşan ölçekte, maddeleri benzerliklerine göre alt gruplar altında toplamaya yarayan bir tekniktir (Seçer, 2015). Faktör analizinin bir diğeri amacı ise ilgili ölçme aracından elde edilen puanların, ölçeğin ölçtüğü düşünülen niteliği yeterince ölçüp ölçmediğini belirlemektir (Ellez, 2014).

Ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki yaklaşımdan söz edilmektedir. Açıklayıcı faktör analizi genellikle ölçek geliştirme sürecinde ölçme aracında yer alan değişkenlerin kaç alt boyut altında toplanabileceğini ve aralarında nasıl bir ilişki olduğunu belirlemek amacıyla, doğrulayıcı faktör analizi ise ölçme aracının uyarlanma sürecinde (Seçer, 2015) daha önceden belirlenmiş faktör yapısının doğrulanmasında kullanılmaktadır (Ellez, 2014; Seçer, 2015). Bu doğrultuda doğrulayıcı faktör analizi yurt dışında geliştirilen bir ölçme aracının yapı geçerliğinin, uyarlanmak istenen yeni kültürde de

korunup korunmadığının belirlenmesi amacıyla kullanılan bir analizdir (Sönmez ve Alacapınar, 2016b) .

**Hipotez testi**, benzer ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmektedir. Bu test ile geliştirme aşamasında olan bir ölçme aracından elde edilen puanlar ile geçerliği ve güvenilirliği ispatlanmış benzer bir ölçekten elde edilen puanlar karşılaştırılmaktadır (Ellez, 2014).

### 2.3.2. Güvenirlik

Ölçme araçlarında bulunması gereken diğer bir özellik güvenirliktir (Yeşil, 2014; Seçer, 2015). Genel olarak güvenirlilik, ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınık olma derecesi olarak tanımlanmaktadır (Demircioğlu, 2015; Seçer, 2015). Güvenirlilik, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekraralarda tutarlılık olmasıdır (Alpar, 2016). Uygulamada güvenirlilik kavramının tutarlılık, duyarlılık ve kararlılık olmak üzere üç farklı anlamda kullanıldığı bildirilmektedir (Ellez, 2014).

**Tutarlılık**, bir özelliğin ya da niteliğin birden fazla ölçülmesi sonucu aynı ya da birbirine çok yakın sonuçların elde edilmesidir (Sönmez ve Alacapınar, 2016a).

**Duyarlılık**, ölçme aracının ölçülen niteliği en ince noktasına kadar ölçmesi olarak tanımlanmaktadır (Sönmez ve Alacapınar, 2016a). Bununla birlikte ölçme aracının duyarlılığının ölçme aracında yer alan ölçme birimleri ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Seçer, 2015). Duyarlılığı yüksek olan bir test ile elde edilen sonuçların, duyarlılığı düşük olan bir test ile elde edilen sonuçlardan daha az hatalı ya da daha güvenilir olduğu kabul edilmektedir (Demircioğlu, 2015). Bununla birlikte ölçme aracında yer alan ölçme birimleri küçüldükçe ölçeğin duyarlılığı da artmaktadır (Seçer, 2015; Yeşil, 2014).

**Kararlılık**, bir olgunun aynı ölçek ile farklı zamanlarda ölçülmesi durumunda aynı ölçme sonuçlarının elde edilebilmesidir (Ellez, 2014). İki ölçüm arasında elde edilen sonuçlar benzer olduğunda ölçüm sonuçlarının kararlılığı olduğu düşünülür. İki ölçüm sonucu birbirinden farklılık gösterdiğinde, ölçüm sonuçlarından şüphe duyulur (Seçer, 2015).

Ölçme araçlarının güvenilirliğinin bazı durumlardan etkilendiği bildirilmektedir. Soru maddelerinin hatalı yazılması, soruların çok zor ya da kolay olması, soru sayısının yetersiz olması, soruların anlaşılmaması, soruların homojen

olmaması, uygulama sürecinde ve puanlama aşamasında yapılan hatalar bu durumlara örnek olarak verilebilir (Seçer, 2015).

### **Güvenirlik Yöntemleri**

Ölçme araçlarında güvenirliliği belirlemek amacıyla kullanılan yöntemler; değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası/içi uyum ve iç tutarlılık olarak sıralanabilir (Esin, 2014).

### **Değişmezlik**

Bir ölçme aracının zamana göre değişmezliği, uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilmesi olarak açıklanmaktadır (Esin, 2014). Değişmezlik herhangi bir niteliğin aynı şartlar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçülmesi sonucunda elde edilen, veri grupları arasındaki ilişkidir (Karasar, 2015). Bir ölçme aracının değişmezliği, test tekrar test ve paralel form güvenirliliği ile değerlendirilmektedir (Esin, 2014).

### **Test Tekrar Test Yöntemi**

Bu yöntem bir ölçme aracının aynı bireylere, aynı koşullar altında ancak, belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmasıdır (Alpar, 2016). Uygulamanın ardından katılımcıların birinci ve ikinci uygulamada işaretledikleri ölçek formları eşleştirilmelidir. İstatistik programı veri girişinde ise her bir katılımcı için önce birinci uygulamada işaretlenen test maddeleri, daha sonra ikinci uygulamada işaretlenen maddeler aynı satıra sırasıyla girilmelidir (Esin, 2014). Her iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon testi ile korelasyon katsayısı hesaplanır. Test tekrar test uygulamasında dikkat edilmesi gereken en önemli nokta zaman aralığının iyi belirlenmesidir (Seçer, 2015).

İki uygulama arasındaki zaman aralığı çok kısa olduğunda, bireyin önceki test yanıtlarını hatırlaması söz konusu olabilir. İki uygulama arasındaki zaman aralığı çok geniş tutulduğunda ise bireyin ilgili niteliğinde belirli bir değişim olabileceği gibi, birey ölçülen niteliğe ilgili farklı kaynaklardan bilgi arayışı içine girebilir (Seçer, 2015). Tekrar test yönteminin aralıklı yöntem ve aralıksız yöntem olmak üzere ikiye ayrıldığı belirtilmektedir (Esin, 2014). Aralıklı yöntemde ölçme aracı aynı gruba belirli aralıklarla (iki hafta, iki ay vb.) uygulanırken, aralıksız yöntemde ise aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Aralıksız yöntemde katılımcıların verdikleri

cevapları hatırlama olasılıkları söz konusu olduğu için iki uygulamadaki korelasyon katsayısı gerçeği yansıtmayabilir (Esin, 2014).

### **Paralel Form Güvenirliği**

Alternatif ya da eşdeğer form güvenirliği olarak da tanımlanan bu yöntem (Esin, 2014), eşdeğer niteliklere sahip olan iki ölçme aracının aynı gruba iki farklı oturumda uygulanması esasına dayanmaktadır (Seçer, 2015). Bu yöntemin hem ölçek maddelerinin farklı ancak aynı niteliği ölçmeye çalışan test maddeleri ile olan tutarlığını hem de zamana karşı tutarlığını ölçtüğü kabul edilmektedir (Seçer, 2015). Paralel form güvenirliği değerlendirilirken her iki forma ait toplam puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yapılır. Bu istatistiksel analiz sonrasında her iki ölçme aracından alınan ortalama ve standart sapma puanlarının benzer olması beklenmektedir (Esin, 2014).

### **Bağımsız Gözlemciler Arası/İçi Uyum**

Bağımsız gözlemciler arası uyum, birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak aynı niteliği ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan bir güvenirlilik ölçütüdür (Karasar, 2015). Her bir gözlemcinin aynı katılımcıya aynı ölçme aracını uygulaması sonucunda elde edilen puanlar arasında uyumun olması beklenir. Bağımsız gözlemciler arası uyum değerini belirlemek amacıyla korelasyon, t-testi, Cronbach Alfa katsayısı, ikiden fazla gözlemci olduğunda ise özel varyans çözümlerinden yararlanılır (Esin, 2014). Gözlemciler içi uyum güvenirliğinde ise yalnızca bir gözlemci vardır. Gözlemci aynı durumu farklı zamanlarda gözleyip değerlendirdiği için yalnızca tek gözlemcinin farklı zaman dilimlerine ait gözlemleri arasındaki uyum değerlendirilir (Esin, 2014).

### **İç Tutarlılık**

İç tutarlılık, bir ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden olduğu ve bunların bütün içinde bilinen, birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımına dayanır (Karasar, 2015). Bir başka tanıma göre iç tutarlılık, ölçme aracının bütün yönlerinin ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirleme yöntemidir. Bir ölçme aracının iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için, ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği

ölçtüğü kanıtlanmalıdır. Bir ölçme aracının iç tutarlılığının belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan dört yöntemin olduğu bildirilmektedir (Esin, 2014).

### **Yarıya Bölme Yöntemi**

Bu yöntem ölçme aracının iki eşit parçaya bölünmesi esasına dayanır. Bu iki eşit parça arasındaki ilişki Sperman Brown Korelasyon Katsayısı ile analiz edilir (Seçer, 2015). En çok kullanılan yöntem, tek numaralı (1-3-5 gibi) soruları bir grup ve çift numaralı (2-4-6 gibi) soruları bir grup olarak oluşturmaktır. Diğer yöntemde ise ölçek maddeleri ilk yarı ve ikinci yarı olmak üzere bölünmektedir. Ölçek maddelerinin ikiye ayrılmasının ardından her iki ölçek yarısı ayrı bir test olarak kabul edilir ve puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. Bu analiz sonucunda iki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksekse ölçme aracının iç tutarlılığının olduğundan söz edilir (Esin, 2014).

### **Cronbach's Alpha Güvenirlik Katsayısı**

Ölçek maddelerine verilen yanıtların iki kategorili olmadığı durumlarda, likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığını hesaplarken Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı yönteminden yararlanır (Ellez, 2014; Seçer, 2015). Alpha güvenirlik katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır (Özdamar, 2016, Seçer, 2015). Alpha güvenirlik katsayısının "0" değerine yaklaşması ölçeğin güvenilir olmadığına, "1" değerine yaklaşması ise ölçeğin güvenilir olduğuna işaret etmektedir (Özdamar, 2016). Alpha güvenirlik katsayısı aşağıdaki tablo doğrultusunda değerlendirilir (Özdamar, 2016).

**Tablo 2.** Alpha Katsayısı ( $\alpha$ ) Sınırları (Özdamar, 2016)

<b>Alpha Katsayısı (<math>\alpha</math>) Sınırları</b>	<b>Karar</b>
$\alpha < 0.40$	Ölçek güvenilir değildir. Ölçek yeniden düzenlenmelidir.
$0.40 \leq \alpha < 0.50$	Ölçek, çok düşük güvenirlik düzeyine sahiptir. Ölçeğin yeniden düzenlenmesi ya da modifiye edilmesi gereklidir.
$0.50 \leq \alpha < 0.60$	Ölçek düşük güvenirlik düzeyine sahiptir. Prototip ölçek olarak kullanılması, ancak iyileştirme çalışmalarının yapılması uygundur.
$0.60 \leq \alpha < 0.70$	Ölçek yeterli güvenirlik düzeyine sahiptir. Ölçek, fenomen ile ilgili toplum taramalarında güvenle kullanılabilir.

**Tablo 2.** Alpha Katsayısı ( $\alpha$ ) Sınırları (Özdamar, 2016) (devam)

Alpha Katsayısı ( $\alpha$ ) Sınırları	Karar
$0.70 \leq \alpha < 0.90$	Ölçek yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Ölçek, fenomen ile ilgili toplum taramalarında ve bilimsel yargıların oluşturulmasında güvenle kullanılabilir.
$\alpha \geq 0,90$	Ölçek, çok yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir. Fenomen ile ilgili yüksek geçerlik ve güvenilirlikte bilimsel yargıların oluşturulmasında güvenle kullanılabilir.

### **Kuder- Richardson 20 (KR-20)**

Kuder Richardson tarafından geliştirilen bu formül (Esin, 2014), her maddenin birbiriyle paralel olduğu, aynı ortalama ve varyansa sahip olduğu varsayımından hareketle geliştirilmiştir (Ellez, 2015). Bir ölçme aracına verilen yanıtların 0-1 şeklinde puanlanması söz konusu olduğunda bu yöntem tercih edilir (Seçer, 2015). KR-20 güvenilirlik katsayısının yüksek olması, test puanlarının tesadüfi hatadan arınık olduğunu, ölçülen değişkenin tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu, testi oluşturan maddelerin homojen olduğunu, aynı niteliği ölçtüğünü ve birbiri ile uyumlu olduğunu ve grubun ise heterojen olduğunu ifade eder (Seçer, 2015).

### **Madde Toplam Puan Güvenirliği**

Ölçme aracının her bir maddesinin güvenilirliği hakkında bilgi verir. Bu analiz yöntemi ile her bir ölçek maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karşılaştırılarak arasındaki ilişki değerlendirilir. Ölçme aracındaki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız maddeler şeklinde ise her bir madde ile toplam değerler arasında korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Buna karşın bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise bu o maddenin testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğüne işaret eder (Esin, 2014).

## **2.4. Nitel Araştırmalar**

Günümüzde nicel araştırmaların yanısıra belirli bir hastalık ya da olayla karşılaşan bireylerin içinde buldukları durumları, bu olaylara gösterdikleri tepkileri ve bu tepkilerin altında yatan inanç, tutum, davranış, motivasyon ve duygusal yönü değerlendiren nitel araştırmalara da gereksinim duyulmaktadır (Esin, 2014). Bu

konudaki literatürde nitel araştırmaların, herkes tarafından kabul edilen bir tanımını yapmanın oldukça güç olduğu (Güler ve ark., 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016), nitel araştırmaların ortaya çıkmasında felsefi, tarihsel ve disiplinler etkilerin söz konusu olduğu, bu nedenle bu terimin basit bir tanımını hak etmediği savunulmaktadır. Denzin ve Lincoln (2005), nitel araştırma yönteminin karmaşıklığını yansıtan bir tanımlamadan söz etmişlerdir. Van Maanen (1979) ise “nitel araştırmayı, bir Őemsiye terim olup tanımlamaya, çözmeye, yorumlamaya ve anlamla ilgili terimlere ulaşmaya çalışan teknikleri kapsayan süreçler bütünü” olarak tanımlamıştır.

Nitel araştırmalar varlık ya da olayları, olaylar arasındaki ilişkileri tanımlama, tasvir etme ve açıklama amacıyla yapılmaktadır. Ancak bu eylem gerçekleştirilirken nicel araştırmalardan farklı olarak, nicel veriler ve istatistiki yöntemlerden değil, nitel veriler ve kavramsal çözümlenmelerden yararlanılmaktadır. Bu nedenle de nitel araştırmalarda daha çok “nasıl” sorusuna cevap aranmaktadır (Yeşil, 2014). Bu doğrultuda nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konulmaya çalışıldığı nitel bir süreçtir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel araştırma tasarımları; doğal ortamlara duyarlılık, araştırmacının katılımcı rolü, bütüncül yaklaşım, algıların ortaya konması, araştırma deseninde esneklik, tümevarımcı analiz ve nitel veri gibi özellikleri içermektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Doğal ortamlara duyarlılık; Nitel araştırma tasarımında, araştırmanın konusunu oluşturan olgu ya da olay içinde bulunan doğal ortamda incelenir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırmacının katılımcı rolü; Bu araştırma tasarımında araştırmacı katılımcılarla birebir ilişki içerisinde. Araştırmacının iletişimci ve etkileşimci bir yaklaşımda bulunması önemlidir (Esin, 2014).

Bütüncül yaklaşım; Nitel araştırma yönteminde, bir bütünün, onu oluşturan parçaların toplamından daha fazla bir anlam ifade ettiği gerçeğinden hareketle araştırma konusu bütüncül bir yaklaşımla belirlenir. Bütüncül bir yaklaşım ile analiz edilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Algıların ortaya konması; Nitel araştırmalar ile bireylerin niyetlerini, isteklerini, değerlerini, fikirlerini, duygularını, hislerini ve inançlarını yansıtan nitel

veriler elde edilir (Esin, 2014). Nitel araştırmalarda nicel araştırmalarda olduğu gibi, önceden formüle edilen, sınırlı sorulardan oluşan bir ölçme aracı ile veri elde edilememektedir. Bu araştırma tasarımında araştırmacılar, katılımcıların dış dünyayı nasıl algıladıklarını ve yorumladıklarını anlamak amacıyla onlarla konuşurlar ve onları gözlemlerler (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırma deseninde esneklik; Nitel araştırma sürecinde araştırmanın yönü değişebilir. Karşılaşılan yeni durumlara ve bulgulara göre araştırma yeniden biçimlendirilebilir (Esin, 2014).

Tümevarımcı analiz; Nitel araştırmalarda genellikle, doğruluğu veya yanlışlığı test etmek için önceden belirlenmiş bir kuram ya da denence olmamasına karşın tümevarım ilkesi hâkimdir. Bu araştırma tasarımında araştırmacı elde ettiği tanımlayıcı ve ayrıntılı verilerden yola çıkarak incelediği probleme ilişkin ana temaları ortaya çıkarma, elde ettiği verileri anlamlı bir yapıya dönüştürme, yani bu verilerden yola çıkarak bir kuram oluşurmaya çalışır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Nitel araştırma tasarımında elde edilen nitel veriler üzerinde bazı sayısal analizler yapmak mümkün olsa da temel amaç sayılar yoluyla sonuca ulaşmak değildir. Nitel araştırmanın amacı okuyucuya ilgili konuya ilişkin betimsel ve gerçekçi bir resim sunmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Nitel araştırmalarda veri toplamak amacıyla gözlemler, sözel ifadeler, görüşler, kayıtlar, fotoğraflar, resimler, video ve ses kayıtları, hatıra defteri gibi birçok kaynaktan yararlanılabilmektedir (Esin, 2014). Hemşirelikte en sık kullanılan nitel veri toplama yöntemlerine görüşme ve gözlem yöntemi örnek olarak verilebilir. Literatürde gözlem yönteminin katılımcı gözlem ve sistematik gözlem; görüşme yönteminin ise yapılandırılmış görüşme, yarı yapılandırılmış görüşme ve yapılandırılmamış görüşme olarak üç başlık altında sınıflandırıldığı görülmektedir (Güler ve ark., 2015).

#### **2.4.1. Odak Grup Görüşmesi**

Odak grup görüşmesi, görüşülen kişilerin özelliklerini ve söylemlerini ön planda tutan bir veri toplama tekniğidir (Esin, 2014). Bununla birlikte odak grup görüşmesi “ılımlı ve tehditkar olmayan bir ortamda önceden belirlenmiş bir konu hakkında algıları elde etmek amacıyla dikkatle planlanmış bir tartışmalar serisi” olarak da tanımlanabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Odak grup görüşmesinin amacı grupların, alt grupların, bilinçli, yarı bilinçli veya bilinçsiz olarak yaptıkları davranışları



ile psikolojik, sosyolojik ve kültürel özelliklerine ilişkin bilgi elde etmektir (Esin, 2014). Odak grup görüşmelerinde sorulara verilen yanıtlar, gruptaki bireylerin birbirleri ile etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Odak grup görüşmelerinde grup dinamikleri sorulara verilen yanıtların kapsamını ve derinliğini etkileyen önemli bir faktördür. Odak grup görüşmeleri sırasında, diğer bireylerin açıklamalarına bağlı olarak bireysel görüşmelerde öngörülemeyen bazı konular ortaya çıkabilir. Bu doğrultuda odak grup görüşmeleri ile zengin veri seti elde etme imkanı ortaya çıkabilmektedir (Şimşek ve Yıldırım, 2016).

Odak grup görüşmelerinin iki araştırmacı tarafından, minimum dört maksimum on iki kişinin katılımıyla gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Güler ve ark., 2015). Araştırmacılardan biri kolaylaştırıcı ya da moderatör rolünü üstlenirken (Güler ve ark., 2015) diğer araştırmacı ise raportör görevini yerine getirir (Esin, 2014). İyi bir moderatörün bilgili, eğitici, araştırmacı, uzman ve öğrenen özelliklerine sahip olması önemlidir (Esin, 2014). Bununla birlikte iyi bir moderatör esnek olmalıdır. Anlatılanlara ilgi ve alaka göstermelidir. Espiri anlayışına sahip olmalıdır. Fikirleri birbirine bağlayabilmeli ve katılımı sağlayabilmelidir. Bununla birlikte odak grup görüşmeleri sırasında moderatör konuşulacak konuları tamamıyla dikte etmemeye özen göstermelidir. Kontrolü tamamen elden kaçırmamalıdır. Grubu bilgilendirmeli ve profesyonel davranarak soru cevap bölümlerini etkili bir şekilde yönetebilmelidir (Güler ve ark., 2015).

Literatürde odak grup görüşmesi sürecinin araştırmanın amacının kullanılacak yöntem açısından gözden geçirilmesi, araştırma sorularından yola çıkarak odak grup görüşme sorularının geliştirilmesi, yer ve teknoloji planlaması ile bütün sürecin pilot denemesinin yapılması, katılımcıların belirlenmesi ve davet edilmesi, yönetici özellikleri ve çalışmanın gerçekleştirilmesi ile verinin düzenlenmesi ve analizi olmak üzere birbiri içine geçmiş yedi aşamadan oluştuğu bildirilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırmanın amacının kullanılacak yöntem açısından gözden geçirilmesi; Her yöntem her amaca uygun değildir. Bu nedenle araştırmacı çalışma amacını belirledikten sonra o amaca kendisini ulaştırabilecek araştırma yöntemine karar vermelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Araştırma sorularından yola çıkarak odak grup görüşme sorularının geliştirilmesi; Araştırmanın amacı gözden geçirilerek araştırma soruları belirlendikten sonra odak grup soruları belirlenir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Sorular odak grup görüşmesinden önce belirlenebileceği gibi, sadece konu başlıkları belirlenerek görüşme sırasında da şekillendirilebilir. Soru seçimi sırasında soruların açık uçlu ve yorum gerektiren sorular olmasına dikkat edilmelidir. Çünkü odak grup görüşmelerinde araştırma kapsamına dahil edilen bireylerin mümkün olduğunca konuşturulması önemlidir. Bununla birlikte görüşme sırasında sorulan sorular genelden özele doğru bir yol izleyerek sorulmalıdır (Baş ve Akturan, 2013). Ayrıca akademik ve teknik bir dil kullanmaktan kaçınılmalıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Yer ve teknoloji planlaması; Odak grup görüşmelerinde, görüşmenin gerçekleştirileceği mekanın düzenlenmesi ile birlikte kullanılacak elektronik cihazların hazırlanması da önemlidir. Görüşme ortamı yeterince ışık almalı ve oksijen yönünden zengin olmalıdır. Aynı zamanda görüşme ortamının olası gürültü kaynaklarından uzak olmasına özen gösterilmelidir. Görüşme sırasında katılımcıların, moderatör ve raportörün etrafına rahatça yerleşebileceği büyüklükte ve genişlikte oval ya da yuvarlak bir masa kullanılmalıdır. Bununla birlikte kaliteli ve üst özelliklere sahip kayıt cihazlarının kullanılması da büyük önem taşımaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

### **Bütün sürecin pilot denemesinin yapılması**

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları ile birlikte araştırmanın gerçekleştirileceği ortam, veri toplama amacıyla kullanılacak kayıt cihazının önceden kontrol edilmesi önemlidir. Amaca ulaşabilmek amacıyla pilot deneme sürecinin olabildiğince gerçeğe uygun bir şekilde tasarlanması gerekir. Bununla birlikte pilot deneme sürecine davet edilecek katılımcıların araştırmanın hedef kitesinden, araştırmaya dahil edilecek sayıda seçilmesi önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

### **Katılımcıların belirlenmesi ve davet edilmesi**

Odak grup görüşmelerine katılacak kişi sayısı ortalama 6-8 arasında değişebilir. Odak grup görüşmelerine davet edilecek kişi sayısı, araştırmanın amacı, yanıt aranan soruların niteliği ve sayısı göz önünde bulundurularak belirlenmelidir. Araştırmaya dahil edilecek bireyler önceden yüz yüze, telefon veya e-posta yoluyla

çalışmanın amacı ile çalışmanın gerçekleştirileceği adres, gün ve saat konusunda bilgilendirilmelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016)

### **Yönetici özellikleri ve çalışmanın gerçekleştirilmesi**

Odak grup görüşmesini yönetecek kişiler iyi iletişim ve etkileşim becerisine sahip olmalıdır. Bununla birlikte moderatör ön yargısız bir yaklaşımla iyi bir dinleyici olmalı ve değişen durumlara kolay uyum sağlayabilmelidir. Moderatör katılımcılar arasında konu hakkında yapılacak tartışma ve düşünce alışverişini sınırlamadan kontrol altında tutmalıdır. Bununla birlikte her katılımcının tartışmaya eşit oranda katılması sağlanmalı, bir veya birkaç kişinin tartışma ortamına hâkim olmasının önüne geçilmelidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016) .

### **Verinin düzenlenmesi ve analizi**

Kayıt cihazı ile kaydedilmiş sözel veriler dikkatli bir şekilde birebir yazıya dökülmelidir. Nitel araştırma verileri verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi ile bulguların tanımlanması ve yorumlanması olmak üzere dört aşamada analiz edilir (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Materyal**

##### **3.1.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma Samsun Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma tasarımı kullanılmıştır. Bu doğrultuda acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niceliksel yöntemden; acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğu nedenlerini ve merhamet yorgunluğu ile baş edebilmek için yararlanılan girişimleri belirleyebilmek amacıyla da niteliksel bir yöntem olan “odak grup görüşmesi tekniğinden” yararlanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (ProQOL 5)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna kazandırılması amaçlanmıştır.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, 01.11.2016-01.08.2017 tarihleri arasında Samsun il ve ilçelerinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisi (Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi, Çarşamba Devlet Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi, Vezirköprü Devlet Hastanesi, Havza Devlet Hastanesi, Kavak Devlet Hastanesi, Ladik Devlet Hastanesi, Terme Devlet Hastanesi, Alaçam Devlet Hastanesi, Salıpazarı İlçe Devlet Hastanesi, 19 Mayıs İlçe Devlet Hastanesi, Asarcık Devlet Hastanesi, Ayvacık Devlet Hastanesi) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirildi.

## 3.2. Metot

### 3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

#### Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü'ne bağlı 17 hastanenin acil servisi ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 319 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Yıldız, 2016; Öztürk, 2017):

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$\frac{319 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (319-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 209

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 209 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olacağı düşünülerek 253 hemşireye ulaşıldığında veri toplama süreci tamamlanmıştır. Anket formu ve ölçeklerin cevaplanma oranı %79,3'dur.

#### Araştırmanın Nitel boyutunda örneklem seçimi

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutta amaçlı örnekleme

yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısı, nitel araştırmalarda geçerli olan “veriye doyma” ilkesine göre belirlenmiştir. Görüşme yapılan her hemşireye bir kod isim atanmış ve analiz sürecinde hemşirelerin isimleri yerine bu kod isimler kullanılmıştır.

### **3.2.2. Verilerin Toplanması**

#### **Nitel Verilerin Toplanması**

Araştırmanın nicel verileri araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Yeşil ve ark., 2010; Akyüz, 2015; Şirin ve Yurttaş, 2015; Polat ve Erdem, 2017; Yılmaz ve Üstün 2018 ) hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı anket formu ile “Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (ProQOL 5)”, “Minnesota İş Doyum Ölçeği” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket formu ve ölçekler acil serviste en az 6 aydır görev yapan, çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 25-30 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

#### **Nitel Verilerin Toplanması**

Acil serviste görev yapan toplam 21 hemşire ile beş ve altı kişilik gruplar halinde odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğini, araştırmanın amacına uygunluğunu test etmek için üç hemşire ile ön görüşme yapılmıştır. Hemşirelerin kendilerini rahat ifade edebilmeleri ve görüşme süresince rahatsız edilmemeleri için servis sorumlu hemşirelerinin desteği ile sessiz, yeterli aydınlıkta ve ısıda olan acil servis dışında bulunan toplantı odası hazırlanmıştır. Odak grup görüşmeleri yaklaşık olarak 40-60 dakika arası sürmüştür. Görüşmelere başlamadan önce ilk olarak katılımcılara araştırmanın amacı, görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği,

görüşmede kullanılan ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanıldığı, görüşmelerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı konularında bilgi verilerek, katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında iç geçerliği sağlamak üzere, katılımcıların söyledikleri tekrarlanarak ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol edilmiştir. Tüm görüşmeler sırasında katılımcıların tepkileri ve davranışları, birbirleriyle olan etkileşimleri iki gözlemci tarafından kayıt edilmiştir. Araştırma sorularının yanıtı olabilecek kavramlar tekrar etmeye başladığında görüşmeler sona erdirilmiştir.

### **3.2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları**

##### **Anket Formu**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 10 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, cevabı evet ise çocuk sayısı, gelir durumu, sağlık sorunu olma durumu, cevabı evet ise mevcut sağlık sorun ya da sorunları, birinci derece yakınında önemli sağlık sorunu olma durumu), çalışma özelliklerini içeren 10 soru (çalıştığı kurum, çalışma statüsü, çalışma şekli, çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı, acil servisteki görevi, çalıştığı serviste görevli toplam hemşire sayısı, acil serviste çalışma nedeni, haftada kaç saat çalıştığı, günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı) ve acil hemşirelerinin merhamet yorgunluğu yaşamalarına neden olan durumları belirlemeye yönelik 18 soru (acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu, mesleğinden ekonomik olarak tatmin olma durumu, mesleğini isteyerek seçme durumu, mesleğini sevme durumu, mesleğini kişiliğine uygun bulma durumu, hastaları anlama konusunda kendini yeterli hissetme durumu, çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarının desteklenme durumu, mesleği bırakmayı düşünme durumu, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu, iş ortamında karşılaştığı travmatize edici olaylara karşı düşünce ve tepkileri, iş yaşantısında sözlü saldırıya uğrama durumu, iş yaşantısında fiziksel saldırıya uğrama durumu, iş yaşantısında duyarsızlaştığını hissetme durumu, iş dışında sosyal aktivitelere katılabilme durumu, cevabı hayır ise sosyal aktivitelere katılmama neden ya da nedenleri vb) olmak üzere toplam 38 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

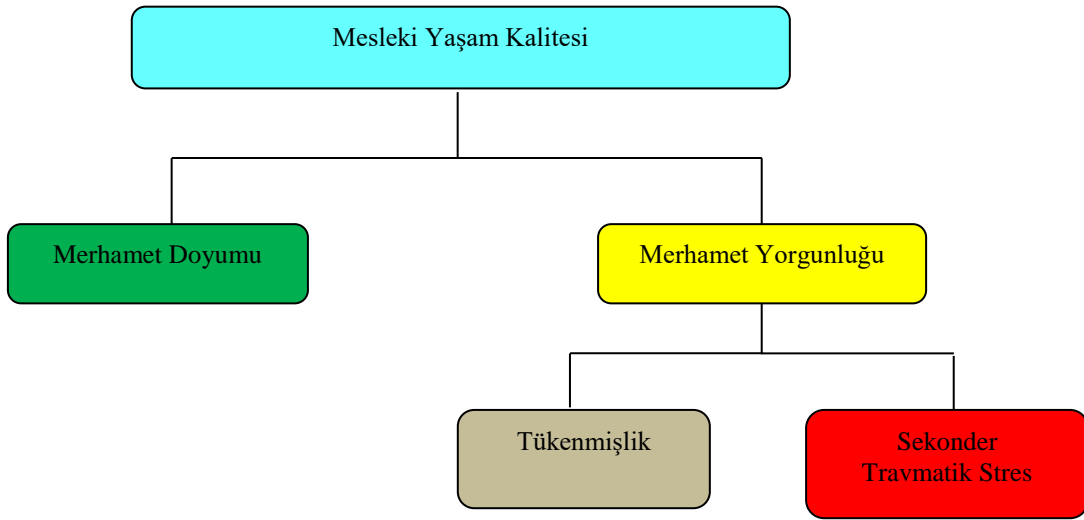
### **Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği**

Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak bilinen Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Versiyon 5, son derece stresli olaylar deneyimlemiş bireylerle çalışmaktan doğan pozitif ve negatif etkilerin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir. Ölçüm aracının orijinali Charles Figley (1980) tarafından “Merhamet Yorgunluğu Öz Sınama Testi” olarak geliştirilmiştir. 1988’de Stamm ve Figley aynı ölçek üzerinde birlikte çalışmaya başlamış, 1993 yılında Stamm ölçüm aracına “Merhamet Doyumu” kavramını ilave ederek ölçeğin adını “Merhamet Doyumu ve Yorgunluk Testi” olarak değiştirmiştir. 1990’ların sonunda ölçüm aracı tamamen Stamm’e geçmiş ve ölçeğe “Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği” ismi verilmiştir (Stamm, 2010). Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam 30 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Mesleki Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Merhamet Doyumu (pozitif) ve Merhamet Yorgunluğu (negatif) olmak üzere iki yönü bulunmaktadır (Şekil 4) (Stamm, 2010) (Ek-5).

#### **Merhamet Doyumu**

Merhamet Doyumu, işi iyi yapabilmekten kaynaklanan memnuniyet ile ilgilidir (Stamm, 2010). Merhamet Doyumu Ölçeği, 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 ve 30. madde olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmakta ve ters puanlanan madde içermemektedir. Bu ölçekten elde edilen yüksek skorlar, bireyin işinde etkili bir bakım verici olma yeteneği doğrultusunda daha fazla doyum aldığına işaret etmektedir. Ortalama skor 50’dir. Genellikle insanların yaklaşık olarak %25’i 57 ve üzeri, %25’i de 43 altı puan alabilmektedir. Elde edilen skorun daha yüksek bir aralıkta olması, bireyin bulunduğu pozisyondan oldukça iyi düzeyde mesleki doyum elde ettiğini düşündürmektedir. Elde edilen skorun 40’ın altında olması ise bireyin işi ile ilgili sorunlar yaşadığına işaret etmektedir (Stamm, 2010). Stamm (2010) yapmış olduğu çalışmada Merhamet Doyumu Ölçeği’nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,88 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada, Merhamet Doyumu Ölçeği’nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,816 olarak saptanmıştır.





**Şekil 4.** Mesleki Yaşam Kalitesi şeması

### **Merhamet Yorgunluğu**

Mesleki Yaşam Kalitesi'nin negatif yönü olan “Merhamet Yorgunluğu” iki alt boyuta ayrılmaktadır. Birinci alt boyut olan Tükenmişlik, tükenme, hayal kırıklığı, öfke ve depresyon gibi kavramlarla; ikinci alt boyut olan Sekonder Travmatik Stres ise korku ve iş ile ilgili travmadan kaynaklanan negatif duygularla ilgilenmektedir (Stamm, 2010).

Tükenmişlik iş hayatında yaşanan ümitsizlik hisleri ve zorluklarla ilişkilidir. Bu negatif hislerin kademeli olarak başladığı bildirilmektedir. Tükenmişlik çok yüksek iş yükü ya da destekleyici olmayan bir iş çevresine bağlı olarak gelişebilir. Bu ölçekten elde edilen yüksek skorlar, bireyde tükenmişlik riskinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Tükenmişlik Alt Boyutu, 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 ve 29. madde olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Bununla birlikte 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters puanlanmaktadır. Ortalama skor 50'dir. İnsanların yaklaşık %25'i 57'nin üstü ve yaklaşık olarak %25'i 43'ün altı bir skor almaktadır. Bu boyuttan alınan skor 18 altı olduğunda, bireyin işinde etkili olma yeteneği hakkında pozitif hislere sahip olduğunu düşündürmektedir (Stamm, 2010). Stamm (2010) yapmış olduğu çalışmada Tükenmişlik Alt Boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,75 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada Tükenmişlik alt boyutu Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,747 olarak saptanmıştır.

Merhamet Yorgunluğu'nun ikinci alt boyutu, sekonder travmatik strestir. Başkalarının travmatik olaylarına maruz kalmanın ikincil maruziyete, Sekonder travmatik strese neden olduğu kabul edilmektedir. Sekonder travmatik stres semptomları genellikle başlangıçta hızlıdır ve belirli bir olayla ilişkilidir. Bu semptomlar korkmayı, uyuma güçlüğü, üzüntü veren olaya ait görüntülerin zihinde aniden ortaya çıkmasını veya olayı hatırlatan ipuçlarından kaçınmayı içerebilmektedir. Sekonder Travmatik Stres Ölçeği, 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 ve 28. madde olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ters puanlanan madde içermemektedir. Ortalama skor 50'dir. İnsanların yaklaşık %25'i 43 altı ve yaklaşık olarak %25'i 57 üzeri bir skora sahiptir. Bu alt boyuttan alınan skor 57 üzeri olduğunda, çalışma yaşamına ilişkin korkutucu etkenin ne olduğunun veya yükselmiş skorun başka bir nedeninin olup olmadığının tartışılması önerilmektedir (Stamm, 2010). Stamm (2010) yapmış olduğu çalışmada Sekonder Travmatik Stres Ölçeği Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,81 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada Sekonder Travmatik Stres Ölçeği Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,758 olarak saptanmıştır.

**Tablo 3.** Ölçek skorlarına ilişkin kombinasyonların yorumlanması

<b>Yüksek Merhamet Doyumu, Orta ile Düşük Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres</b>	Bu en pozitif sonuçtur. Bireyin işinden sağladığı pozitif desteğe işaret etmektedir. Bireylerin "çıkılmaz girmeye" ve işlerinde verimli olmamaya ilişkin endişeleri yoktur. Bireyler işlerinden kaynaklanabilecek korkulara kapılmamaktadır. Meslektaşları ve kurumları üzerinde iyi etkiler bırakma olasılıkları ile yardımda buldukları hastaları tarafından sevilme olasılıkları yüksektir (Stamm, 2010).
<b>Yüksek Tükenmişlik, Orta ile Düşük Merhamet Doyumu ve Sekonder Travmatik Stres</b>	Tükenmişlik ölçeğinden yüksek skor alan insanlar, birey olarak risk altındadır. Kurumlarını yüksek risk taşıyan durumlara sürükleyebilirler. Tükenmişlik, bir yetersizlik hissi olmakla birlikte iş ortamında kişisel veya kurumsal faktörlerin bir sonucu olabilir. Bu durumda bireylerin hastalarıyla ilgilenmemeye olasılıkları yüksektir. İzin kullanmak ve kurum içindeki rutinleri değiştirmek yararlı olabilir (Stamm, 2010).

**Tablo 3.** Ölçek skorlarına ilişkin kombinasyonların yorumlanması (devam)

<b>Yüksek Sekonder Travmatik Stres ile Düşük Tükenmişlik ve Düşük Merhamet Doymu</b>	<p>Bu bireyler negatif deneyimleri doğrultusunda işlerindeki korku ile karakterize olarak bunalım yaşamaktadırlar. Bu bireylerin travmatik stres ve eğer tanılanmışsa depresyona ilişkin olarak aldıkları acil tedaviden yarar sağlama olasılıkları oldukça yüksektir. Bu bireyler işle ilgili başarısızlık veya işle ilgili memnuniyet duyguları yönünden nötr olabilirler. Korkuya ilişkin iş deneyimlerine odaklanılabilirler. Bu doğrultuda korkuyla yüzleşmeleri sağlanabilir. İş çevresi değiştirilebilir. En çok güvendikleri iş arkadaşlarıyla çalışabileceği görevler verilebilir. Ya da başka güvenlik önlemleri alınabilir (Stamm, 2010).</p>
<b>Yüksek Sekonder Travmatik Stres ve Düşük Tükenmişlik ile Beraber Yüksek Merhamet Doymu</b>	<p>Bu durum savaş ve sivil şiddet alanlarında çalışma gibi yüksek riskli durumlarda gelişebilir. Bu bireyler yaptıkları işin önemli olduğunu düşündükleri için işlerinde oldukça etkilidirler. Bununla birlikte, diğerleri ile etkileşim içinde olmaya bağlı aşırı korku yaşayabilirler. Bu bireyleri fedakarlık duygusu ve daha büyük bir iyiliğe katkı yaptıkları düşüncesine dayanarak cesaretlendirmek yararlı olabilir. Bu kişilerin korkuları ve korkuyla ilişkili semptomları eş zamanlı olarak ele alınmalıdır. Yüksek doyum hisleri göz önüne alındığında, depresyon olasılıkları düşüktür. Bazen iş çevresindeki değişimler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na benzeyen semptomları hafifletebilir. Bazende terapi veya ilaç her ikisi birden tedavide iyi bir alternatif olabilir (Stamm, 2010).</p>
<b>Yüksek Sekonder Travmatik Stres ve Yüksek Tükenmişlik ile Düşük Merhamet Doymu</b>	<p>Bireyde en sıkıntı verici durumdur. Birey çalışma ortamında yalnızca kendini bunalmış ve işe yaramaz hissetmez. Aynı zamanda gerçekten korkar. Bu bireylerin iş ortamından uzaklaştırılması yararlı olabilir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve depresyon için değerlendirme yapmak önemlidir. Bunlardan biri veya her ikisi tedavide yararlı olabilir. Değiştirilmemiş bir iş ortamına geri dönmenin yararı bulunmadığı da bildirilmektedir (Stamm, 2010).</p>

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Versiyon 5'in psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacı ile Stamm'dan izin alınmıştır (Ek 6).

### **Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, bireylerin mesleğe ilişkin olarak yaşamış oldukları tükenmişlik durumlarını belirlemek amacıyla Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (Maslach ve Jackson, 1981). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik

çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (Ergin, 1993) (Ek-3). Maslach Tükenmişlik Ölçeği, “Duygusal Tükenme (DT)”, “Duyarsızlaşma (D)” ve “Kişisel Başarı (KB)” olmak üzere üç alt boyut ve 22 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri, “Hiçbir zaman=0”, “Yılda Birkaç Kez=1”, “Ayda Birkaç Kez=2”, “Haftada Birkaç Kez=3” ve “Her Gün=4” şeklinde puanlanmaktadır. Bu ölçekte tükenmişlik tek bir puan ile ifade edilmemekte, her bir katılımcının üç alt boyuttan aldıkları puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981).

**Duygusal Tükenme (DT):** Duygusal Tükenme alt ölçeğinde yer alan 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) duygusal olarak aşırı yıpranmış ve tükenmiş olma hislerini tanımlamaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 36’dır. Puanlar arttıkça duygusal tükenmenin de arttığı kabul edilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Ergin (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Duygusal Tükenme alt boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise Duygusal Tükenme alt boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,857 olarak saptanmıştır.

**Duyarsızlaşma:** Bakım ya da sağlık hizmeti alıcılarına karşı duygusuz ve kişisel olmayan yanıtı değerlendiren bu alt boyut (Maslach ve Jackson, 1981); toplam 5 maddeden (5, 10, 11, 15, 22) oluşmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 20’dir. Puanların artması duyarsızlaşma düzeyinin de arttığına işaret etmektedir. Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarından alınan yüksek puan yüksek düzeyde deneyimlenen tükenmişlik ile ilişkilidir (Maslach ve Jackson, 1981). Ergin (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Duyarsızlaşma alt boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,65 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Duyarsızlaşma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,747 olarak saptanmıştır.

**Kişisel Başarı (KB):** Kişisel başarı alt boyutu bireyin insanlarla olan çalışmalarında başarı kazanma ve yeterlilik duygusunu tanımlayan sekiz madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) içermektedir. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 32’dir. Puanlar arttıkça kişisel başarı düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Diğer iki alt boyutun aksine bu alt boyuttan alınan düşük puanlar yüksek düzeyde yaşanan tükenmişlikle ilişkilidir (Maslach ve Jackson, 1981). Ergin (1993) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Kişisel Başarı alt boyutunun

Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,72 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Kişisel Başarı alt boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,761 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Maslach'tan izin alınmıştır (Ek-8).

### **Minnesota İş Doyum Ölçeği**

Minnesota İş Doyum Ölçeği, Weiss ve arkadaşları (1967) tarafından iş doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Baycan (1985) tarafından yapılmıştır (Ek-4). Minnesota İş Doyum Ölçeği, bireylerin mesleğe ilişkin yaşamış oldukları içsel ve dışsal doyum faktörlerini belirlemeye yönelik 20 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri "Hiç memnun değilim=1", "Memnun değilim=2", "Kararsızım=3", "Memnunum=4" ve "Çok memnunum=5" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum, İçsel Doyum ve Dışsal Doyum olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır (Baycan, 1985).

**Genel Doyum:** Genel doyum, içsel ve dışsal doyum faktörlerini içeren 20 maddeden alınan puanların toplanmasıyla bulunmaktadır (Baycan, 1985). Baycan (1985) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,77 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,893 olarak saptanmıştır.

**İçsel Doyum:** Başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluğu, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan maddelerden (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20) alınan puanların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 60'tır. Puanlar arttıkça içsel doyumun da arttığı kabul edilmektedir. Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği İçsel Doyum alt boyutunun Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,799 olarak belirlenmiştir.

**Dışsal Doyum:** Kurum politikası, yönetim ve denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlar ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin öğelerinden oluşmaktadır. Dışsal doyum puanı dışsal faktörleri oluşturan maddelerden (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19) alınan puanların toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 8, maksimum puan ise 40'dır. Puanların

artması dışsal doyumun arttığını göstermektedir. Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği Dışsal Doyum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,857 olarak belirlenmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Baycan'dan izin alınmıştır (Ek-7).

## **Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları**

### **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Araştırmada nitel veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken merhamet yorgunluğu yaşama durumları, iş doyum düzeyleri, merhamet yorgunluğunun nedenleri ile merhamet yorgunluğunun gelişimini önleyecek girişimlerin belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Odak grup görüşmesinde sorulan sorular;

1. Merhamet Yorgunluğu kavramı hakkında neler biliyorsunuz?
2. Sizce Merhamet Yorgunluğu'nun hemşireler üzerindeki duygusal, fiziksel ve sosyal belirtileri nelerdir?
3. Sizce hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu görülebilme neden ya da nedenleri nelerdir?
4. Yaptığınız işten ya da mesleğinizden doyum sağlıyor musunuz?
5. Çalışma yaşamınızda bakım verdiğiniz hastalarınıza karşı duyarsızlaştığınızı düşünüyor musunuz?
6. Acil serviste çalışırken daha önce hiç bakım verdiğiniz hastaların yaşadığı travmadan etkilendiniz mi?
7. Çalışma ortamında karşılaştığınız travmatize edici olaylara karşı şu anda verdiğiniz tepkileriniz ile çalışma yaşamınızın ilk günlerinde verdiğiniz tepkileriniz arasında fark var mı?
8. Mesleğiniz ile ilgili tükenmişlik yaşıyor musunuz?
9. Mesleğinizden doyum sağlayamıyor, tükenmişlik yaşıyorsanız bu durumun neden ya da nedenleri nelerdir?
10. Hemşirelerde iş doyumunun arttırılması, tükenmişliğin azaltılabilmesi için ne ya da neler yapılmasını önerirsiniz?

11. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu gelişiminin önlenmesi için ne ya da neler yapılmasını önerirsiniz?

### **3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

#### **Nicel verilerin değerlendirilmesi**

Bu araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS 23 ve IBM SPSS Amos 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Nicel veriler frekans, yüzde, ortalama-standart sapma, ortanca şeklinde sunulmuştur. Ölçek toplam puanları ile hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla normal dağılım gösteren, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla MANOVA tekniğinden yararlanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edilmiştir. Ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

#### **Nitel Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen verilerinin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi süreci görüşme verilerinin yazıya geçirilmesini, verilerin düzenlenmesini, anlamlı veri birimlerinin saptanmasını, analiz matrisi oluşturulmasını, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir. Bu doğrultuda yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda birebir yazıya dökülmüştür. Veriler yazılırken, katılımcıların isimleri kullanılmamış, analizde kolaylık sağlanması bakımından görüşme yapılan kişiler ve oturumlar numaralandırılarak kodlanmıştır. Yapılan dört oturum 1-4, her oturumdaki katılımcılar ise 1-6 rakamlarıyla numaralandırılmıştır (örnek: O.1/K.1). Görüşmeler yazılı hale getirildikten sonra içerik analizinin ilk aşaması olan veri kodlaması yapılmıştır. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlenmiştir. Anlamlı olan ifadeler tanımlayıcı isimler/kodlar

bulunmuştur. Görüşmenin farklı bölümlerindeki benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirilmiştir. Tüm veriler benzer şekilde kodlandıktan ve bir kod listesi oluşturulduktan sonra temalar ve alt temalar ortaya çıkarılmıştır. Verilerin güvenilirliği için araştırmacı dışında danışman öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar ve temalar oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kodların temalarla ilişkilerini değerlendirerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Ortaya çıkan temaların altında yer alan kodların temalarla anlamlı bir bütün oluşturup oluşturmadığı (iç tutarlılık) alanında uzman iki kişi tarafından değerlendirilerek temalara son şekli verilmiştir.

Araştırmacı, 18-20 Nisan 2017 tarihlerinde Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Derneği tarafından düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu'na katılmıştır (Ek-12).

### **3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun (14.10.2016/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/417-501) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-9). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Müdürlüğü (23/12/2016/Sayı: 54103609-604.02) (Ek-10) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (24.02.2017/ Sayı: 15374210-010.06.99-E.4921) (Ek-11) yazılı izin alınmıştır.

### **3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın Samsun il ve ilçelerinde bulunan 18 hastanede yürütülmüş olması, acil serviste çalışan tüm hemşirelere ulaşılmasını güçleştirmiştir. Ancak acil serviste çalışan tüm hemşirelere ulaşmaya çalışılması, araştırmadan elde edilen bulguların acil serviste çalışan tüm hemşirelere genellenebilme özelliğini arttırmıştır. Araştırmaya katılımı arttırabilmek amacıyla bu çalışmanın amacı sorumlu hemşireler ve klinik hemşireler ile paylaşılmış ve hemşirelerin gönüllü katılımları sağlanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında doğum izni ve yıllık izinde olan 66 hemşireye ulaşılabilmesi ve hemşirelerin çalışma ortamında merhamet yorgunluğu yönünden gözlemlenememesi bu araştırmanın bir sınırlılığıdır.



	2016								2017								2018								2019														
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan			
<b>Araştırma Konusunun Belirlenmesi</b>																																							
<b>Araştırmanın Planlanması</b>																																							
<b>Tez Konusu Öneri Sınavının Yapılması</b>																																							
<b>Etik Kurul Formunun Oluşturulması</b>																																							
<b>Etik Kurul İzin Yazısının Alınması</b>																																							
<b>Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmalarının Yapılması</b>																																							
<b>Ölçeğin Kapsam Geçerliği Çalışmalarının Yapılması</b>																																							
<b>Ön Uygulamanın Yapılması</b>																																							
<b>Ölçeğe Son Halinin Verilmesi</b>																																							
<b>Nicel Verilerin Toplanması</b>																																							
<b>Nitel Verilerin Toplanması</b>																																							
<b>Verilerin Analizi</b>																																							
<b>Araştırmanın Rapor Edilmesi</b>																																							

Şekil 5. Araştırma planı

## **4. BULGULAR**

Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde, Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. İkinci bölümde, acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlere ilişkin nicel bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümde ise acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler ile ilgili nitel bulgular verilmiştir.

### **4.1. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Geçerlik Analizleri**

#### **4.1.1. Dil Geçerliği**

Bu aşamada Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Türk kültürüne uyarlanması amacıyla yönelik olarak ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanması ile ilgili çalışmalar yürütülmüştür. Ölçek her iki dili iyi bilen alanında uzman dört kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Bu dört çeviri araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından düzenlenerek ve en uygun ifadeler seçilerek ölçek tekrar oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçek ana dili Türkçe olan, yurt dışında yaşayan, her iki kültürü de iyi bilen ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen, dört kişi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Ölçeklerin orijinali, Türkçe formu ve geri çevirisi olmak üzere her üç formu da karşılaştırılmış ve bütün formların birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür. Türkçeye çevrilen ölçekler dil, anlam, bütünlük ve yazım kuralları yönünden iki Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmiş, uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeklere son şekli verilmiştir. Daha sonra, ölçekler kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur.

#### **4.1.2. Kapsam Geçerliği**

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 1 Öğretim Üyesi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 1 Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 1 Öğretim Üyesi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 2 Öğretim Üyesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 1 Öğretim Üyesi ve Ege Üniversitesi Hemşirelik

Fakültesinden 1 Öğretim Üyesi olmak üzere toplam 7 kişilik uzman grubunun görüşüne başvurulmuştur (Ek-14). Araştırmacı tarafından, ölçeğin İngilizce maddeleri ve Türkçe karşılığı arasındaki uyumu belirlemek ve ifadelerin anlaşılabilirliğini değerlendirmek için uzman görüşü formu hazırlanmıştır. Uzmanlar ölçeklerin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemiştir. Her bir maddeyi “1” ile “10” arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzman görüşleri doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W<sub>a</sub>) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin kapsam geçerliği çalışması yapılmıştır. Uzmanların değerlendirmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendall Uyuşum Katsayısı istatistiksel analizi sonucunda, uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon analizi test sonuçları

	W <sup>a</sup>	X <sup>2</sup>	P
Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	0,190	38,597	0,110

W<sup>a</sup>: Kendall Uyuşum Katsayısı X<sup>2</sup>:Kruskal Wallis test istatistiği

Uzmanlardan alınan öneriler doğrultusunda ölçek maddeleri daha anlaşılır hale getirilmiş ve ölçeklere son şekli verilmiştir. Uzmanlar tarafından Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği maddelerine verilen puanlara ait istatistiksel veriler Tablo 5'te sunulmuştur.

Dil ve kapsam geçerliği çalışmaları tamamlanan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin hemşireler tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere örneklem grubunun özelliklerini taşıyan, araştırma kapsamına alınmayan 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası hemşirelerin görüşleri ile uzman görüşleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeklere son şekli verilmiştir.

**Tablo 5.** Uzmanların Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği maddelerine verdikleri puanların dağılımı (N=7)

	Standart		En Düşük	
	Ortalama	Sapma	Puan	En Yüksek Puan
Madde 1	10,0	0,0	10	10
Madde 2	8,9	2,0	5	10
Madde 3	9,6	0,8	8	10
Madde 4	9,1	1,5	6	10
Madde 5	9,7	0,8	8	10
Madde 6	8,9	1,3	7	10
Madde 7	9,4	0,5	9	10
Madde 8	9,3	0,8	8	10
Madde 9	9,6	0,8	8	10
Madde 10	9,4	1,1	7	10
Madde 11	8,9	1,5	7	10
Madde 12	10,0	0,0	10	10
Madde 13	9,6	0,5	9	10
Madde 14	9,6	0,8	8	10
Madde 15	10,0	0,0	10	10
Madde 16	9,9	0,4	9	10
Madde 17	9,7	0,5	9	10
Madde 18	9,7	0,8	8	10
Madde 19	9,7	0,5	9	10
Madde 20	9,3	1,0	8	10
Madde 21	9,3	1,1	7	10
Madde 22	10,0	0,0	10	10
Madde 23	9,7	0,8	8	10
Madde 24	9,9	0,4	9	10
Madde 25	8,7	1,6	7	10
Madde 26	9,9	0,4	9	10
Madde 27	10,0	0,0	10	10
Madde 28	9,4	0,8	8	10
Madde 29	9,3	1,9	5	10
Madde 30	9,9	0,4	9	10

#### 4.1.3. Yapı Geçerliği

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce, verilerin faktör analizi için uygulanabilir olup olmadığını saptamak

amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) testinden yararlanılmıştır. Ayrıca analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını ortaya çıkarmak için de Barlett's Test of Sphericity (BTS) analizi yapılmıştır. Çalışmamızda KMO değeri 0,796 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda bu sonuç örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli büyüklükte olduğunu göstermektedir. Bartlett testine ilişkin ki-kare değerinin de ileri düzeyde ( $p < 0,001$ ) anlamlı olması değişkenler arasında önemli bir ilişkinin var olduğuna ve verilerin faktör analizi için uygun olduğuna işaret etmektedir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Kaiser- Mayer- Olkin Measure of Sampling Adequacy ve Barlett's Test of Sphericity analizleri sonuçları (n: 253)

Testler	Sonuçlar
Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0,796
Barlett's Test of Sphericity	X <sup>2</sup>
	Sd
	p
	< 0,001

### Doğrulamalı Faktör Analizi

Bu araştırmada dil eşdeğerliği sağlanan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (ProQOL-5)'nin 3 faktörlü yapısının Türk kültüründe geçerli olup olmadığını belirlemek amacıyla doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır. Modelin doğrulanıp doğrulanmadığı konusunda karar verilebilmesi için analiz sonucunda elde edilen uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği için doğrulamalı faktör analizinin uyum indeks değerleri ile iyi uyum değerleri ve kabul edilebilir uyum değerleri Tablo 7'de sunulmuştur.

**Tablo7.** Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

	Model Uyum İndeks Değerleri (İlk Hal)	Model Uyum İndeks Değerleri (Son Hal)	İyi Uyum Değerleri (Kabul Edilebilir Uyum)
$\chi^2/sd$	2,943	2,187	$\leq 3$ (4-5)
<b>GFI</b>	0,732	0,874	$\geq 0,90$ (0,85-0,89)
<b>IFI</b>	0,666	0,855	$\geq 0,90$ (0,85-0,89)
<b>TLI (NNFI)</b>	0,634	0,832	$\geq 0,90$ (0,80-0,90)
<b>CFI</b>	0,641	0,853	$\geq 0,90$ (0,85-0,89)
<b>RMSEA</b>	0,088	0,069	$\leq 0,05$ (0,06-0,08)
<b>SRMR</b>	0,114	0,071	$\leq 0,05$ (0,06-0,010)

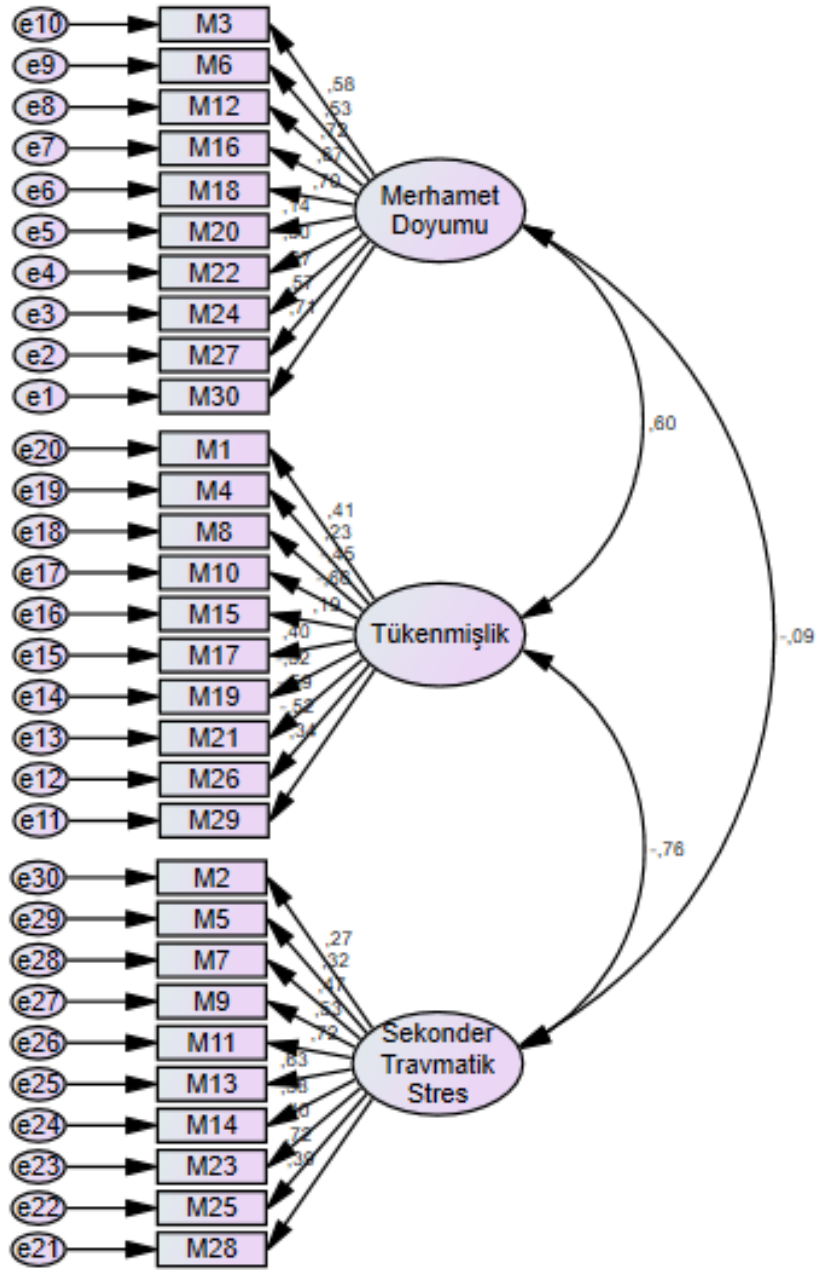
$\chi^2/sd$ : Ki-Kare İstatistiği, **GFI**: İyilik Uyum İndeksi, **IFI**: Fazlalık Uyum İndeksi, **TLI**: Trucker-Lewis İndeksi, **CFI**: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, **RMSA**: Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü, **SRMR**: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karakökü

Tablo 7 incelendiğinde 30 madde ve 3 faktörden oluşan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği için oluşturulan ölçüm modelinin ilk hali için (Şekil 6) uyum indeksleri incelendiğinde ki kare/serbetslik derecesi ( $\chi^2/sd$ ) dışındaki tüm modifikasyon katsayılarının uyum sağlamadığı belirlenmiştir. Bu nedenle modelde iyileştirme çalışmaları yapılmıştır.

Öncelikle Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği için kurulan ilk modelde (ham halinde) Tablo 8’ de sunulan madde faktör yükleri diğer bir deyişle standardize faktör yükleri incelenmiştir. Bu doğrultuda 2, 4, 15 ve 20. maddelerin madde faktör yüklerinin 0,30’dan küçük olduğu görüldüğü için bu maddeler ölçüm modelinden çıkarılmıştır. 26 madde ve 3 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği görüldüğü için model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle modifikasyon indeksleri tablosuna bakılarak modelde yapılacak olası değişiklikler için ki kare düşüş değerleri (“M.I.”değerleri) incelenmiştir. En yüksek “M.I.” değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Modifikasyonların yeterli olmaması nedeniyle en çok modifikasyon yüklenen 5 madde (8, 17, 24, 27 ve 29. Maddeler) modelden çıkarılmıştır. Sonuç olarak 2 modifikasyon ve toplamda 9 madde çıkarımı ile uyum indekslerinin düzeldiği ve modelin doğrulandığı görülmüştür. Doğrulanmış ölçüm modeli Şekil 7’te sunulmuştur.

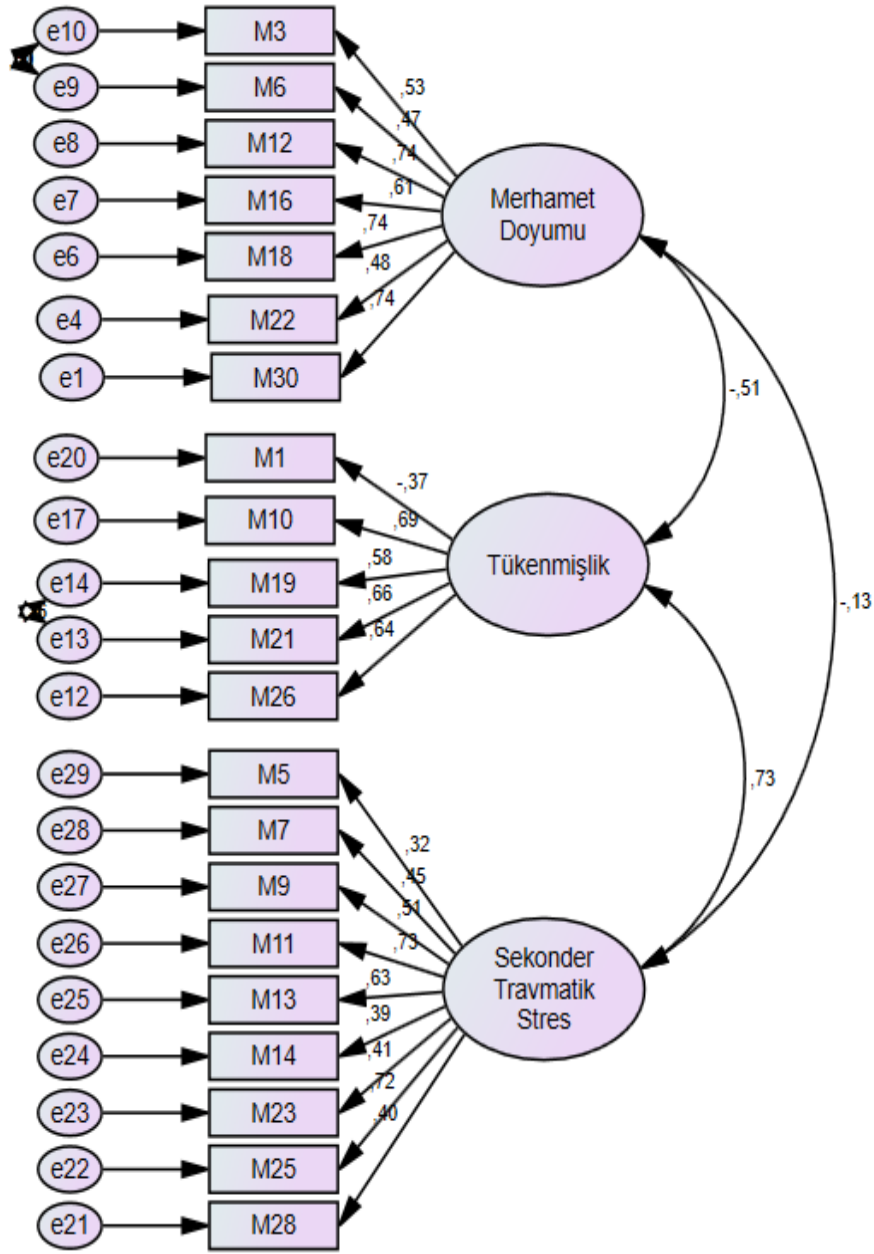
**Tablo 8.** Madde faktör yükü değerleri

Madde	İfadeler	Faktör Yükü (İlk Hal)	Faktör Yükü (Son Hal)
M1	Mutluyum.	0,405	-0,371
M2	Aklım, <i>yardım</i> ettiğim birden fazla insanla meşgul.	0,273	-
M3	İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan mutluluk duyuyorum.	0,582	0,531
M4	İnsanlarla aramda bir bağ olduğunu hissediyorum.	0,228	-
M5	Beklenmedik bir ses duyduğumda sıçrırım ya da irkilirim.	0,319	0,316
M6	Yardım ettiğim insanlarla çalıştıktan sonra kendimi daha zinde hissediyorum.	0,535	0,473
M7	<i>Yardım eden</i> rolümle özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0,474	0,453
M8	İşyerinde üretken değilim; çünkü <i>yardım</i> ettiğim birinin yaşadığı travmatik deneyimler yüzünden uykularım kaçıyor	-0,447	-
M9	<i>Yardım</i> ettiğim insanların yaşadığı travmatik stresten etkilenmiş olabileceğimi düşünüyorum.	0,532	0,514
M10	Bir <i>yardım</i> eden olarak, işimde kapana kısıldığımı hissediyorum.	-0,663	0,690
M11	Yardım etmem nedeniyle çeşitli konularda kendimi gergin hissediyorum.	0,723	0,729
M12	Bir <i>yardım eden</i> olarak işimi seviyorum.	0,725	0,738
M13	<i>Yardım</i> ettiğim insanların yaşadığı travmatik deneyimler nedeniyle kendimi depresif hissediyorum.	0,628	0,625
M14	<i>Yardım</i> ettiğim birinin yaşadığı bir travmayı kendim yaşıyormuşum gibi hissediyorum.	0,380	0,385
M15	Beni ayakta tutan inançlarım var.	0,186	-
M16	<i>Yardım</i> etme teknikleri ve protokollerini uygulayabildiğim için memnunum.	0,673	0,612
M17	Her zaman olmak istediğim insanım.	0,396	-
M18	İşim bana doyum veriyor.	0,701	0,739
M19	<i>Yardım eden</i> olarak çalışmam nedeniyle kendimi yıpranmış hissediyorum.	-0,522	0,581
M20	<i>Yardım ettiğim insanlar</i> ve onlara nasıl yardım edebildiğim konusunda olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	0,145	-
M21	İşimin sonu gelmeyecekmiş gibi görünmesinden dolayı kendimi bunalmış hissediyorum.	-0,592	0,657
M22	İşim sayesinde bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	0,502	0,485
M23	<i>Yardım</i> ettiğim insanların yaşadığı korkutucu deneyimleri bana hatırlattığı için, bazı eylemlerden ve durumlardan kaçınıyorum.	0,401	0,414
M24	<i>Yardım</i> etmek için yapabildiklerimle gurur duyuyorum.	0,668	-
M25	Yardımcı olduğum bir durumun sonucu olarak beklenmedik ve korkutucu düşüncelerim var.	0,715	0,723
M26	Sistem yüzünden kendimi “çıkmaza girmiş” gibi hissediyorum.	-0,525	0,643
M27	<i>Yardım eden</i> olarak “başarılı” biri olduğumu düşünüyorum.	0,570	-
M28	Travma mağdurlarıyla olan çalışmalarımın önemli kısımlarını hatırlayamıyorum.	0,392	0,404
M29	Çok yardımsever bir insanım.	0,338	-
M30	Bu işi yapmayı seçtiğim için mutluyum.	0,706	0,743



Şekil 6. İlk hal path diyagramı





Şekil 7. Son hal path diyagramı

## 4.2. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Güvenirlik Analizleri

### 4.2.1. Test Tekrar Test/ Değişmezlik Güvenirliği

Test tekrar test yöntemi güvenirlilik katsayısının kestiriminde kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem, bir testin (bir ölçme aracının) aynı bireylere, aynı koşullarda ancak belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmasına dayanır (Alpar, 2016). Ölçekler 61 kişilik bir örneklem grubuna iki hafta arayla uygulanmıştır. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'ne ait alt boyutların test-tekrar test sonuçları sınıf içi korelasyon katsayısı ile incelendiğinde, ölçek alt boyutlarının toplam puanı ile test-tekrar test sonucu elde edilen puanlar arasındaki uyumlar istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Bu ilişkiye ait korelasyon değerleri Tablo 9'da sunulmuştur. Bu sonuca göre sırasıyla Merhamet Doyumu, Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres Alt Boyut puanı ile test tekrar test arasında % 89,4, %87,4 ve %81,8'lik yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Bu bulgu Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin test ve tekrar test sonuçlarının benzer olduğunu göstermekle birlikte ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını desteklemektedir.

**Tablo 9.** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Alt Boyutlarının Test Tekrar Test Ortalamaları (n= 61)

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Alt Boyutları	Puan Ortalamaları		Analiz Sonuçları	
	Test	Tekrar Test	r	p
Merhamet Doyumu	26.0 ± 4,8	25,7 ± 4,6	0,894	
Tükenmişlik	14.0 ± 3,6	14.0 ± 3,2	0,874	< 0,001
Sekonder Travmatik Stres	21,7 ± 5,1	22,4 ± 5,5	0,818	

r: Sınıf içi korelasyon katsayısı

#### 4.2.2. İç Tutarlılık

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerlendirilmiştir.

#### Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Örnekleme ile aynı özellikleri taşımasına karşın araştırma kapsamına alınmayan 50 kişilik bir hemşire grubu üzerinde ölçeğin dil ve kapsam geçerliği çalışmaları yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Merhamet Doyumu, Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres alt boyutlarının Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı sırasıyla 0,831, 0,681 ve 0,783 olarak saptanmıştır. Gerekli düzenlemeler sonrasında Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin son hali oluşturulmuştur. Yapı geçerliği 21 madde ve 3 faktör ile doğrulanan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı ile incelenerek Tablo 10'de sunulmuştur. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirliğinin oldukça iyi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Türkçe formunun acil hemşirelerinin merhamet doyumu ve merhamet yorgunluğu düzeyini ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (Ek-2).

**Tablo 10.** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve alt ölçeklerinin Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa	Güvenilirlik Düzeyi
Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	21	0,728	İyi
Merhamet Doyumu	7	0,816	İyi
Tükenmişlik	5	0,747	İyi
Sekonder Travmatik Stres	9	0,758	İyi

### 4.3. Nicel Bulgular

#### 4.3.1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 11’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %60,9’unun evli, %39,1’inin bekar olduğu, %62,1’ini kadınların, %37,9’unu erkeklerin oluşturduğu, %35,5’inin lisans mezunu olduğu, %55,7’sinin 4500 TL üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamaları  $31,49 \pm 7,34$ ’tür (Tablo 11).

**Tablo 11.** Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Yaş $31,49 \pm 7,34$	18-30 yaş	124	49
	31 yaş ve üzeri	129	51
Cinsiyet	Kadın	157	62,1
	Erkek	96	37,9
Medeni durum	Evli	154	60,9
	Bekar	99	39,1
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	62	24,5
	Ön Lisans	91	36
	Lisans	90	35,5
	Yüksek lisans	10	4
Çocuk sahibi olma	Evet	145	57,3
	Hayır	108	42,7
Çocuk sayısı	1 çocuk	44	30,6
	2 çocuk	81	56,2
	3 çocuk	17	11,8
	4 çocuk	2	1,4
Aile gelir düzeyi	1500-4500 TL	112	44,3
	4500 TL Üzeri	141	55,7
Sağlık sorunu olma durumu	Evet	47	18,6
	Hayır	206	81,4
1.Derece yakında sağlık sorunu olma durumu	Evet	65	25,7
	Hayır	188	74,3

**Tablo 12.** Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Özellikler		n	%
Çalıştığı kurum	Üniversite Hastanesi	21	8,3
	Devlet Hastanesi	232	91,7
Çalışma statüsü	Kadrolu	228	90,1
	Sözleşmeli	25	9,9
Çalışma yılı	1-10 yıl	164	64,8
	11 yıl ve üzeri	89	35,2
Acil servisteki görevi	Acil servis hemşiresi	235	92,9
	Servis sorumlu hemşiresi	18	7,1
Serviste çalışan hemşire sayısı	3-20 hemşire	124	49
	21 ve üzeri hemşire	129	51
Acil serviste çalışma süresi	1-5 yıl	150	59,3
	6 yıl ve üzeri	103	40,7
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	159	62,8
	Eleman yetersizliği	39	15,5
	Rastlantı sonucu	55	21,7
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	45	17,8
	Vardiya	208	82,2
Haftalık çalışma saati	25-49 saat	175	69,2
	50 saat ve üzeri	78	30,8
Günlük bakılan hasta sayısı	10-150 hasta	119	47
	151 hasta ve üzeri	134	53

Hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 12’te sunulmuştur. Hemşirelerin % 91,7’sinin devlet hastanesi’nde çalıştığı, %90,1’inin kadrolu olarak görev yaptığı, %64,8’inin 1-10 yıl arası mesleki deneyime sahip olduğu, %59,3’ünün 1-5 yıldır acil serviste çalıştığı, %62,8’inin acil serviste isteyerek çalıştığı ve %82,2’sinin vardiyalı olarak görev yaptığı saptanmıştır. Acil serviste çalışan hemşire sayısı ortalaması 22,14±10.0 hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması ise 49,94±10,55 olarak belirlenmiştir (Tablo 12).

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo 13’te sunulmuştur. Hemşirelerin %49’unun acil serviste çalışmaktan memnun olduğu, %40,3’ünün ekonomik olarak mesleğini kısmen tatmin edici bulduğu, %45,5’inin hemşirelik mesleğini kısmen isteyerek seçtiği, %62’sinin hemşirelik mesleğini sevdiği, %33,2’sinin mesleğini her zaman kişiliğine uygun olarak değerlendirdiği, %51’inin hastaları anlama konusunda kendini her zaman yeterli hissettiği, %51’inin çalıştığı kurumda iş ile ilgili verdiği bağımsız kararların kısmen desteklendiğini ifade ettiği,

%54,1'inin koşulların uygun olması durumunda mesleği bırakmayı düşündüğü, %58,9'unun kendini mesleğine yabancılaşmış hissetmediği, %88,5'inin iş yaşantısında sözlü olarak, %23,3'ünün ise fiziksel olarak saldırıya uğradığı, %48,2'sinin iş yaşantısında duyarsızlaştığını hissettiği, %41,5'inin iş dışında sosyal aktivitelere katılamadığı, %77,1'inin sosyal aktivitelere katılamamasının nedenin zaman yetersizliği olduğu, %27,7'sinin mesai saatleri dışında hasta ve ailesinin sorunlarına zaman ayırdığı, %17'sinin iş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek aldığı saptanmıştır (Tablo 13).

**Tablo 13.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	124	49
	Hayır	24	9,5
	Kısmen	105	41,5
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	66	26,1
	Hayır	85	33,6
	Kısmen	102	40,3
Mesleği isteyerek seçme durumu	İsteyerek	104	41,1
	Kısmen isteyerek	115	45,5
	İstemeyerek	34	13,4
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	157	62
	Sevmiyor	24	9,5
	Kararsız	72	28,5
Mesleğini kişiliğine uygun bulma durumu	Hiç bir zaman	21	8,3
	Bazen	148	58,5
	Her zaman	84	33,2
Hastaları anlama konusunda yeterli hissetme durumu	Hiçbir zaman	4	1,6
	Bazen	120	47,4
	Her zaman	129	51
Çalıştığı kurumda iş ile ilgili verdiği bağımsız kararların desteklenme durumu	Evet	49	19,4
	Hayır	75	29,6
	Kısmen	129	51
Koşulları uygun olduğu takdirde mesleği bırakmayı düşünme durumu	Evet	137	54,1
	Kararsız	66	26,1
	Hayır	50	19,8
Kendini mesleğine yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	24	9,5
	Hayır	149	58,9
	Kısmen	80	31,6

**Tablo 13.** Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
*Travmatize edici olaylara karşı gösterdiği tepkiler ve düşünceler	Doğal bir durum olarak karşılarım	96	38,1
	Elimden bir şey gelmez diye düşünürüm	13	5,2
	Allahın bir cezası olduğunu düşünürüm	7	2,8
	Artık bu konularda duyarsızlaştım	46	18,3
	Elimden geleni yaptığımı düşünürüm	151	59,9
	Daha fazlasını yapabiliirdim diye düşünürüm	27	10,7
	Benim de başıma gelebilir diye düşünürüm	145	57,5
İş yaşantısında sözlü olarak saldırıya uğrama durumu	Evet	224	88,5
	Hayır	29	11,5
İş yaşantısında fiziksel olarak saldırıya uğrama durumu	Evet	59	23,3
	Hayır	194	76,7
İş yaşantısında duyarsızlaştığımı hissetme durumu	Evet	122	48,2
	Hayır	131	51,8
İş dışında sosyal aktivitelere katılabilme durumu	Evet	148	58,5
	Hayır	105	41,5
*Cevabı hayır ise sosyal aktivitelere katılmama neden/nedenleri	Yorgunluk	78	74,3
	Zaman olmaması	81	77,1
	Ekonomik sorunlar	24	22,9
	İsteksizlik	19	18,1
Mesai saatleri dışında hasta ve ailesinin sorunları için zaman ayırma durumu	Evet	70	27,7
	Hayır	183	72,3
İş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek alma durumu	Evet	43	17
	Hayır	210	83
*Cevabı evet ise kimlerden destek aldığı	Ailesinden	23	53,5
	Eşinden	16	37,2
	Arkadaşlarından	20	46,5
	Ekip arkadaşlarından	18	41,9
	Doktorundan	12	27,9

\*Çoklu yanıt alınmıştır.

#### 4.3.2. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'ne İlişkin

##### Bulgular

Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) değerleri Tablo 14'te verilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin en yüksek puanı “Bir yardım eden olarak işimi seviyorum.” (4±0,9) ve “Yardım etme teknikleri ve protokollerini uygulayabildiğim için memnunum.” (4±0,9) maddelerinden aldıkları en düşük puanı ise “Bir yardım eden

olarak işimde kapana kısıldığımı hissediyorum.” (2,1±1,1) maddelerinden aldıkları belirlenmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14.** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin maddelerinin ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

	A.O ± S.S	A.O ± S.S	Ortanca (Min-Mak)
Merhamet Doyumu	6. Yardım ettiğim insanlarla çalıştıktan sonra kendimi daha zinde hissediyorum	3,6 ± 1	4 (1 - 5)
	12. Bir yardım eden olarak işimi seviyorum	4 ± 0,9	4 (1 - 5)
	16. Yardım etme teknikleri ve protokollerini uygulayabildiğim için memnunum	4 ± 0,9	4 (1 - 5)
	18. İşim bana doyum veriyor	3,3 ± 1,1	3 (1 - 5)
	22. İşim sayesinde bir fark yaratabileceğime inanıyorum	2,9 ± 1,1	3 (1 - 5)
	30. Bu işi yapmayı seçtiğim için mutluyum	3,4 ± 1,2	3 (1 - 5)
Tükenmişlik	1. Mutluyum	3,4 ± 0,8	3 (1 - 5)
	10. Bir yardım eden olarak, işimde kapana kısıldığımı hissediyorum	2,1 ± 1,1	2 (1 - 5)
	19. Yardım eden olarak çalışmam nedeniyle kendimi yıpranmış hissediyorum	3,4 ± 1,1	3 (1 - 5)
	21. İşimin sonu gelmeyecekmiş gibi görünmesinden dolayı kendimi bunalmış hissediyorum	3,2 ± 1,1	3 (1 - 5)
	26. Sistem yüzünden kendimi “çıkılmaz” gibi hissediyorum	3,1 ± 1,2	3 (1 - 5)
Sekonder Travmatik Stres	5. Beklenmedik bir ses duyduğumda sığırırım ya da irkilirim	3,1 ± 1,2	3 (1 - 5)
	7. Yardım eden rolümle özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum	2,5 ± 1,2	2 (1 - 5)
	9. Yardım ettiğim insanların yaşadığı travmatik stresten etkilenmiş olabileceğimi düşünüyorum	2,3 ± 1	2 (1 - 5)
	11. Yardım etmem nedeniyle çeşitli konularda kendimi gergin hissediyorum	2,3 ± 1	2 (1 - 5)
	13. Yardım ettiğim insanların yaşadığı travmatik deneyimler nedeniyle kendimi depresif hissediyorum	2,2 ± 1	2 (1 - 5)
	14. Yardım ettiğim birinin yaşadığı bir travmayı kendim yaşıyormuşum gibi hissediyorum	2,3 ± 1	2 (1 - 5)
	23. Yardım ettiğim insanların yaşadığı korkutucu deneyimleri bana hatırlattığı için, bazı eylemlerden ve durumlardan kaçınıyorum	2,5 ± 1,1	3 (1 - 5)
	25. Yardımcı olduğum bir durumun sonucu olarak beklenmedik ve korkutucu düşüncelerim var	2,3 ± 1	2 (1 - 5)
	28. Travma mağdurlarıyla olan çalışmalarımın önemli kısımlarını hatırlayamıyorum	2,6 ± 1,1	3 (1 - 5)



**Tablo 15.** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri

<b>Ölçek Alt Boyutları (n=253)</b>	<b>Ort.</b>	<b>St. Sap.</b>	<b>Min.</b>	<b>Mak.</b>
Merhamet Doyumu	25,39	4,85	7,0	35,0
Tükenmişlik	14,45	3,80	5,0	23,0
Sekonder Travmatik Stres	21,96	5,58	10,0	39,0

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği sağlanan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Merhamet Doyumu alt boyut puanından alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 35; Tükenmişlik alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 5 en yüksek puan 25 ve Sekonder Travmatik Stres alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 9 en yüksek puan ise 45'tir (Tablo 15).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Merhamet Doyumu alt boyutu puan ortalaması 25,39 iken Tükenmişlik alt boyutu ortalaması 14,45 ve Sekonder Travmatik Stres alt boyutu ortalaması ise 21,96'dır. Bununla birlikte bu çalışmada hemşirelerin Merhamet Doyumu alt boyutu puanları en düşük 7 iken en yüksek ise 35'dir. Tükenmişlik alt boyutu ortalaması puanları en düşük 5 iken en yüksek ise 23'tür. Sekonder Travmatik Stres alt boyutu puanları en düşük 10 iken en yüksek ise 39'dur (Tablo 15).

#### **4.3.3. Merhamet Yorgunluğuna İlişkin Bulgular**

Bu araştırmada acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres bağımlı değişkenleri ile hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, mesleki özellikleri ve çalışma yaşamına ilişkin düşünceleri karşılaştırılmıştır.

**Tablo 16.** Sosyodemografik özelliklerin Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik Ölçeği ve Sekonder Travmatik Stres Ölçeği) üzerindeki etkisinin incelenmesi

		Tükenmişlik Ölçeği		Sekonder Travmatik Stres Ölçeği		Test Değerleri		
		A.O ± S.S	Levene	A.O ± S.S	Levene	Box'm	Pillai's Trace Wilk's λ	Eta <sup>2</sup>
Yaş grupları	18-30 yaş	15,1 ± 3,8	0,863	22,4 ± 6,3	0,005	0,011	<b>0,023*</b>	0,03
	31 yaş ve Üzeri	13,8 ± 3,7		21,6 ± 4,8				
Cinsiyet	Kadın	14,7 ± 3,8	0,949	22,6 ± 5,4	0,931	0,979	0,064	0,022
	Erkek	14,1 ± 3,8		20,9 ± 5,7				
Medeni durum	Evli	14,2 ± 3,8	0,579	21,7 ± 5,6	0,665	0,917	0,315	0,009
	Bekar	14,9 ± 3,8		22,3 ± 5,6				
Eğitim durumu	Sağlık Mes. L.	14,2 ± 4,1	0,596	22 ± 6,6	0,072	0,256	0,926	0,002
	Lisans	14,6 ± 3,6		21,8 ± 5,2				
	Lisans/Y.Lisans	14,5 ± 3,8		22,1 ± 5,2				
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	14,2 ± 3,8	0,54	21,6 ± 5,6	0,698	0,85	0,433	0,007
	Hayır	14,7 ± 3,8		22,4 ± 5,5				
Aylık geliri	1500-4500 TL	14,2 ± 3,6	0,298	21,6 ± 5,5	0,723	0,809	0,557	0,005
	4500 TL Üzeri	14,7 ± 3,9		22,3 ± 5,6				
Sağlık sorunu olma durumu	Evet	15 ± 4,2	0,18	21,3 ± 5,9	0,531	0,711	0,189	0,013
	Hayır	14,3 ± 3,7		22,1 ± 5,5				
1. derece yakınında sağlık sorunu olma durumu	Evet	14,4 ± 3,6	0,476	21,6 ± 5,5	0,991	0,866	0,829	0,002
	Hayır	14,5 ± 3,9		22,1 ± 5,6				

Wilks λ: Wilks Lambda

Acil Hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerinin merhamet yorgunluğuna etkisi Tablo 16'de incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaşın bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde etkili olduğu (p=0,023), cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, aylık gelir durumu, sağlık sorunu olma durumu ve birinci derece yakınında önemli sağlık sorunu bulunma durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin ise bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Bağımlı değişkenlerde değişimin %3'ünün yaş değişkeni tarafından açıklandığı (Eta<sup>2</sup>=0,030), 18-30 yaş

gurubunda yer alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

Acil Hemşirelerinin mesleki özelliklerinin merhamet yorgunluğuna etkisi Tablo 17’de incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma yılı, çalışma şekli, mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu ve mesleğini isteyerek seçme durumu gibi mesleki özelliklerin bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde etkili olduğu ( $p<0,05$ ), acil serviste çalışma yılı, acil serviste çalışma nedeni, serviste çalışan toplam hemşire sayısı, haftalık çalışma saati, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı gibi mesleki özelliklerin ise bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Bağımlı değişkenlerde değişimin %2,4’ünün çalışma yılı ( $Eta^2=0,024$ ), %3,9 unun çalışma şekli ( $Eta^2=0,039$ ), %4,7’sinin mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu ( $Eta^2=0,047$ ), ve %5,6’sının mesleğini isteyerek seçme durumu ( $Eta^2=0,056$ ) değişkeni tarafından açıklandığı, mesleki deneyimi 1 ile 10 yıl arası olan, vardiyalı çalışan, mesleğini ekonomik olarak tatmin edici bulmayan mesleğini istemeyerek ve kısmen isteyerek seçen hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 17.** Mesleki özelliklerin Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik Ölçeği ve Sekonder Travmatik Stres Ölçeği) üzerindeki etkisinin incelenmesi

Özellikler		Tükenmişlik		Sekonder Travmatik Stres		Box'm	Pillai's Trace Wilk's $\lambda$	Eta <sup>2</sup>
		A.O $\pm$ S.S	Levene	A.O $\pm$ S.S	Levene			
Çalışma yılı	1-10 yıl	14,8 $\pm$ 3,8		22,5 $\pm$ 6				
	11 yıl ve üzeri	13,8 $\pm$ 3,6	0,673	21 $\pm$ 4,5	0,003	0,032	<b>0,049*</b>	0,024
Acil serviste çalışma yılı	1-5 yıl	14,7 $\pm$ 3,8		22,5 $\pm$ 5,6				
	6 yıl ve üzeri	14,1 $\pm$ 3,8	0,877	21,2 $\pm$ 5,5	0,81	0,958	0,18	0,014
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	14,1 $\pm$ 3,7		22 $\pm$ 5,6				
	Eleman yetersiz.	15,3 $\pm$ 4	0,624	20,9 $\pm$ 5,2	0,809	0,977	0,07	0,017
	Rastlantı sonucu	14,8 $\pm$ 3,8		22,8 $\pm$ 5,6				

**Tablo 17.** Mesleki özelliklerin Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik Ölçeği ve Sekonder Travmatik Stres Ölçeği) üzerindeki etkisinin incelenmesi (devam)

Özellikler		Tükenmişlik		Sekonder Travmatik Stres		Box'm	Pillai's Trace Wilk's $\lambda$	Eta <sup>2</sup>
		A.O $\pm$ S.S	Levene	A.O $\pm$ S.S	Levene			
Servisinde çalışan hemşire sayısı	3-20 hemşire	14,2 $\pm$ 3,7	0,778	22,3 $\pm$ 5,8	0,337	0,398	0,225	0,012
	21 ve üzeri hemşire	14,6 $\pm$ 3,9		21,6 $\pm$ 5,3				
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	12,9 $\pm$ 4	0,726	20,5 $\pm$ 5,1	0,346	0,579	<b>0,007*</b>	0,039
	Vardiya	14,8 $\pm$ 3,7		22,3 $\pm$ 5,6				
Haftalık çalışma saati	25-49 Saat	14,3 $\pm$ 3,8	0,967	21,9 $\pm$ 5,7	0,782	0,947	0,472	0,006
	50 ve Üzeri Saat	14,9 $\pm$ 3,8		22,1 $\pm$ 5,4				
Günlük bakım verilen hasta sayısı	10-150	14,4 $\pm$ 3,9	0,558	22,2 $\pm$ 5,8	0,413	0,47	0,715	0,003
	151 ve üzeri	14,5 $\pm$ 3,7		21,8 $\pm$ 5,4				

Wilks  $\lambda$ : Wilks Lambda

Acil Hemşirelerinin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin merhamet yorgunluğuna etkisi Tablo 18'de incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda iş ile ilgili bağımsız verilen kararların desteklenme durumu, mesleği bırakmayı isteme durumu, duyarsızlaştığını hissetme durumu gibi özelliklerin bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde etkili olduğu ( $p < 0,05$ ), iş yaşantısında fiziksel saldırıya uğrama durumu, iş dışında sosyal aktivitelere katılabilme durumu, mesai saatleri dışında hasta ve ailesinin sorunlarına zaman ayırma durumu ve iş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek alma durumu gibi özelliklerin ise bağımlı değişkenlerin doğrusal kombinasyonunu etkilemediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bağımlı değişkenlerde değişimin %5,1'inin iş ile ilgili bağımsız verdiği kararların desteklenme durumu ( $\text{Eta}^2=0,051$ ), %3,8'inin mesleği bırakmayı isteme durumu ( $\text{Eta}^2=0,038$ ), %16,1'inin duyarsızlaştığını hissetme durumu ( $\text{Eta}^2=0,161$ ) değişkeni tarafından açıklandığı, iş ile ilgili bağımsız verdiği kararları desteklenmeyen, uygun koşullar sağlandığında mesleği bırakmak isteyen, iş

yaşantısında duyarsızlaştığını hissedenden hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 18.** Çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerin Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik Ölçeği ve Sekonder Travmatik Stres Ölçeği) üzerindeki etkisinin incelenmesi

		Tükenmişlik Ölçeği		Sekonder Travmatik Stres Ölçeği		Box'm	Wilks $\lambda$	Eta <sup>2</sup>
		A.O $\pm$ S.S	Levene	A.O $\pm$ S.S	Levene			
Mesleğin ekonomik olarak tatmin etme durumu	Evet	12,6 $\pm$ 3,3		21,3 $\pm$ 5,7				
	Hayır	15,4 $\pm$ 3,8	0,302	22,2 $\pm$ 6,2	0,192	0,106	<0,001	0,047
	Kısmen	14,8 $\pm$ 3,7		22,2 $\pm$ 5				
Mesleğini isteyerek sevme durumu	İsteyerek	13,2 $\pm$ 3,9		21,1 $\pm$ 5,3				
	Kısmen İsteyerek.	15,1 $\pm$ 3,3	0,408	22,9 $\pm$ 5,6	0,504	0,352	<0,001	0,056
	İstemeyerek	16,2 $\pm$ 3,9		21,3 $\pm$ 6				
İş ile ilgili bağımsız verdiği kararların desteklenme durumu	Evet	13 $\pm$ 3,6		21,2 $\pm$ 6,1				
	Hayır	16,1 $\pm$ 3,5	0,558	22,4 $\pm$ 5,6	0,628	0,744	<0,001	0,051
	Kısmen	14 $\pm$ 3,7		22 $\pm$ 5,3				
Mesleği bırakmayı isteme durumu	Evet	15,2 $\pm$ 3,6		22,3 $\pm$ 5,5				
	Kararsız	14,3 $\pm$ 3,6	0,866	22 $\pm$ 6	0,356	0,788	0,001	0,038
	Hayır	12,6 $\pm$ 3,9		21,1 $\pm$ 5,1				
İş yaşantısında fiziksel saldırıya uğrama durumu	Evet	14,6 $\pm$ 3,9		21,5 $\pm$ 6,2				
	Hayır	14,4 $\pm$ 3,8	0,914	22,1 $\pm$ 5,4	0,257	0,61	0,484	0,006
Duyarsızlaştığını düşünme durumu	Evet	16 $\pm$ 3,5		22,7 $\pm$ 5,8				
	Hayır	13 $\pm$ 3,5	0,573	21,3 $\pm$ 5,3	0,246	0,106	<0,001	0,161
Sosyal aktivitelere katılabilme durumu	Evet	14,2 $\pm$ 3,6		21,6 $\pm$ 5,3				
	Hayır	14,8 $\pm$ 4,1	0,055	22,4 $\pm$ 5,9	0,188	0,15	0,393	0,007
Mesai saatleri dışında hasta ve ailesine zaman ayırma durumu	Evet	14,3 $\pm$ 3,9		21,4 $\pm$ 6,4				
	Hayır	14,5 $\pm$ 3,8	0,776	22,2 $\pm$ 5,2	0,056	0,15	0,626	0,004
İş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek Alma Durumu	Evet	14,4 $\pm$ 3,7		22,6 $\pm$ 6,4				
	Hayır	14,5 $\pm$ 3,8	0,697	21,8 $\pm$ 5,4	0,06	0,325	0,607	0,004

Wilks  $\lambda$ : Wilks Lambda

**Tablo 19.** Minnesota İş Doyumu puanlarının Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) üzerindeki etkisinin incelenmesi

	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Wilks $\lambda$	Eta <sup>2</sup>
Tükenmişlik	253	14,45	3,804	<b>&lt;0,001</b>	0,100
Sekonder Travmatik Stres	253	21,96	5,577		

**Wilks  $\lambda$ :** Wilks Lambda

Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnosota İş Doyumu puanının bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Buna göre Minnesota İş Doyumu puanı bağımlı değişkenlerdeki (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) değişimin %10'unu açıklamaktadır ( $Eta^2=0,100$ ) (Tablo 19).

**Tablo 20.** Maslach Tükenmişlik Alt Boyutları puanlarının Merhamet Yorgunluğu (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) üzerindeki etkisinin incelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Wilks $\lambda$	Eta <sup>2</sup>
Duygusal Tükenme	Tükenmişlik	253	14,45	3,804	<b>&lt;0,001</b>	0,151
	Sekonder Travmatik Stres	253	21,96	5,577		
Duyarsızlaşma	Tükenmişlik	253	14,45	3,804	<b>0,036</b>	0,026
	Sekonder Travmatik Stres	253	21,96	5,577		
Kişisel Başarı	Tükenmişlik	253	14,45	3,804	0,056	0,023
	Sekonder Travmatik Stres	253	21,96	5,577		

**Wilks  $\lambda$ :** Wilks Lambda

Elde edilen bulgular doğrultusunda Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutu skorunun bağımlı değişkenlerin (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) doğrusal kombinasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre Duygusal Tükenme alt boyut puanı bağımlı değişkenlerdeki (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) değişimin %15,1'ini açıklamaktadır ( $Eta^2=0,151$ ). Duyarsızlaşma alt boyutu puanı bağımlı değişkenlerdeki (Tükenmişlik ve Sekonder Travmatik Stres) değişimin %2,6'sını açıklamaktadır ( $Eta^2=0,026$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21.** Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçekleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ve Minnesota İş Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

Özellikler	Tükenmişlik	Sekonder Travmatik Stres
Duygusal Tükenme	0,562**	0,248**
Duyarsızlaşma	0,454**	0,274**
Kişisel Başarı	-0,279**	-,232**
Minnesota İş Doyum Toplam	-0,404**	-0,112*

\*\*p< 0,001, \*p= 0,074, r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Elde edilen bulgular doğrultusunda Tükenmişlik ile Duygusal Tükenme arasında %56,2'lik pozitif ilişki bulunmaktadır. Tükenmişlik ile Duyarsızlaşma arasında %45,4'lük pozitif ilişki bulunmaktadır. Tükenmişlik ile Kişisel Başarı arasında %27,9'luk negatif ilişki bulunmaktadır. Tükenmişlik ile Minnesota İş Doyum arasında %40,4'lük negatif ilişki bulunmaktadır. Sekonder Travmatik Stres ile Duygusal Tükenme arasında %24,8'lik pozitif ilişki bulunmaktadır. Sekonder Travmatik Stres ile Duyarsızlaşma arasında %27,4'lük pozitif ilişki bulunmaktadır. Sekonder Travmatik Stres ile Kişisel Başarı arasında %23,2 negatif ilişki bulunmaktadır (Tablo 21).

#### 4.3.4. Merhamet Doyumuna İlişkin Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile Merhamet Doyumu Ölçeği puanı Tablo 22'de karşılaştırılmıştır. Merhamet Doyumu Ölçeği puanlarının hemşirelerin yaş gruplarına, medeni durumuna ve çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık gösterdiği, 31 yaş ve üzeri, evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerde merhamet doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bununla birlikte bu çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, sağlık sorunu olma durumu ve birinci derece yakınında sağlık sorunu bulunma durumu gibi değişkenlerin merhamet doyumunu üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

**Tablo 22.** Merhamet Doyumu Ölçeği puanı ile hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min -Mak)	p Değeri Test Değeri
Yaş grupları	18-30 Yaş	25 (7 - 35)	<b>p= 0,010</b>
	31 Yaş ve Üzeri	26 (12 - 35)	<b>U= 6507,5</b>
Cinsiyet	Kadın	26 (7 - 35)	p= 0,984
	Erkek	25,5 (12 - 33)	U= 7524,5
Medeni durum	Evli	26 (11 - 35)	<b>p= 0,037</b>
	Bekar	25 (7 - 35)	<b>U= 6438</b>
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	27 (16 - 35)	p= 0,139
	Ön Lisans	25 (7 - 34)	$\chi^2= 3,950$
	Lisans/Y.Lisans	25 (12 - 35)	
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	25,9 ± 4,7	<b>p= 0,032</b>
	Hayır	24,7 ± 5	<b>U= 6598</b>
Aylık geliri	1500-4500 TL	26 (7 - 35)	p= 0,369
	4500 TL Üzeri	25 (11 - 35)	U= 7378
Sağlık sorunu olma durumu	Evet	27 (12 - 33)	p= 0,460
	Hayır	25 (7 - 35)	U= 4507,5
Birinci derece yakınında önemli sağlık sorunu olma durumu	Evet	26 (18 - 35)	p= 0,197
	Hayır	25 (7 - 35)	U= 5454,5

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Hemşirelerin mesleki özellikleri ile Merhamet Doyumu Ölçeği puanları Tablo 23'te karşılaştırılmıştır. Merhamet Doyumu Ölçeği puanlarının hemşirelerin çalıştığı kurum, çalışma statüsü, çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı, acil servisteki görevi, servisinde çalışan hemşire sayısı, çalışma şekli, haftalık çalışma saati ve günlük bakım verilen hasta sayısı gibi özelliklere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Ayrıca acil serviste çalışma nedeninin Merhamet Doyumu Ölçeği puanını etkilediği, acil serviste isteyerek çalışan hemşirelerde merhamet doyumunun acil serviste eleman yetersizliği ve rastlantı sonucu çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).



**Tablo 23.** Merhamet Doyumu Ölçeği puanı ile hemşirelerin mesleki özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min - Mak)	p Değeri Test Değeri
Çalıştığı kurum	Üniversite Hastanesi	26(15-33)	p= 0,961 U= 2420,5
	Devlet Hastanesi	26(7-35)	
Çalışma statüsü	Kadrolu	26(7-35)	p= 0,925 U= 2817,5
	Sözleşmeli	26(18-35)	
Çalışma yılı	1-10 yıl	25 (7 - 35)	p= 0,111 U= 6413,5
	11 yıl ve üzeri	26 (12 - 35)	
Acil serviste çalışma yılı	1-5 Yıl	25 (12 - 35)	p= 0,141 U= 6885
	6 yıl ve üzeri	26 (7 - 35)	
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	26 (7-35)	p= 0,842 U=2055,5
	Sorumlu hemşire	27(12-31)	
Acil serviste çalışma nedeni	İsteyerek	27 (11 - 35) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2= 20,099</math></b>
	Eleman yetersizliği	23 (7 - 32) b	
	Rastlantı sonucu	24 (14 - 33) b	
Servisinde çalışan hemşire sayısı	3-20 hemşire	26 (12 - 35)	p= 0,112 U= 7075
	21 ve üzeri hemşire	25 (7 - 35)	
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	28 (11 - 35)	p= 0,055 U= 3828,5
	Vardiya	25 (7 - 35)	
Haftalık çalışma saati	25-49 saat	26 (7 - 35)	p= 0,211 U= 6154,5
	50 saat ve üzeri	25 (17 - 35)	
Günlük bakım verilen hasta sayısı	10-150 hasta	26 (7 - 35)	P=0,839 U= 7855
	151 ve üzeri hasta	25,5 (11 - 35)	

$\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, Min: Minimum, Mak: Maksimum

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşünceleri ile Merhamet Doyumu Ölçeği toplam puanı Tablo 24'te karşılaştırılmıştır. Merhamet Doyumu Ölçeği toplam puanının hemşirelerin acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu, mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği sevme durumu, mesleği kişiliğine uygun bulma durumu, koşullar uygun olduğunda mesleği bırakmayı düşünme durumu, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu, iş yaşantısında sözlü ve fiziksel saldırıya uğrama durumu, iş yaşantısında duyarsızlaştığını hissetme durumu, iş dışında sosyal aktivitelere katılabilme durumu ve mesai saatleri dışında hasta ve ailesi için zaman ayırma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bu doğrultuda acil serviste çalışmaktan memnun olduğunu ifade

edenlerde, mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulanlarda bulmayanlara göre, mesleğini isteyerek seçenlerde, mesleğini sevenlerde, mesleğini her zaman kişiliğine uygun bulanlarda, koşullar uygun dahi olsa mesleği bırakmayı düşünmeyenlerde, kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetmeyenlerde, iş yaşantısında fiziksel ve sözlü olarak saldırıya uğramayanlarda, iş dışında sosyal aktivitelere katılabilenlerde ve mesai saatleri dışında hasta ve ailesine zaman ayırdığını ifade edenlerde merhamet doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bununla birlikte Merhamet Doyumu Ölçeği puanının çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız verdiği kararların desteklenme durumu ve iş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek alma durumuna göre farklılık göstermediği belirlendi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 24.** Merhamet Doyumu Ölçeği puanı ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min - Mak) A.O ± S.S	p Değeri Test Değeri
Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	28 (14 - 35) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2=38,938</math></b>
	Hayır	20 (7 - 33) b	
	Kısmen	24 (11 - 35) b	
Mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu	Evet	26 (7 - 35) a	<b>p= 0,027</b> <b><math>\chi^2= 7,210</math></b>
	Hayır	25 (12 - 33) b	
	Kısmen	26 (11 - 35) ab	
Mesleğini isteyerek seçme durumu	İsteyerek	28 (7 - 35) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2= 58,652</math></b>
	Kısmen isteyerek	25 (12 - 35) b	
	İstemeyerek	21 (11 - 29) c	
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	28 (18 - 35) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2= 88,251</math></b>
	Sevmiyor	18,5 (7 - 29) b	
	Kararsız	23 (11 - 30) b	
Mesleğini kişiliğine uygun bulma durumu	Hiç bir zaman	19 (7 - 30) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2=61,835</math></b>
	Bazen	24 (12 - 33) b	
	Her zaman	29 (18 - 35) c	

**Tablo 24.** Merhamet Doyumu Ölçeği puanı ile hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ortanca (Min - Mak) A.O ± S.S	p Değeri Test Değeri
Çalıştığı kurumda iş ile ilgili bağımsız verdiği kararların desteklenme durumu	Evet	26 (14 - 35)	p= 0,165 $\chi^2= 3,604$
	Hayır	25 (7 - 33)	
	Kısmen	26 (11 - 35)	
Koşulları uygun olduğu takdirde mesleği bırakmayı düşünme durumu	Evet	23,6 ± 4,5 a	<b>p&lt;0,001</b> <b>F= 28,240</b>
	Kararsız	26,6 ± 4,6 b	
	Hayır	28,7 ± 3,8 c	
Kendini mesleğine karşı yabancılaşmış hissetme durumu	Evet	21 (12 - 32) a	<b>p&lt;0,001</b> <b><math>\chi^2=32,765</math></b>
	Hayır	27 (7 - 35) b	
	Kısmen	24 (12 - 35) a	
İş yaşantısında sözlü olarak saldırıya uğrama durumu	Evet	25,1 ± 4,9	<b>p= 0,003</b> <b>t= -2,958</b>
	Hayır	27,9 ± 4,1	
İş yaşantısında fiziksel olarak saldırıya uğrama durumu	Evet	24 (7 - 34)	<b>p= 0,014</b> <b>U= 4515,5</b>
	Hayır	26 (11 - 35)	
İş yaşantısında duyarsızlaştığını hissetme durumu	Evet	24 (7 - 35)	<b>p&lt;0,001</b> <b>U= 4534</b>
	Hayır	27 (17 - 35)	
İş dışında sosyal aktivitelere katılabilme durumu	Evet	25,7 ± 4,7	<b>p&lt;0,001</b> <b>t= 1,266</b>
	Hayır	24,9 ± 5	
Mesai saatleri dışında hasta ve ailesinin sorunları için zaman ayırma durumu	Evet	27 (11 - 35)	<b>p= 0,014</b> <b>U= 5127</b>
	Hayır	25 (7 - 35)	
İş yaşantısında yaşadığı travmalar nedeniyle destek alma durumu	Evet	27 (16 - 35)	p= 0,125 U= 3845
	Hayır	25 (7 - 35)	

**A.O:**Aritmetik Ortalama, **S.S:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum,  $\chi^2$ :Kruskal Wallis test istatistiği, **U:** Mann Whitney U test istatistiği, **F:** One Way Anova test istatistiği, **t:** Bağımsız iki grup T testi test istatistiği, **a-b-:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

#### 4.4. Nitel Bulgular

Acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niteliksel olarak yürütülen bu aşamada elde edilen veriler, odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve nitel görüşmelerde elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

##### 4.4.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Acil hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 25'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %85,7'sinin kadın, %66,7'sinin evli ve %76,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin yaş ortalamaları  $32,43 \pm 7,63$ , mesleki çalışma yılı ortalamaları  $11,67 \pm 6,84$  ve acil serviste çalışma yılı ortalamaları  $8,19 \pm 4,95$  olarak bulunmuştur (Tablo 25).

**Tablo 25.** Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=21)

Özellikler		N	%
Yaş grupları $32,43 \pm 7,63$	23-30 yaş	10	47,6
	31-38 yaş	4	19,0
	39 yaş ve üzeri	7	33,3
Cinsiyet	Kadın	18	85,7
	Erkek	3	14,3
Eğitim durumu	Lise	4	19,0
	Önlisans	1	4,8
	Lisans	16	76,2
Medeni Durum	Evli	14	66,7
	Bekar	7	33,3
Çalışma Yılı $11,67 \pm 6,84$	4-10 yıl	11	52,4
	11-17 yıl	5	23,8
	18 yıl ve üzeri	5	23,8
Acil serviste çalışma yılı $8,19 \pm 4,95$	3-6 yıl	11	52,4
	7-10 yıl	6	28,6
	11 yıl ve üzeri	4	19,0

#### 4.4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Faktörlere Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular

Bu bölümde odak gurup görüşmelerine katılan 21 hemşirenin sorulan sorulara verdikleri yanıtlar kodlanarak ve içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ile alt temalar oluşturulmuştur. Hemşirelerle yapılan görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır.

**Tablo 26.** Merhamet Yorgunluğu kavramına ilişkin temalar ve alt temalar

Tema	Alt temalar
Merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliği	Duyarsızlaşma
	Mesleki umursamazlık/ ilgisizlik
	Tahammülsüzlük
	Empati yeteneğini kaybetme
	Duygu yoksunluğu
	Bakımı önemsememe
	Vicdani rahatsızlık
	Bakımın sıradanlaşması
	Merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler
Acil sağlık sistemi ile ilişkili faktörler	
Yönetim ile ilişkili faktörler	
Mesleki rol ile ilişkili faktörler	
Hasta- hasta yakını ile ilişkili faktörler	
Merhamet yorgunluğunun belirtileri	Duygusal Belirtiler
	Fiziksel Belirtiler
	Sosyal Belirtiler
Merhamet yorgunluğunu önleme stratejileri	Sağlık bakım sistemi sorunlarına ilişkin stratejiler
	Yönetimsel stratejiler
	Mesleki stratejiler

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında 4 tema ile 19 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliği, merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler, merhamet yorgunluğunun belirtileri ve merhamet yorgunluğunu önleme stratejileri olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 26’da sistematik şekilde sunulmuştur.

## **Tema 1: Merhamet Yorgunluğu Kavramının Bilinirliği**

Merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliği ile ilgili olarak katılımcıların bu kavramı daha önce hiç duymadığı ve tanımını tam olarak bilmediği belirlenmiştir. Katılımcıların merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliğine ilişkin ifadeleri duyarsızlaşma, mesleki umursamazlık/ ilgisizlik, tahammülsüzlük, empati yeteneğini kaybetme, duygu yoksunluğu, vicdani rahatsızlık, bakımı önemsememe ve bakımın sıradanlaşması kavramları ile ilişkilendirilmiştir. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu kavramına yönelik ifadeleri şöyledir:

*“Biz mesela terminal dönemdeki exlere karşı duyarsızız, biz çok ex görüyoruz, her nöbetimizde karşılaştığımız için onlara karşı duyarsızlaşıyoruz. Bazen savunma mekanizması olarak şöyle diyoruz, “Kurtuldu, çekecekti.” Mesela yıllarca aynı hasta CA öyküsü ile bizde yattıyor, taburcu oluyor, her geöen gün kötüleşerek tekrar geliyor, biz de kurtuldu diyoruz .....” (O.1/K2)*

*“..... Örneğin asistan arkadaşlar ya da intörn arkadaşlar kan alacaklar, uğraşıyorlar, alamıyorlar. Müdahale etmek zorunda kalıyorsun. Örneğin aspire edecek ya da başka bir uygulama yapacak; yapamayınca ister istemez sen merhamet edip kalkmak zorunda kalıyorsun. Bu sürekli olunca da artık vazgeöçüyorsun, bütün işleri sen yapıyormuş gibi hissediyorsun...”*

*“Kavram olarak duymadık ama bu durum vicdanımızı yine rahatsız eden durumlardan biri. Aslında biz burada merhamet yorgunluğunu çok yaşıyoruz. Elimizde olmayan fiziki ya da yönetimden kaynaklanan sorunlardan dolayı bizim de merhamet etmekten yorulduğumuz zamanlar oluyor” (O.2/K.4)*

*“Merhamet yorgunluğu bir bakıma olaylara vakalara duyarsızlaşmaktır.” (O.2/K.1)*

*“Bence merhamet yorgunluğu empati yapamamak olabilir.”(O.2/K.5)*

*“Tahammülsüzlük. Merhamet yorgunluğu artık dert dinlemeye tahammülün kalmamasıdır.”(O.2/K.6)*

*“İşin açıkçası zaten yıllar geçtikçe hastaların her türlü durumunu gördüğümüz için –iyi, kötü, ultra kötü- merhamet duygumuz azalıyor; hastaya bir şey hissetmeden müdahale ediyoruz.” (O.3/K.3)*

*“Merhamet yorgunluğu artık insanlara karşı hissettiğin merhamet duygusunun azalması, kalbin taşlaşması...” (O.4/K.2)*

*“Artık sıradanlaşmış bir durum, hastaya hissettiğiniz merhamet duygusu azalıyor.” (O.4/K.6)*

## **Tema 2: Merhamet Yorgunluğuna Neden Olan Faktörler**

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler, acil sağlık hizmetleri ile ilişkili faktörler, yönetim ile ilişkili faktörler, mesleki rol ile ilişkili faktörler ve hasta- hasta yakını ile ilişkili faktörler olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılar sağlık bakım sistemi ile ilgili faktörleri mesai saatleri içerisinde dinleme sürelerinin olmaması, personel yetersizliği, aşırı hasta yoğunluğu, iş yükü, bakımda sürekliliğin olmaması, sürekli değişime uğrayan hekim gurubu ile çalışmak, sağlık çalışanlarını değersizleştiren sağlık politikaları ve kaynak yetersizliği olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt tema ile ilgili ifadeleri şöyledir:

*“Çalışma saatlerimiz! İstirahat saatlerimizin olmaması. Dün hastaya 1.5 saat CPR yaptık; ama var ya herkes su içinde birbirlerinin terini siliyor. Hasta ex oldu. Hastayı kaybettik. İki tane Miyokard İnfarktüsü geldi. Hiç istirahat yok, tuvalete sıkışan lavaboya gidemedi. 10 dakika nefes almamıza fırsat olmalı. Hiç hasta gelmediği zaman tamam oluyor ama yoğun olduğumuz saatlerde bir arkadaşımıza devredip; bir on dakika, on beş dakika dinlenemiyoruz yani.”(O.1/K.1)*

*“Fazla yoğun çalışmamızın nedeni de aynı odak noktasına gidiyor. Sayımızın yetersiz olması! Mesela müdahale kısmında bir kişi yerine iki kişi çalışsa, dönüşümlü olarak kendimize bir Off verebiliriz. Ortamdan tamamen uzaklaşabiliriz. Yani bizim acilde Off’umuz ne oluyor? En fazla personel odasından bir çay almamız.”(O.2/K.2)*

*“Herkesin görev tanımının netleşmiş olması gerekiyor, yani bir insana iki kişilik iş yüklediğiniz zaman verim düşer, doyumsuzluk olur tükenmişlik olur. Net bir*

*şekilde standart oluşturup bir kişi üç hasta bakacaksa üç hasta bakmalı. Yani bunu beş yaptığınız zaman orada tükenmişlik oluyor, orada kaos oluşuyor zaten. Acil buna çok müsait bir ortam. Daha fazla bu alanda eleman çalıştırmamız gerekiyor. En büyük sıkıntımız eleman eksikliği. Ama eleman eksikliği varmış gibi yansımıyor dışarıya bu durum. Arkadaşlar canla başla çalışıyor. Bazen az hasta geldiğinde ortalık süt liman oluyor. Ama burada eleman eksikliği var. Buradaki eleman ihtiyacı maksimum düzeye göre hesaplanmak zorunda. İşte biz bunu ifade etmeye çalışıyoruz sürekli. En büyük sıkıntılarımızdan biri de bu yani.”(O.1/K.3)*

*“Hasta sirkülasyonunun artması. Hasta sayısının artması beraberinde bize gelen vakaların çeşitliliği; ayrıca sürekli son dönem hastalarının gelmesi. Dış kurumlardan da daha bizim yapacağımız bir şey yok denilerek hastalar buraya gönderiliyor. Burası en son durak noktası olarak görülüyor. Dolayısıyla hasta sayısı da artıyor, bakım alacak hastanın sayısı içeriği de artıyor.....”(O.2/K.1)*

*“...İstatistiklerle ortaya konulduğunda bile hasta sayısında bir önceki yıla göre yüzde onların üzerinde bir artış varken biz eleman olarak bir önceki seneden daha az elemanla çalışıyoruz. Buna bağlı olarak kişi başına düşen hasta sayısı çok fazla. Aynı zamanda prosedürler her geçen gün daha fazlalaşıyor; sadece işimizi yapma odaklı değil eksik olan prosedürleri yerine getirmek için vermiş olduğumuz zihin yorgunluğundan dolayı biz gerçekten çok daha hızlı bir şekilde kendimizi bitmiş ve tükenmiş durumda hissediyoruz.”(O.3/K.3)*

*“.....Hemşireler o kadar temel ki hastanede gerçekten vazgeçilmez dediğimiz elemanlar hemşireler. Çünkü daimi eleman da kadrolu eleman da sürekli eleman da hemşireler. Hekim grubu sürekli değişen bir grup, diğer taşeron şirketler de yine aynı şekilde; hem de vasıfsız oluyorlar. Bu nedenle bilgisi ile üniteye hâkim olan, idari işleri bilen, takip eden daima hemşire olmak zorunda oluyor. Yani bir zaman sonra hastane politikası işlerini hemşire üzerinden yürütmeye başlıyor. İş yükümüzün aşırı derecede artmış olması, farklı alanlarla organize oluyor olmamız, hasta bakımında sürekliliğin olmamasını etkiliyor; yani bizim asıl odak işimiz hasta olmasına rağmen, biz hasta dışında birçok evrak işleri, resmi bağlantılı işler ile uğraşmaya dalıyoruz. Bu da yorgunluğu başka yöne doğru kaydırıyor aslında. Hekim gurubunun gerçekten değişiyor*



olması bizde merhamet yorgunluğuna neden oluyor. Onların yaklaşımları bizi etkiliyor çünkü.”(O.1/K.3)

“..... Aşırı kalite formlarının olması. Elbette kalite standartları olmalı. şu formu da doldurayım bu formu da doldurayım derken hastanın suratına bakamıyorum ki! Mesela bir kan takacağım gelmeden önce ayrı form dolduruyorum, geldikten sonra ayrı onam formu dolduruyorum. Hepsini hemşireye yüklüyorlar. Onları normalde doktorun alması gerekiyor.” (O.2/K.4)

“Sürekli hasta haklarının öne çıkarılarak sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi, hele bir de şu BİMER, CİMER vasıtasıyla insanların kolayca hemen yaptırımında bulunabilmesi. Mesela dün bir hastamız MR bekliyor. 184’ü aramış. İki dakika içinde de ne hikmetse bizim orayı aramışlar. Hemen MR’ı çekilecek deniliyor. ....” (O.4/K.2)

“..... Günümüzde artık hasta haklarının artması çalışan haklarının arka plana atılması da diğer bir neden. Örneğin yanlış bir uygulama yaptığımızda ya da eksik bir uygulama yaptığımızda direk bize tehdit olarak “Sizi şikayet edeceğim, başhekimlik nerede!” deniliyor ya da yaptığımız tedaviyi açıkladığımızda, “Neden bana IV tedavi yapmadınız da kalçadan IM ile yolluyorsunuz?” denilebiliyor. Bu şekilde geri dönütler de bizi yıpratın hasta kaynaklı durumlar oluyor.” (O.3/K.5)

Katılımcılar merhamet yorgunluğuna neden olan acil sağlık sistemi ile ilişkili faktörleri acil servisteki aşırı kalabalık, sonuçlandırılmayan hastalar, verilen bakımın olumlu sonuçlarını deneyimleyememek ve acil servisin fiziki yetersizlikleri olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

“İlk basamak olduğu için belki de hasta en kötü haliyle buraya geldiğinden biz onun iyileştirilme sonucunu burada göremiyoruz, hastaya verdiğimiz bakımın sonucunu göremeden buradan gidiyor.” (O.1/K.3)

“Hastaların acil serviste uzun süre kalmaları. Bir an önce sonuçlandırılmayan vakalar da merhamet yorgunluğuna neden olabilir.” (O.1/K.6)

*“Örneğin ben bu ara sürekli sarı alanda çalışıyorum. Geliyorum 1. gün hasta orada, ikinci gün yine hasta orada ve bugün dördüncü gün hasta yine orada. Sürekli aynı hastaya bakıyorsun, bir değişiklik de olmuyor. Acil serviste sirkülasyonun olması gerekirken geliyorsun, bakıyorsun sürekli aynı hastalar, yoğunluk oluyor. Ayrıca üç dört gün yatan hastanın yakını sürekli beş dakikada bir bilgi istiyor o da yani ister istemez tükenmişliğe neden oluyor” (O.3/K.1).*

*“..... Acildeki bu kaos, çok kalabalık bir yer; çünkü bir mesaide yaklaşık yirmi otuz kişiyle beraber çalışıyorsun, hasta yakınları ve hastalar hariç.” (O.1/K.4)*

*“Kapalı bina sendromu diye bir sağlık problemi var; yani bu hemşirelerde de çok yaşanan bir durum. Sağlık çalışanlarının penceresi havalandırması olmayan tek bir odaya kapatılması ya da direk ışık kaynağının altında bulunması migrene sebep olan nedenlerden bir tanesi... Arkadaşın dediği gibi fiziksel ortamlar hemşirelere danışılmıyor. “Biz bunu yapıyoruz ama hemşire arkadaşlar siz böyle yapıldığında burada rahat çalışabilecek misiniz ?” dediğini ben hiç hatırlamıyorum.” (O.3/K.5)*

*“Yani gelip iki dakika dinlenip böyle bir hava alayım deseniz mezarda gibi hissedersiniz kendinizi. Bu bile insanın merhamet yorgunluğunu çok etkiler diye düşünüyorum.” (O.3/K.2)*

Katılımcılar merhamet yorgunluğuna neden olan yönetim ile ilişkili faktörleri bakım ihtiyaçları ile çelişen politika ve öncelikler, yönetsel destek eksikliği, takdir edilmeme ve olumsuz caydırıcı eylemler olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler, özellikle yönetimin acil başvuru niteliği taşımayan hastalara acil serviste bakım sunulması konusundaki politikasının iş yükünü arttırdığını, bu uygulamanın aciliyeti olan hastaların bakım sürecini aksattığını düşünmektedirler. Bununla birlikte, yönetimin herhangi bir prosedürün uygulamaya geçirilmesine ilişkin olarak çalışanlar üzerinde tutanak tutma ve ceza verme gibi olumsuz caydırıcı eylemleri kullanarak otorite sağlamaya çalışması ve takdir etme gibi iş motivasyonunu artıran olumlu geribildirimlerde bulunmaması hemşireleri oldukça olumsuz etkilemektedir. Katılımcıların bu konuya yönelik ifadeleri şöyledir:

“.....Acilde acil hastasına bakım verilmesi gerekir, bunu bir şekilde ayırmaları gerekli. Ben poliklinik alanında geçen gün kemoterapi hastalarının 30 ünite kanlarını taktım. Acile gelen hastalara bakamadım; yani 30 ünite kan takip ediyorum bir yandan replasmanları. Onlara bir şey olacak mı, olmayacak mı? Alerjik reaksiyon gelişecek mi gelişmeyecek mi diye düşünmekten diğer hastalara bakamıyorum.” (O.4/K.2)

“Triajdayken acil hastamız geliyor, akut batın! İçeriye alacak sedye yok. Niye? İçeride kemoterapi hastaları sedyede kan alıyorlar.” (O.4 /K.2)

“İdari sorunlar da yaşıyor. Asistanları da bu konuda çok görmemek lazım. Onlara da “Gelen hastaları geri çevirmeyeceksiniz.” diyorlar. Onlar da dolayısıyla çok sıkıntısı olmayan poliklinikte bakılacak hastaları da artık kabul etmeye başlıyorlar. Dolayısıyla sizin de iş yükünüz artıyor. Bu durumda onlar da gerçek bir triaj yapamıyorlar. “Hastayı kabul edeceksin, göndermeyeceksin.” diyorlar. Hasta giderse şikayet geliyor.” (O.2/K.1)

“Mesela poliklinikte bir işlem yapılıyor. İşlem sonrası hastaya “3-4 saat acilde yatacaksın.” deniliyor, hasta da mecburen geliyor. Maalesef hocalar izin veriyor. Hastalar 3-4 saat yatıyor, yer işgal ediyor, diğer aciliyeti olan hastayı da alamıyorsun.” (O.2/K.2)

“.....Artı dış etkenler çok fazla! Üstlerimiz amirlerimiz bizleri takdir etme konusunda gerçekten çok yetersizler. Çok yoğun geçen nöbetlerin ardından bir teşekkür beklerken, çok basit aksaklıkları abartarak insanları demoralize ediyorlar. Amir takdir etmez, sadece eksik bulurmuş gibi düşünüyoruz artık. Amiri gördüğüm zaman, “Acaba ne söyleyecek, nasıl bu günümü berbat edecek?” diye bir düşünce oluyor içimde. Bu nedenle demoralize olmamak işten bile değil. Bu kadar basit, yani tükenmişlik hat safhada.” (O.3/K.4)

“Örneğin geçenki tutanak olayı. Onu ben atmışsam o çöpe, benim yüzümden ya da başka biri yüzünden on beş yirmi kişiye tutanak tutuluyorken, az sayıda eleman ile sorunsuz bir şekilde çok yoğun geçirilen bir nöbet ardından bir teşekkür edilmiyor. Yani

*buna gerek duyulmuyor; ama tıbbi atığa bir pet şişe atılması yüzünden on beş yirmi kişiye tutanak tutulabiliyor. Sonra çalışanlardan güler yüz bekleniyor.” (O.2/K.5)*

*“...Ben şuna inanıyorum. Birer çalışan olarak birbirimizi sevmek zorunda değiliz, çok iyi anlaşmak zorunda değiliz; ama bir ekip olarak çalışıyorsak birbirimize saygı duymak zorundayız. Ben 16 saat nöbet tutuyorum. Ben eşimle çocuğumla bu zamana kadar hiç 16 saat kesintisiz vakit geçirmedim. Ben iş arkadaşlarımla daha fazla vakit geçiriyorum, ben burada yaşıyorum. Yani anlatabiliyor muyum? O yüzden burada mutlu olmak zorundayım. Ben mutlu olabilmek için kendimden verip karşı taraftan da bir şey görmeliyim.” (O.3/K.2)*

*“Merhamet yorgunluğunun bir nedeni de aktivite eksikliği olabilir. Bizi mesela motive edecek herhangi bir aktivitenin yapılmayışı. Ara sıra aktivitelerde bulunsalar belki biraz daha motive edici olabilir.....” (O.2/K.6)*

Katılımcılar merhamet yorgunluğuna neden olan mesleki rol ile ilişkili faktörleri mesleğin vicdani yükümlülüğü, empati yapma, hastaların sorunlarına birebir tanık olma, ücret olanaklarının yetersizliği ve görev tanımındaki belirsizlikler olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

*“Bence ilk önce sağlık alanında çalıştığımız için ve mesleğimizin bir gereği olarak insan canıyla uğraştığımız için merhamet yorgunluğu ortaya çıkabiliyor.” (O.2/K.5)*

*“Mesleğimizin vicdani yükümlülüğü çok fazla.” (O.2/K.4)*

*“Yani en ufak hatamızda hastayı kaybedebiliriz, o yüzden dedikleri gibi vicdan yükü çok fazla.” (O.2/K.3)*

*“Sorun demeyeyim de hep problemlili bir grupta, hasta gurubu ile uğraşıyoruz. Karşımızda sürekli mutsuz bir grup var. Haftalık en az 40 saat çalıştığımızı düşünün. 40 saat boyunca hep o mutsuz grupta uğraşıyoruz. Doğal olarak bir süre sonra biz de bu durumdan olumsuz bir şekilde etkileniyoruz.” (O.2/K.6)*

*“Ben mesleki hayatım boyunca bir çok unutulamayacak duygusal olarak gerçekten yıkıma uğrayacağım çok şey yaşadım ama mesleki hayatım boyunca*

unutmadığım birkaç tane böyle kare var.... Bir gün yine büyük acilde bir teyzenin SVT'si var. Teyzeye kardiyoloji yatış verdi. Teyzeye “Seni yatıracağız.” dediğimiz zaman teyze dedi ki, “Oğlum benim diyalize giren 70 yaşında eşim var, onu emanet edecek kimsem yok.” “Seni bu durumda eve gönderemeyiz, yok mu tanıdığın, yok mu yakın?” diye sordum. Önce yok, dedi. Sonra birkaç kişiyi telefonuyla aradı. Şimdi bir kişiyi aradı. İşte durumu anlatıyor: “Beni hastaneye yatırırlar, eşime sadece bir günlüğüne bakar mısın?” diye soruyor, karşı taraftaki yok diyor, ama yani neredeyse sekiz konuşma yapmıştır. Her telefon sonrasında teyzenin yüz ifadesindeki ve gözyaşındaki şiddet artıyor. Oturdum onunla birlikte ağladım. Yani o orada ağlıyor ben öbür tarafta ağlıyorum. Bu benim mesleki hayatım boyunca unutamayacağım çok nadir karelerden biri. Biz teyzeyi imzasını alarak taburcu etmek zorunda kaldık ve teyzeye dedim ki insanlık bitmiş, bu kadar basit.”

“Bence merhamet yorgunluğunun en önemli nedeni direk empati yapmak, direk empati!” (O.2/K.2)

“MR epilepsi hastasıydı bir hastam. Bu acilde yaşadığım bir olay. O aileden bayağı bir çocuk darp edilmiş gelmişti. Bütün gece çocuğa baktık sabahında bana “Hemşire abla çocuğun var mı?” dedi. Var, dedim. “Sen hiç çocuklarına vurma olur mu?” dedi ve ben o olaydan çok etkilenmişim ağlamıştım zaten teslim de verememiştim.”

“Ben de müdahale odasında aort diseksiyonu bir hasta bakmıştım. Hasta sedyeye kendisi yürüyerek geçti. Hastaya form doldururken “Kaç yaşınızdasınız?” diye sordum. 44 dedi, “45 yaz hemşire hanım, 1 hafta sonra 45 oluyorum.” dedi. Hastayı tomografiye gönderdim orada arrest oldu, dönmedi. 45 dakika müdahale ettik. Onu hiç unutamiyorum niyeyse, bilmiyorum.” (O.2/K.3)

“Şu da merhamet yorgunluğunun bir nedeni olabilir. Hani biz hep çalışıyoruz, ediyoruz. Bunun maddi anlamda karşılığının yetersiz olması da bir sebep olabilir, yani eğer ekonomik düzeyde evde sıkıntıların varsa aldığın para seni tatmin etmiyorsa o da olabilir bence.”(O.1/K.5)

*“Hemşireliğin görev tanımı yok. Hemşirelik nedir? Bir meslek tanımı vardır o tanım çerçevesinde çalışırsın. Hemşirelik diye bir kavram yok. Hemşire aynı zamanda doktor, hasta yakını, refakatçi, teknik bakım, güvenlik görevlisi, sekreter. Bu belirsizlikten doğan iş yükü enerjimizi düşürüyor.” (O.4/K.4)*

Katılımcılar merhamet yorgunluğuna neden olan hasta-hasta yakını ile ilişkili faktörleri acil sağlık hizmetlerinin bilinçsiz kullanımı ve hasta- hasta yakınının olumsuz tutum ve davranışları olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların ifadeleri şöyledir:

*“... Hastalar hafif bir baş ağrısında hafif bir mide bulantısında bile acil servise başvuruyor. Örneğin ishal olmuş sabah kalkıyor ishal oldum diye geliyor, çok basit şikayetler de bile içeri alınıyor, bir sürü tedavi veriliyor, sonra başka acil bir hastanın bakımına yardım etmek için müdahaleye geçtiğinde ishali olan bir hasta “Bende burada hastayım bana niye bakmıyorsunuz?” diyerek sana çıkışabiliyor.” (O.2/K.5).*

*“... Artı şöyle bir durum oluyor artık. Gelen hastalar “Bana niye tomografi çektirmiyorsun?” şeklinde kendi tetkiklerini kendileri istiyorlar ve ne hikmetse tomografi ya da başka tetkik yapılan hastalar bu tetkiklerden sonra iyileşebiliyorlar.” (O.2/K.1)*

*“Bir gün perdenin arka tarafında hastaya kalp masajı yapıyoruz. Bu on iki yaşında bir erkek çocuk. Diğer taraftan da bir ses kulağıma geldi. Biz de acile geldik. Bu cümlelerin üzerine perdeyi açtım, orda da çok aciliyeti olan bir hasta var düşüncesiyle. Bir tane kadın çocuğunu yanına almış sedyede oturuyor. Dedim ki “Ablacığım sizin çocuğunuzun neyi var.” “Çocuğumun boğazı ağrıyor.” “Ablacığım burada da başka bir çocuğun kalbi durmuş, hangisi acil?” dedim. “Eğer siz vicdanınıza ve onurunuza gururunuzla yediriyorsanız hangisinin acil olduğunu söyleyin, biz bunu bırakıp size gelelim.” O insan çocuğunu alıp acilden ayrıldı.” (O.3/K.3)*

*“Merhamet yorgunluğunda şöyle bir durum söz konusu. Genellikle karşı taraftan gelen geri bildirimler de önemli. Hastaya karşı çok güzel bir şekilde yaklaşım ondan güzel dönüş alamadığınız zaman bu durum sizde merhamet yorgunluğuna sebep oluyor en başta.” (O.3/K.3)*

“...Yani mesela benim hasta yakınının anlayışsızlığına tahammülüm yok. Ben bu kadar özveri ile çalışırken, onun benim verdiğimle maaş alıyorsun lafına tahammülüm yok....” (O.3/K.2)

“Hasta yakınları bir de şöyle oluyor. Mesela yoğun bakım ya da poliklinik kısmında, müdahale kısmında hasta yakınları geliyor, yaptığın işi beğenmiyor, çarşafı kaldırıyor, kolunun altına o yastığı koyuyor, buraya bu çarşafı koyuyor. Bunu yapamamışsın şu şöyle olmuş, bu böyle olmuş. Hasta yakınlarının bu şekilde davranması da merhamet yorgunluğunun sebebi yani olabiliyor.” (O.3/K.3)

### **Tema 3. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri**

Katılımcılar merhamet yorgunluğunun belirtilerini fiziksel, duygusal ve sosyal boyutta değerlendirmişlerdir. Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerde çoğunlukla duygusal ve sosyal belirtiler görüldüğü belirlenmiştir. Hemşireler merhamet yorgunluğunun duygusal belirtileri olarak duyarsızlaşma, tükenmişlik, sinirlilik, tahammülsüzlük, öfke, gerginlik, önemsememe, olduğu gibi kabullenme, keyifsizlik, mutsuzluk ve pişmanlık duygularını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler kendilerinde baş ağrısı, yorgunluk ve iştahsızlık gibi fiziksel belirtiler tanımlamışlardır. Katılımcılar ayrıca tepkisizlik, ilgisizlik, yalnız kalma isteği, sürekli uyuma isteği ve aileleri ve yakın çevrelerine aşırı tepki gösterme gibi sosyal belirtiler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin merhamet yorgunluğunun belirtilerine yönelik ifadeleri şöyledir:

“.....Yine eleman yetersizliğinden çok bunaldıysam, çok sinirlendiysem ondan dolayı duyarsız davranabiliyorum, sert davranabiliyorum. Bir de ex konusunda da işte sürekli onu yaşadığımız için ve iş olarak baktığımız için o konuda bir duyarsızlık geliyor.” (O.2/K.5)

“Hasta odaklı çalışıyorsun mesela en basitinden bir örnek vereyim. Hastanın birkaç defa vitalini alıyorsun, bir sorun görüyorsun, doktora bir söylüyorsun, iki söylüyorsun, en sonunda da söylememeye başlıyorsun. Çünkü cevap vermiyor adam sana. O zaman orda duyarsızlaşıyorsun yani. Sonuçta bir netice yok. En sonda hastaya diyorum ki, “Ben doktora ilettim, doktor dönerse işleme alacağım, ilaç vereceğim.” diyorum. Başka bir uygulama yapacağım, diyorum.” (O.2/K.2)

*“Yine dediğim gibi empati yapamama karşıdaki kişinin yerine kendini koyamayınca duyarsız olabiliyorsun. Ona karşı düşünmeden davranabiliyorsun. Aslında ilk önce bir öfke ve sinir hali oluyor ama daha sonradan öfkelenildiğin ve sinirlendiğin için pişmanlık da oluyor.”*

*“Ben aslında tükenmiş bitmişim. Biz hasta merkezli çalışmıyoruz, öyle çalışsak doyuma ulaşacağız. İş merkezli çalıştığımız için bir işi yaparken geride başka bir iş kaldı mı diye kulağımız gözümüz hep arkada. Nasıl doyuma ulaşacağız ki... Bu sayede de tükenmiş oluyoruz.” (O.4/K.1)*

*“İzinden geldikten sonra bile kısa süre içerisinde tükenmişlik sendromuna giriyoruz çünkü az elemanla çok iş yapmaya çalışıyoruz.” (O.3/K.3)*

*“Hatta yoğun nöbetlerden sonra bazen yeter sabah olmuyor. Artık istifa edeceğiz, diyoruz. Yani bazen gerçekten hiç oturmadığımız oluyor nöbetlerde. Acil servis böyle bir yer bazı nöbetler çok rahat geçiyor, oturabiliyorsun ama bazen de hiç oturmadığım sadece yemek yemek için oturduğum zamanlar oluyor. O zamanlar gerçekten tükenmişlik yaşıyoruz.” (O.2/K.3)*

*“Merhamet yorgunluğunun kendimizde psikolojik etkilerini görebiliyoruz. Toleransımız azalıyor, kendimize de çevremize de. Tolere edemiyoruz. En ufak şeylerde patlama noktasına geliyoruz. Bazen böyle psikolojik sorunlara sebep oluyor yani.” (O.4/K.4)*

*“Ben şöyle söyleyeyim kendim vicdani olarak bu durumdan rahatsız olduğum zamanlar oluyor. Çünkü tahamülsüzleştiğimin kendim de farkındayım. Duygusal olarak kendim, sosyal yönden ise ailem de bunu fark ediyor. “İşe başladıktan sonra değiştin sen.” gibi cümleler sarf edebiliyorlar bazen.” (O.2/K.6)*

*“Hastanede yaşadığımız olayları aileden çıkartıyoruz bence.” (O.4/K.3)*

*“Bence hani arkadaşımın da dediği gibi o kadar yoruluyorsun, o kadar bunalıyorsun ki hani eve gittiğinde kendi ailenden biri soru sorduğunda ters bir cevap verebiliyorsun. Başkasından çıkartıyorsun ona duyduğun siniri yani.” (O.4/K.5)*



*“... İlk yıllarda daha empati yapabiliyordum, daha duygusal yaklaşıyordum ama şimdi duygularımı kaybettim. O tarz duygularım hiç yok çoğu zaman. Bazen denk geliyor, hani on vakada diyelim ikisinde ama sekizinde yok. Duygusal olamıyorum.”*  
**(O.4/K.1)**

*“Sosyal olarak da yalnız kalma ihtiyacı hissediyorum ben, yalnız kalmak istiyorum. Bir de uyumak istiyorum. Kendimi soyutlamak, yalnız kalmak, uyumak, kimse beni rahatsız etmesin.”* **(O.2/K.1)**

#### **Tema 4. Merhamet Yorgunluğunu Önleme Stratejileri**

Katılımcıların önerileri doğrultusunda merhamet yorgunluğunu önleme stratejileri sağlık bakım sistemi sorunlarına ilişkin stratejiler, yönetsel stratejiler ve mesleki stratejiler olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcılar sağlık bakım sistemi sorunlarına ilişkin stratejileri personel sayısının artırılması, hasta ve hasta yakınlarının sağlık bakım sisteminin kullanımı konusunda eğitilmesi, çalışan haklarının gündeme getirilmesi ve kaynak yetersizliğinin giderilmesi olarak ifade etmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler mola uygulamalarının getirilmesi, acil servislerde nitelikli ve istekli personelin çalıştırılması, acil servisin fiziki ve güvenlik olanaklarının artırılması, sosyal etkinliklerin düzenlenmesi, amirler tarafından takdir edilme, yoğun kliniklerden stabil kliniklere belirli aralıklarla hemşire rotasyonunun sağlanması, olumsuz caydırıcı eylemlerin kullanılmaması ve değerli olduklarının hissettirilmesi gibi yönetsel stratejilerin merhamet yorgunluğu gelişimini önleyebilecek önemli girişimler olduğunu düşünmektedir. Ayrıca katılımcılar ücret politikalarının düzenlenmesi ile görev tanımındaki belirsizliklerin giderilmesi gibi mesleki stratejilerin de merhamet yorgunluğunu önleyebileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu alt temaya ilişkin ifadeleri şöyledir:

*“Şimdi merhamet yorgunluğuna eğer hasta yakınları da etkense biraz önce diğer arkadaşların da söylediği gibi ise hasta yakınlarının hakları ya sınırlandırılmalı ya hasta yakınları bilinçlendirilmeli.”* **(O.3/K.2)**

*“Acilde hep gerçi hastane genelinde hep hasta hakları söz konusu. Çalışan hakları da önemsenmeli. Hasta haklarının yanında çalışan haklarının da korunması gerekir.”* **(O.4/K.4)**

“Çok fazla dışlı olup kişiyi gerçekten on off noktasında çalıştırmak gerekiyor. Yani gerçekten hemşirenin ünitesinden, o gürültüden, hasta ve hasta yakınlarının stresinden, sürekli soru soran ve sürekli beklentisi olan o kalabalıktan biraz uzaklaştırılması gerekiyor. Kişinin gerçekten çalışma saatleri arasında dinlenme saati adı altında bir şekilde kendini kapatması gerekiyor çünkü burası sürekli insanlarla iç içe olduğumuz açık bir alan. Uzun süreli olduğunda.... ” (O.1/K.3)

“Ya isteyen gelmeli, ona bakarsanız kişiyi motive edecek kriterlerden bir tanesi istediği yerde çalışması zaten. Kesinlikle eğer kişi orda çalışmak istemiyorsa onu orda tutmamak lazım.” (O.1/K.3)

“Güvenli biraz daha sessiz bir çalışma alanı hasta yakınlarından uzak.” (O.1/K.6)

“Bir de fiziksel şartlarının ısı sıcaklık soğukluk; işte zemin tuvalet ortamları gibi. Mutfak, her yer bizim işimizi kolaylaştıracak şekilde pratik fiziksel ortamın hazırlanmış olması.” (O.1/K.2)

“Çalışma ortamının düzeltilmesi daha ferah ve daha rahat nefes alabilecekleri odalar ve kullanım alanlarının olması. Bizim odamızı siz biliyorsunuz zaten.” (O.3/K.2)

“Elemanın devamlılığının sağlanması, profesyonel elemanla çalışılmanın artırılması sürekli eleman değişikliği yapıp da burada var olan sayı üzerinden gidilmemesi, yani nitelikli eleman.” (O.1/K.3)

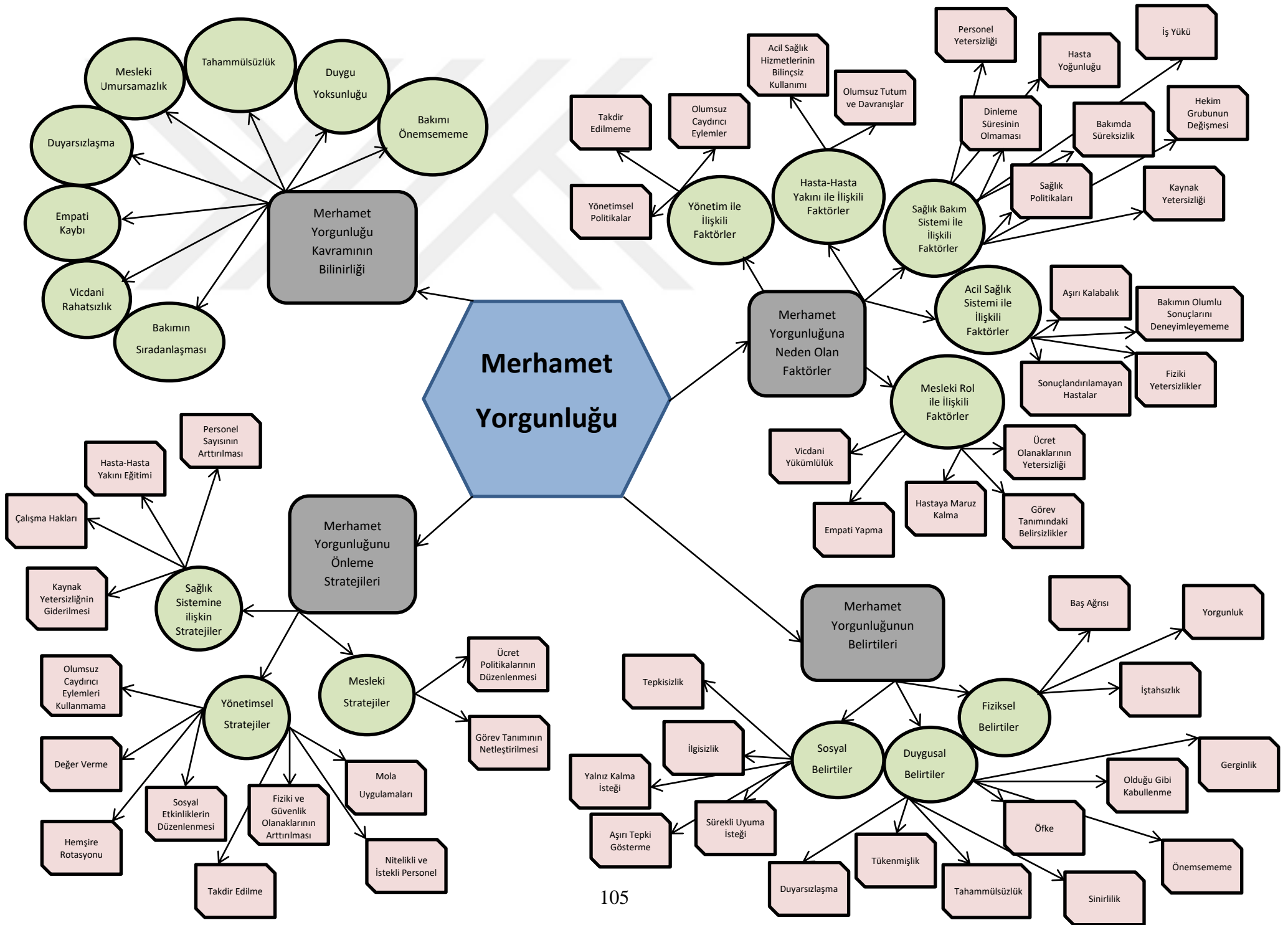
“Sosyal etkinliklerinin hemşirelerin demoralize değil de motive edilmesi yönünde sosyal aktivitelerin artırılması bizleri motive eden faaliyetlerin daha da çoğaltılması.” (O.3/K.1)

“.....Yine bizim fiziksel ortamımız ve elemanımız yetersiz olduğu için hasta yakınları bazen haklı olarak ta üstümüze gelebiliyor. Yetersiz kalıyoruz çünkü. Örneğin film bekliyor ama personel olmadığı için gönderemiyoruz. Belki hasta sakinse de o yüzden ajiteleşebiliyor. Bize karşı sert davranabiliyor o yüzden fiziksel ortam genişletilse, elemanlar arttırılrsa hani hastalarla daha güzel hasta yakınlarıyla daha

*güzel ilgilenilebilse ve hasta yakınları da bize olumlu bir şekilde dönse merhamet yorgunluğu olmayabilir.” (O.2/K.5)*

*“Rotasyon olabilir belki hemşireler arasında. Örneğin biz çok yoğun bir bölümümüz daha sakin bölümde çalışan arkadaşlarımız var. Üç beş ayda rotasyon olabilir. Ya bu serviste çalışanları ayrıcalıklı tutacaksın ya da rotasyon yapacaksın. Maddi manevi daha onun (acil serviste çalışmanın zorluğu) farkındalığını hissettirebilirsin.” (O.2/K.6)*





Şekil 8. Hemşirelerin görüşleri doğrultusunda merhamet yorgunluğuna yönelik oluşturulan tema ve alt temaların kavram haritası

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelik bireyi holistik yaklaşım doğrultusunda ele alan bakıma temellenmiş olan bir meslektir. Bakım hemşireliğin özüdür. Hemşirelik bakımı, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceri ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır (Dinç, 2010). Hemşireler bakım sunma sürecinde doğrudan kendileri travma yaşamadıkları halde bireyin acı çekme sürecine tanıklık ettikleri için çaresizlik, yetersizlik ve öfke yaşayabilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2010; Konal ve Ardahan, 2018). Literatürde merhamet yorgunluğu olarak adlandırılan bu durum, hemşirelerde iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik ile birlikte üretkenliğin azalmasına, tıbbi hataların artmasına, hasta memnuniyetinde azalmaya ve meslekte ayrılmalara neden olabilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2010). Bu çalışma Samsun il ve ilçelerinde acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyi ile bu durumu etkileyen faktörler arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

### 5.1. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Veri toplama aracı olarak kullanılacak ölçüm aracı farklı bir dil ve kültürde geliştirilmişse bu aracın Türk dili ve kültürüne uyarlama çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Esin, 2015). Bu araştırmanın birinci aşamasında acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla Stamm (2010) tarafından geliştirilen Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Versiyon 5'in Türkçe uyarlama çalışmaları yürütülmüştür. Bu ölçüm aracının orijinali "Merhamet Yorgunluğu Öz Sınama Testi" adıyla Charles Figley (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçüm aracının birkaç versiyonu bulunmakla birlikte (Stamm, 2010) bu çalışmada en güncel olan Versiyon 5'in Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır.

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirebilmektedir. Bu nedenle farkların en aza indirilebilmesi için ölçek maddelerinin titizlikle incelenerek çevrilen dilde anlamlı olmasına özen gösterilmesi gerekmektedir. Orjinal dildeki bir ölçeği hedeflenen bir dile çevirirken, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak amacıyla en çok kullanılan yöntem geri çeviri yöntemidir (Esin, 2015). Dil uyarlamasında önemli noktalardan bir diğeri ise çevirmenin seçimidir. Çevirmenin her iki dili, kültürü iyi bilmesi olabildiğince ölçek yapılarında uzman olması önerilmektedir (Esin, 2015).

Ölçeğin eş değeriğinin sağlandığı aşamada literatürde belirtilen bu noktalara dikkat edilerek ölçek çeviri - geri çeviri basamakları uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe dil yapısına uygun olmasına ve aynı kültürel anlamı taşımasına dikkat edilerek, ölçeklerin kapsam geçerliğini sağlama aşamasına geçilmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından yürütölen Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği-IV)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 4 psikolog ve ruh sağlığı konusunda deneyimli bir hemşire tarafından ölçeğin dil eş değeriğinin sağlanması amacıyla çeviri- geri çeviri basamakları gerçekleştirilmiştir.

Ölçme aracındaki maddelerin (soruların), ölçölmesi gerekeyen konuyu, tam olarak ve dengeli bir şekilde ölçme derecesi kapsam geçerliği olarak adlandırılmaktadır (Karagöz, 2017). Kapsam geçerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Uzman görüşüne başvurma ve aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması bu yaklaşımlar arasındadır. Kapsam geçerliğinin belirlenmesi amacıyla uzman görüşüne başvurma yöntemi tercih edilecekse uzman sayısının 5'in üzerinde olması arzu edilmektedir (Alpar, 2016). Ayrıca uzman görüşü yönteminde dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise ölçek maddelerinin ilgili bilim alanında uzman ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen kişilerin görüşüne sunulmasıdır (Esin, 2015).

Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak kapsam geçerliğinin değeriendirilmesi amacıyla dil eşdeğerliği sağlanan ölçek maddeleri 7 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ölçek maddelerinin hem dil ve kültür eşdeğerliğinin hem de içerik geçerliğinin sayısal değerilerle kanıtlanabilmesi ve uzman görüşlerinin sağlıklı değeriendirilebilmesi için dereceleme ölçütü olarak çeşitli teknikler kullanılmaktadır (Esin, 2015). Bu araştırmada uzman görüşleri arasındaki uyumu değeriendirilebilmek amacıyla Kendall İyi Uyuşum analizinden yararlanılmış ve uzmanlar arasında görüş birliği olduğu görölmüştür ( $p>0,05$ ).

Yapısal geçerlik ölçme aracının soyut bir olguyu (kavramı, boyutu vb.) ne derecede doğru ölçebildiğini göstermektedir (Tavşancıl, 2014). Yapısal geçerliğin belirlenmesi amacıyla içerik analizi, iç tutarlık analizi ve faktör analizinin kullanıldığı (Karagöz, 2017); bu amaçla en çok başvuruölen yöntemin ise faktör analizi olduğu

bildirilmektedir (Seçer, 2015). Faktör analizinde incelenen örneklemin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2016). Bu amaçla kullanılan yöntemlerden biri Keiser Meyer Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçüsüdür (Alpar, 2016). Literatürde verilen bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada yapı geçerliğinin değerlendirileceği örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu KMO testi ile belirlenmiştir. İyi bir faktör analizi için 0 ile 1 arasında değişmekte olan KMO değerinin 1'e yaklaşması istenmektedir. KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması çoğu zaman yeterli olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak örnek büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu saptanmıştır (KMO: 0,796,  $p < 0,001$ ).

Ölçek geliştirme ve uyarlama sürecinde açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki yaklaşımdan söz edilmekte (Seçer, 2015); yurt dışında geliştirilen bir ölçme aracının yapı geçerliğinin, uyarlanmak istenen yeni kültürde de korunup korunmadığının belirlenmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılması gerektiği bildirilmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2016b). Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak dil eşdeğerliği sağlanan ve geliştirildiği kültürde 3 faktörlü yapıya sahip olan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Türk kültüründe de korunup korunmadığının değerlendirilmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin dördüncü versiyonunun uyarlama çalışmasında ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçüt bağıntılı geçerlik yönteminden yararlanılmıştır (Yeşil ve ark., 2010).

Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında uyum iyiliği değerlerinin incelenmesi gerekmektedir. Model uyumu için genel olarak bakılan değerlerin  $\chi^2/sd$ , GFI, CFI ve RMSEA değerlerinin olduğu, ayrıca model uyumunu değerlendirmek amacıyla IFI, RMR, NFI, AGFI değerlerinin de incelenebileceği ve bakılacak değerlerle ilgili bir sınırlamanın olmadığı bildirilmektedir (Karagöz, 2016). Bu araştırmada doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda uyum iyiliği değerleri incelendiğinde, bu ölçeğe ait oluşturulan ilk modelde uyum indekslerindeki kare/serbestlik derecesi ( $\chi^2/sd$ ) dışındaki tüm modifikasyon katsayılarının uyum sağlamadığı ( $\chi^2/sd$ : 2,943; GFI: 0,732; IFI: 0,666; TLI(NNFI): 0,634; CFI: 0,641; RMSEA: 0,088; SRMR: 0,114) belirlenmiştir. Bu nedenle madde faktör yükleri diğer bir deyişle standardize faktör yükleri incelenmiştir. Literatürde her iki yönde 0,30 ile 0,40 arasındaki madde faktör yükleri

kabul edilebilir en düşük düzeydeki yükler olarak kabul edilmektedir (Alpar, 2016). Bu araştırmada 2, 4, 15 ve 20. maddelerin madde faktör yüklerinin 0,30'dan küçük olduğu saptanmış bu doğrultuda bu maddeler ölçüm modelinden çıkarılmıştır. 26 madde ve 3 faktörden oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan ölçüm modeli tekrar analiz edilmiştir. Analiz sonucunda modelin yeterli uyum göstermediği belirlenmiş bu doğrultuda model iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Öncelikle modifikasyon indeksleri tablosuna bakılarak modelde yapılacak olası değişiklikler için ki kare düşüş değerleri incelenmiştir. En yüksek “M.I.” değerinin göstermiş olduğu modifikasyon, kavramsal olarak uygun olduğu durumlarda bağlanarak model yürütülmüştür. Modifikasyonların yeterli olmaması nedeniyle en çok modifikasyon yüklenen 5 madde (8, 17, 24, 27 ve 29. maddeler) modelden çıkarılmıştır. Bu çalışmada 2 modifikasyon ve toplamda 9 (2, 4, 8, 15, 17, 20, 24, 27 ve 29. Maddeler) madde çıkarımı ile literatürle uyumlu kabul edilebilir sonuçlar elde edilmiş ve sonuç olarak modelin doğrulandığı ( $\chi^2/sd$ : 2,187; GFI: 0,874; IFI: 0,855; TLI (NNFI): 0,832; CFI: 0,853; RMSEA; 0,069; SRMR: 0,071) belirlenmiştir.

İyi bir ölçme aracında aranan temel niteliklerden biri güvenilirliktir (Karasar, 2015). Geçerli bir testin aynı zamanda güvenilir olması gerekmektedir (Alpar, 2016). Güvenirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği fenomeni tutarlı ve istikrarlı bir şekilde ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Karagöz, 2016). Toplam puanlar üzerine kurulu likert türü bir ölçeğin güvenirliliğinin hesaplanmasında sıklıkla Cronbach alfa katsayısı kullanılmaktadır. İlgili ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu ya da tüm maddelerin o ölçüde birlikte çalıştığı yorumu yapılmaktadır (Alpar, 2015). Bu araştırmada doğrulayıcı faktör analizi ile geçerliği sınanan 21 maddelik ölçeğin güvenirliliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Literatürde ölçeğin güvenilir olarak kabul edilmesi için cronbach alfa değerinin 0,60 değerine eşit ya da daha yüksek olması gerektiği bildirilmektedir (Karagöz, 2016; Alpar, 2016). Uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda, 21 maddeden oluşan “Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu” ölçeğinin ( $\alpha=0,728$ ), 7 maddeden oluşan “Merhamet Doyumu” alt boyutunun ( $\alpha=0,816$ ), 5 maddeden oluşan “Tükenmişlik” alt boyutunun ( $\alpha=0,747$ ) ve 9 maddeden oluşan “Sekonder Travmatik Stres” alt boyutunun iyi derecede güvenilir ( $\alpha=0,758$ ) olduğu saptanmıştır. Araştırma



bulgumuzu destekler nitelikte Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülen Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-IV)'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi amacıyla Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

## **5.2. Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Nicel Verilerin Tartışılması**

Türkçe geçerlik ve güvenirliği sağlanan 21 madde ile 3 faktörden oluşan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin 5 maddeden oluşan Tükenmişlik alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir. Stamm (2010) bu alt ölçekten alınan puanların yüksek olmasının bireyin tükenmişlik riskine işaret ettiğini bildirmektedir. Bu çalışmada çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Tükenmişlik alt boyutu puan ortalaması  $14,45 \pm 3,80$  olarak belirlendi. Ayrıca bu çalışmada Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda Sekonder Travmatik Stres alt boyutunun 9 maddeden oluştuğu; ölçekten alınabilecek en düşük puanın 9, en yüksek puanın ise 45 olduğu belirlendi. Bu çalışmada hemşirelerin Sekonder Travmatik Stres alt boyutundan aldıkları puan ortalaması  $21,96 \pm 5,58$  olarak belirlendi.

Bu çalışmada Merhamet Yorgunluğunu oluşturan Sekonder Travmatik Stres Alt Ölçeği ile Tükenmişlik Alt Ölçeği bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiş olup, merhamet yorgunluğunu etkileyen ve etkilemeyen sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikler belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda yaş değişkeninin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olduğu, 18-30 yaş grubunda yer alan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde ettiğimiz bu bulgunun mesleğe yeni başlayan hemşirelerin iş ile ilgili beklentilerinin yüksek olmasından ve problem çözmede henüz yeterince deneyim kazanmamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda yaş değişkeninin merhamet yorgunluğunu etkilediği (Oktay, 2018; Hunsaker ve ark., 2014; Burtson ve Stichler, 2010) ve genç yaş grubu hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Sacco, 2015; Kely, 2015; Hunsaker ve ark., 2014). Diğer yandan mesleki bilgi ve beceri düzeyinin yaş ilerledikçe geliştiğini ve ileri yaş grubu hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama olasılıklarının daha düşük olduğunu

bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Sacco, 2015). Araştırma bulgularına karşın bu konudaki literatürde yaş değişkeninin merhamet yorgunluğunu etkilemediğini bildiren araştırmalar olduğuda görülmektedir (Potter, 2010; Hinderer, 2014; Wentzel ve Brysiewicz, 2018).

Elde edilen bulgular doğrultusunda bu çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu gibi sosyodemografik özelliklerin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Araştırma bulgularını destekler yönde hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumunun cinsiyet (Hunsaker, 2014; Hinderer, 2014; Oktay, 2018) ve eğitim durumuna göre farklılık göstermediğini (Oktay, 2018; Hunsaker ve ark., 2014; Hinderer, 2014; Potter, 2010) bildiren çalışmalar olmasına karşın cinsiyet ve medeni durum değişkeninin merhamet yorgunluğunu etkilediğini, kadın (Sprang, 2007; Hooper, 2010; Sacco 2015; Polat ve Erdem, 2017) ve evli olan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Oktay, 2018). Literatürde hemşirelerde merhamet yorgunluğu yaşama durumunun çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık gösterdiği, çocuk sahibi olan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin çocuk sahibi olmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu, bu durumun toplumun kadına yüklediği rol ve sorumluluklarının yol açtığı stresten kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Oktay, 2018).

Bu araştırmada meslekte çalışma yılı değişkeninin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olduğu, çalışma yılı 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerle karşılaştırıldığında çalışma yılı 1-10 yıl arası olan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımıza karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hemşirelik deneyimi ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (Potter, 2010; Hunsaker ve ark., 2014; Hinderer, 2014; Oktay, 2018; Wentzel ve Brysiewicz, 2018). Diğer yandan bu araştırmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ile acil serviste çalışma süreleride karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Araştırma bulgularını destekler yönde Hunsaker ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada da acil serviste çalışma süresinin hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumu etkilemediği bildirilmiştir.

Merhamet doyumunu bir insanın başkalarına yardım etmesine bağlı olarak yaşadıkları olumlu duygular olarak ifade edilmektedir (Sacco ve ark, 2015). Bununla

birlikte merhamet doyumunu bakım vericininin bakım sağlama sürecinde empatik bir bağ kurduğu ve başarı duygusu hissettiği zaman deneyimledikleri olumlu bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Stallen ve ark., 2011). Ayrıca Stamm (2002) “insan ruhunun dayanıklılığı” olarak betimlediği merhamet memnuniyetini merhamet yorgunluğu riskini dengeleyen olası bir etken olarak değerlendirmektedir. Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada Türkçe geçerlik ve güvenilirliği sağlanan 21 madde ve 3 faktörden oluşan Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin 7 maddeden oluşan Merhamet Doyumu alt boyut puanından alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan ise 35'tir. Bu çalışmada çalışma kapsamına alınan acil hemşirelerinin Merhamet Doyumu alt boyut puan ortalaması  $25,39 \pm 4,85$  olarak belirlendi. Stamm (2010), Merhamet Doyumu alt ölçeğinden alınan puanın artmasının bireyin bulunduğu pozisyona ilişkin daha fazla doyum sağladığına; puanın azalmasının ise bireyin işi ile ilgili sıkıntılar yaşadığına işaret ettiğini bildirmektedir. Merhamet Doyumu alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puanın 7 en yüksek puanın ise 35 olduğu dikkate alındığında araştırma kapsamına alınan hemşirelerin iş doyum düzeyinin çok düşük olmadığı söylenebilir.

Literatürde merhamet doyumunun yaş değişkeninden etkilendiği; yaşça büyük olan hemşirelerde merhamet doyum düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada literatürle uyumlu olarak Merhamet Doyumu Ölçeği puanlarının hemşirelerin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği, 31 yaş ve üzeri grupta yer alan hemşirelerde merhamet doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Hinderer ve arkadaşları (2014)'nin travma hemşirelerinde merhamet yorgunluğu, merhamet doyumunu ve sekonder travmatik stres konulu çalışmasında hemşirelerin yaşı ile merhamet doyumunu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu, hemşirelerin yaşı arttıkça merhamet doyumlarının da arttığı bildirilmektedir.

Bu çalışmada merhamet doyumunu üzerinde etkili olan diğer sosyodemografik özelliklerin medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu olduğu, evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerde merhamet doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Denk (2018) tarafından bu konuya ilişkin yapılan bir çalışmada merhamet doyumunun medeni durum değişkeninden etkilendiği, evli olan hemşirelerde merhamet doyumunu düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Sacco ve arkadaşları (2015)'nin kritik bakım hemşirelerinde merhamet doyumunu ve merhamet yorgunluğu konulu çalışmasında, erkek hemşireler ile karşılaştırıldığında kadın hemşirelerde merhamet doyumunun daha yüksek olduğu; ancak erkek hemşirelerin örneklemin küçük bir kısmını oluşturmasından (%5) kaynaklanabilecek farklılığın dikkatli yorumlanması gerektiği bildirilmektedir. Bu çalışmada cinsiyetin merhamet doyumunu üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Literatürde merhamet doyumununun meslekte çalışma süresi (Kara, 2018), acil serviste çalışma süresi ve eğitim düzeyi gibi bazı iş ile ilgili faktörlerle ilişkili olduğu; meslekte çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi ile eğitim düzeyindeki artışın merhamet doyumundaki artışa paralellik gösterdiği bildirilmektedir (Hunsaker ve ark., 2014). Araştırma bulgularına karşın bu çalışmada hemşirelerin meslekte ve acil serviste çalışma yılları ile eğitim düzeylerinin merhamet doyumları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bununla birlikte bu çalışmada merhamet doyumunun acil serviste çalışma nedenine göre farklılık gösterdiği, acil serviste isteyerek çalışan hemşirelerin merhamet doyum düzeyinin acil serviste eleman yetersizliği ve rastlantı sonucu çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada Merhamet Doyumu Ölçeği toplam puanının hemşirelerin acil serviste çalışmaktan memnun olma, mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulma, mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme, mesleği kişiliğine uygun bulma durumuna göre farklılık gösterdiği, acil serviste çalışmaktan memnun olduğunu ifade edenlerde, mesleği ekonomik olarak tatmin edici bulanlarda, mesleğini isteyerek seçenlerde, mesleğini sevenlerde, mesleğini her zaman kişiliğine uygun bulanlarda merhamet doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte literatürde meslekten memnun olma durumu ve mesleğini isteyerek seçme durumu gibi değişkenlerin merhamet doyumunu üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Denk, 2018).

### **5.3. Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Nitel Verilerin Tartışılması**

Araştırmanın üçüncü aşamasında acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik odak grup görüşmeleri doğrultusunda elde edilen veriler incelenmiştir. Odak grup görüşmelerine katılan hemşirelerin merhamet yorgunluğu kavramını daha önce duymadıkları, bu kavramı tam anlamıyla bilmedikleri

ve acil servis deneyimlerinden yola çıkarak açıklamaya çalıştıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Upton (2018)'un acil tıbbi bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun nicel ve nitel yöntemlerle incelendiği araştırmasında hemşirelerin merhamet yorgunluğu kavramından habersiz oldukları belirlenmiştir.

Bu araştırmada katılımcılar merhamet yorgunluğu kavramını duyarsızlaşma, mesleki umursamazlık/ ilgisizlik, tahammülsüzlük, empati yeteneğini kaybetme, duygu yoksunluğu, vicdani rahatsızlık, bakımı önemsememe ve bakımın sıradanlaşması kavramları ile ilişkilendirerek merhamet yorgunluğu kavramının belirtileri üzerine odaklanmışlardır. Merhamet yorgunluğu kavramını tanımlarken “*olaylara vakalara duyarsızlaşmak*”, “*empati yapamamak*” ve “*tahammülsüzlük*” gibi ifadeler kullanmışlardır. Literatürde merhamet yorgunluğu kavramı Joinson (1992) tarafından “bakım yeteneğini kaybeden hemşirelerin deneyimlediği empati yoksunluğu” olarak ifade edilmektedir. Benzer şekilde McHolm (2006) bu kavramı “bakım vericinin başkalarına empati kurma ve bakım verme isteği ile becerisi ve enerjisinde yaygın azalma” olarak tanımlamaktadır. Mathieu (2012) ise merhamet yorgunluğu kavramını “hasta problemlerine karşı duyarsızlaşmanın görüldüğü duygusal ve fiziksel tükenmişlik ile acı çeken bireyler ile başa çıkma kapasitesi ve ilgisinin azalması” olarak açıklamaktadır. Araştırma kapsamına alınan katılımcılar daha önce merhamet yorgunluğu kavramını duymamalarına karşın kelimenin anlamından ve çalışma yaşamındaki olumsuz deneyimlerinden yola çıkarak literatürle benzerlik gösteren tanımlamalarda bulunmuşlardır.

Merhamet yorgunluğu ile ilgili literatür incelendiğinde; merhamet yorgunluğuna neden olan faktörlere ilişkin çeşitli sınıflandırmaların yapıldığı belirlenmiştir (Upton 2018; Yoder, 2010; Gök, 2010; Maytum, 2004). Bu araştırmada katılımcıların ifadeleri doğrultusunda merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler, sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler, acil sağlık sistemi ile ilişkili faktörler, yönetim ile ilişkili faktörler, mesleki rol ile ilişkili faktörler ve hasta- hasta yakını ile ilişkili faktörler olmak üzere beş başlık altında sınıflandırılmıştır. Bununla birlikte merhamet yorgunluğuna neden olan sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler detaylandırıldığında katılımcılar tarafından ifade edilen bazı tetikleyicilerin hasta yoğunluğu, personel yetersizliği, aşırı iş yükü, kaynak yetersizliği ve ücret olanaklarının yetersizliği olduğu

belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler yönde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda sistemselsorunların merhamet yorgunluğunu tetiklediği (Yoder, 2010; Maytum, 2004), hasta yoğunluğu (Chase, 2005; Portnoy, 2011; Wentzel ve Brysiewicz, 2014; Schmidt, 2017), iş yükü (Maytum, 2004; Chase, 2005; Gök, 2010; Yoder, 2010), personel (Upton, 2018; Yoder, 2010; Chase, 2005) ve kaynak yetersizliğinin (Wentzel ve Brysiewicz, 2014; Berg ve ark., 2016) hemşirelerde merhamet yorgunluğuna neden olduğu bildirilmektedir.

Literatürde, aşırı kalabalık ve hastaların acil serviste uzun süre bekletilmesi gibi acil ünitelerine özgü faktörlerin hemşirelerde iş stresine yol açarak (Dominguez Gomez and Rutledge, 2009; Flarity 2013) merhamet yorgunluğuna neden olduğu bildirilmektedir (Wentzel ve Brysiewicz, 2014). Bu araştırmada katılımcılar, hastaların acil serviste uzun süre yatması nedeniyle bakım yüklerinin arttığını, bu duruma bağlı olarak tükenmişlik yaşadıklarını ve gelişen bu durumun merhamet yorgunluğuna zemin hazırladığını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte araştırma kapsamına alınan hemşireler, literatürle uyumlu olarak acil serviste kaos ortamına neden olan kalabalığın merhamet yorgunluğunun diğer önemli bir tetikleyicisi olduğunu, verilen bakımın olumlu sonuçları tam gözlemlenmeden hastaların taburcu olmasının merhamet yorgunluğuna zemin hazırladığını bildirmişlerdir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte literatürde “Uzun süre yoğun bir şekilde enerji ve merhamet gösterilen hastaları iyileştirmenin, hastalarda olumlu sonuçları görememenin ve deneyimlememenin” merhamet yorgunluğuna neden olan diğer önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Mc Holm, 2006).

Araştırma kapsamında belirlenen bir diğer alt tema ise merhamet yorgunluğuna neden olan yönetim ile ilişkili faktörlerdir. Görüşmelerde katılımcılar bakım ihtiyaçları ile çelişen politika ve öncelikler, yönetsel destek eksikliği, takdir edilmeme ve olumsuz caydırıcı eylemlere bağlı olarak iş motivasyonlarının azalmasından söz etmektedirler. Hemşireler, özellikle yönetimin durumu acil olmayan hastalara acil serviste bakım sunulması konusundaki politikasından rahatsızlık duyduklarını ve bu politikanın durumu acil olan hastalara bakım sunma sürecini olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedirler. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte Berg ve arkadaşlarının (2016) travma ekibinde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik sendromunu incelemek üzere yapmış oldukları çalışmada da, kurum bürokrasisinin hastalara acil bakım sunumunu etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca bu araştırmada katılımcılar merhamet

yorgunluğuna neden olan bir diğer faktörü yönetim ile ilişkili olan yönetimsel destek eksikliği olarak ifade etmişlerdir. Araştırma bulgumuzu destekler yönde bu konuda yapılan bir çalışmada, yönetimsel destek eksikliğinin hemşirelerin anksiyete yaşamasına neden olarak merhamet yorgunluğu ile sonuçlandığı bildirilmektedir (Upton, 2018).

Bununla birlikte katılımcılar, yaşanan olumsuzlukların sert bir şekilde dile getirildiğini, bu olumsuzlukların önlenmesi için tutanak tutma ve cezai işlem başlatma gibi iş motivasyonunu düşüren olumsuz caydırıcı eylemlerin kullanıldığını ve kişisel başarının göz ardı edilerek takdir etme gibi iş doyumunu arttıran eylemlerde bulunulmadığını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgumuzu destekler yönde bu konuda yapılan bir araştırmada yetersiz olumlu geri bildirim ve bireysel sorunlara karşı gösterilen tepkilerin merhamet yorgunluğuna yol açtığı bildirilmektedir (Cooetze ve Laschinger, 2017). Yöneticilerin, hemşirelerde kişisel doyumun artırılmasına ve çalışan konforunun sağlanmasına yönelik uygulamalar geliştirmelerinin, çalışanlarda merhamet yorgunluğunun önlenmesinde son derece önemli olduğu düşünölmektedir.

Katılımcılar, hemşirelik mesleğine özđu bazı özelliklerin merhamet yorgunluğuna neden olduğunu ifade etmişlerdir. Merhamet yorgunluğuna neden olan mesleki rol ile ilişkili faktörler detaylandırıldığında katılımcılar tarafından en sık tekrarlanan tetikleyicinin empati yapmak olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler yönde Figley (2002), empatiyi merhamet yorgunluğuna yol açan iki faktörden biri olarak tanımlamıştır. Merhamet yorgunluğuna yol açan bir diğer faktör ise hastaya bakım vermedir (Figley, 2002). Araştırma bulgumuza karşı Cooetze ve Laschinger (2017), empatinin hemşirelerde merhamet yorgunluğuna yol açan bir risk faktörü olmadığını belirtmektedir. Katılımcılar tarafından ifade edilen ve merhamet yorgunluğuna neden olan mesleki rol ile ilişkili bir diğer faktör ise hastaların sorunlarına hemşirelerin birebir tanık olmasıdır. Araştırma bulgumuzu destekler yönde bu konudaki literatürde yıkıcı yaralanmalara maruz kalan hastaların bakımını üstlenmenin; hastalarla iç içe olmanın ya da onlarla aşırı özdeşleşmenin duygusal uzaklaşmadan tamamen çökmeye kadar birçok reaksiyona yol açabileceği bildirilmektedir (Flarity, 2013).

Ücret ve kurumun sağladığı avantajların çalışanlarda iş memnuniyetini arttıran önemli faktörler olduğu bilinmektedir (Karakuş, 2011; Chan ve ark, 2008). Literatürde hemşirelerin ücret olanaklarının yetersiz olmasından şikayetçi oldukları, aldıkları

ücretin kendilerini tatmin etmediği (Karadağ ve ark., 2013; Aykanat ve Tellimoğlu, 2003), yetersiz ücretin aynı zamanda merhamet yorgunluğuna neden olduğu bildirilmektedir (Chase, 2005). Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak hemşireler yaptıkları işin maddi açıdan karşılığını alamadıklarını, bu nedenle iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik yaşadıklarını; bu olumsuzlukların merhamet yorgunluğu ile sonuçlandığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların ifadeleri doğrultusunda merhamet yorgunluğunun belirtileri fiziksel, duygusal ve sosyal belirtiler olarak sınıflandırılmıştır. Hemşireler merhamet yorgunluğuna bağlı olarak en çok duyarsızlaşma, tükenmişlik, sinirlilik, tahammülsüzlük, öfke, gerginlik, önemsememe, olduğu gibi kabullenme, keyifsizlik, mutsuzluk ve pişmanlık gibi duygusal problemler; tepkisizlik, ilgisizlik, yalnız kalma ve sürekli uyuma isteği ile aile ve yakın çevreye aşırı tepki gösterme gibi sosyal belirtiler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar merhamet yorgunluğunun duygusal ve sosyal belirtilerinin yanı sıra baş ağrısı, yorgunluk ve iştahsızlık gibi fiziksel belirtiler de yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin benzer duygusal (Coetze ve Klopper, 2010; Lombardo ve Eyre, 2011; Portnoy, 2011; Dikmen ve Aydın, 2016; Konal ve Ardahan, 2018) ve sosyal belirtileri (Dikmen ve Aydın, 2016) deneyimledikleri bildirilmekte olup, bu duygusal ve sosyal belirtilere fiziksel belirtilerin de (Mc Holm, 2006; Showalter, 2010; Lombarde ve Eyre, 2011; Portnoy, 2011; Figley, 2012; Dikmen ve Aydın, 2016; Konal ve Ardahan, 2018) eşlik ettiği vurgulanmaktadır.

İnsana özgü bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve ahlaki yükümlülük kavramları ile nitelenen bakım (Cortis ve Kendrick, 2003), hemşireliğin ayrılmaz bir parçasıdır (Yoder, 2010). Literatürde hastanın yaşadığı acı ile karşı karşıya kalındığında hemşireyi koruyabilecek yardımcı stratejilerin belirlenmesinin ve kullanımının desteklenmesinin hemşirelik rolünü geliştirebileceği vurgulanmaktadır (Yoder, 2010). Bu araştırmada katılımcılar mola uygulamalarının getirilmesi, acil servisin fiziki ve güvenlik olanaklarının artırılması, yoğun kliniklerden stabil kliniklere belirli aralıklarla hemşire rotasyonunun sağlanması gibi stratejilerin merhamet yorgunluğu gelişimini önleyebilecek önemli girişimler olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızı destekler yönde bu konuda yapılan bazı çalışmalarda çok sayıda hastanın bulunduğu ünitelerde rotasyon yapılmasının (Leon ve



ark., 1999), bakımın yoğun uygulandığı kliniklerde hemşirenin fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasının, kendilerini yenilemelerine fırsat verecek timeout (mola) uygulamaların yapılmasının (Harris ve Griffin 2015), hasta güvenliğinin yanı sıra hemşireler için değerli bir destek sistemi olarak görülen sağlıklı çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin (ENA, 2014) merhamet yorgunluğunu önleyebileceği bildirilmektedir.

Literatürde merhamet yorgunluğunun önlenabilir ve tedavi edilebilir bir durum olduğu; etkili ve zamanında müdahaleler yapan sağlık liderlerinin, hemşirelik bakımının yanı sıra çalışanlarının genel sağlık ve iyilik durumunda olumlu etkilere sahip olabilecekleri bildirilmektedir (Wijdenes ve ark., 2019). Bununla birlikte merhamet yorgunluğuyla başarılı bir şekilde mücadele edilebilmesi için, örgüt lideri ile personel arasında ortak çaba ve sorumluluk olması gerektiği belirtilmektedir (ENA, 2014). Bu araştırmada katılımcılar sosyal etkinliklerin düzenlenmesi, amirler tarafından takdir edilme, olumsuz caydırıcı eylemlerin kullanılmaması ve değer verildiğinin gösterilmesi gibi hemşirelik rolünü destekleyici yönetsel stratejilerin merhamet yorgunluğunu önleyebileceğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularını destekler yönde merhamet yorgunluğunu önlemede hemşirelere zor durumlarda destek gördükleri bir ortamın sağlanması, çalışmalarının takdir edilmesi (Sacco ve ark., 2015) ve sistemsel engellerin kaldırılarak ya da değiştirilerek kendilerinin değerli olduğunun hissettirilmesinin önem taşıdığı düşünülmektedir (Upton, 2018; Sacco ve ark., 2015).

## 6. SONUÇ

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmanın birinci aşamasında Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, ülkemizde hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden yaş değişkeninin merhamet yorgunluğu yaşama durumunu etkilediği ( $p < 0,05$ ), cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu gibi değişkenlerin ise merhamet yorgunluğu ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).
- Hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yılı, çalışma şekli, mesleğini isteyerek seçme, mesleğini ekonomik olarak tatmin edici bulma durumu, mesleği bırakmayı isteme durumu, iş yaşantısında duyarsızlaştığını hissetme durumu gibi mesleki özellikler ve çalışma yaşamına ilişkin düşüncelerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).
- Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Tükenmişlik alt boyutu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği arasında %40,4'lük negatif anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $r = 0,404$ ,  $p < 0,001$ ).
- Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'nin Sekonder Travmatik Stres alt boyutu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlendi ( $r = -0,112$ ,  $p = 0,074$ ).
- Hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler sonrasında, sağlık bakım sistemi, acil sağlık sistemi, yönetim, mesleki rol ve hasta-hasta yakınları ile ilişkili faktörlerin merhamet yorgunluğuna neden olduğu belirlenmiştir.
- Hemşireler merhamet yorgunluğu nedeniyle bir takım olumsuz duygusal, sosyal ve fiziksel boyutta belirtiler yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

- Hemşireler merhamet yorgunluğunun önlenmesi için sağlık bakım sistemine ilişkin stratejiler, yönetim ile ilişkili stratejiler ve mesleki rol ile ilgili stratejiler önermişlerdir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerin çalışma koşullarının ve ortamının iyileştirilmesi,
- Hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda görev tanımlarının belirlenmesi,
- Kurum yöneticilerinin takdir etme gibi iş motivasyonunu arttıran destekleyici davranışlarda bulunması,
- Kurum yöneticilerinin tutanak tutma ve cezai işlem başlatma gibi olumsuz tutum ve davranışlar ile otorite sağlamaya çalışmaması,
- Sağlık sistemi politikalarının yeniden düzenlenmesi ile acil serviste çalışan hemşire sayısının artırılması,
- Kurum yöneticileri tarafından hemşirelerde merhamet yorgunluğunun önlenmesi amacıyla sosyal etkinliklerin düzenlenmesi,
- Hasta ve hasta yakınlarının acil serviste sağlık bakım hizmeti alımı ve triaj konusunda bilgilendirilmesi,
- Hemşirelik müfredat programında merhamet yorgunluğu ve etkileyen faktörler, merhamet yorgunluğu belirtileri ve önleme stratejilerine ilişkin konulara yer verilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Adams R.E, Boscarino J.A, Figley C.R. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76(1): 103-108.
- Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek Uyarlaması (Adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni* 2007; 13(40): 15-17.
- Akça Ay. Mesleki Temel Kavramlar. Akça Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Işık R, Sarvan S. *Temel Hemşirelik*. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008; 35-42; 47-53.
- Akyüz, İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 2015; 3(1): 21-34.
- Alexander M. Compassion fatigue experienced by emergency department nurses who provided care during and after the hurricane season of 2005. Florida State University, Master Thesis, 2006.
- Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik. 4.Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık. 2016; 502-641.
- Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Turkish Journal of Research&Development in Nursing* 2012; 14(2): 61-72.
- Aykanat S, Tengilimoğlu D. Hastanelerde Sağlık Personelini Motive Eden Faktörlere İlişkin Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdare Dergisi*, 2003; 6(2): 71- 97.
- Aytekin A, Kurt FY. Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde çalışan hemşirelerde iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Derg* 2014; 4(1): 51-58.
- Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, 2010; 11-15
- Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Academic Review*. 2008; 8(2): 541-561.
- Baş T, Akturan U. Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri. 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2017; 105-112.
- Baycan FA. An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. *Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 1985;1-45.

- Berg G. M, Harshbarger J. L, Ahlers-Schmidt C. R, Lippoldt D. Exposing Compassion Fatigue and Burnout Syndrome in a Trauma Team: A qualitative study. *Journal of Trauma Nursing*, 2016; 23(1): 3-10.
- Bloomfield J, Pegram A. Care, compassion and communication. *Nurs Stand* 2015; 29(25): 45-50.
- Booth L. Compassion: a universal language. *Contemporary Nurse* 2016; 52(2-3): 366-368.
- Bradshaw A. Compassion: what history teaches us. *Nursing times* 2011; 107(19-20): 12-14.
- Bride B.E. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work* 2007; 52(1): 63-70.
- Boyle D.A. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(1).
- Burnell L. Compassionate care: A concept analysis. *Home Health Care Management & Practice* 2009; 21(5): 319-324.
- Burnell L, Agan DL. Compassionate care: Can it be defined and measured? The development of the Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences* 2013; 6(2): 180-187.
- Burtson, P.L, Stichler, J.F. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs* 2010; 66(8): 1819-31.
- Chambers C, Ryder E. *Compassion and caring in nursing*. CRC Press. 2009
- Chan MF, Luk AL, Leong SM, Yeung SM, Van IK. (2009). Factors influencing Macao nurses' intention to leave current employment. *Journal of clinical nursing* 2019; 18(6): 893-901.
- Chase MM. Emergency department nurses' lived experience with compassion fatigue. Florida State University. Master thesis. 2005.
- Chinn P. Peace and power: Creative leadership for building community. 6th. Edition, Boston, Jones and Barlett Publisher. 2004.
- Christiansen A, O'Brien M.R, Kirton J.A, Zubairu K, Bray L. Delivering compassionate care: the enablers and barriers. *Br J Nurs* 2015; 24(16); 833-837.
- Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among health care, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(6): 618.

- Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue with in nursing practice: A conceptual analysis. *Nurs Health Sci* 2010; 12(2): 235-243.
- Coetzee SK, Laschinger HK. Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nurs Health Sci* 2018; 20(1): 4-15.
- Cortis JD, Kendrick K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics* 2003; 10(1): 77-88.
- Cummings J, Bennett V. *Compassion in Practice: Nursing, Midwifery and Care Staff: Our Vision and Strategy*. London, Department Health. 2012; 5-26.
- Curtis K. Compassion is an essential component of good nursing care and can be conveyed through the smallest actions. *Evid Based Nurs* 2015; 18(3): 95.
- Çam O, Yıldırım S. Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2010; 2(1): 64-70.
- Dalgacı B, Gürses İ. Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018; 2(3): 181-204.
- Demircioğlu G. Geçerlik ve Güvenirlik. Karip, E. Editör, Ölçme ve Değerlendirme. 7. Baskı, Ankara, Pegem Akademi.2015; 90-118.
- Denk T, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mesleki Yaşam Kalitesi Merhamet Memnuniyeti Merhamet Yorgunluğu. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep 2018, s.5-24.
- Denzin, NK, Lincoln, Y.S. *Collecting and interpreting qualitative materials*. 3rd edition, Los Angeles, Sage Publications. 2008.
- Derin N. Demirel ET. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığı zayıflatıcı etkilerinin Malatya Merkez’de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012; 17(2): 509- 530.
- Derin İ. Hz.Peygamber ve Merhamet Eğitimi. 1. Baskı, Ankara, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları. 2011.
- Dikmen Y, Aydın Y. Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı? *J Hum Rhythm* 2016; 2(1): 13-21.
- Dinç. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 74-82. 2010.
- Doğan HM. *Aristoteles Retorik*. 1. Baskı, İstanbul, Yapıkredi Yayınları. 1995; 34-40.

- Dominguez Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2009; 35(3): 199-204.
- Durgun Ozan, Y. Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(3): 190-198.
- Ellez AM, Ölçme Araçlarında Bulunması Gereken Özellikler. Tanrıöğen, A. Editör, *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 2014; 167-188.
- Emergency Nurses Association. ENA, Topic Brief Compassion Fatigue. 214; 1-7. <https://www.ena.org/.../topic-briefs/compassion-fatigue.pdf>, 2014. Erişim Tarihi: 10.02.2018.
- Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 22-25 Eylül, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 1993.
- Erhan Şentürk S. Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2013: 31-85.
- Ersel M, Karıcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever, M, Aziz Tunç M. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med* 2006; 6(1): 25-35
- Esin M.N. Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, M. N. Esin Editör. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1 Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2014; 193-231.
- Esin M. N, Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, M. N. Esin Editör. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1 Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 193-231.
- Figley C.R, *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview*. Figley C.R. (Ed). *Compassion Fatigue Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner-Routledge, 1995.
- Figley C. Introduction. In C.R. Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*. NY: Brunner/Routledge. 2002b; 1-15
- Figley C.R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002a; 58(11): 1433-41.
- Flarity K, Gentry J.E, Mesnikoff N. The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Adv Emerg Nurs J* 2013; 35(3): 247-258.

- Forster D. Rethinking compassion fatigue as moral stress. *Journal of Ethics in Mental Health* 2009; 4(9):1-4.
- Freudenberger H. J. Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974; 30(1): 159-165.
- Gafarov, A. Felsefî ve Dinî Açından Birlikte Yaşamının Temel Değerleri Üzerine Bir Analiz. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 2016; 14(31): 87-133.
- Gentry J.E, Baggerly J, Baranowsky A. Training-as-treatment: Effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training. *Int Journal of Emerg Ment Health* 2004; 6(3): 147-55.
- Gentry JE. Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice* 2002; 1(3-4): 37-61.
- Gilbert P. Introduction and outline. In P. Gilbert (Ed), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London, England: Routledge. 2005: 9-74
- Godsil BP, Kiss JP, Spedding M, Jay T M. The hippocampal–prefrontal pathway: the weak link in psychiatric disorders? *Eur Neuro psycho pharmacol* 2013; 23(10): 1165-1181.
- Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull* 2010; 136(3): 351-74.
- Gök GA. Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2015; 20 (2): 299-313.
- Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşkın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma. 2. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2015; 127-129.
- Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEUHYO ED*. 2010; 3(1): 40-51.
- Gürkan A, Yalçın N. Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *GÜSBD* 2017; 6(2): 90-95.
- Hacıkeleşoğlu H, Kartopu S. Merhamet Ve Dindarlık: Üniversite Öğrencileri Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *JASS*, 2017; (59): 203-227.
- Harris C, Griffin M. T. Q. Nursing on Empty: Compassion Fatigue Signs, Symptoms, and System Interventions. *Journal of Christian Nursing*, 2015; 32(2): 80-87.
- Hem M.H, &Heggen K. Is compassion essential to nursing practice? *Contemp Nurse* 2004; 17(1-2): 19-31.



- Hiçdurmaz D, İnci F.A. Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015; 7(3): 295-303.
- Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing* 2014; 21(4): 160-169.
- Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel M.A, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nursing* 2010; 36(5): 420-427.
- Hunsaker S, Chen H. C, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2014; 47(2): 186-194.
- Hür S. Yoğun bakım hemşirelerine verilen stres yönetimi eğitiminin merhamet yorgunluğuna etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi, 2018.
- International Labour Organization. Work related stress in nursing. 2001. [http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_118244/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_118244/lang--en/index.htm) (Erişim Tarihi: 09.04.2018)
- Injeyan M.C, Shuman C, Shugar A, Chitayat D, Atenafu E.G, Kaiser A. Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *J Genet Couns* 2011; 20(5): 526-540.
- Jasmine T. Art, science, or both? Keeping the care in nursing. *Nurs Clin North Am*, 2009; 44(4): 415-421.
- Jenkins B, Warren NA. Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q* 2012; 35(4): 388-395.
- Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992; 22(4): 116-118.
- Kara D. Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi. Okan Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018; 33-51.
- Karadağ M, Akman N, Demir C. Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Örgütsel Sorunlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 16(1): 16-26.
- Karagöz İ. Allah insan ve merhamet. 1. Baskı, Ankara, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları. 2014.
- Karagöz Y. Spss ve Amos Uygulamalı Nitel Nicel Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği. 1. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2017.

- Karagöz Y. Spss ve Amos 23 uygulamalı İstatistiksel Analizler. 1.Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2016.
- Karakaya A, Ay AF. Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2007; 31(1): 55- 67.
- Karakuş H. Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011; 3(6): 46-57.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi Kavramlar İlkeler Teknikler. 28. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2015; 148-151.
- Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2009; 29(6): 1543-55.
- Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Tr J Emerg Med 2011; 11(2): 59-67.
- Keidel G.C. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. Am J Hosp Palliat Care 2002; 19(3): 200-205.
- Kelleci M, Gölbaşı Z, Doğan S, Ata EE, Koçak E. The relationship of job satisfaction and burnout level with quality of life in hospital nurses. Cumhuriyet Medical Journal, 2011; 33(2): 144-152.
- Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. Journal of Nursing Scholarship, 2015; 47(6): 522-528.
- Koca F. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Konal E, Ardahan M. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik. Sağlık ve Toplum 2018; 20(1); 11-16.
- Küçükgülü Ö, Şentürk S.G, Söylemez B.A. Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri. DEUHFED 2017; 10(2): 68-78.
- Lama D. Introduction: The Good, The bad, and The ugly. Todaro-Franceschi V, editor. Compassion Fatigue and Burnout in Nursing. Enhancing Professional Quality of Life. New York, Springer Publishing Company. 2013; 3-12.
- Ledoux K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. J Adv Nurs 2015; 71(9): 2041-50.

- Lee JS, Akhtar S. Job burnout among nurses in Hong Kong: Implications for human resource practices and interventions. *Asia Pacific Journal of Human Resources* 2007; 45(1): 63-84.
- Leon AM, Altholz JA, Dziegielewski SF. Compassion fatigue: Considerations for working with the elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 1999; 32(1): 43-62.
- Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: A nurse's primer *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011; 16(1): 3.
- Maiden J, Georges J.M, Connelly C.D. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 2011; 30(6): 339-345.
- Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied And Preventive Psychology*, 1998; 7(1): 63-74.
- Maslach C, Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior* 1981; 2(2): 99-113.
- Maslach C, Schaufeli W. B, Leiter M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001; 52(1): 397-422.
- Maslach C. Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science* 2003; 12(5): 189-192.
- Masters K. *Nursing Theories. A framework for professional practice*. Burlington, World Headquarters Jones Barlett Learning. 2015 S; 50-59.
- Mathieu F. Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. *Rehab & Community Care Medicine*, 2007; 4: 1-7.
- Mathieu F. Compassion Fatigue. In CR Figley (Ed.) *Encyclopedia of Trauma*. Sage Publications. 2012.
- Mathieu F. Occupational hazards: compassion fatigue, vicarious trauma and burnout. *Can Nurse* 2014; 110(5): 12-13.
- Maytum J.C, Heiman M.B, Garwick A.W. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *J Pediatr Health Care* 2004; 18(4): 171-179.
- Maani-Fogelman P, Shabanowitz R. Compassion Fatigue and Moral Distress in Nursing: Evolution of a New Work Distress Complex (WDC). *Journal Of Palliative Care* 2012; 28(3): 221.

- Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29(5): 333-338.
- Mc Caffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *J Clin Nurs* 2015; 24(19-20): 3006-3015.
- Mc Holm F. Rx for compassion fatigue. *J Christ Nurs* 2006; 23(4): 12-19.
- Najjar N, Davis L.W, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-careproviders. *J Health Psychol* 2009; 14(2): 267-277.
- Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* 2003; 2(2): 85-101.
- Oktay D. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu, etkileyen etmenler ve başetme stratejilerinin saptanması. Yakın doğu üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, Lefkoşa, Yüksek Lisans Tezi. 2018.
- Özan A. Yoğun bakım hemşirelerinde merhametin ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- Özdamar K. Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analizi Cilt 1. 10.Baskı, Ankara, Nisan Kitabevi. 2015; 416-447.
- Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı, Eskişehir, Nisan Kitabevi. 2016; 71-88
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Pehlivan T, Güner P. Merhamet Yorgunluğu: Bilinenler, Bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018; 9(2): 129-134.
- Pines A, Maslach C. Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. *Psychiatric Services, American Psychiatric Association Publishing*, 1978; 29(4): 233-237.
- Pittman LE. Compassion Fatigue: Exploring the Impact on Emergency Department Nurses. *Nursing Theses and Capstone Projects* 2010; 1-34.
- Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences* 2017; 26(1): 291-312.

- Portnoy D. Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Health Progress*, 2011; 92(4): 46-50.
- Post SG. Compassionate care enhancement: Benefits and outcomes. *Int Pers Cent Med*. 2011; 1(4): 808-813.
- Potter P, Deshields T, Rodriguez S. Developing a Systemic program for Compassion Fatigue. *Nursing Administration Quarterly*, 2013; 37(4): 326-332.
- Potter P, Divanbeigi J, Berger J, Norris L, Olsen S. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *CJON*, 2010; 14(5): 56-62.
- Potter, C. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2006; 9(2): 57-64.
- Sabo B.M. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work. *Int J Nurs Prac* 2006; 12(3): 136-142.
- Sabuncu N, Erkal İlhan S. Hemşirelikte Temel Kavramlar. Sabuncu N. Editör. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar'da*, Ankara, Alter Yayıncılık. 2014; 9-46.
- Sacco T. L, Ciurzynski S. M, Harvey M. E, Ingersoll G. L. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 2015; 35(4): 32-42.
- Schantz ML. Compassion: A concept analysis. *Nurs Forum* 2007; 42(2): 48-55.
- Schmidt M, Haglund K. Debrief in emergency departments to improve compassion fatigue and promote resiliency. *Journal of Trauma Nursing*, 2017; 24(5): 317-322.
- Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2015; 65-76.
- Seyyar 2004. *Davranış Bilimleri Terimleri Sözlüğü*. Beta Basım Yayın. İstanbul.
- Shiota MN, Keltner D, John OP. Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *The Journal of Positive Psychology* 2006; 1(2): 61-71.
- Showalter SE. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2010; 27(4): 239-242.

- Sitzman K, Eichlberger LW. Jean Watson's Theory of Human/transpersonal caring. Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning. 2nd ed. Canada, Jones & Bartlett Publishers, 2011: 49-57.
- Slatten LA, Carson KD, Carson PP. Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager*, 2011; 30(4): 325-333.
- Sönmez V, Alacapınar F.G. Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 4. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2016a; 130-163.
- Sönmez V, Alacapınar F.G. Sosyal Bilimlerde Ölçme Aracı Hazırlama. 1. Baskı, Ankara, Anı Yayıncılık. 2016b; 39-72.
- Söyük S, Kurtuluş, S.A. Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. *GÜSBD* 2017; 6(4): 44-56.
- Sprang G, Clark J. J, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 2007; 12(3): 259-280.
- Sprecher S, Fehr B. Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships* 2005; 22(5): 629-651.
- Stamm B. H. The ProQOL Manual. ABD, Sidran Press. 2005; 16(6): 4-24.
- Stamm B. Measuring compassion fatigue in psychotherapists. In: CR Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*. NY: Brunner/Rutledge. 2002; 105-119.
- Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org. 2010.
- Straughair C. Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 1. *Br J Nurs* 2012; 21(3): 160-164.
- Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. *DEUHFED* 2015; 8(2): 123-130.
- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi. 5. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2014.
- Taylor CR. Provision One. In: Fowler, MD, editor. *Guide to the code of ethics for nurses: Interpretation and application*. Maryland, Silver Spring. 2010; 1-10.
- Tzeng HM, Ketefian S, Redman, RW. Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International journal of nursing studies* 2002; 39(1): 79-84.

- Upton KV. An Investigation into Compassion Fatigue and Self-Compassion in Acute Medical Care Hospital Nurses: A mixed Methods Study. *J Compassionate Health Care* 2018; 5(1): 7.
- Uslu Y, Korkmaz F.D. Yoğun bakımda hemşirenin hissi tarafı “şefkat” ve bakım. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017; 20(2): 108-115.
- Van Der Cingel M. Compassion and Professional care: exploring the domain. *Nurs Philos* 2009; 10(2): 124-136.
- Van Maanen J. Reclaiming qualitative methods for organizational research: A preface. *Adm Sci Q*, 1979; 24(4): 520-526.
- Watson J. Part one Jean Watson’s Theory of Human Caring. Parker M. (Ed). *Nursing theories and nursing practice*. Second edition, Philadelphia, F.A. Davis Company. 2005; 295-308
- Webster’s Online Dictionary,  
<http://alpha.totodefinition.com/search.php?word=compassion>
- Weiss DJ, Davis RV, England GW, Lofquist LH. *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Vocational Psychology Research, University of Minnesota. 1967; 1-119.
- Wentzel DL, Brysiewicz P. A survey of compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue in nurses practicing in three oncology departments in Durban, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2018; 8: 82-86.
- Wentzel D, Brysiewicz P. The consequence of caring too much: Compassion fatigue and the trauma nurse. *J EmergNurs* 2014; 40(1): 95-97.
- Wijdenes K. L, Badger T. A, Sheppard K. G. Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2019; 49(1): 19-23.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1988; 23: 16-29.
- Yang YH, Kim JKA. Literature Review of Compassion Fatigue in Nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*, 2012; 24(1): 38-51.
- Yaran CS. "Mevlana'nın yedi öğüdü": Evrensel erdemler, kozmik temellendirmeler ve aidiyet meselesi. *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2007; (16): 21-48.
- Yazıcı Altuntaş S. İş doyumunu ve işten ayrılma niyeti. Baykal ÜT, Türkmen EE, Editörler. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi’nde*, İstanbul, Akdemi Basım ve Yayıncılık. 2014b; 639-653.

- Yazıcı Altuntaş S. Tükenme. Baykal ÜT, Türkmen EE, Editörler. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nde, İstanbul, Akdemi Basım ve Yayıncılık. 2014a; 653-665.
- Yeşil R. Nitel ve Nicel Araştırma Yöntemleri. Kıncal, R.Y. Editör, Bilimsel Araştırma Yöntemleri'nde 3. Basım, Ankara, Nobel Yayınevi. 2014; 51-80.
- Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun N.N, Aker A.T. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives of Neuropsychiatry/ Nöropsikiatri Arsivi 2010; 47: 111-117.
- Yıldırım Ş, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. Baskı, Yılmaz G, Üstün B. (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9(3), 205-211. Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2016; 37-64.
- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yılmaz G, Üstün B. Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2018; 9(3): 205-211.
- Yılmaz B. Yardım Çalışanlarında Travmatik Stres. Klinik Psikiyatri 2007; 10: 137-147.
- Yoder E.A. Compassionfatigue in nurses. Appl Nurs Res 2010; 23(4): 191-197.
- Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and Predictors of Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses: A Cross-Sectional Survey. Int J Nurs Stud 2016; 57: 28-38.
- Zeidner M, Hadar D, Matthews G, Roberts R.D. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. Anxiety, Stress Coping, 2013; 26(6): 595-609.



## EKLER

### EK-1 Anket Formu

#### ACİL HEMŞİRELERİNDE MERHAMET YORGUNLUĞUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu araştırma acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Tuğba ÇINARLI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1. Yaş:

2. Cinsiyet:  Kadın  Erkek

3. Medeni durum:  Evli  Bekar

4. Eğitim durumu:  Sağlık Meslek Lisesi  Ön lisans  Lisans  
 Yüksek Lisans  Doktora

5. Çocuk sahibi olma durumu:  Evet  Hayır

6. Cevabı evet ise çocuk sayısı:....

7. Ailenizin toplam aylık geliri:.....TL

8. Sağlık sorunu olma durumu:  Evet  Hayır

9. Cevabınız evet ise mevcut sağlık sorun ya da sorunlarınız:.....

10. Birinci derece yakınınızda önemli sağlık sorunu olma durumu:  Evet  Hayır

11. Çalıştığınız kurum:  Üniversite Hastanesi  Devlet Hastanesi

12. Çalışma statünüz:  Kadrolu  Sözleşmeli

13. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

14. Acil serviste göreviniz:  Acil Servis hemşiresi  Servis sorumlu hemşiresi  
 Acil Yoğun Bakım Hemşiresi

**EK-1** Anket Formu (devam)

**15. Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:.....**

**16. Acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?.....**

**17. Acil serviste çalışma nedeniniz?** ( )İsteyerek ( )Eleman Yetersizliği  
( )Rastlantı Sonucu ( )Diğer(Belirtiniz).....

**18. Çalışma şekli:** ( )Sürekli gündüz ( )Vardiya ( )Diğer(Belirtiniz):.....

**19. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?....**

**20. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:**

**21. Acil serviste çalışmaktan memnun musunuz?** ( )Evet ( )Hayır ( )Kısmen

**22. Mesleğiniz ekonomik olarak sizi tatmin ediyor mu?** ( )Evet ( )Hayır ( )Kısmen

**23. Mesleği isteyerek seçme durumu:**( )İsteyerek ( )Kısmen İsteyerek ( )İstemeyerek

**24. Mesleği sevme durumu:** ( )Seviyorum ( )Sevmiyorum ( )Kararsızım

**25. Mesleğini kişiliğine uygun bulma durumu:** ( )Hiçbir zaman ( )Bazen ( )Her zaman

**26. Hastaları anlama konusunda kendinizi genel olarak yeterli hissediyor musunuz?**

( )Hiçbir zaman ( )Bazen ( )Her zaman

**27. Çalıştığınız kurumda iş ile ilgili bağımsız kararlarınız destekleniyor mu?**

( )Evet ( )Hayır ( )Kısmen

**28. Koşullarınız uygun olsa mesleği bırakır mısınız?** ( )Evet ( )Kararsızım ( )Hayır

**29. Kendinizi mesleğinize karşı yabancılaşmış hissediyor musunuz?**

( )Evet ( )Hayır ( )Kısmen

**30. İş ortamında karşılaştığınız travmatize edici olaylara karşı tepkiniz ve düşünceleriniz ne olur?(Birden fazla işaretlenebilir)**

( )Doğal bir durum olarak karşılarım ( )Elimden bir şey gelmez diye düşünürüm

( )Allahın bir cezası olduğunu düşünürüm ( )Artık bu konularda duyarsızlaştım

( )Elimden geleni yaptığımı düşünürüm ( )Daha fazlasını yapabilirdim diye düşünürüm

( )Benim de başıma gelebilir diye düşünürüm ( )Diğer

**31.İş yaşantınızda sözlü olarak saldırıya uğradınız mı?** ( )Evet ( )Hayır

**32. İş yaşantınızda fiziksel olarak saldırıya uğradınız mı?** ( )Evet ( )Hayır

**33. İş yaşantınızda duyarsızlaştığınızı hissediyor musunuz?** ( )Evet ( )Hayır

**34. İş dışında sosyal aktivitelere katılabiliyor musunuz?** ( )Evet ( )Hayır

**EK-1** Anket Formu (devam)

**35. Cevabınız hayır ise sosyal aktivitelere katılmama neden ya da nedenleriniz?  
(Birden fazla işaretlenebilir)**

Yorgunluk Zaman olmaması Ekonomik sorunlar İsteksizlik Diğer.....

**36. Mesai saatleri dışında hasta ve ailesinin sorunları için zaman ayırır mısınız?**

Evet Hayır

**37.İş yaşantınızda yaşadığınız travmalar nedeniyle destek alıyor musunuz?**

Evet Hayır

**38.Cevabınız evet ise kimlerden destek alıyorsunuz? (Birden fazla işaretlenebilir)**

Ailemden Eşimden Arkadaşımdan Ekip arkadaşlarımdan

Doktorumdan Diğer

## EK-2 Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği

### MERHAMET DOYUMU VE MERHAMET YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ

#### (PROQOL) SÜRÜMÜ 5 (2009)

İnsanlara *yardım* ettiğinizde, onların hayatlarına doğrudan temas edersiniz. Bilindiği üzere, *yardım* ettiğiniz insanlara karşı hissettiğiniz merhamet duygusu sizi olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilir. Aşağıda, insanlara *yardımcı* olurken başınıza gelen olumlu ve olumsuz deneyimlerinize ilgili sorular var. Sizinle ve iş ortamınızla ilgili olan bu sorulardan her birini dikkatlice okuyunuz. *Son 30 günde* aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı doğru biçimde yansıtan rakamı seçiniz.

**1=Asla 2=Nadiren 3=Bazen 4=Sık sık 5=Çok sık**

- 1. Mutluyum.
- 3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan mutluluk duyuyorum.
- 5. Beklenmedik bir ses duyduğumda sıçarım ya da irkilirim.
- 6. Yardım ettiğim insanlarla çalıştıktan sonra kendimi daha zinde hissediyorum.
- 7. *Yardım eden* rolümle özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.
- 9. *Yardım* ettiğim insanların yaşadığı travmatik stresten etkilenmiş olabileceğimi düşünüyorum.
- 10. Bir *yardım* eden olarak, işimde kapana kısıldığımı hissediyorum.
- 11. Yardım etmem nedeniyle çeşitli konularda kendimi gergin hissediyorum.
- 12. Bir *yardım eden* olarak işimi seviyorum.
- 13. *Yardım* ettiğim insanların yaşadığı travmatik deneyimler nedeniyle kendimi depresif hissediyorum.
- 14. *Yardım* ettiğim birinin yaşadığı bir travmayı kendim yaşıyormuşum gibi hissediyorum.
- 16. *Yardım* etme teknikleri ve protokollerini uygulayabildiğim için memnunum.
- 18. İşim bana doyum veriyor.
- 19. *Yardım eden* olarak çalışmam nedeniyle kendimi yıpranmış hissediyorum.
- 21. İşimin sonu gelmeyecekmiş gibi görünmesinden dolayı kendimi bunalmış hissediyorum.

**EK-2** Merhamet Doyumu ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (devam)

----- 22. İşim sayesinde bir fark yaratabileceğime inanıyorum.

----- 23. *Yardım* ettiğim insanların yaşadığı korkutucu deneyimleri bana hatırlattığı için, bazı eylemlerden ve durumlardan kaçınıyorum.

----- 25. Yardımcı olduğum bir durumun sonucu olarak beklenmedik ve korkutucu düşüncelerim var.

----- 26. Sistem yüzünden kendimi “çıkmaza girmiş” gibi hissediyorum.

----- 28. Travma mağdurlarıyla olan çalışmalarımın önemli kısımlarını hatırlayamıyorum.

----- 30. Bu işi yapmayı seçtiğim için mutluyum.



### EK-3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak bunu hangi sıklıkta hissettiğinizi uyan seçeneğe (x) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her gün
1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.					
2. İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.					
3. Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum.					
5. Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum.					
6. Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.					
7. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.					
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.					
10. Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.					
11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.					
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15. Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.					
16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18. Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.					
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.					
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.					
22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

#### EK-4 Minnesota İş Doyum Ölçeği

Aşağıdaki sorular sizlerin iş doyumunuzu incelemek amaçlı sorulmuştur. Cevap verirken “Bu açıdan işimden ne derecede memnunuz?” diye kendinize sorarak cevaplandırınız.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN;	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunuz	Çok Memnunuz
1.Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2.Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3.Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
4.Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından					
5. Amirim emrindeki kişileri idare tarzı açısından					
6.Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
7.Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından					
8.Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından					
9.Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından					
10.Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11.Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
12.İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13.Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından					
14.İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15.Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16.İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17.Çalışma şartları bakımından					
18.Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından					
19.Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından					
20.Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

**EK-5** Compassion Satisfaction And Compassion Fatigue (ProQOL) Version 5 (2009)

When you *[help]* people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you *[help]* can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a *[helper]*. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

**1=Never    2=Rarely    3=Sometimes    4=Often    5=Very Often**

- 1. I am happy.
- 2. I am preoccupied with more than one person I *[help]*.
- 3. I get satisfaction from being able to *[help]* people.
- 4. I feel connected to others.
- 5. I jump or am startled by unexpected sounds.
- 6. I feel invigorated after working with those I *[help]*.
- 7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a *[helper]*.
- 8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I *[help]*.
- 9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I *[help]*.
- 10. I feel trapped by my job as a *[helper]*.
- 11. Because of my *[helping]*, I have felt "on edge" about various things.
- 12. I like my work as a *[helper]*.
- 13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I *[help]*.
- 14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have *[helped]*.
- 15. I have beliefs that sustain me.
- 16. I am pleased with how I am able to keep up with *[helping]* techniques and protocols.
- 17. I am the person I always wanted to be.
- 18. My work makes me feel satisfied.
- 19. I feel worn out because of my work as a *[helper]*.
- 20. I have happy thoughts and feelings about those I *[help]* and how I could help them.



**EK-5** Compassion Satisfaction And Compassion Fatigue (devam)

- 21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
- 22. I believe I can make a difference through my work.
- 23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [*help*].
- 24. I am proud of what I can do to [*help*].
- 25. As a result of my [*helping*], I have intrusive, frightening thoughts.
- 26. I feel "bogged down" by the system.
- 27. I have thoughts that I am a "success" as a [*helper*].
- 28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
- 29. I am a very caring person.
- 30. I am happy that I chose to do this work.

---

**Permission for Translation of the ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue)**  
**www.proqol.org**

Accompanied by the email to you, this document grants you permission to translate the ProQOL.

*The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue) [www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org).*

We ask that you do two things in regard to your translation:

1. Let us help you as you work on your translation. While we may not be able to find someone with expertise in your particular language, we can discuss with you what words might mean and how best to translate them.
2. That you provide us with a copy of your translated ProQOL so that we may share it with others.

The ProQOL website has a page to recognize the contributions that people have made to the development of the measure. The like includes people's names and if they like, their organization and country. If you would like to be recognized for your contribution to the ProQOL, please send us your name as you would like it posted on the website. Include your organization and country if you like.

Prior to beginning your project and at the time of any publications, please verify that you are using the latest version by checking the website. All revisions are posted there. If you began project with an earlier version, please reference both to avoid confusion for readers of your work.

This permission covers non-profit, non-commercial uses and includes permission to reformat the questions into a version that is appropriate for your use. This may include computerizing the measure.

## EK-7 Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Kullanım İzni

Zeliha Koç

09:27

Kime: Tuğba Çınarlı-Acil Tıp Hemşireliği YL 2012-2013-Güz Girişi



> From: asli@aslibaycan.com  
> To: zelihaceren@hotmail.com  
> Date: Tue, 28 Jun 2016 07:45:01 -0400  
> Subject: RE: İş Doyum Ölçeği Kullanım İzni  
>  
> Kullanabilirsiniz.  
> Asli Baycan

> \_\_\_\_\_  
> From: Zeliha Koç [zelihaceren@hotmail.com]  
> Sent: Thursday, June 23, 2016 1:58 PM  
> To: Asli Baycan Binark  
> Subject: İş Doyum Ölçeği Kullanım İzni

>  
> Sayın Baycan,

>  
> Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan Minnesota İş Doyum Ölçeğini, doktora tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Tuğba Çınarlı'nın "Acil Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğunu Etkileyen Faktörler" başlıklı doktora tez çalışmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesini arz ederim.

>  
> Saygılarımla

>  
> Doç.Dr. Zeliha KOÇ  
> Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
> Sağlık Bilimleri Fakültesi

© 2016 Microsoft

[Koşullar](#)

[Gizlilik ve tanımlama bilgileri](#)

[Geliştiriciler](#)

[Türkçe](#)

**EK-8** Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Kullanım İzni

For use by Tugba Cinarli only. Received from Mind Garden, Inc. on November 23, 2016

**Permission for Tugba Cinarli to reproduce 300 copies  
within one year of November 23, 2016**

## **Maslach Burnout Inventory**

*English: GS, HSS, ES forms  
and Scoring Guide*

*Turkish: GS and ES forms*

Christina Maslach  
Susan E. Jackson  
Michael P. Leiter  
Wilmar B. Schaufeli  
Richard L. Schwab

**Published by Mind Garden**

info@mindgarden.com  
www.mindgarden.com

## EK-9 Etik Kurul İzni



T.C.  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

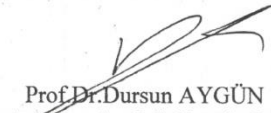
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/417-501

14.10.2016

**Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ**

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2016/278 Karar nolu Ölçek geliştirme çalışmaları+ Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 11.08.2016 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## Ek-10 Kamu Hastaneleri Birliği Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KHBGS İDARI HİZMETLER  
BAŞKANLIĞI  
23.12.2016 17:04 - 54103609 - 604.02 - E.23356  
00033909040



Sayı : 54103609-604.02  
Konu : Araştırma İzni (Tuğba ÇINARLI)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 31/10/2016 tarih ve E.24145 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Doktora öğrencisi Tuğba ÇINARLI'nın "Acil Hemşirelerinde Merhamet Yoğunluğunu Etkileyen Faktörler" konulu araştırmalarını Genel Sekreterliğimizle bağlı tüm Devlet Hastanelerinin Acil Servisinde çalışan hemşirelere yapmaları uygun görölmüş olup, araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kişi ile "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ  
Genel Sekreter

EK:

1. Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (1 sayfa)
2. Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu (6 sayfa)

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/  
Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi  
Adalet Mahallesi 100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN  
(0362) 311 2500 (1428)  
Faks No:0(362) 311 25 28  
e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Bilgi için:KÜRŐAT YURDAKOŐ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f06a41d1-0ed2-49b9-9deb-c66c26d37deb kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmuştur.

**Ek-11 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Araştırma İzni**



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-010.06.99-E.4921  
Konu : Anket Çalışmanız Hakkında

24/02/2017

SN.TUĞBA ÇINARLI

"Acil Hemşirelerinde Merhamet Yoğunluğunu Etkileyen Faktörler" konulu çalışmayı Hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Recep SANCAK  
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: [omu@hs01.kep.tr](mailto:omu@hs01.kep.tr)

Meral TULUM

[meral.tulum@omu.edu.tr](mailto:meral.tulum@omu.edu.tr)

Dahili Tel : 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak teyidi <https://ebyssorgu.omu.edu.tr> adresinden 0GKP-LER2-0ZOG kodu ile yapılabilir.







**Ek 13-** SPSS ve AMOS Uygulamalı Ölçek Geliştirme Kültürlerarası Ölçek Uyarlam  
Kursu Katılım Belgesi



# KATILIM BELGESİ

Sayın *Tuğba Gınarlı*

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından 18-19 Ekim 2018 tarihinde Araştırma Eğitimi Etkinlikleri-III kapsamında düzenlenen **SPSS ve AMOS Uygulamalı Ölçek Geliştirme Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Kursu** na katılmıştır.

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ  
DEU Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
ABD Başkanı

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER  
DEU Hemşirelik Fakültesi Dekanı

**EK-14 Görüşlerine Başvurulan Uzman Listesi**

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Deniz SAYINER	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Zeliha TÜLEK	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Serap TOPATAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Yücel ÖKSÜZ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Prof. Dr. Ahmet BAYDIN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Türker YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Turgut DENİZ	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Latif DURAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Celal KATI	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Tuğba ÇINARLI

**Doğum Yeri:** SAMSUN

**Doğum Tarihi:** 06/ 07 /1984

**Medeni Hali:** Evli

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):**

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2007

OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2012-2014

OMÜ Acil Hemşireliği Doktora Programı 2014-2019

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Servisi 2008-2009

Sağlık Bakanlığı Sinop Türkeli Devlet Hastanesi 2009-2010

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ameliyathane Bölümü 2010-2013

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2013-2017

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu 2017- Devam

**E-posta:** tugba\_kitap55@hotmail.com