



**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI: BEŞ FAKTÖR
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ŞEFKAT
YORGUNLUĞUNU YORDAYICI GÜCÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet Akif ÇAKMAK

TOKAT

Ağustos, 2021



**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI: BEŞ FAKTÖR
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ŞEFKAT
YORGUNLUĞUNU YORDAYICI GÜCÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mehmet Akif ÇAKMAK

Danışman: Prof. Dr. Tahsin İLHAN

TOKAT

Ağustos, 2021

ETİK SÖZLEŞME

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgi toplama ve raporlaştırma sürecinin Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna, genel akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak gerçekleştirildiğini; bu tez çalışmasını “intihali engelleme” programı ile taradığımı, bana ait olmayan tüm bilgi, düşünce ve bulgulara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan eder, sorumluluğun tarafıma ait olduğunu kabul ederim.

14 /07/ 2021

Mehmet Akif ÇAKMAK

TEŞEKKÜR

Hayatımdaki birçok kişiden aldığım destek ile bu çalışmanın yazıldığını ve tamamlandığını öncelikle ve içtenlikle belirtmek isterim. Bilhassa yüksek lisans eğitimi vesilesiyle tanıdığım, sadece akademik anlamda değil; hayata bakış ve varoluş temelinde beni etkileyen tez danışmanım Prof. Dr. Tahsin İLHAN'a şükranlarımı ve saygılarımı sunarım. Kendisine tez yazım sürecinin ilk aşamasından itibaren güleryüzü, yardımseverliği, öğretici ve çözüm odaklı yaklaşımı, güven aşılayıcı tavrı ve bilhassa sürece ilgimi kaybettiğim anlardaki motive edici yaklaşımı için minnettarım.

Tez savunma jürisinde yer alan hocalarım Doç. Dr. Kemal BAYTEMİR ve Doç Dr. Özkan ÇIKRIKÇI'ya destekleri ve katkıları için ayrıca teşekkür ederim.

Sevgisini, ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili anneme ve tanıştığımız günden bu yandan varoluşuma derin bir anlam ve güzellik kazandıran, manevi olarak beni daima destekleyen pek kıymetli eşime teşekkürlerimi sunarım.

Mehmet Akif ÇAKMAK

2021

ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI: BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ŞEFKAT YORGUNLUĞUNU YORDAYICI GÜCÜ

ÇAKMAK, Mehmet Akif

Yüksek Lisans, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Tahsin İLHAN

Ağustos 2021, xiv + 146 sayfa

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları üzerindeki yordayıcılığını incelemektir. İlişkisel modelinin kullanıldığı araştırmada hemşireler, hekimler ve ebeler başta olmak üzere farklı meslek grubundaki 697 sağlık personeli yer almıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek, Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır. Veri analizi için IBM SPSS 25.0 kullanılmıştır. Araştırmada öne sürülen problemleri cevaplamak için, Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısı, Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, bağımsız gruplar *t*-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Beş faktör kişilik özellikleri (duygusal denge, dışadönüklük, uyumluluk, açıklık ve sorumluluk) ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları ile ilişkisini incelemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişliği yordama gücünü incelemek için hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Ayrıca COVID-19 ile ilgili bir birimde çalışma durumu her regresyon analizine kukla değişken olarak dâhil edilmiştir. Beta katsayısına göre (β) sırasıyla duygusal denge, psikolojik sağlamlık ve COVID-19 ile ilgili çalışma durumu şefkat yorgunluğu toplam varyansının % 26,2'sini açıklamaktadır. Şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, çalışma durumu (nöbet-gündüz), işten

ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi, COVID-19 ile ilgili çalışma, iş yükünde artış algısı, pandemi sürecine uyum güçlüğü ve bulaşıcı olma kaygısına göre farklılaştığı belirlenmiştir. Öte yandan yaş, medeni durum ve görev süresinin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür. Şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları çocuk sahibi olma durumuna göre sadece ikincil travmatik stres boyutunda anlamlı farklılık göstermektedir. Bulgular alanyazın temelinde tartışılmıştır. Araştırmanın son bölümünde sonuçlar çerçevesinde öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şefkat Yorgunluğu, Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Psikolojik Sağlamlık, COVID-19, Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

HEALTH CARE PROFESSIONALS IN COVID-19 PANDEMIC: THE PREDICTIVE POWER OF FIVE FACTOR PERSONALITY TRAITS AND RESILIENCE ON COMPASSION FATIGUE

ÇAKMAK, Mehmet Akif

Master's Degree, Guidance and Counselling

Advisor: Prof. Dr. Tahsin İLHAN

Aug 2021, xiv + 146 pages

The aim of this study is to examine the predictability of five factor personality traits and resilience levels on compassion fatigue and sub-dimension scores in health care workers. Relational model was used in the study and there are 697 health care professionals from different occupational groups, especially nurses, physicians and midwives. Personal Information Form, Compassion Fatigue-Short Scale, Adjective Based Personality Test and Brief Psychological Resilience Scale were used as data collection tools. The data were analyzed with the SPSS 25.0 statistical program. Pearson Moments Product Correlation Coefficient, Hierarchical Multiple Regression Analysis, independent groups *t*-test, One-way analysis of variance (ANOVA), Mann-Whitney U and Kruskal Wallis H Test were used to answer the problems put forward in the study. Pearson Product Moment Correlation Coefficient was used to examine the relationship between five-factor personality traits (neuroticism, extraversion, agreeability, openness, conscientiousness) and resilience with compassion fatigue and sub-dimension scores. Hierarchical Multiple Linear Regression Analyses were conducted to examine the predictive power of independent variables on compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout. In addition, working status in a unit related to COVID-19 is included as a dummy variable in each regression analysis. According to the beta coefficient (β) neuroticism, resilience, and work related to COVID-19 variables explain 26,2 % of the total variance of compassion fatigue,

respectively. It was found that compassion fatigue and sub-dimension scores differ according to gender, education level, profession, working status (daytime-shift), thought of leaving the job, workload perception, job stress, working with COVID-19, perceived increase in workload, difficulty in adapting to the pandemic process and anxiety about being contagious. On the other hand, it was observed that age, marital status and tenure did not cause a significant difference in compassion fatigue and sub-dimension scores. Compassion fatigue and sub-dimension scores differ significantly only in the secondary traumatic stress dimension according to having a child. In the last part of the study, recommendations are presented within the framework of the results.

Key Words: Compassion Fatigue, Five Factor Personality Traits, Resilience, COVID-19, Health Care Workers

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	xi
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
BÖLÜM I	1
GİRİŞ.....	1
Problem Durumu	1
Araştırmanın Amacı.....	6
Araştırmanın Önemi.....	7
Araştırmanın Sınırlılıkları	9
Tanımlar	9
BÖLÜM II	11
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	11
Şefkat Kavramı	11
Bakım Verenlerde Şefkat	11

Şefkat Yorgunluğu Kavramı	13
Şefkat Yorgunluğunun Gelişim Süreci	14
Şefkat Yorgunluğunun Belirtileri	18
Şefkat Yorgunluğuyla İlgili Kavramlar	20
Tükenmişlik	20
Şefkat Doyumu	22
İkincil Travmatik Stres	23
Empati	24
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	25
Şefkat Yorgunluğu Yaygınlığı.....	26
Şefkat Yorgunluğuyla Başa Çıkma	27
Kişilik Kavramı	30
Kişiliğin Başlıca Özellikleri	31
Kişilik Kuramları	32
Ayırıcı Özellik Yaklaşımları	32
Beş Faktör Kişilik Kuramı	33
Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Şefkat Yorgunluğuyla İlişkisi	37
Psikolojik Sağlamlık Kavramı	42
Psikolojik Sağlamlığa İlişkin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler.....	45
Yardım Mesleklerinde Psikolojik Sağlamlık ve Şefkat Yorgunluğu.....	47
COVID 19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarında Şefkat Yorgunluğu.....	49
BÖLÜM III	51

YÖNTEM	51
Araştırma Modeli	51
Çalışma Grubu	51
Veri Toplama Araçları	52
Demografik Bilgi Formu	52
Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek	52
Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi	53
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	54
Veri Toplama Süreci	54
Verilerin Çözümlemesi	55
BÖLÜM IV	57
BULGULAR	57
Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler	57
MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Kişisel Bilgilere Göre Farklılığı	58
Katılımcılara İlişkin Mesleki Bilgiler	61
MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Mesleki Bilgilere Göre Farklılığı	63
Sağlık Çalışanları ve COVID-19 ile İlgili Bilgiler	67
MY-KÖ ve Alt Boyutlarının COVID-19'a Göre Farklılığı	69
Beş Faktör Kişilik Özelliği ve Psikolojik Sağlamlığın MY-KÖ ve Alt Boyut Puanlarını Yordayıcı Gücü.....	73
BÖLÜM V.....	79
TARTIŞMA	79

BÖLÜM VI	95
SONUÇ VE ÖNERİLER	95
KAYNAKÇA	100
EKLER	137
Demografik Bilgi Formu	137
Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek	140
Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi	140
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	142
Araştırma İzin Belgeleri	143
Ölçek Kullanım İzinleri	146

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.	Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler	57
Tablo 2.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılığı.....	58
Tablo 3.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılığı.....	59
Tablo 4.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Hâle Göre Farklılığı	59
Tablo 5.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Çocuğu Olup Olmamaya Göre Farklılığı.....	60
Tablo 6.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Duruma Göre Farklılığı.....	60
Tablo 7.	Katılımcılara İlişkin Mesleki Bilgiler.....	62
Tablo 8.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Mesleki Duruma Göre Farklılığı	63
Tablo 9.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Görev Süresine Göre Farklılığı	64
Tablo 10.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Çalışma Usulüne Göre Farklılığı	65
Tablo 11.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İşten Ayrılma Niyetine Göre Farklılığı.....	65
Tablo 12.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Yükü Algısına Göre Farklılığı.....	66
Tablo 13.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Stresine Göre Farklılığı	67
Tablo 14.	COVID-19 ile İlgili Bilgiler	68
Tablo 15.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının COVID-19 ile İlgili Birimde Çalışma Durumuna Göre Farklılığı	69
Tablo 16.	MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Yükünde Artış Algısına Göre Farklılığı.....	69
Tablo 17.	İkincil Travmatik Stresin Pandemi Sürecine Uyum Güçlüğüne Göre Farklılığı	70
Tablo 18.	Şefkat Yorgunluğu ve Tükenmişliğin Pandemi Sürecine Uyum Güçlüğüne Göre Farklılığı	71
Tablo 19.	Şefkat Yorgunluğu ve Tükenmişliğin Bulaşıcı Olma Kaygısına Göre Farklılığı.....	72
Tablo 20.	İkincil Travmatik Stresin Bulaşıcı Olma Kaygısına Göre Farklılığı.....	72
Tablo 21.	Modelde Yer Alan Değişkenlerin Birbiriyle Olan İlişkileri.....	73
Tablo 22.	Şefkat Yorgunluğunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	74

Tablo 23.	İkincil Travmatik Stresin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	76
Tablo 24.	Tükenmişliğin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları Analizi	77

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Şefkat Yorgunluğu Gelişim Süreci (Figley, 2002).....	18
Şekil 2. Şefkat yorgunluğuyla mücadele: alanyazın özeti (Bodenmann, 2017).....	29

KISALTMALAR LİSTESİ

COVID-19 :	Yeni Koronavirüs Hastalığı 19
TSSB :	Travma sonrası stres bozukluğu
DSM :	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
APA :	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
SDKT :	Sıfatlara dayalı kişilik testi
MY-KÖ :	Merhamet yorgunluğu-kısa ölçek
KPSÖ :	Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Günümüz dünyasında insan ömrünün uzaması sağlık hizmetlerinde birçok farklılaşmayı beraberinde getirmiştir. Yaşam süresindeki artış bireylerin hastalık deneyimlerine daha açık olmasına ve özellikle ileriki yaşlarda bakım ve tedavi sürelerinin uzamasına yol açmıştır (Hiçdurmaz ve İnci, 2015). Hem hasta hem de sağlık çalışanı için uzayan tedavi ve bakım süresi, hastaların daha fazla acı duymasına yol açmakta ve çalışanların bu süreçte onlarla daha fazla birlikte olmalarını zorunlu kılmaktadır (Meadors ve Lamson 2008). Bu nedenle sağlık hizmetlerindeki güçlükler ve riskler daha çarpıcı bir hâl almaktadır. (Volpe ve diğerleri, 2014).

Bakım veren ile hasta arasındaki ilişki, yaşanan acılar ve o acılara tanıklık edilmesi sağlık personeli için strese yol açabilmektedir ve bu olgu sağlık çalışanlarının hastalara uygun bakım vermesini güçleştirecek niteliktedir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Yoğun iş stresine, aşırı talep ve baskıya maruz kalan sağlık çalışanları bilgi ve becerilerine uygun olmayan tepkiler verebilmektedir (Leka, Griffiths ve Cox, 2003). Buna örnek olarak tükenmişlik ve verimsizlik hissi, işten uzak durma, işe geç kalma tepkileri gösterilebilir (Bolivar, Cruz ve Rodriguez, 2017). Bakım verenin yoğun iş stresine bağlı olarak gelişen tepkilerden biri de şefkat yorgunluğudur ve bu kavram bakım bedeli olarak da tarif edilmektedir (Figley, 1995). Bakım verenlerde yardım etme yeteneğinde azalma, uzun süreli stres ve en önemlisi tükenmişlik hâli, bakım vermenin bedeline yönelik birkaç örnektir (Figley, 2002).

Şefkat yorgunluğu ilk kez Joinson tarafından (1992) hemşirelerin tükenmişliklerini ifade etmek ve bakım verme yeteneğindeki kaybı tanımlamak için kullanılmıştır (Maslach ve Leither, 2016a). Figley (1995) ise şefkat yorgunluğunu, travmatik olayları yeniden yaşama, hatırlatıcılarından kaçınma ya da devamlı uyarılma gibi bir ya da birden fazla yolla kendisini gösteren, birikmiş tükenmişliğin etkilerinin de sürdüğü, bireysel travma hikâyeleri ile ilgili bir gerginlik ve endişe durumu olarak tarif etmiştir. Şefkat yorgunluğunda, bakım vericinin kendini güçsüz hissetmesi ve yaşanan acılara tanıklık etmenin verdiği dayanılmaz ağırlık belirgin özelliklerdir. Şefkat yorgunluğu bakım hizmeti

veren bireylerde acıya maruz kalmaya bağı olarak meydana gelen ruhsal, fiziksel, sosyal ve duygusal sorunları beraberinde getirmektedir (McHolm, 2006). Yaşanan duygusal sorunlar; başkalarının acılarına tanıklık etmek ve bunları kendi içinde duyumsamak ve travmalara maruz kalmak diye tarif edilebilir (Figley, 1995). Zaman içerisinde bakım verenler, bu acıları dindirmek için çaba sarf ederken, kendine daha az zaman ayırmayla sonuçlanan ve stresli yaşantının sonucu olarak görülen şefkat yorgunluğuyla baş başa kalabilir (Figley, 1995).

Türkiye’de şefkat yorgunluğu çalışmalarının büyük çoğunluğu hemşirelere ilişkindir, bu çalışmalar görece azdır ve ilk çalışma Gök (2015) tarafından yapılmıştır. Çalışmada hemşirelerin çoğunun şefkat yorgunluğu yaşadıkları tespit edilmiş ve bu mesleki sorunla baş etmek için iş yerinden hem fiziksel hem de zihinsel anlamda uzak kalmayı tercih ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca şefkat yorgunluğunun tanımına (Şirin ve Yurttaş, 2015), sağlık çalışanlarına etkisine (Konal ve Ardahan, 2018; Cingi ve Eroğlu, 2018), nedenlerine ve baş etme yöntemlerine (Hiçdurmaz ve İnci, 205), iş yaşam kalitesiyle (Polat ve Erdem, 2017; Yılmaz ve Üstün, 2018) ve şefkat doyumuyla (Yılmaz ve Üstün, 2018) ilişkisine yönelik çalışmaların yer aldığı görülmektedir. Koca (2018) hemşirelerde şefkat yorgunluğunu ve etkili olan faktörleri ele almıştır. Çalışmada görece yaşı ileri ve hizmet süresi fazla olan hemşirelerde şefkat yorgunluğunun fazla; sosyal ilişkileri güçlü ve mesleğini kendi seçenlerin şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bunların yanı sıra onkoloji servisinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin anlamlı olarak diğer servislerde çalışanlar göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yurt dışı alanyazında, şefkat yorgunluğu kavramının hemşireler yoğunlukta olmak üzere farklı meslek gruplarıyla birçok açıdan ele alındığı görülmektedir. Kelly, Runge ve Spencer (2015) ise acil hemşirelerinde yaptıkları çalışmada şefkat yorgunluğunu etkileyen önemli değişkenler arasında hemşirenin yaşı, mesleğini severek yapması ve mesleğini yapmaktan memnun olma halinin yer aldığını ifade etmiştir. Hunsaker, Chen, Maughan ve Heaston (2015) yüksek lisans veya doktora derecesine sahip hemşirelerin, diğer hemşirelere göre anlamlı olarak daha düşük tükenmişlik seviyelerine sahip olduğunu bildirmiştir. Hemşireler arasında şefkat yorgunluğu seviyelerine ilişkin olarak yapılan

değerlendirmede bekâr olanlar daha yüksek şefkat yorgunluğu bildirmiştir (Yang ve Kim, 2012; Chen ve diğerleri, 2018). Sprang, Clark ve Whitt-Whoosley (2007) çocuk esirgeme kurumunda çalışan bireylerle yaptığı çalışmada, kadınlar erkeklere göre daha fazla şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik bildirmiştir. Baird ve Jenkins (2003) genç danışmanlarda tükenmişliğin ve ikincil travma belirtilerinin daha çok görüldüğünü ifade etmiş ve buna örnek olarak düşük iş tatmini, artan iş devri, devamsızlık ve hizmet-bakımının kötüleşmesi belirtilerini sunmuştur.

Alanyazında tükenmişliğin ve ikincil travmatik stresin olumsuz sonuçlarına ek olarak iş yaşamında çalışma süreleri, yoğunluğu ve usullerinin şefkat yorgunluğuyla yakından ilgili olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin O'Mahony ve diğerleri (2018) palyatif bakım personelleriyle ve Chernoff (2016) öğrencilerle çalışan davranış uzmanlarıyla yürüttüğü çalışmada mesleki görev süresi fazla olan çalışanların daha az tükenmişlik seviyesine sahip olduklarını ifade etmiştir. Creamer ve Liddle ise (2005) örneklemi ruh sağlığı çalışanlarından oluşturduğu çalışmada, bireyin görevdeki gün sayısı ile ikincil travmatik stres belirtileri arasında pozitif yönde ilişki olduğunu belirlemiştir. Temitope (2014) hasta oranı yüksek danışmanların, düşük olanlara kıyasen ikincil travmatik stres riski açısından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıklarını belirlemiştir. Cheng ve Cheng (2016) vardiya sisteminin olumsuz psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu ve uyku bozukluklarına davetiye çıkardığını ifade etmiştir. Bellolio ve diğerleri (2014), acil tıp asistan hekimleriyle yaptığı çalışmada gece vardiyasında çalışanların şefkat yorgunluğu riskine daha açık olduğunu ve yüksek tükenmişlik seviyesine sahip olduğunu bulmuştur. Bu zorluklar beraberinde işten ayrılma düşüncelerini getirmektedir. Öyle ki hemşirelerle yapılan bir araştırmada ise katılımcıların % 23.7'si yüksek düzeyde ve % 25.1'i orta düzeyde meslekten ayrılma niyetinde olduğunu ifade etmiştir (Sharififard ve diğerleri, 2019). Maiden, Georges ve Connelly (2011) çalışmasında, istifa niyeti olan yoğun bakım hemşirelerinin şefkat yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirmiştir.

Alanyazında şefkat yorgunluğuyla ilişkili birçok kavram yer almaktadır. Bunlardan birisi de bireylerin özelliklerini tanımlamak ve başkalarından ayırt etmek için kullanılan kişilik kavramıdır. Kişilik, insan davranışlarına yön veren ve süreklilik arz eden önemli

özellikleri ifade eder (McCrae ve John, 1992). Spector'a (2010) göre kişilik, bireylerin çevreye yönelik algılarını, değerlendirmelerini, olayların nedenlerine yönelik atıflarını ve duygusal tepkilerini etkileyebilen özellikler bütünüdür. Beş faktör modeli Costa ve McCrae ile kişiliği kapsamlı olarak açıklayabilecek bir yapı kazanarak en çok kullanılan kuramlar arasında kendine yer bulmuştur (Widiger, Costa, Gore ve Crego, 2013). Beş faktör kişilik özellikleri; bireyleri sosyal, kişilerarası ve kurumsal ortamlarda anlama konusunda yararlı bilgiler sağlamıştır ve şefkat yorgunluğuna dair araştırmalarda oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Bonfield, 2014). Bu çerçevede McCrae ve Costa, (1995) duygusal dengesi yüksek bireylerin özgüven sorunu olmadığını, güven veren ve sakin özellikleri bünyesinde barındırdığını ifade etmiştir. Bu faktörün olumsuz ucunda yer alan bireyler ise tersi nitelikte stresli olaylara olumsuz duygulanım ile tepki verme eğilimindedirler (Ceobanu ve Mairean, 2015). Bu eğilim şefkat yorgunluğu açısından bir risk olarak kabul edilebilir. Öte yandan uyumluluk boyutunun, stresli durumlarda koruyucu bir rol oynadığı ve bu sayede iş yerinde kişisel başarıyı artıracak etkisi olduğu ifade edilmiştir (Baker, Zee, Lewig ve Dollard, 2006).

Alanyazında zorlayıcı yaşam olaylarına ya da durumlarına karşı koruyucu bir faktör olarak yer alan diğer bir kavram psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlık, bir bireyin zorluklara olumlu bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak tarif edilir, olumlu ve profesyonel ilişkiler kurma, pozitifliği sürdürmek, duygusal içgörü geliştirmek, yaşam dengesi sağlamak ve maneviyata ulaşmak için işlevsel bir kavramdır (Jackson, Firtko ve Edenborough, 2007). Psikolojik olarak sağlam bireyler, zorluklara göğüs gerebilir ve uyum sağlayabilir; aksi yönde olanlar ise, küçük ya da büyük olsun stres unsurları ve yaşam değişiklikleri karşısında daha zor anlar yaşarlar (Scott, 2020). Wagnild (2003) psikolojik sağlamlığı, kişinin zorluk ve stres altında pozitif uyumunu destekleyen kişilik özellikleri olarak tanımlamıştır.

Günümüzde bireylerin işle ilgili stres unsurlarına bağlı olarak sağlık dengelerinde sorun yaşadıkları ve bu bağlamda kaliteli bir iş gücünün varlığının sağlık bakım hizmetleri için temel bir ihtiyaç olduğu bilinmektedir (Walton, 2018). Psikolojik olarak daha sağlam olmak; sağlık çalışanlarının profesyonel yeteneklerinin gelişmesinde, iş doyumunun artmasında, yorgunluk hissi ve depresyon gibi psikolojik sorunların azalmasında önemli rol

oyunar (Çam ve Büyükbayram, 2017). Smith (2013) çalışanlar için psikolojik sağlamlığın temel bileşeni olarak; yaşam dengesini sürdürmeyi, ruhsal enerjiden güç almayı, değişebilecek unsurları belirlemeyi ve hastalarla net sınırlar koymayı sunmuştur. Bireyin psikolojik sağlamlık düzeyinin, ruh sağlığı sonuçlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu, bu bağlamda daha yüksek puan alan bireylerin, psikolojik iyi oluş puanlarının daha yüksek ve bunun tersi de geçerli olduğu bildirilmiştir (Rees, Breen, Cusack ve Hegney, 2015). Benzer bir durum son zamanlarda şefkat yorgunluğu için de geçerli olup psikolojik sağlamlıkla ilişkisi birçok araştırmaya konu olmuştur.

David (2012) psikolojik sağlamlık ile şefkat yorgunluğu arasında negatif yönde ve mânidar bir ilişki olduğunu dile getirmiştir. Benzer anlamda Burnett ve Wahl (2015) âfet ve acil durum müdahale uzmanlarıyla yaptığı çalışmada yüksek psikolojik sağlamlık seviyesinin, düşük tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bu bakımdan kırılğanlığı en aza indirerek ve psikolojik sağlamlığı teşvik ederek bu olumsuz etkilerle mücadele etmek, sağlık personellerinin günlük deneyimlerini olumlu yönde etkileme potansiyeline sahiptir (Jackson, Firtko ve Edenborough, 2007). Çalışanların psikolojik sağlamlığı, şefkat yorgunluğu belirtilerinin erkenden tanınmasıyla birleştiğinde, yardım arama, iyi oluşu sürdürme istekliliği ve yorgunluk yerine şefkat tatmini için temel bir unsur olarak görülmektedir (Crowe, 2016). Öyle ki araştırma bulguları psikolojik sağlamlık eğitiminin, katılımcıların ikincil travmatik stresle başa çıkma konusunda önemli bir yeri olduğuna işaret edilmektedir (Shew, 2010).

Şefkat yorgunluğu kavramı sadece hastane ortamındaki yaşantılardan kaynaklanan bir kavram değildir. Sağlık çalışanları; salgınlar, ulusal travmalar veya âfetlerde önemli sorumluluklar yüklenerek ön safta yer aldığı görülmektedir. Âfetlerin ve küresel salgınların sayısının her geçen gün arttığı göz önüne alındığında sağlık çalışanlarının varlığı ve süreç içindeki müdahale kabiliyetleri her geçen daha önemli hâle gelmektedir. Böyle durumlarda, hayatta kalan bireylerin ve toplulukların ihtiyaçlarını gidermek için önemli faaliyetler yürüten sağlık çalışanları fedakâr, şefkatli ve adanmış bir tutum sergilemektedir ve bu olgu kimi zorlukları beraberinde getirmektedir (Cronin, Ryan ve Brier, 2007). Öyle ki âfetlerin ya da diğer kritik olayların, birincil derecede etkilenen bireylerin yanı sıra

profesyonel yardım çalışanları için de olumsuz sonuçlara yol açtığı ifade edilmektedir (Burnett ve Wahl, 2015).

Küresel anlamda dünyayı kısa süre içinde etkisi altına alan kritik olaylardan biri de 2019 sonunda ortaya çıkan ve COVID-19 olarak adlandırılan salgın hastalıktır. COVID-19 pandemisi oldukça hızlı bir yayılım gösteren, belirsizliğe ve strese, ölümlerin artmasına ve toplumsal temelde ruh sağlığı ve fiziksel sağlığın derin bir yara almasına yol açan çarpıcı bir süreçtir (Zhao ve diğerleri, 2020; Crepeau-Hobson, 2020). Oluşturduğu etki hesaba katıldığında, yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) günümüz dünyasının en önemli sağlık krizi haline gelmiştir (Rothan ve Byrereddy, 2020). Bu kriz döneminde sağlık bakım yükünün artması ve çalışanların stres seviyelerinin yükselmesi oldukça muhtemel bir durum olarak görülmektedir (Franza, Basta, Pellegrino, Solomita ve Fasano, 2020).

Çalışmalar; âfetler ve salgınlar gibi yüksek baskı oluşturan durumlarda, sürecin yakından tanıkları olarak hemşirelerin ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiğine işaret etmektedir (Yan, Turale, Stone ve Petrini, 2015; Maridor, Ruch, Bangerter ve Emery, 2017). Genel anlamıyla insani yardım çalışanları süreç içinde başkalarının acılarına tanıklık etmeye bağlı olarak gelişen ikincil travmanın yanı sıra ailelerinden yeterli anlayışı veya sosyal desteği görememe, başa çıkma tarzlarının ve hizmet sunma becerilerinin sektöre uğraması gibi önemli risklerle karşı karşıya kalmaktadır (Pearlman ve MacIlan, 1995; Vutsinas, 2011; Burnett ve Wahl, 2015). Ayrıca pandemide aktif rol oynayan sağlık çalışanlarının acil durum sona ermesine rağmen TSSB, depresyon, anksiyete ve stres belirtileri göstermeye devam ettiği belirlenmiştir (Li ve diğerleri, 2020).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı COVID-19 pandemisi döneminde görev yapan sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin şefkat yorgunluğu üzerindeki yordayıcılığını incelemektir. Ayrıca şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi; mesleki durum, görev süresi, iş yükü, iş stresi; koronavirüs ile ilgili bir birimde çalışmak, bulaşıcı olma kaygısı, artan iş yükü algısı başta olmak üzere birçok bireysel, mesleki ve COVID-19 ile ilgili değişkenlere göre farklılaşma durumları ele alınmıştır.

Bu kapsamda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

1. Katılımcıların psikolojik sağlamlık toplam puanı ve beş faktör kişilik özellikleri alt boyut puanlarının (duygusal denge, dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk) şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları ile anlamlı bir ilişkisi var mıdır?
2. Katılımcıların beş faktör kişilik özellikleri alt boyut puanları (duygusal denge, dışadönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve sorumluluk) şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarını anlamlı olarak yordamakta mıdır?
3. Katılımcıların psikolojik sağlamlık toplam puanı, şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanlarını anlamlı olarak yordamakta mıdır?
4. Katılımcıların şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı demografik değişkenlere göre (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olmak, öğrenim seviyesi) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
5. Katılımcıların şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı mesleki değişkenlere göre (mesleki durum, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, stres seviyesi) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
6. Katılımcıların şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, COVID-19 ile ilgili bazı değişkenlere (koronavirüs tanılı bireylerle çalışma, pandemi sürecine uyum, iş yükünde artış algısı, bulaşıcı olma kaygısı, yakınının virüs nedeniyle kaybetme, toplumun kurallara ne kadar uyduğu düşüncesi) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

1.3. Araştırmanın Önemi

COVID-19 pandemisinin beraberinde getirdiği fiziksel mesafe gerekliliği, bulaş korkusu, ekonomik kayıplar, kendinin ve aile üyelerinin sağlığından endişe etme ve yakınının virüs nedeniyle yaşamını yitirmesi oldukça zorlayıcı unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal anlamda neredeyse her birey için geçerli olan bu durumlara ek olarak sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği pandemi sürecinden daha fazla etkilenmiş ve zorlayıcı yaşam olayları ile yüzleşmek zorunda kalmıştır. Sağlık çalışanları

için bakım vermenin beraberinde getirdiği yük, pandemi sürecindeki zorlayıcı unsurlarla birleşince kişisel ve mesleki yaşamdaki sorunlar ve aksaklıklar daha belirgin hale gelmiştir.

Sağlık çalışanlarının mesleki faaliyetleri boyunca işinin doğası gereği genel anlamıyla risk altında olduğu söylenebilir. Kaliteli hizmet sunumu için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sağlık çalışanı, zaman içerisinde psikolojik ve fiziksel sağlığını, iş motivasyonunu dengede tutmakta zorlanabilir. Hastayla yakın temas kurulması, onların sıkıntı ve acılarına tanıklık edilmesi ve her şeyden evvel hastane ortamında birincil yardım figürü olunması beraberinde birçok sorunu getirebilmektedir. Şefkat yorgunluğu diye ifade edilen bu süreç; sağlık çalışanı üzerinde psikolojik, fiziksel ve mesleki anlamda olumsuz etkilere işaret etmektedir. Bu etki bütünü, sadece bireysel çerçevede kalmayıp uzun vadede sağlık hizmetlerinin de aksamasına yol açabilecek bir boyuta ulaşmaktadır ve COVID-19 pandemisinde daha dikkate değer bir boyuta ulaştığı düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmadan elde edilen verilerin pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık personelin yaşadıklarını anlamlandırmada ve gelecekteki mesleki sorunlara çözüm üretmede önemli olacağı düşünülmektedir.

Şefkat yorgunluğunun nasıl önleneceğini, hangi unsurların buna yol açtığını ya da hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu anlamak ve buna yönelik yaklaşımlar geliştirmek, hem sağlık çalışanlarının daha sağlıklı ve verimli olmasını hem de sağlık hizmet kalitesinin artmasını sağlayabilir. Bu çerçevede şefkat yorgunluğuna yol açan ya da ona karşı tampon görevi gören faktörlerin araştırılması, ilgili öğelerin (birey, iş yeri arkadaşları, iş yeri ortamı ve kurum yöneticiler vb.) hesaba katılmasıyla önleyici ve sağıltıcı yaklaşımların geliştirilmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğunda nasıl rol aldığıın tespit edilmesi, sağlık çalışanı ile hasta arasındaki sağlıklı iletişimin, kaliteli sağlık hizmetin oluşturulması ve sağlık çalışanlarının mesleki sorunlarının giderilmesi açısından önem arz etmektedir.

Araştırmanın yordayıcı değişkenlerinden olan psikolojik sağlamlık ve beş faktör kişilik özelliklerinin şefkat yorgunluğu ile ilişkisi incelenerek şefkat yorgunluğunun tanımı, gelişim süreci, etkileri ve önlenmesi konusunda yapılacak çalışmalara yol gösterecektir. Bu çalışma, bakım verenlerin iş yerinde yaşadığı sorunların çözümü ve sağlık hizmetlerindeki sorunlara farklı bir bakış getirilmesi açısından önemli

görülmektedir. Bu doğrultuda şefkat yorgunluğuna ilişkin elde edilecek bulguların alanyazına katkı sağlaması beklenmektedir. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulguların hazırlanacak şefkat yorgunluğu birey ya da grup temelli psikoeğitim programlarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çerçevede çalışma, şefkat yorgunluğunun belirlenmesi ve önlenmesi için konunun hangi şekilde ve hangi kazanımlar çerçevesinde ele alınması gerektiğine ışık tutması beklenmektedir. Bunun yanı sıra psikolojik danışma uygulamalarında şefkat yorgunluğunun önlenmesi ve sağaltımı konusunda fikir verecektir. Bu sayede sağlık çalışanı mesleki anlamda daha nitelikli ilişkiler kurulabilecek, iş motivasyonunu koruyabilecek ve sağlık hizmetlerinde ilerleme sağlanabilecektir.

Şefkat yorgunluğu kavramının Batı kökenli olduğu ve şefkat yorgunluğu, kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık kavramlarının birlikte yer aldığı bir araştırmaya rastlanmadığı göz önüne alındığında bu çalışmanın yurt içi alanyazına yeni bulgular sunacağı öngörülmektedir. Araştırmadan elde edilecek bulguların COVID-19 pandemi sürecinin sağlık çalışanlarını nasıl etkilediğine ilişkin bir bakış kazandıracığı düşünülmektedir. Böylece pandemi süreci temelinde kavrama ilişkin neden, süreç, belirti ve sonuç başlıkları altında doğru bir çerçeve çizilebilecektir. Bu araştırma Türkiye’deki sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu düzeylerinin azaltılması, sağlık çalışanlarının daha etkili, verimli çalışmaları ve mesleki iklimin daha elverişli olması için yeni politikaların belirlenmesi bakımından önemli görülmektedir. Neticesinde şefkat yorgunluğu kavramının doğru algılanması, belirlenmesi ve önlenmesi ve sağaltımı konusunda yeni düzenlemelerin önü açılacaktır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1.4.1.** Araştırma pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık personelleri ile sınırlıdır.
- 1.4.2.** Bu araştırma ilişkisel model ile sınırlıdır.
- 1.4.3.** Araştırma sonuçları, istatistiksel analizlerin özellikleriyle sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

COVID-19: Yeni koronavirüs hastalığı, ilk olarak 2019 aralık ayı sonunda Çin’in Vuhan Eyaleti’nde ortaya çıkan, solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) ile

kendini gösteren ve resmi olarak 13 Ocak 2020’de tanımlanan bir virüstür (covid19.saglik.gov.tr).

Şefkat yorgunluğu: Uzun süreli, sürekli ve yoğun bir şekilde hastalarla temas kurma, kendine ait bir şeylerden vazgeçme ve strese maruz kalma ile belirgin olan ve merhamet stresi olarak açığa çıkan ilerleyici bir sürecin nihai halidir (Coetzee ve Kloppe, 2010).

Tükenmişlik: İş yerindeki kronik stresörlere yanıt olarak ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve verimsizlik boyutlarından ibarettir (Maslach, 2003).

İkincil travmatik stres: Travma geçiren birey için, travma sonrası stres bozukluğu; başka birisinin travmasından haberdar olmaya bağlı olarak oluşan süreç için ikincil travmatik stres bozukluğu kavramı kullanılır (Jenkins ve Baird, 2002).

Kişilik: Düşünce, duygu ve davranış diye bilinen psikolojik unsurlardaki benzerlik ve farklılıklara işaret eden, sadece içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortam ile tarif edilemeyecek oldukça kararlı özellikler ve eğilimlerdir (Berens, 1999).

Beş Faktör Kişilik Kuramı: Deneysel araştırmalar ile keşfedilen kişilik özelliğinin beş boyutunu ifade eder ve bunlar duygusal denge, sorumluluk, uyumluluk, deneyime açıklık ve dışadönüklükten ibarettir (McCrae ve John, 1992).

Psikolojik sağlamlık: Bireyin yüksek risk içeren zorlu durumlara maruz kaldığında başarılı bir şekilde uyum sağlamasını ve bu uyumuna yardımcı olan özellikler ve koruyucu mekanizmaların tamamını ifade eder (Manyena, 2004).

BÖLÜM II

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölüm; sırasıyla şefkat, şefkat yorgunluğu, beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık kavramları ile ilgili kuramsal bilgileri kapsamaktadır. Ayrıca şefkat yorgunluğu ile yakın anlamlı olan ikincil travmatik stres, tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu, şefkat tatmini ve empati kavramlarına yer verilmiştir. Bu kavramlara yönelik kuramsal bilgileri araştırmalara dayalı bilgiler takip etmektedir.

2.1. Şefkat

Şefkat kavramı Türk Dil Kurumu sözlüğünde *sevecenlik* diye tarif edilmektedir (www.sozluk.gov.tr/). Kavram, *ş-f-k* harflerinden türetilmektedir ve dilimize Arapça'dan geçmiştir (www.etimolojiturkce.com/). Şefkat, karşıdakine sempatiyle yaklaşmayı ve maruz kaldığı acıyı azaltma yönünde duyulan yoğun isteği ifade eder (Steffen ve Masters, 2005). Feldman ve Kuyken (2011) şefkati; acıyı tanıma, insan ıstırabının evrenselliğini anlama ve kişinin acısını empati, sakinlik ve sabır ile karşılama imkânı tanıyan zihinsel yönelim olarak ifade etmiştir. Gilbert'e (2005) göre şefkat, bir başkasının acısını hafifletme isteğinin yanı sıra, acının sebebini kavramaya ve bu doğrultuda bir şey yapmaya yönelik bilişsel ve davranışsal süreçleri içerir. Bu tanımlardan anlaşıldığı üzere Schulz ve diğerleri (2007) şefkati üç temel bileşen: sıkıntı içindeki bireyi fark etmek (*bilişsel*), ona empati duyarak acılarını paylaşmak (*duygusal*) ve yaşanan acıları azaltmaya yönelik adım atmak (*motivasyonel*) ile açıklamaktır.

2.1.1. Bakım Verenlerde Şefkat

Şefkat kavramı acımak ile eş anlamlı olarak kullanılsa da farklı anlamları ifade etmektedir. Şefkat genel anlamıyla, çevremizdeki bireylerin sıkıntılarını, endişelerini paylaşmak ve bu yönde adım atabilmek için itici güç niteliğindedir. Şefkat, bakım verenler ile bakım görenlerin sağlıklı etkileşimlerini teşvik eden ve başarılı bir iyileşme ortamı sağlayan temel bir niteliktir (Murphy, 2014). Şefkat başka biriyle eşitlik üzerine kuruludur, empatiye yol açarak bir kişinin başka birinin ihtiyaçlarını hissetmesini sağlar (Diggins, 2010) ve danışanın dünyasına girmeyi, acılarının farkına varmayı ve bu

farkındalıkla acıları hafifletmek için harekete geçmeyi sağlayan güçlü bir duygudur (McHolm, 2006). Acımak, bireyin sıkıntılarının farkına varılmasına rağmen ona tepeden bakmayı çağırıştırabilir ve etkin bir hareketi ya da olumlu katılımı ifade etmeyebilir; şefkat ise bireye yönelik yoğun bilişsel ve davranışsal süreçleri ifade eder. Bu bağlamda bakım verme sürecinde örneğin iyi hekimlik yaklaşımında acımanın değil şefkatin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Ekstrom, 2012).

Banning ve Gumley (2012) bakım verme sürecinin en önemli yönlerinden birinin hasta ve ailelerinin duygularını anlamak ve bu çerçevede şefkatli davranmak olduğunu belirtmiştir. Şefkat, bir kişiyi fark etmek için temel bir duygudur ve içinde bakım verenin, hastanın ihtiyaçlarını hissetmesini sağlayan empatiyi barındırır (Diggins, 2010) ve bakım verenlerde içsel iyilik olarak tanımlanır (May, 1994). Şefkatin bu derecede önemli görülmesinin temel anlamı bakım verme kalitesini doğrudan etkilemesi (Kret, 2011) ve bakım veren ile hasta arasında güven duygusunun yerleşmesine katkıda bulunmasıdır (Petleski, 2013).

Şefkatli sağlık çalışanları, bir kişinin bakım verirken hem terapötik eylem hem de kişisel nezaket göstererek hastalarının acılarını hafifletmek veya ortadan kaldırmak için ellerinden geleni yaparlar (Pembroke, 2016). Araştırmalarda şefkatli davranışın, bireylerde pozitif ruh hali (Hutcherson, Seppala ve Gross, 2008); artan benlik saygısı (Krause ve Shaw 2000) ve öznel iyi oluş gibi psikolojik açıdan olumlu değerlerle ilişkili olduğu görülmektedir (İşgör, 2017). Şefkatin sürdürülmesi kaliteli bakım verme ve bu doğrultuda ideal sonuçlar elde etme açısından çok önemlidir (Walker, 2009; Bao ve Taliaferro, 2015). Ancak hastalarla kurulan empati temelli ilişki zaman içinde duygusal rahatsızlıklara, bakım kalitesi ve veriminin düşmesine ve hasta güvenliği ve bakım verenin memnuniyet düzeyi açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir (Bao ve Taliaferro, 2015). Bu bağlamda araştırmacılar psikolojik ya da fiziksel problemi olan birine bakmanın yol açtığı stresi, güçlükleri ve sıkıntıları ifade etmek için şefkat yorgunluğu kavramını kullanır (Thomas ve Wilson, 2004).

2.2. Şefkat Yorgunluğu

Şefkat yorgunluğu *şefkat* ve *yorgunluk* kelimelerinin birlikte kullanımı ile oluşan görece yeni bir kavramdır (Coetzee ve Klopper, 2010). Kavramın ikinci kelimesi olan *yorgunluk* sözlükte *çalışma vb. sebeplerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması, bitaplık* diye tanımlanmaktadır (www.sozluk.gov.tr/). Şefkat yorgunluğu sözlükte trajik öykülere, görüntülere yoğun maruz kalmanın ve yardım çağrılarının bir sonucu olarak başkalarının acılarına yönelik ilgisiz veya kayıtsız kalma hâli olarak açıklanmaktadır (www.dictionary.cambridge.org/tr/). Alanyazında ise şefkat yorgunluğu; bakım verenin, iyileştirici sürecin dışına çıktığı, hastanın ihtiyaçlarına cevap vermek ve bunlarla ilgilenmek için gerekli ve şefkatli bakımı sağlayamadığı aşama olarak tanımlanır (Petleski, 2013).

Şefkat yorgunluğu ilk kez Joinson (1992) tarafından hemşirelerin travmatik stres sorunlarının araştırılmasıyla ortaya konan bir kavramdır ve umutsuzluk, hayal kırıklığı, kronik yorgunluk, sinirlilik, işe gitme korkusu, vücut direncinin düşmesi, daha sık hastalanma, fiziksel rahatsızlıkların alevlenmesi, bakım verme yeteneğindeki kayıp ve yaşamdan keyif almama özellikleriyle tarif etmiştir. Figley (1995) şefkat yorgunluğunu öncelikle bir danışan veya aile üyesinin travmasından duygusal olarak etkilenen bireylerin deneyimlerini tanımlamak için kullanmıştır. Sonraki çalışmasında ise tanımı genişleterek yüksek düzeyde çaresizlik ve destekleyici iletişim açısından yalıtılmış olma duygusu ile sonuçlanan bir süreç olarak ifade etmiştir (Figley, 2002). Şefkat yorgunluğu doğrudan hemşire, danışman ve diğer bakım verme profesyonelleri ile ilişkilidir (Joinson, 1992) ve bakım vermenin bir sonucu olarak ifade edilir (Boyle, 2011; Flarity, Gentry ve Mesnikoff, 2013). Bakım veren bireylerin, stres faktörleriyle tekrarlı ve uzun süre temas kurması, nihayetinde bakım verenin hizmet sunma, kişisel ve mesleki ilişkilerini sürdürme becerilerini engelleyerek şefkat yorgunluğuna yol açmaktadır (Collins ve Long, 2003a).

Şefkat yorgunluğu başlangıçta sadece travma mağdurları ile çalışan sağlık profesyonellerinin yaşadıkları iş stresini ele almak için tanımlanırken; günümüzde ise bu iş stresinin, birçok yardım mesleği elemanlarına etkisini açıklamak için kullanılmaktadır (Chase, 2005). Şefkat yorgunluğu hemşire, doktor, psikoterapist gibi bireyin acılarıyla etkileşime giren birçok profesyonel arasında yardım davranışına devam etme yeteneği ya

da isteğinde kayıp olarak kendini gösteren önemli bir kavramdır (Merriman, 2017). Bakım veren kişi, bakım görenlerin acı ya da sıkıntılarına yoğun derecede maruz kalmaktadır ve bu durum psikolojik sağlığı tehdit eden mesleki bir riske dönüşmektedir (Adams, Boscarino ve Figley, 2006). Bu mesleki risk, günümüzde özellikle sağlık çalışanı, öğretmen, polis, acil servis çalışanı, avukat, afet yardım ekibi gibi yardım mesleklerinde önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (Gentry, Baranowsky ve Dunning, 1997).

Stres olgusu, istenmeyen bir durumdur ve özellikle uzun süreli olduğu takdirde ciddi fizyolojik tepkilere yol açabilir (Selye, 1976). Şefkat yorgunluğu; bireyin bir şeylerden vazgeçmesi ile belirgin olan ve şefkat stresi olarak açığa çıkan ilerleyici bir sürecin nihai hâli olarak tanımlanır (Coetzee ve Klopper, 2010). Figley (1995) şefkat stresini, danışanlara yönelik empatik tepki ile oluşan duygusal enerjiden arta kalan bir parça olarak tanımlar. Şefkat stresinin temel işaretleri arasında, iş yeri görevlerinde yetersizlik yaşama ve çok hata yapma, bunalmışlık ve sinirlilik yer almaktadır (Murphy, 2014). Bu süreç fark edilmediği, etkin bir şekilde baş edilemediği ya da önemsenmediği takdirde şefkat yorgunluğu ile sonuçlanabilmektedir (Sabo, 2011). Böylece bakım verenin, hastaların acı ve sıkıntılarını dindirmek için tekrarlı bir şekilde sunduğu empatik tepkilere bağlı olarak şefkat deposunda dikkate değer azalma meydana gelir (Figley, 1995b; McHolm, 2006). Kendisini güçlü bir şekilde gösteren bu azalmaya bağlı olarak, bakım verici artık şefkatli olmaktan uzaktır ve kendini yorgun hissetmektedir.

2.2.1. Şefkat Yorgunluğunun Gelişim Süreci

Sağlık uygulamalarında genel olarak iki temel unsur olduğu kabul edilir: Bunlardan birincisi yardıma ihtiyaç duyan birey; ikincisi yardım eden, bakım veren bireydir. Bakım ve tedavi sürecinde sağlık personelinin bakım hizmeti alan kişiyi *insan* olarak görmesini sağlayan en önemli şey, sahip olduğu şefkat duygusudur (Gök, 2015). Bu noktada şu soruyu sormak oldukça işlevsel olacaktır. Nasıl olur da sağlık hizmetleri açısından büyük önem arz eden şefkat, bakım verende yorgunluk yapar? Buna cevap olarak duygusal bulaşma kavramı sunulabilir.

Duygusal bulaşma, istem dışı bir şekilde başka birisinin duygusal tecrübesini ya da duygu ifadesini taklit etmeye yönelik bir eğilim olarak tanımlanmaktadır (Hatfield,

Cacioppo ve Rapson, 2013). Başka bir deyişle duyguların bulaşması, ruh hallerinin başkalarıyla yaşanan etkileşim ile kişinin kendisine geçmesi anlamına gelmektedir (Gök, 2015). Bu olgu, sağlık hizmetlerinde bakım veren ile bakım alan arasında görülebilir. Gentry ve Baranowsky'e (2013) göre, yardım eden ve yardıma ihtiyaç duyanlar arasındaki etkileşimi oluşturan temel yapıların başında empati gelir.

Yardım mesleği elemanları empati kurma ve şefkat gösterme davranışlarına bağlı olarak zaman içinde travmatize olabilir ve bunun sonucunda yetersiz öz bakım, işyerinde artan özveri (Lombardo ve Eyre, 2011) ve yardım etme becerisinde engeller ortaya çıkabilir (Aycock ve Boyle, 2009). Bunun yanı sıra bakım verirken isteksiz ve keyifsiz görünme, kendini iyi hissetmeme, bireylere yönelik ilgisizlik örnek olarak gösterilebilir (Jenkins ve Warren, 2012). Bu özellikler, esasen şefkat yorgunluğunun gelişim sürecinde ortaya çıkan temel işaretlerden sadece birkaçıdır.

Figley (1995) şefkat yorgunluğunun gelişimin açıklamak için kendine özgü bir model geliştirmiştir. Bu model basit olarak şunu anlatmaktadır: Empati ve duygusal enerji etkili bir bakım hizmeti sunabilmek için önemlidir; bunun yanı sıra empatik olmak bakım sürecinde bir bedel ödemeye yol açabilir (Figley, 2002). Bu model, on kavramı sırasıyla sunarak, şefkat yorgunluğunun gelişim sürecine ışık tutmaktadır.

1. *Empatik yetenek*, bir başkasının duygularını fark etmek ve hasta ile işbirliğini geliştirmek için hayati bir unsurdur (Bohart, Elliot, Greenberg ve Watson 2002). Empatik yetenek olmadığı takdirde bireylerde şefkat yorgunluğunun hiçbir şekilde gelişmeyeceği kabul edilir (Figley, 2002). Sabo (2011) buna benzer bir yaklaşımla, sağlık çalışanları için empatiyi iki tarafı keskin bir bıçak olarak ifade etmiştir. Empatik yetenek hem başkalarına yardım etmede, hem de bakım vermenin bedelini öderken savunmasız kalmada rol oynar (Figley, 2002).

2. *Empatik ilgi*, yardım edicinin travmatik, acı veren duygu ve düşüncelerle çalışma isteğini ifade eder (Ringebach, 2009). Yeterli ilgi, bakım vericinin yeteneğini, eğitimini ve bilgisini kullanarak hizmet kalitesini yükseltmesi için bir araçtır (Figley, 2002). Öte yandan bakım sağlayıcıların empatik ilgi ve yetenekleri şefkat stresine yol açabilecek bir niteliktir (Sabo, 2011). Bu bağlamda empatik ilgi, olumlu bir özellik olarak görülmesine

rağmen aynı zamanda şefkat yorgunluğuna yol açabilecek bir faktördür (Ringebach, 2009).

3. *Hasta ile temas kurma*, bakım vermenin doğası gereği ve hastanın acılarının doğrudan etkisinde kalarak onun acılarını duygusal olarak deneyimlemeyi ifade eder (Figley, 2002). Çalışma yaşamında; kötü haber vermek, bireyin deneyim ve beceri düzeyine rağmen zordur, bu esnada birey hastanın acılarından ötürü kendini sorumlu hissedebilir ve böylece şefkat yorgunluğu riskine daha açık hale gelir (Benoit, Veach ve LeRoy, 2007).

4. *Empatik tepki*, yardım edenin empatik anlayış yoluyla acı çekenin acısını azaltmak için göstereceği gayretin düzeyidir (Figley, 1995a). Hastanın duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına yönelik bu nitelik, bireyin kendiliğini hastanın bakış açısına yansıtmaları ile başarılıdır (Figley, 2002). Ters durumda ise şefkat yorgunluğu, yardım edicinin ilgisinde azalma ve empatik yardımcı olarak işlev görme kapasitesinde düşmeye işaret eder (Figley, 1995b).

5. *Şefkat stresi*, hastayla temas halinde olmaya bağlı gelişen stresi ifade eder (Figley, 1995a). Hastanın acısını dindirmeye yönelik empatik tepkiden arda kalan duygusal enerjidir ve *başarı duygusu* ve *ayrışma* değişkenleriyle kontrol edilmediği takdirde şefkat yorgunluğuna yol açabilir (Figley, 2002). Sonucunda çalışanların empatik anlayışla en iyisini yapma çabaları sektöre uğrayabilir, performansları düşebilir, pişmanlık, suçluluk görülebilir ve genel sağlığını, yaşam kalitesini etkileyebilir (Benoit ve diğerleri, 2007).

6. *Başarı duygusu*, şefkat stresini azaltıcı ve hatta önleyici bir rolü vardır; yardım edenin hastaya yardım etme çabalarından tatmin olma düzeyine işaret eder (Figley, 2002). Aksi durumda, şefkat stresini azaltmada yetersiz kalırsa birey şefkat yorgunluğu riskiyle baş başa kalabilir (Benoit ve diğerleri, 2007).

7. *Ayrışma*, bakım verenin yaşamına yoğunlaşarak öz bakımını ihmal etmemesi ve hasta ile ilgili ortaya çıkan duygularını bir kenara bırakabilmesini ifade eder (Figley, 2002). Bakım verenin, acı çeken bireyler için gösterdiği uğraştan memnun olma ve kendiyi onların acıları arasında mesafe koyabilme becerisi, şefkat stresinin derecesine

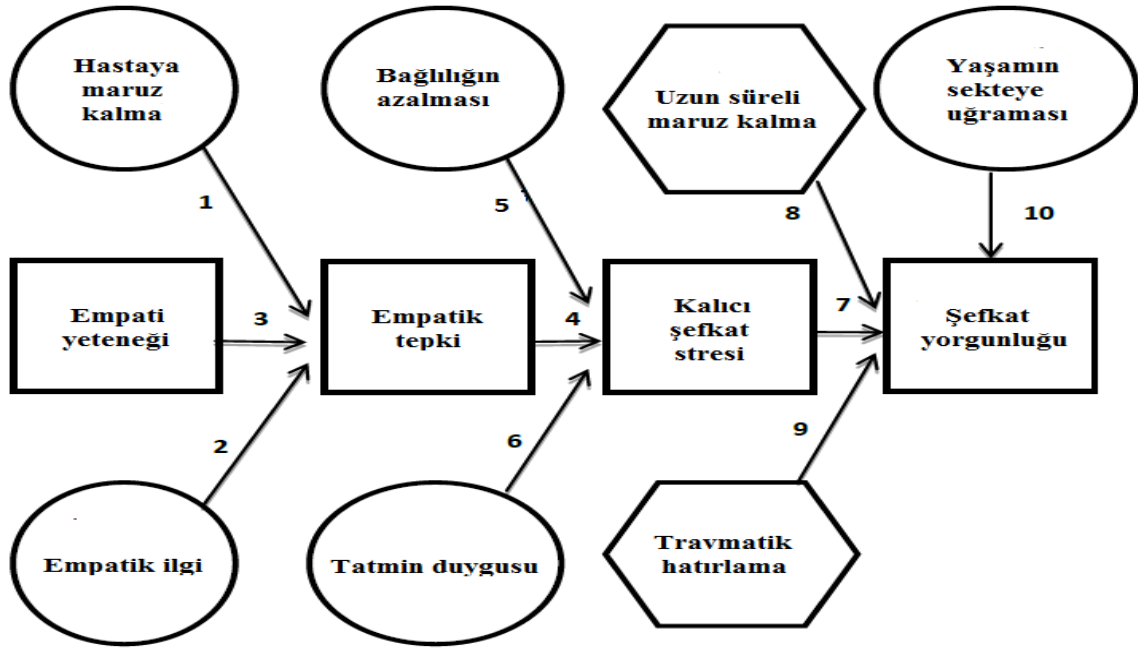
ilişkin bilgi verir (Figley, 1995a). Bu başa çıkma mekanizması etkili ve doğru bir şekilde kullanıldığında şefkat stresinin azalmasına hizmet eder (Benoit ve diğerleri, 2007)

8. *Uzamış temas hali*, uzun süre boyunca hastaya yönelik bakım sorumluluğunun devam etmesini ifade eder (Ringebach, 2009). Bakıcının uzun bir süre boyunca hastanın bakımı için sürekli bir sorumluluk duygusu yaşamasını ve aynı zamanda kendisini bu noktada zorunlu hissederek herhangi bir şekilde rahatlamamış olmasına işaret eder (Chase, 2005). Bu bakımdan hizmet sağlayıcılar için periyodik araların şefkat yorgunluğuna karşı işlevsel olacağı düşünülmektedir (Benoit ve diğerleri, 2007).

9. *Travmatik hatırlama*, travma sonrası stres, depresyon, anksiyeteye ilişkili anıların tetiklenmesini ifade eder; bu anılar daha çok aşırı talepkâr, tehditkâr ve acı çeken hastalara yönelik olmaktadır (Figley, 2002). Bu anılar, tekrar akla geldiğinde bakım verende duygusal tepkilere yol açar (Ringebach, 2009) ve uzun vadede şefkat yorgunluğu risk teşkil etmektedir (Benoit ve diğerleri, 2007).

10. *Yaşam aksaklıkları*, dikkat gerektiren planlarda, rutinde ve yaşam sorumluluklarını yönetmede beklenmedik değişimlerin yaşanmasıdır ve buna örnek olarak; hastalık, sosyal statüde, profesyonel ya da kişisel sorumluluklarda değişiklik gösterilebilir. Bakıldığında bu aksaklıklar üstesinden gelinebilecek unsurlardır; ancak diğer değişkenlerle birleştiğinde şefkat yorgunluğu yaşanmasına yol açabilir (Figley, 2002).

Figley (2002a); modelin, şefkat yorgunluğunu önemsemeyi ve travmatik stres unsurlarının etkilerini anlamayı, strese karşı bireysel tepkileri ve biyolojik, psikolojik ve sosyal göstergeleri içeren baş etme yöntemlerini açığa kavuşturmak için gerekli olduğunu savunmaktadır. Modelde temel varsayım olarak, terapötik ilişki ve terapötik bir yanıt oluşumu için empati ve duygusal enerjinin rol oynadığı belirtilmektedir (Sabo, 2011). Bu çerçevede, Figley'in şefkat yorgunluğu gelişim modeli kısaca şöyle özetlenebilir: Acı çeken hasta ile iletişime geçen bakım verici, empatik ilgisi ve tepkisine bağlı olarak hastanın acısına ortak olur; böylece bakım verende ikincil bir travma gelişebilir ve uzun süreli travmatik stres, şefkat stresine evrilebilir ve bu yönetilemediği takdirde bazı yaşamsal sorunlar ile birleşerek şefkat yorgunluğu ortaya çıkabilir.



Şekil 1. Şefkat Yorgunluğu Gelişim Süreci (Figley, 2002).

2.2.2. Şefkat Yorgunluğunun Belirtileri

Şefkat yorgunluğu; bakım verenlerin, hastaların yaşadığı deneyimlerle temas halinde olmasından kaynaklanır (Rudolph, Stamm ve Stamm, 1997) ve çalışan bireylerin iş yaşamında önemli değişikliklere yol açtığı ifade edilmektedir (Figley, 2002). Şefkat yorgunluğu yaşayan bir hemşirenin iş performansında değişiklik görülebilir, daha fazla hata yapabilir, kendini eskisi gibi sağlıklı hissetmeyebilir ve mesleğinden ayrılması gerektiğini fikrine kapılabilir (Schwam, 1998). Bunu destekler nitelikte Maiden, Georges ve Connelly (2011) sertifikalı yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı araştırmada istifa etme niyetinde olanların daha yüksek şefkat yorgunluğu skorları bildirdiklerini belirlemiştir. Ciddi düzeyde yaşanan şefkat yorgunluğu, profesyonelin klinik etkinliğini ve yargılama düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir (Bride, Radey ve Figley, 2007). Örneğin travma hastalarıyla çalışmanın terapistler üzerinde zararlı etkileri olduğunu gösteren araştırma bulguları vardır (Pearlman ve Mac Ian, 1995; Sodeke-Gregson, Holtum, Billings ve 2013).

Skorupa ve Agresti (1993) zaman içinde terapistin danışana yönelik empati becerilerinde ve saygı gösterme davranışında azalma ve bu nedenle terapötik ilişkilerde bozulma yaşanabileceğine dikkat çekmiştir. McCarthy ve Frieze (1999) terapistlerin, duyarsızlaşma, verimsizlik ve değersizlik duygularını deneyimlediklerini, hastaları tedavi etmek için uyumsuz stratejiler seçme eğiliminde olduklarını ifade etmiştir. Bu değişiklikleri açıklamak için araştırmacılar farklı sınıflandırmalar sunmuştur. Örneğin Coetzee ve Klopper' a (2010) göre sosyal, fiziksel, duygusal, zihinsel ve ruhsal belirtileri; Figley'e (2002) göre ise bilişsel, duygusal, davranışsal, spiritüel, ilişkisel, fiziksel ve iş performansına dair belirtiler olmak üzere yedi başlık vardır:

1. *Bilişsel Belirtiler:* Düşük konsantrasyon, düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, travma ile aşırı ilgilenme, başkasına ya da kendine zarar verme düşünceleri

2. *Duygusal Belirtiler:* Güçsüz hissetme, suçluluk duyma, öfke, hayatta kalma suçluluğu, içe kapanma, uyuşukluk/hissizlik, korku, çaresizlik, üzüntü, artmış şüphecilik, duygulanımda değişim, enerjide düşme, aşırı hassasiyet ve alınganlık

3. *Davranışsal Belirtiler:* Sabırsızlık, içe kapanma, uyku bölünmeleri, kâbuslar, iştahta değişim, aşırı uyanıklık hali, irkilme tepkileri, kazaya eğilim, bir şeyleri kaybetme kolayca kaybetme

4. *Spiritüel/Manevi Belirtiler:* Hayatın manasına yönelik sorular sorma, dini inançları sorgulama, yaşamın amacının yitirilmesi, derin umutsuzluk, tanrıya öfke ve ona olan inancın zayıflaması,

5. *İlişkisel Belirtiler:* Yakın ilişkilere ve cinselliğe ilgide azalma, diğer insanlara güven duymakta zorlanma, kendini çevreden izole etme, yakınlarına aşırı korumacı davranma, insanları hoş görmekte zorlanma, yalnızlık, kişilerarası bağların zayıflaması

6. *Fiziksel Belirtiler:* Aşırı terleme hali, hızlı nefes alıp verme, kalp atışında hızlanma, soluk alıp vermede güçlük, baş, mide, eklem ve kas ağrıları, baş dönmesi, bozulmuş bağışıklık sistemi, somatik şikâyetler

7. *İş Performansı Belirtileri:* Düşük motivasyon, görevden kaçma ya görev almaktan kaçınma, düşük iş ve iletişim kalitesi, personel ile çatışma, detaylarda takılı

kalma, olumsuzluk, görünüşe özenin azalması, tarafsızlık, işe devamsızlık, yorgunluk ve sinirlilik, meslektaşlarından uzak durarak kendini yalnızlaştırma

Alanyazında sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastaların travmalarına tanıklık etmesinin rahatsız edici etkisine yönelik çalışmalar her geçen gün artmaktadır (Huggard, 2003). Doktor, hemşire, terapist vb. sağlık çalışanlarının rolleri gereği şefkatli olması temel bir özellik olmakla birlikte travmatize olmuş bireylerle yoğun vakit geçirmek şefkatli rollerinde aşırı hassasiyete ve beraberinde istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Slatten, 2011). Bu olumsuz sonuçlar dizisi şefkat yorgunluğu, dolaylı travma, duygusal bulaşma, ikincil travma ve tükenmişlik kavramları ile açıklanır (Huggard, 2003; Bride ve diğerleri, 2007; Sabo, 2006). Şefkat yorgunluğu temel anlamıyla bakım verenin, başkalarının acılarının etkisinde kalarak kendilerini yorgun ve yıpranmış hissetmesidir (Teater ve Ludgate, 2014) ve esasen yukarıda belirtilen kavramlarla anlamlı benzerlik gösterse de temel farklılıklar göz ardı edilemez niteliktedir (Huggard, 2013).

2.2.3. Şefkat Yorgunluğuyla İlgili Kavramlar

2.2.3.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger (1974) tarafından duygusal olarak muhtaç ve talepkâr bireylerle çalışmanın durmak bilmeyen baskısı ile enerji ve kaynaklar üzerinde oluşturduğu aşırı talepler nedeniyle çalışanın kendini başarısız, yıpranmış ya da tükenmiş hissetmesi diye tanımlanmıştır (akt. Kahill, 1988). Bundan kısa bir süre sonra bu kavram ruh sağlığı çalışanlarının hastalarla daha az çalışma isteği ve daha az başarı hissine dikkat çekmek için ifade edilmiştir (Pines ve Maslach, 1978). Kavram, günümüzde genel olarak iş yaşamındaki herhangi bir müdahaleyi sürdürme kapasitesindeki tükenmişliğe ve çeşitli verimsiz çalışma davranışlarına işaret etmektedir ki bu durumun işyerinde önemli etkileri olduğu kabul edilmektedir (Kahill, 1988; Schaufeli, Leiter ve Maslach, 2009). Tükenmişlik, profesyonellerde meydana gelebilecek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıların azalması olmak üzere üç temel belirtiliyle açıklanmaktadır (Maslach, 1987).

Bu tanımlardan da anlaşıldığı üzere tükenmişlik işle ilgili bir strese verilen tepkiyi ifade eden genel bir yapıdır (Maslach, 2003; Alkema, Linton ve Davies, 2008) ve genel

olarak fiziksel, duygusal ve zihinsel sonuçlar doğuran duygusal gerilim hâli olarak tanımlanır (Etzion, 1984). Tükenmişlik bireyin kişisel başarı algısında ve çalışma hevesinde düşüş yaşamasıyla ilişkilidir (Maslach ve Jackson, 1981). Bunun yanı sıra Kahill (1988) tükenmişliğin sonuçlarını yorgunluk ve uyku bozukluğu gibi fiziksel; kaygı ve depresyon gibi duygusal; alkol-madde kullanımı ve saldırganlık gibi davranışsal; işe geç kalma ve devamsızlık gibi işle ilgili ve kendini yalıtma gibi kişilerarası belirtiler olmak üzere beş boyutta incelemiştir. Tükenmişliğin bu belirtileri, temel olarak çalışanların hastalara yönelik daha duyarsız olması, engellenme, güçsüzlük, iş ortamındaki üretkenliğin düşmesi (Valent, 2002), işe devamsızlığın artması (Maslach ve Jackson, 1981) ve iş doyumunda azalma, işten ayrılma veya çıkarılma gibi ciddi mesleki sorunlara yol açtığına işaret etmektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Alanyazında tükenmişlik ve sıklıkla şefkat yorgunluğu birbiriyle ilişkili kavramlar olarak ele alınır (Stamm, 2002; Valent, 2002; Yoder, 2010; Jenkins ve Warren, 2012). Kimi araştırmacılar tükenmişliği şefkat yorgunluğunun gelişiminde öncü bir nitelik (Joinson; 1992; Collins ve Long, 2003; Wynn, 2020) bir kısım ise şefkat yorgunluğunun bir sonucu olarak tanımlamıştır (Maytum, Heiman ve Garwick, 2004). Öyle ki tükenmişlik ile şefkat yorgunluğu; duygusal tükenme, yalnızlık, duyarsızlaşma, sıkıntı, somatik şikâyetler, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve yaşamın sekteye uğraması gibi birçok ortak etkiye yol açması nedeniyle aynı koşullar olduğu öne sürülmektedir (Figley, 2002). Bu ortak etkiler, her ikisinin de mesleği bırakma kararı almaya yol açabilecek güçte olduğuna işaret etmektedir (Boyle, 2011). Her ne kadar birçok araştırmacı tükenmişlik ve şefkat yorgunluğunu birbiriyle örtüşen koşullar olarak ifade etmiş olsalar da, birbirlerinden belirgin biçimde bağımsız olduklarını öne sürmek için daha fazla kanıt vardır (Wagaman, Geiger, Shockley ve Segal, 2015). Boyle (2011) her iki kavramın etiyolojisini incelemiş ve şefkat yorgunluğunun gelişiminde acı çeken bireye bakımın altını çizirken; tükenmişliğin gelişim sürecinde iş ya da çevreyle ilişkili stresörlere yönelik tepkinin rol oynadığını ifade etmiştir. Bu bağlamda şefkat yorgunluğuyla tükenmişlik arasındaki temel fark birincil strese yol açan faktörlerle açıklanabilir (Lynch ve Lobo, 2012).

Şefkat yorgunluğu, travma ve/veya acıya maruz kalınmasına bağlı olarak genellikle akut bir şekilde ortaya çıkabilirken; tükenmişlik, iş streslerine sürekli maruz kalmaktan kaynaklanır ve başlangıçta kademeli olarak ilerler (Lombardo ve Eyre, 2011; Alkema ve

diğerleri, 2008). Yönetici ya da meslektaşlarla çatışma, maaş tatminsizliği (Febrian, 2017); ağır iş yükü, kontrol kaybı, kurumsal-finansal ve sosyal ödüllerin yetersiz oluşu, destek ve güven eksikliği, iş yerinde kararların hakkaniyetli alınmadığına dair kişisel algı, bireysel hedefler ile kurum hedeflerinin uyuşmaması (Maslach ve Leiter, 2016b), gerçekçi olmayan talepler, vardiyalı sistem ve yetersiz denetimler (Mathiue, 2012), iş yerinde profesyonel destek eksikliği (Stamm, 2005), zaman baskısı, koordinasyon sorunları ve rutin iş zorlanmaları (McHolm, 2006) gibi iş yerindeki idari, örgütsel veya politik sorunlar tükenmişliğe yol açan iş streslerine örnek olarak gösterilebilir (Teater ve Ludgate, 2014).

Tükenmişliği; restoranlar, mağazalar, işletmeler ve kurumlar gibi herhangi bir işteki herhangi bir bireyin yaşama olasılığı vardır ve genellikle travmaya maruz kalmayla ilişkisi yoktur (Teater ve Ludgate, 2014). İş stresi örneklerinin her iş ortamında olduğu düşünüldüğünde tükenmişliğin her meslek için geçerli olduğu; şefkat yorgunluğunun ise daha çok birebir ilişkinin yoğun olduğu mesleklerde görüldüğüne işaret etmektedir (Alkema ve diğerleri, 2008). Öyle ki şefkat yorgunluğu; hemşirelik, bakıcılık, danışmanlık gibi mesleklerle ilişkilendirilir (Joinson, 1992; akt. Febrian, 2017) ve yardım mesleğindeki bireyler için mesleki bir tehlike olarak görülmektedir (Alkema ve diğerleri, 2008) .

2.2.3.2. Şefkat doyumu

Şefkat, bireylerle bağlantı kurmak ve onlara yardım etmek için bir yetenek, yardım mesleklerinde temel bir özellik (Radey ve Figley, 2007) ve başkalarının acılarına yönelik üzüntü hissi ve derin empatik eğilim olarak ifade edilir (Ringenbach, 2009). Uzun süreli şefkatli davranış her zaman tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu gibi olumsuz duygusal durumlara yol açmaz; kimi zaman şefkat doyumu duygusu ile sonuçlanabilir (Alkema ve diğerleri, 2008). Bakım verme sürecinde hastalarla empatik bir ilişki kurulması, sürecin başarıya ulaşması ve böylece bakım verici bireyde olumlu duygular ortaya çıkması şefkat doyumu ile ilişkilendirilmektedir (Stamm, 2002). Şefkat doyumu, empati duygusuyla gelişen yardım etmekten ötürü kişinin kendini güçlü ve memnun hissetmesi gibi pozitif bilişsel ve duygusal sonuçlar olarak tanımlanır (Hansen ve diğerleri, 2018). Hastalardaki değişimi, iyileşmeyi görmenin bakım verende oluşturduğu etki (Alkema ve diğerleri, 2008) ve işini en iyi şekilde yapma becerisinden doğan memnuniyet duygusu şefkat doyumunun olumlu etkilerine birer örnektir (Stamm, 2009).

Şefkat doyumu; şefkat yorgunluğunun tam tersi niteliğindedir, bakım verenin riskli ve stresli koşullar altında bile gelişimini devam ettirmesi anlamına gelir (Coetzee ve Klopper, 2010). Şefkat doyumu, bakım verme sırasında maruz kalınan travmanın olumsuz etkilerinin azaltılmasına (Collins ve Long, 2003b) ve bakım verenlerin, bakım verdikleri kişilerle anlamlı etkileşim ve bağ kurabilmesine yardımcı olan koruyucu bir faktördür (Coetzee ve Klopper, 2010). İşte bu noktada şefkat doyumunun, şefkat yorgunluğunun yönetilmesinde ve hafifletilmesinde temel bir rol oynadığı söylenebilir (Figley ve Abendroth, 2011).

Şefkat yorgunluğu ve şefkat doyumu kavramları, travma öyküsü olanlarla çalışan bireylerin deneyimlerini odak noktası olarak kabul eder (Hugard ve Dixon, 2011). Şefkat yorgunluğu, önleyici çalışmalar yapılması gereken ve sağlık için risk teşkil eden bir unsur olarak kabul edilmektedir (Bride ve diğerleri, 2007). Şefkat doyumu ise, başkalarına yardım ederken olumlu bir etkiye yol açtığı gibi aynı zamanda yaşanacak olumsuz etkilerin dengelenmesine yardımcı olabilir (Chernoff, 2016). Bu etkiye örnek olarak şefkat doyumu, bireyin mesleki yaşamını bırakma ya da devam ettirme anlamında olumlu bir etkiye sahipken (Sawatzky, Enns ve Legare, 2015); şefkat yorgunluğu ise korkma, uyku güçlüğü, üzücü olayların akla gelmesi ya da olumsuz yaşantıları çağrıştıran unsurlardan kaçınma gibi yardım etmenin olumsuz bir sonucu olarak kavramsallaştırılır (Stamm, 2005).

2.2.3.3. İkincil travmatik stres

Travma geçiren birey için travma sonrası stres bozukluğu; başka birisinin travmasından haberdâr olmaya bağlı olarak oluşan süreç için ikincil travmatik stres bozukluğu kavramı kullanılır (Jenkins ve Baird, 2002). Daha açık ifadeyle travmatik olaylar, bireyi doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilir; ikincil travma, başka birinin travmatik bir yaşantısı hakkında bilgi sahibi olmakla ilgilidir (Figley, 1995b) ve bu doğrultuda onun acılarını dolaylı olarak deneyimlemenin doğal bir sonucudur (Stamm, 2005). Figley (1995a) tarafından alanyazına kazandırılan bu kavram, acı çeken ya da travmatize olmuş bireye yardım etmeye ya da yardım etmek istemeye bağlı duygusal ve davranışsal sonuçları olan bir stres unsuru olarak tanımlanmıştır. Travma mağdurlarıyla çalışmak, bireyin kişisel ve mesleki ilişkilerinde bozulmalara yol açabilir ve bu bağlamda gelişebilecek olumsuz etkiler alanyazında psikolojik, bilişsel ve ilişkisel temelde ele

alınmaktadır (Chase, 2005). Figley (1995b) ikincil travmatik stresin, TSSB ile olayları tekraren yaşama, kaçınma davranışları ve sürekli uyarılma gibi aynı belirtiler gösterdiğini, aradaki temel farkın ikincil travmatik stres olgusunun doğrudan değil de bir başkasının travmalarından haberdar olmaya bağlı olarak gerçekleştiğini ifade etmiştir.

İkincil travmaların yönelik olumsuz etkilerini belirtmek için şefkat stresi, şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres (Figley, 1995a) ve dolaylı travma (Pearlman ve Mac Ian, 1995) kavramları kullanılır. Bu kavramlar, travmalara tanıklık etmeye bağlı olarak oluşan duygusal sıkıntıları tanımlamak için birbirinin tekrarı niteliğindeki kavramlardır (Jenkins ve Baird, 2002). İkincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğunun; travmatik unsurlara dolaylı maruz kalma ile yeniden deneyimleme, kaçınmacı davranış ve aşırı uyarılma tepkileri adı altında eşdeğer belirtiler gösterdiği belirtilmektedir (Owens, 2014). Her ikisi de ilerleyici ve birikimli bir süreç olduğu için önlem alınmadığı takdirde daha ciddi belirtiler gösterebilmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010).

Alanyazında ikincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğu birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir (Figley, 1995a). Kimi araştırmacılar ise bu noktada farklı bir bakış sunarak bu iki kavram arasındaki farka dikkat çekmiştir. Örneğin Adams, Boscarino ve Figley (2006) şefkat yorgunluğunun daha çok klinik ortam ve travmatik olaylarla ilgili olduğunu ifade ederek şefkat yorgunluğunu ikincil travmatik stres ve tükenmişlik olmak üzere iki bileşene ayırmıştır. Nitekim Stamm (2005), Jenkins ve Warren (2012) şefkat yorgunluğunun, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres olmak üzere iki bileşenden oluştuğunu ifade eder. İkincil travmatik stres, travma öyküsü olan birine maruz kalmanın sonucu olan birtakım psikolojik belirtilere işaret ederken (Coetzee, Klopper, 2010); şefkat yorgunluğu daha çok, bakım veren bireyin, hastanın çektiği acıya empatik tepkiyle yaklaşması sonucu gelişen özgün bir tükenmişlik durumu olarak tanımlanır (Joinson, 1992).

2.2.3.4. Empati

Empati, başkalarıyla ilişki kurma ve onların ne hissettiğini anlama yeteneği ve başkalarının bakış açılarını, içinde bulundukları durumların yaşamlarını nasıl etkilediğini anlamaya yardımcı bir unsur olarak ifade edilir (Lombardo ve Eyre, 2011). Empati, bireyi

olumlu sosyal davranışlara, özgeciliğe, şefkate ve başkalarına özen göstermeye yöneltir (Bošnjaković ve Radionov, 2018). Sağlık hizmetlerinde ise empati; bakım verenin, hastanın yaşadığı duyguları tanıma ve deneyimleme kapasitesini tanımlamak için kullanılır (Coles, 2015) ve şefkatli bakım vermenin temelinde yer aldığı ifade edilir (Diggins, 2010).

Yardım mesleklerinde, şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik gibi bir dizi stres tepkisi gerçekleşebilir (Barford, 2015). Thomas ve Otis (2010) empatiyi açıklarken hem yararlı hem de zararlı bir özelliğe sahip olduğunu dile getirmiş ve empatiye başvuran çalışanların yüksek risk altında olduğunu dile getirmiştir. Empati başkalarına yardım etme sürecinde becerilerin en iyi şekilde işlemlerini sağlayan, aynı zamanda yardım edilen kişinin içinde bulunduğu sıkıntılara maruz kaldığında bireyi risklere daha yatkın hale getiren bir niteliktir (Gentry ve Baranowski, 2013). Bu bağlamda bakım verenler için empati apaçık bir değer olarak kabul edilse de yüksek düzeyde sunulan empati ile şefkat yorgunluğu gelişimi arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Teater ve Ludgate, 2014). Örneğin terapist ne kadar çok empatik olursa danışanın travmalarını içselleştirme olasılığının o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir (Conrad ve Kellar-Guenther, 2006). Bu bakımdan hastanın acı veya travmatik deneyimlerine yüksek düzeyde empatik yaklaşım sergileyen çalışanların şefkat yorgunluğuna karşı daha kırılgan olduğu düşünülmektedir (Adams, Boscarino ve Figley, 2006). Genel bir ifadeyle empati iki uçlu bir nitelik sunamaktadır; travma yaşayan bir hastayı daha iyi anlamayı sağlarken aynı zamanda kişiyi şefkat yorgunluğuna karşı savunmasız bırakabilir (Figley, 1995a).

2.2.3.5. Travma sonrası stres bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB); Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM III) belirtilen özel kriterlere sahip bir tanıdır, ilk olarak 1980'de ortaya çıkmış ve birçok araştırmaya konu olmuştur (Friedman, 2007). TSSB, klinisyen tarafından tanımlanan, bireyin kendi veya başkalarının güvenliğini ve fiziksel bütünlüğünü tehlikeye atan, yaşamı tehdit edici bir olaya maruz kalmasından sonra ortaya çıkan bir psikiyatrik durumdur (Asmundson ve Stapleton, 2008). TSSB; bireyin travmatik bir olayla baş başa kalması, zarar görme tehlikesi taşıyan bir olayı tecrübe etmesi ya da olaya tanık olması ve beraberinde korku, çaresizlik içeren bir tepkiler göstermesi ile belirgin bir durum olarak ifade edilir (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Travma sonrası stres bozukluğu, aynı zamanda şefkat yorgunluğunun da göstergesi olan üç belirti ile kategorize edilir: 1) zorlayıcı düşünceler, görüntüler ve duygular; 2) travmalarını hatırlatan insanlardan, yerlerden ve şeylerden kaçınma ve 3) aşırı uyanıklık, uyku bozuklukları, sinirlilik ve kaygı şeklinde olumsuz uyarılma (Gentry, Baranowsky ve Dunning, 1997). Travma mağdurlarıyla empati temelli ilişki kuran yardım mesleği elemanları şefkat yorgunluğu ile baş başa kaldıklarında, korku dolu tepkiler, uyku güçlükleri ve başkalarının niyetlerinden aşırı derecede şüphe etme (Radey ve Figley, 2007); travmatik olayları yeniden deneyimle, aşırı uyarılma hali, olayı hatırlatıcı unsurlardan kaçınma gibi TSSB'yi akla getiren belirtiler sergileyebilir (Figley, 1995a).

Şefkat yorgunluğu, TSSB ile belirtiler bakımından birbirine benzerlik gösterse de, temel fark şefkat yorgunluğunun empatiyle gelişen bir süreç olmasıdır (Figley, 2002). Bu süreç herhangi bir kişinin yaşadığı travmanın aile üyesi, arkadaş, ruh sağlığı uzmanı ya da diğer yardımcı sağlık personellerini ikincil olarak etkilenmesine ve kişi için de travmatize edici hâle gelmesi yol açar ve bireyde TSSB belirtileri görülmeye başlar (Canfield, 2005). Başka bir ifadeyle şefkat yorgunluğunda, travma sonrası stres bozukluğundan farklı olarak, bakıcı travmatik olayı kendisi yaşamaz, acı çeken ve travmatize olmuş kimseyle ilgilenmesi sebebiyle duygusal olarak etkilenir (Sabo, 2006). Bu bakımdan başkalarının travmalarını deneyimlemeye bağlı olarak ortaya çıkan ve bireylere bir bedeli olan şefkat yorgunluğu TSSB'nin ikincil bir formu olarak tanımlanır (Figley, 1995a).

2.2.4. Şefkat Yorgunluğunun Yaygınlığı

Amerikan Psikoloji Derneği tarafından 2011'de yapılan bir araştırmada psikologların % 36'sının iş günlerinde kendilerini stresli hissettikleri ve % 20'sinin yüksek düzeyde stres tanımladıkları belirlenmiştir (Clay, 2011). Abendroth ve Flannery (2006) bakımevi hemşiresiyle yaptığı çalışmasında şefkat yorgunluğunun yaygınlık oranını incelemiş ve 170 çalışanda *kendini feda etme davranışına* rastlamış ve bu gruptaki bireylerin % 34'ünde yüksek şefkat yorgunluğu belirlenmiştir. Başka bir araştırmada ise askeri hastanede çalışan 254 katılımcının % 31.1'i düşük şefkat yorgunluğu, % 66.1'i ortalama şefkat yorgunluğu, sadece % 2.8'i ise yüksek şefkat yorgunluğu puanları almıştır (Khan, Khan ve Malik, 2015). Türkiye'de yapılan araştırmaların birinde ise Dikmen, Aydın ve Tabakoğlu'nun (2016) yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada, şefkat yorgunluğu

açısından hemşirelerin % 52.7'sinin yüksek risk, %47.3'ünün ise düşük risk altında olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanı olmayan bireylerle yapılan araştırmaların birinde, 76 insani yardım görevlisi katılımcı olmuş ve % 8'inde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri not edilmiştir (Shah, Garland ve Katz, 2007). Bir diğer araştırmada Robinson (2005), şefkat yorgunluğunu 184 devlet okulu öğretmeni, danışmanı ve idareciler arasında incelemiş ve % 33'ünde şefkat yorgunluğu riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Aile içi şiddet davalarına bakan avukatlarda ikincil travmatik stresin incelendiği bir çalışmada katılımcıların % 47'sinin travmatik stres belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Slattery ve Goodman, 2009).

2.2.5. Şefkat Yorgunluğuyla Başa Çıkma

1990'ların ortasından bu yana, klinisyenler ve araştırmacılar yardım mesleği üyelerinde rastlanan şefkat yorgunluğunu önlemek, yönetmek ve tedavi etmek için çeşitli stratejiler ve müdahaleler önermiş ve bu yönde önemli çalışmalar yürütmüşlerdir (Vu ve Bodenmann, 2017). Alanyazın incelemesinde şefkat yorgunluğuyla başa çıkma yöntemlerine dair birçok farklı sınıflandırma olduğu görülmüştür. Örneğin Maytum, Heiman ve Garwick (2004) ile Yoder'in (2010) çalışmalarında, kişisel ve mesleki ile kısa ve uzun vadeli olmak üzere dört başa çıkma stratejileri tanımlamıştır. Gentry, Baranowsky ve Dunning (1997) çalışanlar için şefkat yorgunluğu ile ilişkili belirtilerin yoğunluğunu, sıklığını ve süresini azaltmada yardımcı olmak üzere kısa (beş oturum) program tasarlamıştır ve şefkat yorgunluğunun belirti ve tetikleyicilerini tanımlama, kaynakları belirleme ve kullanma, engelleri ve çatışmaları etkili çözme ve öz bakım programına uyma gibi hedefler sıralamıştır.

Maytum, Heiman ve Garwick (2004) bireysel ve işle ilgili başa çıkma stratejilerini kısa ve uzun vadeli olarak ikiye ayırmış ve şu seçenekleri sunmuştur.

Kısa vadeli kişisel başa çıkma stratejileri

- Öz bakım faaliyetlerinde bulunmak (*örneğin egzersiz, meditasyon, günlük tutmak, hoşça vakit geçirme*)

- İş dışındaki ilişkilerden keyif almak
- Sürdürülebilir mizah anlayışı
- Sürdürülebilir pozitif düşünce ve olumlu tutum

Uzun vadeli kişisel başa çıkma stratejileri

- Kişisel bakımını geliştirme yönünde bir anlayış oluşturma
- Kendini analiz etmeyi öğrenme
 - Tetikleyici unsurların farkında olma
 - İleri stres yönetimi tekniklerini öğrenme
 - Yeni başa çıkma tarzları geliştirme
 - Destekleyici kişisel ilişkiler kurma

Kısa vadeli mesleki başa çıkma stratejileri

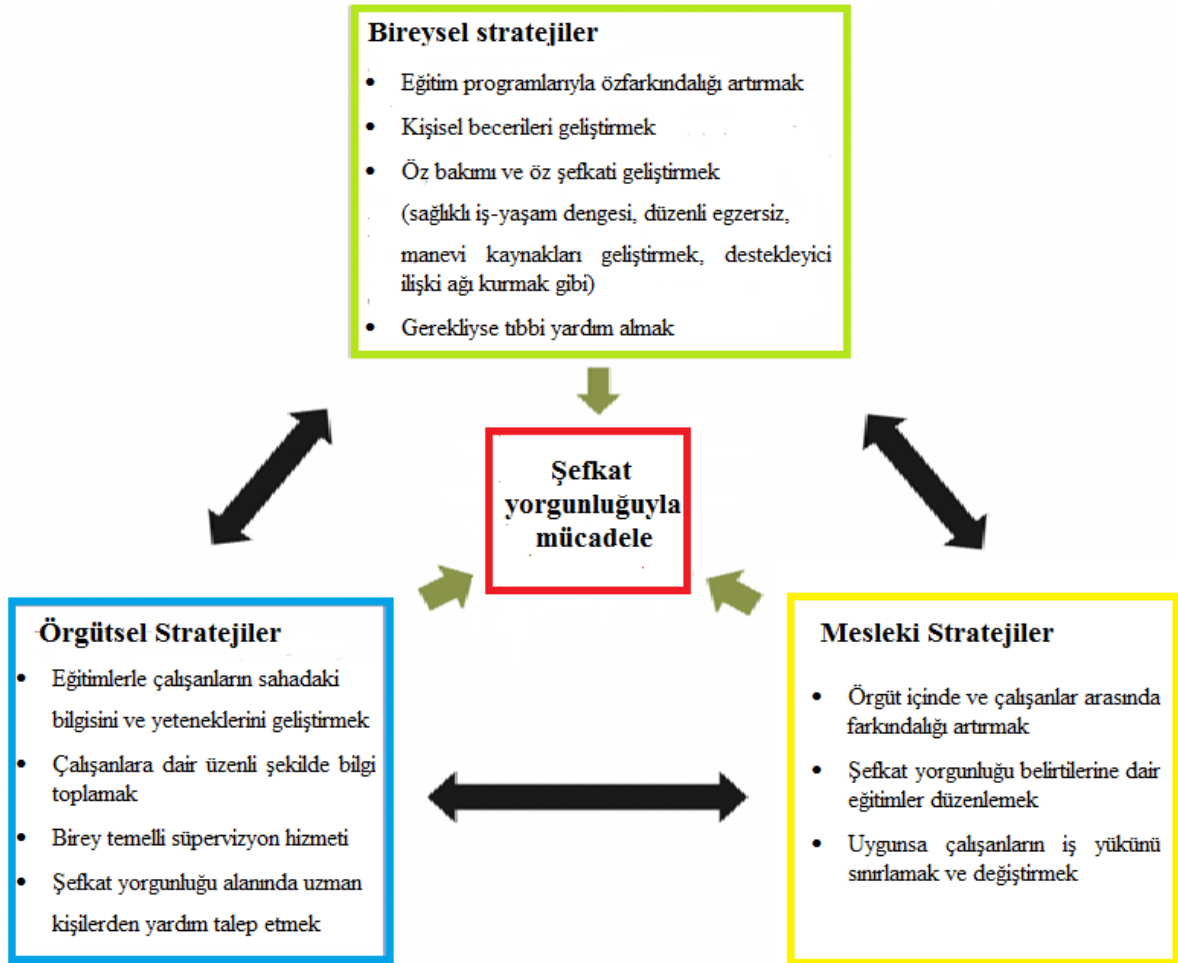
- İşten uzakta vakit geçirmek
- Kendisiyle ilgili iddialı davranışlarda bulunmak
- Stresli bir iş gününde iş yeri arkadaşlarıyla bilgi alışverişinde bulunmak
- Hizmet içi oturumlara ve konferanslara katılmak
- İşyerindeki acil kodlar, ölümlemler hakkında meslektaşları bilgilendirmek

Uzun vadeli mesleki başa çıkma stratejileri

- Destekleyici profesyonel ilişkiler geliştirmek
- Şefkat yorgunluğunun tetikleyicilerine ilişkin farkındalık geliştirmek
- Hasta ilişkilerinde sınır koyma üzerine farkındalık geliştirmek
- Kayıp, yas, ölüm konusunda ritüelleri geliştirmek
- Kişisel anlayışa uygun bir iş ortamı seçmek/ gerekirse bunun için işi değiştirmek
- İleri eğitim kurslarına katılmak

Alanyazında şefkat yorgunluğuyla başa çıkma üzerine kendisine geniş yer bulmuş en önemli seçenekler bireysel, profesyonel ve örgütsel başa çıkma tarzlarıdır. Bu bağlamda şefkat yorgunluğunu önleyici bireysel stratejiler önerilmiş ve öz farkındalığın, öz bakım stratejileri ve öz şefkatin önemi vurgulanmıştır (Boyle, 2015). Mesleki stratejilerde, ilk

kritik adım, şefkat yorgunluğunun varlığını ve yardım etme sürecinde gerçek bir olgu olduğunu destekleyici bir şekilde kabul etmektir (Flarity ve diğerleri, 2013). Devamında ise şefkat yorgunluğunun uyarı işaretlerine dair eğitim programları düzenlemek gelmektedir (Newell ve MacNeil, 2010). Örgütsel stratejiler arasında ise şefkat yorgunluğunun riskini azaltmak için çalışma alanlarındaki profesyonellere yardımcı olacak yeterli kuramsal bilgi ve klinik becerilerin sağlanması, çalışma ve başa çıkma becerilerini geliştirmesi (Aycock ve Boyle, 2009) ve modern ekipmanların temini ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gelmektedir (Bhutani ve diğerleri, 2012).



Şekil 2. Şefkat yorgunluğuyla mücadele: alanyazın özeti (Bodenmann, 2017)

2.3. Kişilik Kavramı

Kişilik; insanın duygu ve davranışına, olaylara yaklaşım tarzına etraflı açıklamalar getiren ve yaşamın her sahasında kendisini gösteren önemli bir kavramdır. Bireylerin nasıl olur da aynı duruma farklı tepkiler verdikleri ilgi çekici bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu soruya yanıt veren iki temel yaklaşım vardır: Birincisi, çevresel veya durumsal faktörlerin davranış üzerinde önemli etkileri olduğu; ikincisi ise, kişinin kendisinin davranışı etkilediği düşünceleridir ve bu iki düşünce, davranışı etkileyen dış ve iç etkiler olarak tarif edilmektedir (Xiong, 2010). Kişilik kavramı, kişilerin aynı duruma farklı tepkiler vermesine odaklanır ve insanlar arasındaki bu farklılıkların çok az olduğu ve fakat insanı anlamak için asıl önemli olanın da bu farklılıklar olduğu kabul eder (Burger, 2016). Türk Dil Kurumu sözlüğünde kişilik *bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet* olarak tanımlanmaktadır (www.sozluk.gov.tr/). Kişilik ile eş anlamlı olan şahsiyet kelimesi köken olarak Arapça'dır, ş-h-s harflerinden türemiştir ve *yükselmek, büyümek* anlamlarına gelmektedir (www.islamansiklopedisi.org.tr/). Batı dillerinde ise kişilik kavramının Latince'deki *persona* kelimesinden türediği bilinmektedir. İlk anlam olarak persona, bireyin dış dünyaya sunduğu ifade olarak tanımlanır ve Klasik Roma tiyatrosunda oyuncuların rollerini canlandırırken baskın duyguyu ifade etmek için taktıkları maskelere verilen isimdir ve tarihsel süreçte, persona kavramı kişiler arası bu farklılıkları ifade etmek için de kullanılmıştır (Allport, 1961).

Allport (1961) insanı tarif ederken onun en ayırt edici yanının bireyselliği olduğunu ve ona benzeyen birinin dünyaya gelmediğini ve gelmeyeceğini ifade etmiştir. Morgan'a (2005) göre kişilik, bireyin kendine özgüdür, durum ve zamandan bağımsız olarak kalıcı nitelik gösteren duygu, düşünce ve davranış örüntülerine işaret eder. Burger (2016) kişiliğin öğelerini açıklarken iki temel özellik sunar: Birincisi tutarlı davranış kalıpları, ikincisi kişilik içi süreçlerdir. Tutarlı davranışları kalıpları, gündelik yaşamda sıkça kullandığımız *kendisinden bekleneni yaptı* ya da *her zamanki gibi yaptı* şeklindeki yorumların karşılığı olarak görülebilir. Kişilik içi süreçler ise bireyin davranışlarını etkileyen tüm duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçleri ifade etmektedir. Allport'a (1961) göre kişilik, bireyin karakteristik duygularını, düşüncelerini ve davranış kalıplarını

oluşturan psikofiziksel sistemlerin dinamik bir organizasyonu olarak ifade edilir. Larsen ve Buss (2005) ise kişiliği tanımlarken ortak öğelerin temel alınabileceğini ifade etmiş ve kişiliği düzenli, gelişebilen, davranışlarla açıklanabilen, bireye özgü motivasyonları çağrıştıran, duyguların ve zihinsel süreçlerin ürünü olan sistemlerin bütünü olarak tarif etmektedir.

2.3.1. Kişiliğin Başlıca Özellikleri

Tarihsel süreçte insanın kişiliğe ve kişilik özelliklerine yönelik en eski tanımlama, Sümerlere ait Gılgamış destanındaki kahramanın; cesur, kibirli, asi ve yürekli olarak ifade edilmesidir (Costa ve McCrae, 2006). Bu eserde bireyin kendine özgü olan ve belirgin özelliklerini ifade eden tanımlamalar kullanılmıştır. Kişilik özellikleri, bir kişinin düşünme, hissetme, algılama ve başkalarıyla olan ilişki tarzlarını içerir (Cornelia, 2013). Bu bakımdan kişilik, davranışlara tutarlılık ve bireysellik kazandıran göreceli olarak kalıcı özellikleri ve benzersiz nitelikleri işaret eden bir kavramdır (Feist ve Feist, 2008). Bu bağlamda zaman içinde süreklilik ve kalıcılık arz eden bu özellikler, oldukça karmaşık bir bütün olan kişiliğin birer parçası olmaktadır. Kişilik özellikleri genel anlamıyla şu özelliklerle ifade edilebilir (Kruger, 2009).

- Kişilik özellikleri hem kalıtsal hem de öğrenilmiş unsurları içerir.
- Bu özellikler bütünü, bireyin davranışlarını yönlendiren, onu motive eden ve kişiliğe temel yapı kazandıran potansiyeli veya yatkınlıkları ifade eder.
- Bireyin sahip olduğu bir özellik, herhangi bir davranışın nedenlerini, açıklamasını ve tutarlılığı belirtmek için oldukça işlevseldir.
- Kişilik özellikleri, bireyin genel kişilik yapısını açıklamak için nitelikli bilgi sunar.
- Kişilik özellikleri zaman içinde kararlılık gösterir ve bireyi, diğerlerinden ayıran nitelikli bilgiler sunar.

Ayırıcı özellikler araştırmacıları; kişiler arası ilişkiler, duygusal tepkiler, dürtü kontrolü ve yaşantısal tarzlardaki bireysel farklılıklara odaklanır ve kişilik özelliklerinin zaman içinde, farklı durumlarda sürdüğünü, güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçülerek insan

davranışlarının etkili bir şekilde yordanabileceği kabul etmektedir (Costa ve McCrae, 1986). Genel anlamıyla Allport (1937), Cattell (1950), Eysenck (1953)'ten beş faktör kuramına kadar, ayırıcı özellikler zaman ve koşullar içinde tutarlılık ve süreklilik arz eden düşünce, duygu ve davranıştaki bireysel farklılıkları iki uçlu, doğrusal ve geniş bir boyutta açıklamıştır (Cornelia, 2013).

2.3.2. Kişilik Kuramları

2.3.2.1. Ayırıcı Özellik Yaklaşımları

Kişilik treytleri, genetik olarak miras alınan; davranışı yönlendiren, motive eden, kişiliğe belli bir yapı kazandıran öğrenilmiş potansiyel veya eğilimleri temsil eder ve bu bakımdan davranmanın, düşünmenin, hissetmenin karakteristik yollarının bir açıklaması olarak görülür (Kruger, 2009) ve tüm dillerde karşılığı olan kelimelerle ifade edilir (Greenidge, 2013). Ayırıcı özellik psikologlarına göre, treytlerin belirlenmesi, insan davranışını öngörmeye ilk adım olarak kabul edilmektedir (Burger, 2016). Treyt kuramları başka bir ifadeyle ayırıcı özellik yaklaşımı bireyin belirli bir özelliğe iyimserlik, özgüven vb.) ne derece sahip olduğunu temel alarak bireyi sınıflandırmayı amaçlar (Burger, 2016). Kişilik treytlерinin, zaman içinde kararlılık gösterdiği ve davranışı doğrudan etkilediği yönünde iki temel varsayımı vardır (Matthews ve Deary, 1998).

Ayırıcı özellik yaklaşımları, bireylerin zaman içinde durumlardan bağımsız olarak nispeten istikrarlı olan davranışlar sergilediği, bu sayede birbirlerinden farklılaştığı ve bu bireysel farklılıklarının tanımlanabileceği varsayımı üzerine kuruludur (Burger, 2016). Bu yaklaşım, genellikle herhangi bir kişinin davranışlarına değil, bir özellik sürekliliği boyunca belirli noktalardaki insana özgü davranışları tanımlamak için bireyin gözlemlenebilir davranışlarına odaklanır ve onları etiketleyerek bir sınıflama getirir (Kruger, 2009). Ayırıcı özellik yaklaşımı, yaklaşık 80 yıllık süreçte büyük aşama kaydetmiştir ve özellikle ilk kuramcılar birkaç ayırıcı özelliği incelemekle yetinmemiş, kişiliğin doğası ve treytlерin yapısına ilişkin önemli çalışmaları olmuştur (Burger, 2016).

İlk treyt kuramlarına Allport, Cattell ve Eysenck' in katkılarının büyük olduğu ve kuramın zamanla popüler hale gelmesinde önemli katkıları olmuştur ve kendi isimlerini taşıdıkları treyt kuramlarını alanyazına sunmuşlardır. Ayırıcı özellik yaklaşımına bir başka

örnek ise Eysenck'in üç boyutlu kuramıdır. Eysenck'in üç faktörlü modeli, kişilik çalışmasındaki en karmaşık ve etkili treyt yaklaşımlarından biridir (Kruger, 2009). Bu kurama göre üç temel ayırıcı özellik vardır, bunlar kalıtsal veya doğuştandır ve evrimsel güçler tarafından şekillendirilir ve bu treytlar kişiliği tanımlamak için oldukça uygundur (Bhardwaj, 2014).

- *İçe dönüklük/dışadönüklük* boyutunun bir ucunda bireyin içe odaklanması, yalnız vakit geçirmeyi tercih etmesi, genellikle sosyal toplantılardan kaçınması yer alırken diğer uç tam tersine dış dünyaya dikkat etmeyi, çok arkadaş edinme eğilimini ve gruplara katılmayı sevmeyi ifade eder.
- *Nörotisizm/Duygusal denge* boyutunda bireyin duygusal açıdan dengesiz olma ve kolayca sinirlenme eğilimi nevroitiklik olarak ifade edilirken kararlı ve sakin olması duygusal açıdan dengeli olduğuna işaret eder.
- *Psikotizm* bireyin gerçeklikle uğraşmakta zorlanma eğilimini ifade eder ve bu bireyler antisosyal, manipülatif, düşmanca olabilirken başkalarına sempatik yaklaşmazlar.

Kişiliğin temel boyutlarını belirleme ve tanımlama çabasına yönelik birçok araştırmacı vardır ve konu üzerinde tam anlamıyla bir uyum olmasa da araştırmacılar faktör analizi çalışmalarıyla kişiliğin beş boyutuna dönük kanıtlar elde etmiştir (Costa ve McCrae, 1988). Bu bakımdan ayırıcı özellik yaklaşımları, hem özellik sayısı hem de uygun ölçüm ölçeği açısından farklılık gösterir ve bunlar içinde en popüler olanlardan biri de Beş Faktör Modeli'dir (Costa ve McCrae, 1992).

2.3.2.2. Beş Faktör Kişilik Kuramı

Kişiliğin beş faktör modeli belirli bir kuramsal bakış açısıyla değil, anket ve psikoloji temelli sözcüklerin araştırılması (*psycholexical*) geleneğinin kişilik araştırmasında faktör analizini tekniğinden yararlanılarak kullanılmasıyla ortaya çıkmıştır (Greenidge, 2013). Sözcüksel yaklaşım (*psycholexical*), kişilik özelliklerinin dillerin içine gömüldüğünü, sözlükte bulunabileceği ve bu bundan dolayı sözlüklerin, kişilik sınıflandırmasını geliştirmek için mantıklı bir kaynak olduğuna işaret eden gelenektir

(Kaliski, 2009). Michael ve Kibeom'a (2005) göre, sözcüksel yaklaşımının kişilik farklılıklarını anlamada sistematik ilerlemeyi, kişiliğin temel özelliklerini belirlemek için boyutlar oluşturmayı ve önemli bir kültürlerarası genellenebilirliğe sahip olan bir dizi boyutu belirlemeyi sağlar.

Beş faktör kişilik modeli, ilk olarak kişiliğin; akıl, huy, karakter, eğilim ve mizaç olmak üzere beş faktörden oluştuğunu öneren McDougall (1932) tarafından ortaya atılmış ve devamında Norman (1963) ve daha birçok araştırmacının kapsamlı bir çalışmaları ile bugüne gelmiştir. (akt. Junni, 2017). Goldberg (1981) beş faktörün ilk isimlerini kabarma (*şu anda dışadönüklük*), uyumluluk, öz disiplin, duygusal denge (*zıttı olan nörotizm ile de adlandırılır*) ve kültür (*şimdi tipik olarak deneyime açıklık*) olarak belirlemiştir (akt. Kaliski, 2009). Zaman içerisinde adından oldukça söz ettirmeye başlayan beş faktör kişilik modeli, İngilizce karşılıklarının baş harflerinden oluşan OCEAN (*opennes, conscientiousness, evtraversion, agreeableness, neuroticism*) kelimesiyle akıllarda yer etmiştir (Junni, 2017; O'Keefe, Kelloway ve Francis, 2012).

McCrae ve Costa (2008) beş faktör kuramına yönelik dört varsayımda bulunmaktadır:

- *Değişkenlik varsayımı*, bireysel farklılıkların varlığına işaret ederek bireylerin aynı kişilik boyutunun aynı seviyesini göstermeyeceklerini ifade eder.
- *Proaktivite varsayımı*, davranış kökenlerinin birey içinde bulunduğunu; bu bakımdan kişilik özelliklerinin, davranışlarının açıklanmasında önemli bir rol oynadığı belirtir.
- *Bilinebilirlik varsayımı*, insan doğası ile ilgili olarak önemli bilimsel görüşlerin kişiliğin çalışmasıyla elde edilebileceğini ifade eder.
- *Akılcılık varsayımı*, bireyler genellikle kendilerini ve etraflarındakileri anlama yeteneğine sahip olduğu varsayımına dayanır.

McCrae ve Costa (1997), Norman' ın (1963) kişilik faktörlerini (1'den 5'e) benzer şekilde yeniden düzenlemiştir: Faktör I dışadönüklüğü; II uyumluluğu; III sorumluluğu; IV duygusal dengeyi ve V deneyime açıklığı temsil etmektedir. Bu sıralama McCrae ve

Costa'nın (1987), Beş faktör kişilik envanterinde yer alan sıralamayla uyumludur (Junni, 2017) ve günümüzde en sık kullanılan isimlendirme ve sıralama biçimidir (Burger, 2016). Bu beş eğilim doğuştan gelir, bireylerin ömrü boyunca gelişim gösterir; nasıl düşündüğünü, nasıl hissettiğini nasıl davrandığını doğrudan etkilemektedir. (McCrae ve Costa, 1987).

Duygusal denge boyutu, olumsuz durumlar yaşayan bireyin duygusal ve zihinsel dengesine atıfta bulunur (Bhardwaj, 2014). Duyguların aşırı değişkenlik göstermesi ve yoğun sıkıntı yaşamaya (Burger, 2016), olumsuz olana aşırı duyarlılık gösterme, kendini mağdur ve incinmiş hissetme duygusal dengesizliğe işaret etmektedir (Larsen ve Ketelaar, 1989). Bu bireyler; dürtülerini ve isteklerini kontrol etmede zayıflık, stresle başa çıkmada yetersizlik, çekingenlik, yılgınlık ve huzursuzluk (Costa ve McCrae, 1992), endişelilik, gerginlik ve karamsarlık (John, Naumann ve Soto, 2010); kaygı ve depresyon (Jylha ve Isometsa, 2006); duygusal tepki gösterme, öfkelenme ve sıradan bir durumu tehdit edici algılama (Junni, 2017; Amichai-Hamburger ve Vinitzky, 2010); yalnızlık (Cheng ve Furnham, 2002) gibi özellikler ile karakterizedir. Nevrotizm puanı yüksek bireyler, kendilerini daha az güvende hissederler, düşük özgüvene sahiptir ve arkadaşları ve komşuları tarafından can sıkıcı ve aşırı duygusal olarak tarif edilirler (Costa ve McCrae, 1992).

Nevrotizmin tam tersi duygusal kararlılık olarak tanımlanmaktadır (Xiong, 2010; Bhardwaj, 2014). Duygusal denge puanı düşük bireyler, sakin kalabilme eğilimindedirler, duygusal açıdan kararlılık gösterirler ve herhangi bir stres anında anlaşılır düşünceler üreterek etkili şekilde başa çıkma gösterebilirler (McCrae ve Costa, 1987). Ayrıca bu bireyler gerçekleşmesi muhtemel şeyler hakkında pek endişelenmezler ve genellikle kendilerini güvende ve halinden memnun hissederler (Cornelia, 2013).

Dışadönüklük boyutu, ikinci faktör olarak belirlenmiştir ve bir ucunda dışadönükler, diğer ucunda ise içedönükler bulunur (Burger, 2016). Dışadönüklük; iddialı, aktif, heyecan arayan, cana yakın ve girişken bir yapıya işaret eder (Costa ve McCrae, 1992). Dışadönüklük puanı yüksek bireyler, olumlu duygular yaşamaya, sosyalleşmeye eğilimlidir (Larsen ve Ketelaar, 1989). Dışadönüklük, mutluluk ile pozitif ilişki göstermektedir (Cheng ve Furnham, 2002) ve bu bireylerin genel anlamıyla olumlu

duygulara kolay kapılma eğilimi vardır; bu bakımdan içedönük bireylere kıyasen daha sık olumlu duygular yaşadıkları düşünülmektedir (Larsen ve Ketelaar, 1989).

İçedönüklük ise çizginin diğer ucuna işaret etmektedir ve bu uçta yer alan bireyler; çekingen, içine kapanık ve ağırbaşlı olarak tanımlanır (Xiong, 2010). İçedönük bireylerin temel özelliklerine sessizlik, sosyal olmayan ortamları tercih etme ve çok sosyal uyarana ihtiyaç duymama örnek olarak gösterilebilir (Junni, 2017). Buradan, içedönüklerin dostça olmadığı ve sosyal kaygıdan muzdarip oldukları anlamı çıkarılamaz; sadece heyecan için dışsal imkânlardan yararlanmayı pek tercih etmedikleri anlaşılabılır (Bhardwaj, 2014). İçedönük bireyler, sosyal olmayan ortamları tercih ederler, bu eğilim içedönük bireylerin endişe, utangaçlık veya depresyon yaşadıkları anlamına gelmemektedir (McCrae ve Costa, 1987).

Deneyime açıklık boyutu, bireyin zihinsel ve deneyimsel yaşamının genişliği, derinliği, özgünlüğünü ve karmaşıklığını ifade eder (John, Naumann ve Soto, 2010). Kavram ile yeni tecrübeler kazanma eğilimi kast edilir, bu boyuttaki bireyler bağımsız bir düşünceye yapısına sahiptir, gelenekleri esas almadan davranma eğilimleri oldukça belirgindir (Burger, 2016). Bu yönü yüksek olan bireyler, buluşçu, hayal gücü kuvvetli, yeniliğe açık (Zhao ve Siebert, 2006); alternatif yollar düşünme eğilimli, bilgiyi isteme ve sanatsal arayışlardan hoşlanan, güzelliğe duyarlı, üretken, kendi duygularını ve başkalarının duygularını nispeten daha iyi tanıyan (McCrae ve Costa, 1987) ve yeni deneyimlere, değişikliklere karşı esneklik gösterebilen bireyler olarak ifade edilir (McCrae ve Costa, 1997). Bu yönü düşük olan bireyler ise gelenekçi, analitik düşünmeyen ve ilgi alanları sınırlı (Zhao ve Siebert, 2006) genellikle muhafazakâr, resmiyeti tercih eden ve entelektüel anlamda kayıtsız (Glass, Prichard, Lafortune ve Schwab, 2013) sade, belirsizliğe karşı endişeli (McCrae ve Costa, 1987) sıradan, gelenekselci ve ilgi alanları dar bireyler olarak ifade edilir (Xiong, 2010).

Uyumluluk boyutu, bireylerin diğer insanlarla ne kadar uyumlu olduklarını veya temel olarak başkalarıyla nasıl geçinebileceklerini ölçer (Fayombo, 2010) ve bu bağlamda daha çok kişiler arası ilişkilerle ilgilidir (Cornelia, 2013; Amichai-Hamburger ve Vinitzky, 2010). Uyumlu olabilmek, ekip çalışmasını ve başkalarıyla yakın etkileşim içinde olmayı gerektirir (Xiong, 2010). Uyumluluk düzeyi yüksek kişiler; nazik, düşünceli, sevimli,

işbirlikçi, arkadaş canlısı, şefkatli olarak görülmektedir (McCrae ve Costa,1987; Graziano ve Eisenberg, 1997).

Uyumluluk boyutu, olumlu sosyal davranışlar ile kavramsallaştırılmaktadır (Graziano ve Eisenberg, 1997). Kavram ile kişiler arası ilişkileri olumlu şekilde sürdürme motivasyonuna, bir kışkırtıcı davranışa yönelik olumlu anlam yükleme eğilimine ve herhangi bir çatışmada doğabilecek olumsuz etkiyi en aza indirme becerisine işaret etmektedir (Jensen-Campbell ve Graziano, 2001). Düşük uyumluluğa sahip bireyler; başkalarına karşı alaycı, kaba, şüpheli ve manipülatif yönelimi olduğu düşünülmektedir (Piedmont, 1993). Bu bireyler işbirliği yerine rakip olmayı tercih ederler, çıkarları ve inançlarına ters düşen bir şey olursa kavga etmeye hazır bir görüntü sergilerler (Burger, 2006). Düşük uyumluluk genel anlamıyla, başkalarına yönelik olumsuz görüşlere eğilimli olmayı ve etrafındakilerin iyilik halleriyle pek ilgilenmemeyi işaret eder (McCrae ve Costa, 1987).

Özdisiplin/sorumluluk boyutu, bireyin karar verirken oldukça akla yatkın, verimli ve duyarlı olduğuna işaret etmektedir (Costa ve McCrae, 1992). Sorumluluk boyutu, bireyin bir görevi başarılı bir şekilde nasıl yerine getireceğini öğrenme ve bunu sürdürebilme yeteneğine işaret eder (Jensen-Campbell ve diğerleri, 2002). Bu boyutun yüksek ucunda yer alan bireyler düzenli, kararlı ve planlı olarak tanımlanır ve hedeflerine ulaşmak için yoğun çaba harcadığı ifade edilirken; diğer uçtakiler ise dikkati kolay dağılabilen ve güven vermeyen (Burger, 2016), düzensiz ve dürtüsel davranarak görevlerini erteleme eğilimde olan bireyler olarak görülmektedir (John, Naumann ve Soto, 2010). Özdisiplini düşük olan bireyler, planlı davranıştan ziyade hazırlıksız ve düşünmeden davranmayı tercih ederler ve belirgin bir düzende kalmama eğiliminde olurlar (McCrae ve Costa, 1987). Ayrıca bu boyutta düşük puan alanlar nispeten güvenilmez ve dikkatsiz olarak tanımlanlar ve bu bireyler iş yapmaktan önce keyfine düşkün oldukları için sorumluluklarını yerine getirmekte rahat bir tavır sergilerler (Costa ve McCrae, 1992).

2.3.3. Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Şefkat Yorgunluğuyla İlişkisi

Ferguson (2013), kişiliğin çok çeşitli sağlık sonuçları üzerinde etkili olabileceğini ve bunun sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda grup ve organizasyon düzeyinde de

ele alınabileceğini ileri sürmektedir. Basit anlamıyla kişilik özellikleri, insanların travmatik olaylara verdiği yanıtlarda önemli bir risk ya da psikolojik sağlamlık unsuru olabilir (Caska ve Renshaw, 2013). Kişilik özellikleri, bireyin stres ve gerginlik unsurlarına nasıl uyum sağlayacaklarını, nasıl tepki vereceği (Halama ve Gurnakova, 2014; Watson ve Hubbard, 1996) iş ve yaşam doyumunu üzerinde etkilidir (Heller, Judge ve Watson, 2002).

Sağlık mesleği üyeleri; temel görev ve sorumluluklarına bağlı olarak, hastaların şikâyetlerine, acılarına ve ölümlerine tanıklık ederler, oldukça stresli bir ortamda çalışırlar ve beraberinde rüyalar, zorlayıcı düşünceler, uyku bozuklukları, konsantrasyonda düşme ve travmatik olaylardan kaçınma gibi birçok stres tepkisi gelişebilmektedir (Ogińska-Bulik, 2006). Kişiliğin stres anındaki tepkileri etkileme gücü, çalışma ortamındaki şefkat yorgunluğuna bakış açısını etkileme potansiyelini akla getirmektedir (Gallardo ve Rohde, 2018). Örneğin tutarlı kişilik yapısı algısı olumsuz psikolojik değişikliklere ve şefkat yorgunluğuna karşı koruyucu bir değişken olarak işlev görebilmektedir (Linley, Joseph ve Loumidis, 2005).

Şefkat doyumunu, tükenmişlik, algılanan stres ve ikincil travmatik stres kavramları, yardım etmenin olumlu ve olumsuz sonuçlarına işaret eden diğer kavramlardır (Figley, 2002; Maslach, 2003; Stamm, 2005). Beş faktör modeline göre kişilik özelliklerinin, yardım etmenin olumlu ve olumsuz etkilerini açıklamadaki rolü birçok araştırmada ele alınmıştır (Alarcon, Eschleman ve Bowling, 2009; Barr, 2018; Tehrani, 2016; Robinson, 2016). Hangi kişilik özelliklerinin bireyi profesyonel yardımın olumsuz sonuçlarından koruduğu ve şefkat yorgunluğuna daha yatkın kıldığı, hangilerinin önleyici ve dirençli bir yapı kazandırdığı şefkat yorgunluğunu anlamak açısından oldukça önemlidir. Aşağıdaki paragraflarda, her bir boyutun özellikleri şefkat yorgunluğu temel alınarak incelenmiştir.

Beş faktör kuramının ilk boyutu olan duygusal denge, stresle başa çıkma sürecinde önemli bir yere sahiptir (Watson, Hubbard, 1996). Duygusal denge boyutu, dengede kalmayı ve duygusal uyarılmayı temsil eden bir kişilik özelliği olup fiziksel hastalık ya da belirtilerle güçlü bir şekilde ilişkilidir (Charles, Gatz, Kato ve Pedersen, 2008). Kavram, stresli olaylara yönelik yüksek düzeyde olumsuz duygular yaşama ve duygusal sıkıntının yoğun olduğu tepkiler verme eğilimi (Ceobanu ve Mairean, 2015) veya travmatik bir olaya takiben yaşanan uyum güçlüğü ile ilişkilidir (Carver ve Connor-Smith, 2010). Bu boyutun

olumsuz ucundaki bireyler; akılcı düşünmekte, dürtülerini kontrol etmekte ve stresle başa çıkmada yetersizlik (Rothmann ve Coetzer, 2003; Bonfield, 2014), çaresizlik ve karamsarlık duygularına çok çabuk kapılma (Suls ve Martin, 2005) ve strese karşı tolerans düşüklüğü özellikleri ile tarif edilir (Levy ve Loundbury, 2011). Duygusal dengesizliği yüksek bireylerin, strese yanıt verirken yanlış şeyler yaptıkları ortadadır; başka bir deyişle, yüksek düzeyde sıkıntı ve düzensizlik içindeyken, etkili başa çıkma gücü göstermekten uzaktır (Watson, Hubbard, 1996). Öyle ki bu özelliği yüksek bakım verenler; endişe etme, dürtüsel olma ve kendi sorunları ile başa çıkma yeteneğinden yoksun olma nedeniyle bakım rolünü çok zor bir süreç olarak görebilirler (Gallardo ve Rohde, 2018).

Alanyazında şefkat yorgunluğu ile duygusal denge arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar benzer sonuç ve ifadelere yer vermektedir. Chen ve diğerleri (2018) duygusal denge düzeyi düşük sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu açısından risk grubunda olduğuna işaret etmiştir. Luck (2009) bu bireylerin, şefkat yorgunluğuna yol açabilecek stresli ortamlarda çalışmak açısından yeterli olmadığını belirtmektedir. Sağlık çalışanları için; hasta sorunları ile ilgilenmek, kötü haberler vermek ve hastanın acı çekmesine tanıklık etmek stres unsurlarından sadece birkaçıdır. Duygusal dengesizlik olumsuz, üzücü duyguları deneyimleme, ilişkili davranışsal ve bilişsel özelliklere sahip olma eğilimi ile karakterize edilir ve çalışma ortamındaki stresli durumlarla etkisiz başa çıkma tarzı bireyi tükenmişliği çağrıştıran belirtilere yatkın hale getirmektedir (Bakker, Van der Zee, Lewig ve Dollard, 2006). Bunun yanı sıra bu özellikteki bireylerin duygusal eğilimi, depresyon olasılığı ve endişe düzeyi dikkate alındığında şefkat yorgunluğu yaşama olasılığının oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir (Gallardo ve Rohde, 2018). Araştırmalarda, kendi kendini eleştirme ve stresli ortamlardan kaçma eğilimleri olduğu (Luck, 2009) ve bu bakımdan şefkat yorgunluğu riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Udipi, Veatch, Kao, LeRoy, 2008; Tracy, 2012; Robinson, 2016).

Rim (1987) dışadönüklüğün probleme odaklı başa çıkma yaklaşımı ve pozitif düşünme eğilimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Dışadönüklük; güçlüklerle başa çıkabilme, olaylara iyimser bakabilme, gerektiğinde sosyal destek arayışına yönelme gibi alt özellikleri işaret eder ve kaçınmacı davranış tarzı ile negatif ilişkilidir (Amirkhan, Risinger ve Swickert, 1995). Sağlık çalışanları için şiddet ve travma mağdurlarıyla

çalışmak olumsuz duygusal tepkilere yol açabilir (Baird ve Jenkins, 2003). Bu bağlamda yapılan araştırmalarda dışadönük bireylerin daha az travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (Clark ve Owens, 2012). Dışadönüklük eğilimi yüksek olan bireyin daha sıcak ve istekli olduğu, problemleri daha kolay tartıştığı ve bu sayede şefkat yorgunluğu riskine karşı ihtiyaç duydukları desteği kolaylıkla bulabilecekleri kabul edilir (Gallardo ve Rohde, 2018).

Dışadönük bireyler, içedönük bireylere kıyasen zorlu görevlerde daha başarılı olmaktadır (Cornelia, 2013). Yüksek düzeyde dışadönüklük sadece çok konuşup sık sık eğlencelere gitmekle ilgili değildir; aynı zamanda neşeli ve canlı olmaya, heyecana değer vermeye, bağlılık için güçlü nedenlere ihtiyaç duymaya ve pozitif düşüncenin gücüne inanmaya atıfta bulunur (McCrae ve Costa, 1995). Dışadönüklük stres faktörleriyle ilişkilidir ve dışadönük bireyler, stres anında daha kararlı, bilinçli ve sağlıklı bir eğilim gösterirler (Korotkov, 2008; Carver ve Connor-Smith, 2010). Dışadönüklüğün diğer ucunda yer alan içedönük bireylerin, duygusal tükenme hassasiyetini daha çok gösterdikleri (Storm ve Rothmann, 2003), yeni insanlarla tanışmaktan çekindikleri, durgun ve içine kapanık bir görüntü sergiledikleri belirlenmiştir (Cornelia, 2013). Genel olarak, bakım veren bireyler ne kadar dışadönük olursa, hasta bakım veren arasındaki ilişki o kadar fazladır ve böylece potansiyel olarak daha az şefkat yorgunluğu olacağı ifade edilir (Gallardo ve Rohde, 2018).

Deneyime açıklık, yeni fikirlere, eylemlere ve değerlere açık olmak diye tarif edilir. Bu boyutta yüksek puan alan bireyler meraklı, üretken, empatik, kendine özgü, sanata ilgili olma, estetik yönden güçlü olma ve esneklik özellikleriyle karakterize edilir (McCrae ve Costa, 1987). Bu bakımdan ele alındığında çeşitli unsurlara açık olmak, farkındalığı beraberinde getirerek bireyin çalışma sürecinde ne zaman yorgun düştüğünü algılamasında rol oynayabilir (Gallardo ve Rohde, 2018). Bunun yanı sıra Korotkov (2008) tarafından yapılan araştırmada, yeni deneyimlere açık olmanın sağlıksız davranışla yakinen ilişkili olan stresi hafifletici etkisi olduğu belirlenmiştir.

Deneyime açıklık boyutunun, yeni bakış açıları geliştirme ile pozitif; kişisel sıkıntıların varlığı ile negatif ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Song ve Shi, 2017). Bunu destekler nitelikte deneyime açık bireylerin iş rolündeki değişiklik ihtiyacını erkenden fark

edebileceği ve buna bağlı olarak şefkat yorgunluğu geliştirme riskinin azalacağı ifade edilmektedir (Woodrume, 2016). Bununla birlikte, bazı yeni çalışmalar deneyime açıklık ile travma sonrası stres belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Caska ve Renshaw, 2013; Clark ve Owens, 2012). Benzer anlamda Chen ve diğerleri (2018) çalışmalarında, deneyime açıklık ile şefkat yorgunluğu arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir.

Uyumluluk, başkalarıyla kolayca geçinme ve başkalarına güvenme yeteneğini (Cornelia, 2013) ve stresli olaylara maruz kalındığında sosyal destek arama eğilimini ve bilişsel yeniden yapılandırmayı işaret etmektedir (Carver ve Connor-Smith, 2010). Uyumluluk, strese karşı bir tampon görevi görerek bireyin aldığı doyumun artmasını mümkün kılmaktadır (O'Mahony ve diğerleri, 2018). Öyle ki uyumluluk ile travma sonrası stres belirtileri ve şefkat yorgunluğu arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur (Clark ve Owens, 2012; Caska ve Renshaw, 2013; Chen ve diğerleri, 2018). Uyumluluk; bakım verenler için rolleri gereği bir problemidir, hastayla kimi zaman fikir uyuşmazlığı yaşayabilirler ve böyle durumlarda uyumlu bakım verenler hastanın bazı isteklerine izin verebilir (Gallardo ve Rohde, 2018). Bu bakımdan uyumluluk bakım verme sürecinde sağlık çalışanları için temel bir koşul olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyumluluk düzeyi yüksek bireylerin, şefkat yorgunluğuna karşı daha dirençli olduğu görüşü hâkimdir (Robinson, 2016). Öte yandan uyumluluğun, şefkat doyumunu ile anlamlı ve güçlü ilişki gösterdiğini ve fakat ikincil travmatik stres ile herhangi bir ilişki bulunmadığını belirleyen çalışmalar da vardır (O'Mahony ve diğerleri, 2018; Bonfield, 2014).

Sorumluluk özelliği, bireyin motivasyonel kararlılığını koruma, plan yapma, bunları organize bir şekilde yürütme eğilimine ve dürtülerini uzun vadeli hedefler lehine dönüştürebilme becerisini temsil etmektedir (Cornelia, 2013). Özdisiplin olarak da ifade edilen bu boyut, yüksek sorumluluk duygusuna ve örgütsel becerilere işaret ederek bireyin işlerini bitirme çabasına atıfta bulunur (Kim, Shin ve Umbreit, 2013). Özdisiplinli bireylerin, stresli olaylar esnasında daha verimli ve etkili problem çözdükleri ifade edilmektedir (Hampson ve diğerleri, 2006; Carver ve Connor-Smith, 2010). Storm ve Rothmann (2003) tarafından yapılan araştırmada özdisiplin boyutu, düşük duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve yüksek kişisel başarı ile ilişkili bulunmuştur.

Sorumluluk puanı düşük bireylerin organizasyon ve yöntem ile pek ilgileri yoktur, doğaçlama yaparlar ve sorumsuzluk, güvenilmezlik ve unutkanlık başlıca özellikleridir (Cornelia, 2013). Bu özelliklerin gerek iş ortamında gerekse özel yaşamda bireyler için olumsuz sonuçlara yol açacağı söylenebilir. Öyle ki çalışmalar, sorumluluk özelliği düşük olan bireylerin, travma sonrası stres belirti şiddetinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Clark ve Owens, 2012; Caska ve Renshaw, 2013). Hemşirelerle yapılan çalışmada, özdisiplin ile şefkat yorgunluğu arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren bulgulara erişilmiştir (Chen ve diğerleri, 2018). Başka bir bakış açısına göre ise özdisiplini yüksek bireyler, katı mükemmeliyetçiliği sürdürme kabiliyetine sahiptir ve kendileri için yeterince bakım sağlayamayan hastalarda da bu arayışa yönelebilir; böylece zaman içerisinde bakım verenin amaçlarının boşa çıkmasına ve şefkat yorgunluğuna yol açabilir (Gallardo ve Rohde, 2018).

2.4. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Bireyin gerek özel yaşamında gerekse iş yaşamında sorunlar yaşaması ve bunlara bağlı olarak kendini yıpranmış, üzgün ve yorgun hissetmesi insan olmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilir. Bu noktada, kimi bireylerin sıkıntı ve zorluklar karşısında başkalarına kıyasla daha fazla mücadele gücüne sahip olması oldukça ilgi çekici bir konudur. 1970'li yıllarda birçok araştırmacı, bazı insanların sıkıntılı ve riskli durumlara maruz kalmalarına rağmen nasıl olur da kendilerini iyi hissettiklerine odaklanmaya başlamıştır (Lamb, 2009). Psikolojik sağlamlık olarak ifade edilen bu olgu, bireyin önemli zorluklarla baş başa kaldığında uyum sağlaması ve gelişim sağlamasıyla kendisini gösteren yeterlilik bütünü olarak tanımlanmaktadır (Masten ve Coatsworth, 1998).

Psikolojik sağlamlığın; zor koşullarda yaşayan veya istismara, ihmale, kayba ve başka sıkıntılara maruz kalan bireylere yardımcı olma, sıkıntıları azaltma, umudunu ve öz güven duygusunu yükseltme işlevi vardır (Grotberg, 2001). Kavram ile çevresel risk deneyimlerine karşı göreceli bir direnç kaynağı; stres ve sıkıntıların üstesinden gelmeyi sağlayan özellik (Rutter, 2006) devam eden korku ve belirsizlikle yaşamayı öğrenme, önemli yaşam zorluklarına karşı uyum sağlama becerisi kast edilmektedir (Meichenbaum, 2005). Buradan psikolojik sağlamlığın sıkıntıyı aşma, onu büyüme için bir fırsata dönüştürme işlevi olduğu anlaşılmaktadır (Gillespie, Chaboyer ve Wallis, 2007).

Alanyazında psikolojik sağamlık kavramına yönelik yanlış kullanım ve anlaşılmalr mevcuttur. Bonanno (2012) üç başlıkta bu yanlışlıkları düzeltmiştir: Birincisi *psikolojik sağamlık bir kişilik değışkeni değildir*, ikincisi *psikopatolojinin yokluğunu ifade etmez* ve son olarak *genellikle bireyin sağlıklı olmasını ifade etmez*. Bu özelliği yüksek bireyler, zorluklar sırasında yoğun stres ve sıkıntı yaşayabilirler; ancak bu belirtiler onlar için hafif ve geçici etki bırakır (Crowe, 2016). Öyle ki Bonanno (2004) psikolojik sağamlığı, kararlı bir denge sağlama çabası olarak açıklamıştır. Genel anlamıyla psikolojik sağamlık; bireyin, grubun, örgütün veya bütün popülasyonun kritik olaylar, terörizm ve hatta kitlesel felaketler sonucu gelişebilecek psikolojik rahatsızlıklarda hızlı ve etkili bir toparlanma gücüne sahip olmasını ifade eder (Kaminsky, McCabe, Langlieb ve Everly, 2007).

Alanyazında psikolojik sağamlık, birçok farklı düzey ve kavram ile ifade edilmektedir. Friborg ve diğerleri (2005) psikolojik sağamlığı; bireysel yeterlilik, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynak olmak üzere beş temel düzey ile ifade etmiştir. Bonanno (2004) psikolojik sağamlığın; dayanıklılık, kendini geliştirme, önleyici başa çıkma ve olumlu duygu faktörlerinden oluştuğunu ifade etmiştir. Başka bir araştırmacı ise kavramın; yenilikçi olabilmek, kararlılık, kişilerarası yakınlık, dürüstlük ve bütünlük, öz kontrol ve iyimserlik gibi temel özelliklerden oluştuğunu belirtmiştir (Everly ve Lating, 2012).

Psikolojik sağamlık, stresle başa çıkma yeteneğinin bir ölçüsüdür ve değışime, gelişime açık bir kavram olarak kabul edilmektedir (Connor ve Davidson, 2003). Bunların yanı sıra psikolojik sağamlık başlarda bir kişilik özelliği olarak görülmüş ve bireylerin doğuştan bu nitelikle dünyaya geldiği varsayılmıştır (Fayombo, 2010). Rutter (1985) bu bireylerin karakteristik özelliklerini başkalarının desteğini alma eğilimi, başkalarıyla yakın ve güvenli bağlantı kurma, kişisel-toplu ve geçmiş başarılarla hedeflere sahip olma, özyeterlik, stresin güçlendirici etkisini ortaya çıkarabilme, gerçekçi kontrol duygusu/seçime sahip olma, mizah anlayışı, eylem odaklı yaklaşım olarak sıralamıştır. Zaman içerisinde kavramın anlamı genişleyerek psikososyal süreçlere işaret eden bir kavram olarak kabul edilmiştir (Friborg ve diğerleri, 2005). Tüm açıklamalar ve varsayımlar göstermektedir ki psikolojik sağamlık üzerine evrensel bir tanım yoktur.

Genel anlamıyla sıkıntı, travma, tehditler veya aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları veya işyerindeki stres faktörleri gibi önemli stres kaynakları karşısında bireyin iyi uyum sağlama sürecine işaret eder ve kısacası zor deneyimlerden sonra bireyin kendini toparlama gücüne işaret eder (APA, 2014).

Alanyazında psikolojik sağlamlıkla ilişkili kabul eden bazı kavramlar vardır. Bu kavramları tanımak, doğru anlam yüklemek oldukça önemlidir. Bunlardan birincisi kırılگانlıktır. Psikolojik sağlamlık, bireyin hiç kırılğan olmaması anlamına gelmez, risklere maruz kalmanın bir sonucu olarak deneyimlere ve gelişim göstermeye işaret eder ve psikolojik sağlamlığı geliştirmenin yollarından biri de kırılğanlık hakkında bilgi sahibi olmaktır (Coatta, 2014). Kırılğanlık, bir bireyin veya grubun olası tehlikenin etkisini öngörme, bununla başa çıkma, direnme ve ondan kurtulma kapasitelerini etkileyen özellikleri ifade eder (Wisner, Blaikie, Cannon ve Davis, 2004). Daha açık bir ifadeyle kırılğanlık, bireyin çeşitli psikopatoloji veya davranışsal yetersizlikler geliştirmeye yatkın olmasını ifade eder (Zimmerman ve Arunkumar, 1994). Genel anlamıyla psikolojik sağlamlığı, risk esnasında olumsuz sonuçları ortadan kaldıracırmeyi sağlarken, kırılğanlık risk durumlarında olumsuz tepkiler verme olasılığını artıran bir özelliktir (Zimmerman ve Arunkumar, 1994).

Diğer bir kavram dayanıklılıktır. Psikolojik sağlamlık sıkıntı yaşamayı, ona uyum sağlama çabasını ve nihayetinde gelişim göstermeyi işaret eden dinamik bir kavramdır (Coatta, 2014). Bonanno (2004), dayanıklılığın stresli durumlarla karşı karşıya kalması durumunda tampon işlevi olduğunu ve bu bakımdan bireyin psikolojik sağlamlık yollarından biri olduğunu ifade etmiştir. Psikolojik sağlamlık, tehditkâr durumlara uyum sağlama yeteneğı olarak tanımlanırken dayanıklılık, stresli faktörlerle başa çıkma tarzını düzenleyen ve yaşamın baskılarına karşı direnç kaynağı olarak işlev gören kişilik özelliklerinden biri olarak kabul edilir (Coatta, 2014; Karimi ve diğerleri, 2016). Dayanıklılık, sıkıntılarla baş başa kalındığında olumlu sonuçlar elde etmek açısından psikolojik sağlamlık ile benzeşmektedir ve fakat dinamik bir süreç olan psikolojik sağlamlığa göre esnekliğı çağrıştırmayan sert ve kararlı bir kavram olarak nitelendirilmektedir (Coatta, 2014).

Psikolojik sağamlık ile ilişkili olan bir diğer kavram da yeterlidir. Psikolojik sağamlığı yüksek bireyler, yeterliklerini kendileri değerlendirme kapasitesine sahip olduklarına inanılır ve bu, bireyin başarıya ulaşmak için mevcut problemleri yönetmek için kullanabileceği bir özellik olduğuna dair iyimserliği teşvik etmektedir (David, 2012). Bu bakımdan Harney (2007), psikolojik sağamlığın anahtar bileşenlerinden biri olarak işlev görmedeki yeterliği göstermiştir. Aksi durumlarda bireyin sıkıntı ile karşı karşıya kaldığında psikolojik sağamlık kabiliyeti üzerindeki olumsuz etki, yetkinlik kaybı ve işlevsizliğin artması ile tarif edilmektedir (David, 2012). Bu işlevsiz yapı bireyin yaşamında önemli sorunlara yol açabilmektedir.

2.4.1. Psikolojik Sağamlığa İlişkin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağamlık, bireyin risk anındaki tepki çeşitliliğine işaret eder (Rutter, 1987) ve kavramdan söz edebilmek için bireyin herhangi bir risk unsuruna maruz kalması gerektiği ifade edilmektedir (Masten, 2001; Rutter, 2006). Greene (2002) birey risk unsuruyla baş başa kalmazsa psikolojik sağamlığı ölçmenin de mümkün olmayacağını ifade etmektedir (Greene, Galambos ve Lee, 2004). Öyle ki yaşamının herhangi bir döneminde risklere bağlı olarak sıkıntılı zamanlar geçirmemiş bireyler psikolojik olarak sağlam diye değil, başarılı ya da yeterli diye nitelendirilmektedir (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Alanyazında risk faktörleri ve koruyucu faktörler bireysel, ailevi ve çevresel faktörler olmak üzere üç kategoride toplanmaktadır (Rutter, 2006).

Alanyazında bireysel risk faktörlerine ilişkin birçok değişken yer almaktadır. Bireysel risk faktörlerine örnek olarak olumsuz ve stresli yaşam olayları (Masten ve diğerleri, 1999); erken doğum (Bradley ve Casey, 1992; Masten ve Coatsworth, 1998), kronik hastalıklar (Nakashima ve Canda, 2005); ailevi risk faktörlerine ebeveyn boşanması (Kelly ve Emery, 2003), ebeveyn psikopatolojisi (Pilowsky, Zybert ve Vlahov, 2004; Pölkki, Ervast ve Huupponen, 2004), ebeveyn kaybı (Hines, Merdinger ve Wyatt, 2005), yetişkinlik öncesi annelik (Werner ve Smith, 1982); aile içi anlaşmazlıklar (Rutter, 1987); çevresel risk faktörlere ise; savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar (Agabi ve Wilson, 2005), çocuk ihmali ve istismarı (Flores, Rogosch ve Cicchetti, 2005; Hines, Merdinger ve Wyatt, 2005) örnek olarak sunulabilir. Daha özelde destekleyici unsurların olmadığı iş yeri ortamı (Gibbons, Murphy ve Joseph, 2011); kişisel travma-kayıp öyküsü

(Pearlman ve MacIlan, 1995; Baird ve Kracen, 2006; Hargrave, Scott ve McDowall, 2006); yoğun iş yükü ve kendini işe yüksek derece adama (Killian, 2008) gösterilebilir.

Psikolojik sağlamlığı inceleyen araştırmacılar, sorunlara yol açabilecek risk faktörlerini araştırmanın yanı sıra zaman içinde odak noktasını bireyin güçlü niteliklerinin tanımlamasına yönelik çalışmalara çevirmiştir (Richardson, 2002). Koruyucu faktörler diye tarif edilen bu özellikler; stresli yaşam olaylarına, risklere ya da tehlikelere karşı koyması için bireyin becerisini arttıran, uyum ve yeterliği destekleyen bireysel ya da çevresel koruyucular kast edilmektedir (Rutter, 1987). Koruyucu nitelikteki bir faktör, bireyi olumsuz bir sonuçtan uzak tutmak için risk faktörü ile etkileşime girebilir (Zimmerman ve Arunkumar, 1994). Başka bir ifadeyle koruyucu faktörler, kişinin uyumsuz bir sonuca yatkın olan bazı çevresel tehlikelere yönelik cevabını, iyileştiren veya değiştiren etkileri ifade eder (Rutter, 1985). Genel anlamıyla bireyin gerçekçi planlar yapması ve bunları gerçekleştirmesi, güçlü ve yetenekli yanlarını tanıması, iletişim ve problem çözme becerilerinin yüksek olması, düşüncelerini ve dürtülerini yönetme becerisine sahip olması psikolojik sağlamlık ile yakinen ilişkilidir (APA, 2014).

İçsel koruyucu faktörlere sağlıklı olma (Mandleco ve Perry, 2000), zekâ (Werner ve Smith, 1982; Masten ve Coatsworth, 1998; Mandleco ve Perry, 2000), akademik yetenek ve becerilerin üst düzeyde olması (Cappella ve Rhona, 2001), yakın arkadaşlıklar, güvenilir ilişkiler, olumlu ruh hali ve mizah anlayışı (Vanderpol, 2002), özgüven duygusu (Agabi ve Wilson, 2005; Haddadi ve Basharat, 2010), özfarkındalık (Masten ve diğerleri, 1999; Mandleco ve Perry, 2000), iç kontrol odağı (Luthar, 1991; Mandleco ve Perry, 2000), dışadönük özellikler (Agabi ve Wilson, 2005), akademik başarı, sosyal açıdan kabul gören davranış sergileme eğilimi (Masten ve Coatsworth, 1998), geleceğe dair olumlu ve iyimser bakış açısı (Murray, 2003; Mandleco ve Perry, 2000), maneviyat yöneliminin yüksek olması (Chung, 2008) yaşam doyumu, iyimserlik ve huzur (Fredrickson, Tugade, Waugh ve Larkin, 2003), duyarlı, bilinçli, güvenli girişken ve azimli olmak (Hines, Merdinger ve Wyatt, 2005), yüksek benlik saygısı (Kidd ve Shari, 2008; Agabi ve Wilson, 2005), stresli iş yeri unsurlarını yönetebilme, kişisel sorunlarla yüzleşme ve çözebilme, öğrenme ve güçlü bir şekilde yenilenme isteği (Skovholt ve Trotter-Mathison, 2014) örnek olarak gösterilebilir.

Dışsal koruyucu faktörlere bireyin önünde bir rol modelin bulunması (Masten ve Coatsworth, 1998), aile içinde en az bir kişiyle olumlu ve yakın ilişki içinde olması (Reed-Victor ve Stronge, 2002), ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi (Stouthamer-Loeber ve ark., 2002), ev dışında sosyal destek sağlayan bir yetişkin figürünün olması (Gilligan, 2000), akranlar arasında kabul görme ve destek ağının gelişmiş olması (Criss ve diğerleri, 2002) ve çevre ve toplumun sunduğu kaynak ve imkânların çokluğu (Mandleco ve Perry, 2000) örnek olarak gösterilebilir.

2.4.2. Yardım Mesleklerinde Psikolojik Sağlamlık ve Şefkat Yorgunluğu

Çalışmalar, psikolojik sağlamlığın birkaç sıra dışı insanın sahip olduğu nadir bir özellik değil, ortak bir kişilik özelliği olduğunu göstermektedir (Collins, 2007). Uyumsuz ve zor koşulların bireye zarar verme potansiyeli psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu kavramlarını aklı getirir; çünkü travmaya maruz kalmanın bireyde oluşturduğu stres, psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu olmak üzere iki tepki dizisine yol açtığı kabul edilmektedir (David, 2012). Psikolojik sağlamlık, bireyin olumsuzluklar karşısında gelişmesini sağlayan kişisel nitelikleri bir bütün halinde toplamaktadır (Connor ve Davidson, 2003). Öte yandan travmatize olmuş bireylerle çalışmak, bireylerin bilişsel şemalarını, duygularını, hatıralarını ve özgüvenini etkileyebilir ve böylece şefkatli yorgunluğun gelişmesine yol açabilecek nitelikte riskli ve zor durumlara yol açabilir (Shew, 2010).

İş yerinde yaşanabilecek temel zorlukların başında gelen stres olgusu şefkat yorgunluğunun temel unsurlarından biri olarak kabul edilir. Bir kişilik özelliği olarak psikolojik sağlamlığın iş ortamında bireyin iyilik halinin sürmesi ve stresle etkili başa çıkması konusunda rol oynadığına ilişkin alanyazında geniş yer tutmaktadır. Söz gelimi kavram, danışmanlarda iyi oluşu sağlamak ve sürdürmek için koruyucu faktörlerden biri olarak görülmektedir (Meyer ve Ponton, 2006). Psikolojik sağlamlık ile ilişkili olan dayanıklılık ve stresin ele alındığı çalışmalarda iki değişken arasında negatif bir ilişkinin olduğu (Vogt, Rizvi, Shipherd ve Resick, 2008), dayanıklılık puanı yüksek bireylerin stres anında daha etkili başa çıkma yaklaşımları sergiledikleri (Karimi ve diğerleri, 2016) ve psikolojik sağlamlık seviyesi düşük bireylerin kaçınmacı ve edilgen başa çıkma yaklaşımları sergiledikleri ifade edilmektedir (Chan, 2000). Genel bir ifadeyle psikolojik

sağlamlığın, bireylerin strese uyum sağlayıcı tepkiler vermesini ve etkili başa çıkma yaklaşımları benimsemesinde anahtar rol oynadığı kabul edilmektedir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015).

Psikolojik sağlamlık, oldukça stresli yaşantıları yönetmek için bireyin sahip olduğu içsel ve faydalı yeterliliklere atıfta bulunur (Mancini ve Bonanno, 2006). Bu yeterlilikler, bireyin aksaklık ve değişikliklerle baş etmesinde önemli rol oynamaktadır ve bu bakımdan şefkat yorgunluğuyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Burnett ve Wahl, 2015). Öyle ki psikolojik sağlamlık travmatize olmuş bireylerle ilgilenen profesyonellerde ikincil travmatik stres ve benzeri riskli durumlarda uyumu arttırıcı beceriler geliştirmede etkili bir değişkendir (Shew, 2010). Araştırmacılar sağlık, eğitim, travma gibi birçok alanda psikolojik sağlamlığı incelemişler ve genel olarak kavramı, psikolojik acı ve umutsuzluğa kapılmadan acı çeken insanlarla çalışabilme özelliğini sağlayan temel bir özellik olarak ifade etmişlerdir (David, 2012).

Psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu kavramları, travmatik olay ve sıkıntılarla yakın ilişkilidir ve şefkat yorgunluğu, psikolojik sağlamlığın aksine kişisel ve mesleki işlevsellikte yaşanan azalmaya işaret eder (David, 2012). Bu bağlamda, hastaların travmalarına tanıklık eden çalışanların nasıl olur da işlevselliklerini devam ettirdiğinin açıklanması için psikolojik sağlamlık kavramı önemli bir çalışma sahası olarak kabul edilmektedir (Bonanno, Galea, Bucciarelli ve Vlahov, 2006). Psikolojik olarak sağlam bireyler, zorluklar karşısında yaşanan stresin hafif ve geçici olmasını sağlar ve uzun süreli işleyişine müdahale etmesine engel olur (Crowe, 2016), iş ortamlarında yaşadığı sıkıntılarda kişisel bir anlam bulabilir ve eşlik eden herhangi bir duygu ile başa çıkabilir (Lew, 2001).

Psikolojik sağlamlık genel anlamıyla bireyin uyumunu ve gelişimini tehdit eden riskli koşullar altında olumlu sonuçlar elde edebilme sürecine atıfta bulunur (Masten, 2001). Kapoulitsas ve Corcoran (2015) çalışmasının sonuçları, şefkat yorgunluğu belirtileri ile başa çıkmada danışmanın psikolojik sağlamlık seviyesinin önemini vurgulamaktadır. Burnett ve Wahl (2015) çalışmasında şefkat yorgunluğu puanı düşük bireylerin psikolojik sağlamlık seviyelerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Başka bir araştırmada psikolojik

sağlamlık, danışmanlık mesleğini icra edenlerde iyi oluşu sağlama ve sürdürmede koruyucu bir faktör olarak tanımlanır (Meyer ve Ponton, 2006).

Psikolojik sağlamlık ile şefkat yorgunluğu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu (Poore, 2006) ve bireyin iyi oluşuna katkı sağlayan psikolojik sağlamlığın aynı zamanda şefkat yorgunluğunun gelişimine karşı koruyucu bir nitelik olduğu ifade edilmektedir (Ang ve diğerleri, 2018). Şefkat yorgunluğunun, bakım vermenin olumsuz etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel hastalıklar, uyku bozukluğu, kaçınma davranışları ve sağlıksız başa çıkma davranışları gibi tipik belirtilerin dengelenmesi için çalışanların psikolojik sağlamlık gösterebilmesi oldukça önemlidir (Flarity, Nash, Jones ve Steinbruner, 2016). Bazı çalışanların, meslektaşlarına göre psikolojik olarak nasıl daha sağlam olduklarının anlaşılması, şefkat yorgunluğunun gelişme riskini azaltmalarına yardımcı olabilecek önleyici yöntemler geliştirme konusunda önemli bilgiler sunacaktır (Hernandez, Gansei ve Engstom, 2007). Bu bakımdan, çalışanların kariyerlerinin başında psikolojik sağlamlık eğitimi alması oldukça önemli ve işlevsel olduğu düşünülmektedir (Flarity ve diğerleri, 2013)

2.5. COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Çalışanlarında Şefkat Yorgunluğu

Yeni koronavirüs hastalığı 2019 sonunda ortaya çıkmış ve hızlı bir şekilde yayılım göstermiştir. Bu ani ilerleyiş toplumsal anlamda derin etkiler bırakmıştır. Bu dönemde sağlık çalışanlarının süreçten en çok etkilenen grupların başında geldiği, pandeminin beraberinde getirdiği birincil travmaların yanı sıra bakım vermenin doğal sonucu olarak ikincil travmaların da etkisinde kaldığı ifade edilebilir. Bu bağlamda 2020 başı itibarıyla alanyazında COVID-19 ve sağlık çalışanları konulu birçok araştırmaya yer verilmeye başlanmıştır.

Sağlık çalışanları temelinde değerlendirildiğinde pandemi gibi kontrolü zor bir süreç sağlık sistemlerinde başlı başına bir stres unsuru olarak kabul edilmektedir (De los Santos ve Labrague, 2020). Küresel bir salgın olan koronavirüs hastalığıyla ön safta mücadele eden sağlık çalışanları ciddi fiziksel tehditlerin yanı sıra psikolojik sıkıntı ya da ruh sağlığı sorunlarıyla baş başa kalmaktadır (Lai ve diğerleri, 2020; Adams ve Walls, 2020). Salgın sırasında, savunmasız kalan bireylere yardım etmenin yükü oldukça ağırdır

ve bireylerin acılarına tanıklık etmek, çalışanlar için ciddi travmatik stres tepkilerine yol açmaktadır (Stobbs, 2020). Aşırı iş yükü ve strese bağlı belirtiler sağlık çalışanlarının özellikle psikolojik sıkıntılara daha savunmasız hale gelmesine yol açar (Xiang ve diğerleri, 2020).

Salgınlarda vaka sayısının artması, çok yoğun iş ortamı, yetersiz desteklenme duygusu, kişisel koruyucu donanımların ve ilaçların eksikliği, buna bağlı işe ara vermek zorunda kalınması, uzun çalışma saatleri, aile ve sosyal destek kaynaklarından uzak olma, hastalık bulaş riski, bakım verilen bireylerin/ekip arkadaşlarının kaybına tanık olma gibi durumlar sağlık çalışanlarının iş yükünü zihinsel ve fiziksel anlamda artırmaktadır (Cheung, Fong ve Bressington, 2020; Lai ve diğerleri, 2020; Ghasempour ve Purabdollah, 2020; Maben ve Bridges, 2020). Bu faktörler, yalnızlık ve çaresizlik, sinirlilik, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ve umutsuzluk gibi bir dizi duygusal hallere ve farklı seviyelerde psikolojik baskıya neden olabilir (Huang ve diğerleri, 2020). Ön saflarda COVID-19 ile ilgilenen ve afet mağdurlarına yardım eden sağlık çalışanları, bireylerin acılarına, yaralanmalarına ve ölümlerine yüksek düzeyde maruz kalmalarına bağlı olarak, psikolojik desteğe ihtiyaç duymalarını gerektirecek seviyede ruh sağlıklarının bozulması riskiyle karşı karşıyadır. (Cronin ve diğerleri, 2007; Lai ve diğerleri, 2020).

COVID-19 koşullarında mesleğini icra eden sağlık çalışanları enfeksiyon riskine açıktırlar ve bu durum beraberinde aile üyelerine ya da yakınlarına bulaştırma endişesini getirir (Alharbi, Jackson ve Usher, 2020). Zaman içerisinde bulaşıcı olma kaygısı şiddetlenerek, aileden veya yakınlardan yardım alma konusunda isteksizliğe yol açabilir ve işyerinde şefkatli olma kapasitesini azaltabilir (Wallace, Wladkowski, Gibson ve White, 2020). Pandemiye bağlı mevcut sağlık acil durumu, sağlık çalışanlarının anksiyete seviyesinin, stresli iş yükünün, strese verilen tepkilerinin ve şefkat yorgunluğu düzeyinin artmasına neden olmaktadır (Franza ve diğerleri, 2020).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları ve süreci ile verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin ve beş faktör kişilik özelliklerinin şefkat yorgunluğu üzerindeki yordayıcı gücü ilişkisel ve nedensel karşılaştırma modeline uygun olarak ele alınmıştır. Bu model temel olarak geçmişte ya da hâlihazırda devam eden durumları betimlemeyi amaçlar (Karasar, 2014). Başka bir ifadeyle ilişkisel model, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını ortaya koyar ve bunu yaparken mevcut duruma müdahale söz konusu değildir (Crano ve Brewer, 2002). Araştırmada sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık seviyeleri yordayıcı değişken; şefkat yorgunluğu ise yordanan değişken olarak tanımlanmıştır. Ayrıca yordanan değişkenin; kişisel bilgilere (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olmak, eğitim seviyesi), mesleki bilgilere (meslek, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi düzeyi) ve COVID-19 ile ilgili bilgiler (koronavirüs tanımlı bireylerle çalışma, salgında iş yükü artış algısı, pandemi sürecine uyum, bulaşıcı olma kaygısı) göre farklılaşma durumu ele alınmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma gurubunu Türkiye'deki sağlık personelleri oluşturmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda aktif çalışan bireylerin araştırmaya katılımı hedeflenmiştir. Araştırmanın hedefine, gizlilik ve gönüllülük ilkesine dair kısa açıklamanın olduğu google drive formlarda oluşturulan link, sağlık çalışanlarına özel sosyal medya hesaplarında paylaşılarak ve kişisel mesajlaşma uygulamalarına iletilerek araştırmaya uzaktan katılım sağlamaları talep edilmiştir. Bu bağlamda şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının kişisel, mesleki ve COVID-19 ile ilgili bilgilere göre farklılaşma durumu ile beş faktör kişilik özelliklerinin ve psikolojik sağlamlık seviyesinin şefkat yorgunluğu üzerindeki yordayıcı etkisini test etmek için 697 katılımcı araştırmaya dâhil edilmiştir.

Hemşire, doktor ve ebe başta olmak üzere birçok meslek temsilcisinin yer aldığı çalışma grubunun % 74.5'i kadınlardan oluşmaktadır. Çalışma grubuna ilişkin ayrıntılı bilgi Tablo 1 ve Tablo 7'de sunulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, çeşitli demografik değişkenleri içeren Kişisel bilgi formu (Ek-1), katılımcıların şefkat yorgunluğu düzeylerini ölçmek için Merhamet yorgunluğu-kısa ölçek (Ek-2), kişilik özelliklerini ölçmek için Sıfatlara dayalı kişilik testi (Ek-3) ve psikolojik sağlık seviyelerini ölçmek için Kısa psikolojik sağlık ölçeği (Ek-4) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form katılımcıların kişisel (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olmak, eğitim seviyesi), mesleki (meslek, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi düzeyi) ve COVID-19 ile ilgili bilgileri (koronavirüs tanılı bireylerle çalışma, salgında iş yükü artış algısı, pandemi sürecine uyum güçlüğü, bulaşıcı olma kaygısı) öğrenmeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek

Bu araştırmada merhamet yorgunluğunu ölçmek için Adams ve Boscarino ve Figley (2006) tarafından geliştirilen Merhamet yorgunluğu-kısa ölçek (MY-KÖ) kullanılmıştır. Şefkat yorgunluğunun değerlendirilmesinde ölçeğin geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçek, öz bildirim değerlendirmesi niteliğinde olup katılımcılardan deneyimlerine göre puan vermeleri istenir. Nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki "1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13" maddeleri mesleki tükenmişlik alt boyutunu; "3, 5, 8, 10, 12" maddeleri ikincil travma alt boyutunu ölçer. Ölçeğin herhangi bir puanlama algoritması ve kesme noktası yoktur, en düşük puan 13 en yüksek puan 130 olarak belirlenmiştir, puan arttıkça bireyin şefkat yorgunluğu düzeyinin arttığı anlaşılır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları 0.80'den 0.90'a kadar değiştiği belirlenmiştir ve bu aralık iç güvenilirlik için yeterli olarak yorumlanmaktadır (Adams ve diğerleri, 2006).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Dinç ve Ekinci (2019) tarafından yapılmıştır. Araştırmanın verileri bir üniversite hastanesinde çalışan 128 hemşireden elde edilmiştir. Ölçeğin faktör yapısını saptamak için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, ölçüt geçerliliği için Spearman's korelasyon katsayısı ve güvenilirlik için cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyonu kullanılmıştır. Çalışma sonucunda MY-KÖ Cronbach α katsayısı 0.88; ikincil travma alt boyutu için 0.75 ve mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0.85 olarak hesaplanmış ve böylece ölçeğin şefkat yorgunluğunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir niteliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma için Cronbach alfa katsayıları, ikincil travma alt boyutu için .80, mesleki tükenmişlik alt boyutu için .87 ve ölçeğin tümü için .90 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi

Sıfatlara dayalı kişilik testi Bacanlı ve İlhan ve Aslan (2009) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, beş faktör kişilik kuramına dayanmaktadır ve kişilik araştırmalarına pratiklik kazandıracak birbirine zıt nitelikteki 40 maddelik sıfat çiftinden ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Testteki 7 madde duygusal dengesizlik/nevrotizm alt boyutunu, 9 madde dışadönük alt boyutunu, 8 madde deneyime açıklık alt boyutunu, 9 madde yumuşakbaşlılık alt boyutunu ve 7 madde ise sorumluluk alt boyutunu ölçmeye yöneliktir. Ölçek uygulanırken katılımcıdan istenen, sayı doğrusu niteliğindeki iki uç arasında kendisini hangi noktaya yakın hissediyorsa onu işaretlemesidir. Puanlama yapılırken testin solundan sağına doğru 1 ilâ 7 arasında değer verilmektedir (Bacanlı, İlhan ve Aslan, 2009).

SDKT'nin uyum geçerliğini sınamak için sosyotropi ölçeği, çatışmalara tepki ölçeği, negatif-pozitif duygu ölçeği, sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. SDKT'nin uyum geçerliğini sınamak için yapılan analizlerde ölçeğin alt boyutlarının uyum geçerliği için kullanılan ölçeklerle (*sosyotropi ölçeği, çatışmalara tepki ölçeği, negatif-pozitif duygu ölçeği, sürekli kaygı envanteri*) orta düzeyde ve anlamlı bir yapı ortaya koyduğu görülmüştür. SDKT'nin güvenilirlik çalışmaları için 285 katılımcıdan elde edilen veriler üzerinde iç tutarlık katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık analizleri sonucunda iç tutarlık katsayıları (Cronbach alfa) duygusal dengesizlik/nevrotizm alt boyutu için $\alpha=.73$, dışadönüklük alt boyutu için $\alpha=.89$, deneyime açıklık alt boyutu için $\alpha=.80$, yumuşakbaşlılık alt boyutu için $\alpha=.87$ ve sorumluluk alt boyutu için $\alpha=.88$ olarak

hesaplanmıştır. Ölçekle ilgili olarak yapılan bir diğer güvenilirlik çalışması da test-tekrar test güvenilirlik analizidir. Yapılan işlemler sonucunda ölçeğin boyutları arasındaki korelasyon değerlerinin 0.68 ile 0.86 arasında değiştiği belirlenmiş ve bu bakımdan ölçeğin aracının iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirlik değerlerinin yüksek olduğu yorumlanmıştır (Bacanlı ve diğerleri, 2009). Bu çalışma için Cronbach alfa katsayıları, ölçeğin alt boyutlarından duygusal denge için .73, dışadönüklük için .87, deneyime açıklık için .79, uyumluluk için .79, sorumluluk için .76 ve ölçeğin tümü için ise .92 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Ölçeği Smith, Tooley, Cristopher ve Kay (2008) geliştirmiş, Türkçe'ye uyarlama çalışması ise Doğan (2015) tarafından yapılmıştır. Uyarlama ve geçerlik-güvenirlik çalışmalarına 295 (186 kadın/109 erkek) üniversite öğrencisi katılmıştır. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi sonucu, ölçeğin tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu ve iç tutarlılık katsayısı .83 olduğu belirlenmiştir. Madde analizinde düzeltilmiş madde toplam korelasyonu değerlerinin .49 ile .66 arasında değiştiği görülmüştür. Bu aralık, ölçek maddelerinin ölçeği yeterli düzeyde temsil ettiğine işaret etmektedir (Doğan, 2015).

Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (KPSÖ) 6 sorudan oluşmaktadır, 5'li likert tipindedir (*1:hiç uygun değil, 2:uygun değil, 3:biraz uygun,4:uygun, 5:tamamen uygun*) ve öz bildirim tarzı bir ölçeğin aracıdır. Ölçekten en düşük 6; en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Tersten kodlanan maddelerin (2, 4, 6) çevrilmesiyle hesaplanan puan yüksek ise bunun anlamı, katılımcının yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğu yönündedir (Doğan, 2015). Bu çalışma için KPSÖ Cronbach alfa katsayısı .83 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Süreci

Çalışma grubundan verileri toplamak amacıyla öncelikle Gaziosmanpaşa Üniversitesi Etik Kurul'dan, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek-5). Araştırmanın bu aşamasında katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Merhamet yorgunluğu-Kısa Ölçek, Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği uygulanmıştır. Veriler 2021 ilk çeyreğinde toplanmıştır. Araştırma

verilerinin toplanması için google drive çevrimiçi veri toplama yöntemi tercih edilmiştir. Oluşturulan link, çalışma grubundaki bireylerin gerek kişisel mesajlaşma uygulamalarına iletilerek gerekse sosyal medya gruplarında paylaşılarak araştırmaya katılmaları talep edilmiştir. Bu yöntemin seçilmesinde; bireyin katılım esnasında kendisini rahat hissedeceği, daha samimi cevap vereceği, dikkat dağıtıcı unsurların daha az olacağı düşüncesi ve bilhassa salgın sürecinde bireylerin sağlığını riske atmama hassasiyeti etkili olmuştur. Katılımcılara, formun ilk sayfasında gizlilik ve gönüllülük ilkesi ifade edilmiş ve kendilerine bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Katılımcılar için ölçeğin cevaplanması takriben 7 dakika sürmüştür. Veri toplama sürecinde 727 kişiye ulaşılmıştır.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Ölçme araçlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık testleri için p değeri asgari düzey olan .05 olarak kabul edilmiştir. İlk olarak veriler ön incelemeye alınmıştır. Bu çerçevede araştırmaya katılım şartını sağlamayan (çalışan olmak) 3 kişi veri setinden çıkarılmıştır. Ayrıca verilerin frekans tabloları incelenerek yanlış veri girişi veya kayıp veri olup olmadığı kontrol edilmiştir. Sonrasında veri setinde araştırmanın sonucunu etkileyebilecek uç değer ve aykırı değerlerin tespit edilmesi için Z puanları ve Mahalanobis uzaklığı incelenmiştir. $-3/+3$ Z puan aralığı dışında kalan 9 veri, setten çıkarılmıştır. İkincil olarak Mahalanobis uzaklıkları hesaplanmış ($p < .001$) ve uç veri olarak değerlendirilen 18 veri daha analiz dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 697 veri seti ile analiz yapılmıştır.

Veriler üzerinde tanımlayıcı bilgiler elde etmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. Normallik varsayımlarının tespiti için basıklık-çarpıklık değerleri, histogram grafiği, box plot, steam and leaf plots, normal qq plots incelenmiştir. Veri analizine hazırlık niteliğindeki bu aşamanın ardından dağılımın normalliği esas alınarak uygun olan analizler belirlenmiştir. Normal dağılımın olduğu durumlarda t -testi ve ANOVA; aksi durumda ise Kruskal Wallis H ve Mann-Whitney U testlerinden yararlanılmıştır. Analizlerde ilk olarak şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının, katılımcıların kişisel, mesleki bilgilere ve COVID-19 ile ilgili değişkenlere göre farklılaşma durumu incelenmiştir.

Katılımcıların şefkat yorgunluğu puanlarının, psikolojik sağlamlık düzeyi ve beş faktör kişilik ölçeği alt boyutlarıyla olan ilişkilerini test etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu analizi yapılmıştır. Daha sonra değişkenler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity), varyans şişmesi (VIF) ve tolerans değerleri incelenmiştir. VIF değerlerinin 1'e çok yakın, bağımsız değişkenler arası ilişkinin .80'in altında olduğu görülmüştür. Ayrıca saçılım grafiklerinin, histogram ve 'Normal P-P' grafiğinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu incelemelerle veri setinin regresyon analizine ilişkin tüm varsayımları karşıladığı görülerek, ilişkili değişkenlerin şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarını yordama güçlerinin belirlenmesi için hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmış ve enter metodu kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın genel amacı ve bu amaç çerçevesinde belirlenen araştırma sorularına cevap aranmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara ve COVID-19'a ilişkin bilgilere ve bu bilgilere göre MY-KÖ toplam puan ve alt boyut puanlarındaki farklılaşma durumunu test etmek için yapılan bağımsız gruplar *t*-testi, ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testlerinin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlık seviyeleriyle ilişkisini belirlemek için korelasyon ve hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

4.1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler

Bu bölümde katılımcılara ilişkin kişisel bilgilere (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuğu var mı/yok mu?, öğrenim durumu) yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler

Değişkenler	Kategoriler	<i>n</i>	%
Cinsiyet	Kadın	519	74.5
	Erkek	178	25.5
	Toplam	697	100
Yaş	29 yaş ve altı	174	25.0
	30 ilâ 39	213	30.6
	40 yaş ve üstü	310	44.4
	Toplam	697	100
Medeni Durum	Bekâr	249	35.7
	Evli	448	64.3
	Toplam	697	100
Çocuğunuz var mı?	Evet	435	62.4
	Hayır	262	37.6
	Toplam	697	100
Öğrenim Durumu	Lise	37	5.3
	Ön lisans	84	12.1
	Lisans	422	60.5
	Yüksek lisans	105	15.1
	Doktora ve fazlası	49	7.0
	Toplam	697	100

Tablo 1 katılımcıların % 74. 5'inin ($n= 519$) kadın; % 64. 3'ünün evli ($n= 448$) ve % 62. 4'ünün ($n= 435$) ebeveyn olduğuna işaret etmektedir. Yaş aralığına bakıldığında örneklemin % 25'inin ($n= 174$) 29 yaş ve altında, % 30.6'sının ($n= 213$) 30 ilâ 39 yaş arasında ve % 44.4'ünün ise ($n= 310$) 40 yaş ve üstünde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların % 82.6'sının ($n= 576$) lisans ve üstü bir mezuniyete sahip olduğu görülmektedir.

4.2. Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Kişisel Bilgilere Göre Farklılığı

Bu bölümde katılımcıların "Şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı demografik değişkenlere göre (cinsiyet, yaş, medeni hal, çocuk sahibi olmak, öğrenim durumu) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?" sorusuna cevap aranmıştır. İlk olarak şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla t -testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılığı

Değişkenler	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	S	sd	t	P
Şefkat Yorgunluğu	Kadın	519	69.90	23.92	695	5.00	.000*
	Erkek	178	59.56	23.58			
İkincil Travmatik Stres	Kadın	519	26.87	10.13	695	5.46	.000*
	Erkek	178	22.16	9.32			
Tükenmişlik	Kadın	519	43.04	15.64	695	4.13	.003*
	Erkek	178	37.40	15.82			

* $p < .05$

Tablo 2'de görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ($t_{(695)}=5.00$, $p < .05$), ikincil travmatik stres ($t_{(695)}= 5.46$, $p < .05$) ve tükenmişlik puanları ($t_{(695)} = 4.13$, $p < .05$) cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın personelin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları sırasıyla ($\bar{x}=69.90$; $\bar{x}=26,87$; $\bar{x}=43.04$) erkek personele göre ($\bar{x}= 59.56$; $\bar{x}= 22.16$; $\bar{x}= 37.40$) daha yüksek bulunmuştur.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (Yaş)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>Ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	≤ 29	174	67.52	23.59	2	.305	.737	-
	30–39	213	66.20	23.66	694			-
	40 ≥	310	67.85	25.02	696			-
İkincil Travmatik Stres	≤ 29	174	24.90	9.97	2	2.081	.126	-
	30–39	213	25.01	9.97	694			-
	40 ≥	310	26.54	10.31	696			-
Tükenmişlik	≤ 29	174	42.62	15.38	2	.485	.616	-
	30–39	213	41.18	15.42	694			-
	40 ≥	310	41.31	16.45	696			-

**p* < .05

Tablo 3'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının yaş aralığına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir (*p* > .05).

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının medeni hâle göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla *t*-testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Hâle Göre Farklılığı

Değişkenler	Medeni hâl	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Şefkat Yorgunluğu	Bekâr	249	66.53	24.84	69	.593	.553
	Evli	448	67.66	23.91	5		
İkincil Travmatik Stres	Bekâr	239	24.93	10.07	69	1.428	.154
	Evli	428	26.07	10.16	5		
Tükenmişlik	Bekâr	239	41.60	16.33	69	.005	.996
	Evli	428	41.60	15.62	5		

**p* < .05

Tablo 4'te görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları medeni hâle göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır (*p* > .05).

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının çocuğu olup olmamaya göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla *t*-testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Çocuk Sahibi Olmaya Göre Farklılığı

Değişkenler	Çocuk sahibi	<i>n</i>	$\bar{x}$	S	sd	<i>t</i>	<i>P</i>
Şefkat Yorgunluğu	Evet	435	68.21	24.53	695	1.34	.180
	Hayır	262	65.68	23.70			
İkincil Travmatik Stres	Evet	435	26.41	10.26	665	2.53	.012*
	Hayır	262	24.41	9.82			
Tükenmişlik	Evet	435	41.80	16.00	665	.437	.662
	Hayır	262	41.26	15.65			

**p* < .05

Tablo 5'te görüldüğü gibi çocuğu olan sağlık çalışanlarının ($\bar{x}$ = 26.41) olmayanlara göre ($\bar{x}$ = 24.41) ikincil travmatik düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t_{(695)} = 2.53, p < .05$). Öte yandan diğer iki boyutta, çocuğu olan personelin şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu ve fakat anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı görülmektedir.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının öğrenime göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Duruma Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (öğrenim durumu)	<i>n</i>	$\bar{x}$	Ss	sd	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	1. Lise	37	66.97	26.271				-
	2. Ön lisans	84	62.55	24.45	4			2<4
	3. Lisans	422	66.81	24.15	692	2.655	.032*	-
	4. Yüksek lisans	105	73.54	23.22	696			-
	5. Doktora	49	65.96	23.56				-
İkincil Travmatik Stres	1. Lise	37	25.24	9.84				-
	2. Ön lisans	84	24.86	10.76	4			-
	3. Lisans	422	25.23	10.19	692	2.700	.030*	3<4
	4. Yüksek lisans	105	28.62	9.48	696			-
	5. Doktora	49	24.76	9.39				-
Tükenmişlik	1. Lise	37	41.73	17.57				-
	2. Ön lisans	84	37.70	15.19	4			2<4
	3. Lisans	422	41.58	15.75	692	2.448	.045*	-
	4. Yüksek lisans	105	44.92	15.55	696			-
	5. Doktora	49	41.20	16.35				-

**p* < .05

Tablo 6, MY-KÖ ve alt boyut puanlarının öğrenim durumuna göre farklılaşma durumunu yansıtmaktadır.

İlk olarak sağlık çalışanlarında şefkat yorgunluğu puanlarının öğrenim düzeyine göre farklılaşması ele alınmıştır. Analiz sonucunda şefkat yorgunluğunun öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ($F_{(4, 692)} = 2.66, p < .05$). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları ön lisans mezunu personelin ($\bar{x} = 62.55$) yüksek lisans mezunu personele ($\bar{x} = 73.54$) göre daha düşük puan aldığına işaret etmektedir.

İkincil travmatik stres puanları öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($F_{(4, 692)} = 2.70, p < .05$). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları lisans mezunu personelin ($\bar{x} = 25.23$) yüksek lisans mezunu olanlara ($\bar{x} = 28.62$) göre daha düşük puan aldıkları görülmektedir.

Son olarak tükenmişlik puanlarının da öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ($F_{(4, 692)} = 2.45, p < .05$). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının ($\bar{x} = 37.70$) yüksek lisans mezunu olanlara göre ($\bar{x} = 44.92$) göre anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığına işaret etmektedir.

MY-KÖ ve alt boyut puanları için diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p > .05$).

4. 3. Katılımcılara İlişkin Mesleki Bilgiler

Bu bölümde katılımcılara ilişkin mesleki bilgilere (hangi mesleği icra ettiği, mesleğini kaç yıldır icra ettiği, çalışma usulü (nöbet/gündüz), işten ayrılma düşüncesinin yoğunluğu, yeniden meslek seçme şansın olsaydı tercihin ne olurdu?) Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcılara İlişkin Mesleki Bilgiler

Değişkenler	Kategoriler	<i>n</i>	%
Meslek	Hemşire	221	31.7
	Ebe	86	12.3
	Sağlık memuru	26	3.7
	Hekim	130	18.7
	ATT-paramedik	24	3.4
	Sağlık teknikeri	81	11.6
	Tıbbi sekreter	24	3.4
	Psikolog	30	4.3
	Fizyoterapist	22	3.2
	Diğer	53	7.6
	Toplam	697	100
Görev süresi	≤ 1	63	9.0
	2–7	148	21.2
	8–13	126	18.1
	14–19	125	17.9
	20 ≥	235	33.7
	Toplam	697	100
Çalışma Usulü	Nöbet	263	37.7
	Gündüz	434	62.3
	Toplam	697	100
İşten Ayrılma Düşüncesi	Hiç	288	41.3
	Bazen	170	24.4
	Çok	239	34.3
	Toplam	697	100
Yeniden meslek seçme şansım/imbânım olsaydı;	Aynı meslek	225	32.3
	Farklı meslek	472	67.7
	Toplam	697	100

Tablo 7 incelendiğinde çalışmaya en yüksek katılımın % 31.7 ile ($n= 221$) hemşirelerden; en az katılımın ise % 3.2 ile ($n= 22$) fizyoterapistlerden olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 33.7'sinin ($n= 235$) 20 yıl ve üstü; % 9'unun ise ($n= 63$) bir yıl ve azı görev süresinin olduğu belirlenmiştir. Personelin % 37.7'si ($n= 263$) nöbetli çalıştığı ($n= 263$) belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların % 67.7'sinin ($n= 472$) 'Yeniden meslek seçme/ imkânım olsaydı' farklı meslek seçerdim cevabını verdiği görülmektedir.

4.4. Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Mesleki Bilgilere Göre Farklılığı

Bu bölümde "Şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı mesleki bilgilere göre (meslek, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi düzeyi) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?" sorusuna cevap aranmıştır. İlk olarak Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının meslek gruplarına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Mesleki Duruma Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (meslek)	n	Sıra Ort.	X^2	sd	p	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	1. Hemşire	221	406.40	63.05	9	.00	1> 3,4, 6, 7, 8
	2. Ebe	86	377.17				2> 3,6, 8
	3. Sağlık memuru	26	236.54				3< 4, 5
	4. Hekim	130	349.59				4> 8
	5. ATT-paramedik	24	422.50				5> 6, 8
	6. Sağlık teknikeri	81	305.52				6> 8
	7. Tıbbi sekreter	24	311.42				-
	8. Psikolog	30	189.23				8< 9
	9. Fizyoterapist	22	320.61				-
	10. Diğer	53	270.05				-
İkincil Travmatik Stres	1. Hemşire	221	406.19	64.47	9	.00	1> 3, 4, 6, 7, 8, 9
	2. Ebe	86	382.60				2> 3, 6, 7, 8
	3. Sağlık memuru	26	245.98				3< 4, 5
	4. Hekim	130	355.45				4> 8, 9
	5. ATT-paramedik	24	401.23				5> 6, 7, 8
	6. Sağlık teknikeri	81	306.67				6> 8
	7. Tıbbi sekreter	24	283.92				-
	8. Psikolog	30	176.85				-
	9. Fizyoterapist	22	295.70				-
	10. Diğer	53	280.83				-
Tükenmişlik	1. Hemşire	221	399.41	48.83	9	.00	1> 3, 4, 6, 8
	2. Ebe	86	372.35				2> 3, 6, 8
	3. Sağlık memuru	26	244.56				3< 4, 5
	4. Hekim	130	345.12				4> 8
	5. ATT-paramedik	24	422.73				5> 6, 8
	6. Sağlık teknikeri	81	310.14				6> 8
	7. Tıbbi sekreter	24	334.42				-
	8. Psikolog	30	218.92				-
	9. Fizyoterapist	22	340.02				-
	10. Diğer	53	271.62				-

*p<.05

Tablo 8'de görüldüğü üzere üç boyutta da en düşük sıra ortalamasına psikologlar sahiptir. Analizler, şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin personelin hangi mesleği icra ettiğine göre farklılaştığına işaret etmektedir ($p < .05$). Özellikle hemşireler, ebeler ve ATT-paramediklerin yüksek puanlar aldıkları ve birçok meslek grubuna göre üç boyutta da farklılaşma görüldüğü gözlemlenmiştir.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının görev süresine göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Görev Süresine Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (Görev süresi)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>Ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı	Fark
Şefkat Yorgunluğu	≤ 1	63	64.43	24.48				-	
	2-7	148	66.09	23.60	4			-	
	8-13	126	68.72	22.93	692	.799	.526	-	
	14-19	125	65.65	24.33	696			-	
	20 ≥	235	68.83	25.24				-	
İkincil Travmatik Stres	≤ 1	63	24.49	9.74				-	
	2-7	148	24.34	9.83	4			-	
	8-13	126	25.86	9.66	692	2.129	.076	-	
	14-19	125	24.98	10.18	696			-	
	20 ≥	235	27.08	10.56				-	
Tükenmişlik	≤ 1	63	39.94	16.29				-	
	2-7	148	41.75	15.50	4			-	
	8-13	126	42.87	15.10	692	.493	.741	-	
	14-19	125	40.66	15.80	696			-	
	20 ≥	235	41.76	16.47				-	

* $p < .05$

Tablo 9'daki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin görev süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p > .05$).

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının çalışma usulüne göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla *t*-testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Çalışma Usulüne Göre Farklılığı

Değişkenler	Çalışma Usulü	n	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Şefkat Yorgunluğu	Nöbet	263	71.57	23.57	695	3.69	.000*
	Gündüz	434	64.66	24.29			
İkincil Travmatik Stres	Nöbet	263	27.49	10.10	695	3.74	.000*
	Gündüz	434	24.56	10.01			
Tükenmişlik	Nöbet	263	44.08	15.20	695	3.24	.001*
	Gündüz	434	40.09	16.10			

*p<.05

Tablo 10'da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ($t_{(695)} = 3.70$ $p < .05$), ikincil travmatik stres ($t_{(695)} = 3.74$, $p < .05$) ve tükenmişlik puanları ($t_{(695)} = 3.24$, $p < .05$) nöbet tutup tutmamaya göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının (sırasıyla $\bar{x} = 71.57$; $\bar{x} = 27.49$; $\bar{x} = 44.08$) gündüz çalışanlara göre ($\bar{x} = 64.66$; $\bar{x} = 24.56$; $\bar{x} = 40.09$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının işten ayrılma düşüncesinin yoğunluğuna göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İşten Ayrılma Düşüncesine Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (İşten ayrılma)	n	$\bar{x}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	1. Hiç	288	54.30	21.19	2	114.86	.000*	1<2, 1<3,
	2. Bazen	170	68.26	21.21	694			2<3
	3. Çok	239	82.16	20.72	696			-
İkincil Stres Travmatik	1. Hiç	288	21.26	9.02	2	50.54	.000*	1<2, 1<3,
	2. Bazen	170	26.40	9.69	694			2<3
	3. Çok	239	29.95	9.86	696			-
Tükenmişlik	1. Hiç	288	32.63	13.98	2	138.97	.000*	1<2, 1<3,
	2. Bazen	170	41.86	13.03	694			2<3
	3. Çok	239	52.21	13.02	696			-

*p<.05

Tablo 11'deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin işten ayrılma düşüncesinin yoğunluğuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p < .05$). Tek yönlü ANOVA sonucu ortaya çıkan farklılığın, hangi gruplardan kaynaklandığı Bonferroni testi sonuçları ile incelenmiş ve bütün cevap düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olduğu

görülmüştür ($p<.05$). Genel ifadeyle bireyin işten ayrılma düşüncesi arttıkça şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları anlamlı olarak yükselmektedir.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının iş yükü algısına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Yükü Algısına Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (İş yükü algısı)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>Ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat yorgunluğu	1. Hafif	174	51.33	21.26	2	84.00	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	243	65.79	21.23	694			2<3
	3. Ağır	280	78.44	22.56	696			-
İkincil Travmatik Stres	1. Hafif	174	20.17	8.71	2	52.96	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	243	25.15	8.72	694			2<3
	3. Ağır	280	29.52	9.24	696			-
Tükenmişlik	1. Hafif	174	31.16	14.18	2	84.23	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	243	40.64	14.10	694			2<3
	3. Ağır	280	48.92	14.41	696			-

* $p<.05$

Tablo 12'deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının iş yükü algısına göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ($p<.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmış ve üç boyut için de aynı sonuçları vermiştir. Buna göre hafif düzeyde iş yükü olduğunu düşünen personelin (sırasıyla $\bar{x}=51.33$; $\bar{x}=20.17$; $\bar{x}=31.16$) orta (sırasıyla $\bar{x}=65.79$; $\bar{x}=25.15$; $\bar{x}=40.64$) ve ağır iş yükü olduğunu düşünen personele (sırasıyla $\bar{x}=78.44$; $\bar{x}=29.52$; $\bar{x}=48.92$) göre şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer anlamda orta iş yükü olduğunu düşünen personelin (sırasıyla $\bar{x}=65.79$; $\bar{x}=25.15$; $\bar{x}=40.64$), üç boyuttaki puanları ağır iş yükü olduğunu düşünen personele göre (sırasıyla $\bar{x}=78.44$; $\bar{x}=29.52$; $\bar{x}=48.92$) daha düşüktür.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının algılanan iş stresine göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Stresine Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (İş stresi)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>Ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat yorgunluğu	1. Düşük	188	49.21	20.34	2	149.76	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	234	64.40	19.57	694			2<3
	3. Yüksek	275	82.04	20.84	696			-
İkincil Travmatik Stres	1. Düşük	188	19.34	8.71	2	91.41	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	234	24.74	8.61	694			2<3
	3. Yüksek	275	30.77	9.58	696			-
Tükenmişlik	1. Düşük	188	29.87	13.55	2	148.21	.000*	1<2,1<3
	2. Orta	234	39.66	13.22	694			2<3
	3. Yüksek	275	51.27	13.19	696			-

* $p < .05$

Tablo 13'te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeyleri algılanan iş stresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < .05$). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmış ve üç boyut için de aynı sonuçları vermiştir. Bu çerçevede düşük düzeyde iş stresi yaşadığını düşünen personelin orta ve yüksek iş stresi yaşadığını ifade eden personele göre şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer anlamda orta düzeyde iş stresi yaşayan personelin üç boyuttaki puanları yüksek iş stresi yaşadığını ifade düşünen personele göre daha düşüktür.

4.5. Sağlık Çalışanları ve COVID-19 ile İlgili Bilgiler

Bu bölümde katılımcıların COVID-19 ile ilgili bilgiler (koronavirüs tanılı bireylerle çalışma, koronavirüs tanısı alma, yakınının koronavirüs tanısı alması, pandemi sürecine uyum, iş yükünde artış algısı, bulaşıcı olma kaygısı, yakınının virüs nedeniyle kaybetme, toplumun kurallara ne kadar uyduğu düşüncesi) yer almaktadır.

Tablo 14. COVID-19 ile İlgili Bilgiler

Değişkenler	Kategoriler	n	%
COVID-19 tanılı bireylerle çalışma	Evet	503	72.2
	Hayır	194	27.8
	Toplam	697	100
Pandemi döneminde iş yükünde fiziksel/mental anlamda bir artış	Evet	627	90.0
	Hayır	70	10.0
	Toplam	697	100
Bireyler pandemi sürecinde (temizlik, maske, mesafe) kurallarına ne derece uyduğunu düşünüyorsunuz?	Düşük	343	49.2
	Orta	293	42.0
	Yüksek	61	8.8
	Toplam	697	100
	Hafif	202	29.0
Pandemi sürecine uyum sağlamakta güçlük	Orta	301	43.2
	Ağır	194	27.8
	Toplam	697	100
Koronavirüs tanısı alma	Evet	208	29.8
	Hayır	489	70.2
	Toplam	697	100
Koronavirüse tanısı alan mesai arkadaşı	Evet	632	90.7
	Hayır	65	9.3
	Toplam	697	100
Koronavirüse tanısı alan aile üyesi-yakını	Evet	512	73.5
	Hayır	185	26.5
	Toplam	697	100
COVID-19 nedeniyle yakınıni kaybetme	Evet	195	28.0
	Hayır	502	72.0
	Toplam	697	100
“Benden ötürü virüs bulaşırsa” endişesi	Düşük	89	12.8
	Orta	141	20.2
	Yüksek	467	67.0
	Toplam	697	100

Tablo 14'te görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının % 72.2'sinin ($n= 503$) koronavirüs tanılı bireylerle (yoğun bakım, COVID servisi, filyasyon, ambulans hizmeti, muayene-teşhis süreci vd.) çalışmaktadır. Katılımcıların % 90'ı ($n= 627$) pandemi döneminde iş yüklerinde artış olduğunu ve sadece % 8.8'i ($n= 61$) toplumsal anlamda bireylerin kurallara (temizlik, maske ve mesafe, karantina süreci vd.) yüksek düzeyde uyduğunu; % 71'inin ise ($n= 495$) pandemi döneminde orta ve ağır düzeyde pandemi sürecine uyum sağlamakta güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Bunların yanı sıra sağlık çalışanlarının % 29.8'i ($n= 208$) koronavirüs tanısı aldığı; %90.7'si ($n= 632$) mesai arkadaşında, % 73.5'i ise ($n= 512$) yakınında koronavirüse rastlandığını ve % 28'i ($n= 195$) COVID-19 nedeniyle yakınıni kaybettiğini ifade etmiştir. Ayrıca personelin % 12.8'i ($n= 89$) düşük düzeyde, % 20.2 ($n= 141$) orta düzeyde ve % 67'si ($n= 467$) ise yüksek düzeyde etrafındakilere virüs bulaştırma endişesi taşıdıkları belirlenmiştir.

4.6. Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının COVID-19 ile İlgili Bilgilere Göre Farklılığı

Bu bölümde katılımcıların "Şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, COVID-19 ile ilgili bazı değişkenlere (koronavirüs tanılı bireylerle çalışma, pandemi sürecine uyum güçlüğü, iş yükünde artış algısı, bulaşıcı olma kaygısı) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?" sorusuna cevap aranmıştır. İlk olarak şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının COVID-19 ile ilgili birimde çalışma durumuna göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla *t*-testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının COVID-19 ile İlgili Birimde Çalışma Durumuna Göre Farklılığı

Değişkenler	COVID-19 birimi	<i>n</i>	$\bar{x}$	S	sd	<i>t</i>	<i>p</i>
Şefkat yorgunluğu	Evet	503	69.58	24.00	695	4.12	.000*
	Hayır	194	61.24	23.87			
İkincil travmatik stres	Evet	503	26.49	10.12	695	3.51	.000*
	Hayır	194	23.51	9.90			
Tükenmişlik	Evet	503	43.09	15.67	695	4.05	.000*
	Hayır	194	37.73	15.74			

**p* < .05

Tablo 15'te görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ($t_{(695)} = 4.12$, $p < .05$), ikincil travmatik stres ($t_{(695)} = 3.51$, $p < .05$) ve tükenmişlik puanları ($t_{(695)} = 4.05$, $p < .05$) COVID-19 ile ilgili birimde çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Koronavirüs tanılı bireylerle çalışan personelin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları (sırasıyla $\bar{x} = 69.58$; $\bar{x} = 26.49$; $\bar{x} = 43.09$) farklı birimde çalışan personele göre ($\bar{x} = 61.24$; $\bar{x} = 23.51$; $\bar{x} = 37.73$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının pandemide iş yükünde artış algısına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla yapılan *t*-testi sonucu Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Yükünde Artış Algısına Göre Farklılığı

Değişkenler	İş yükünde artış	<i>n</i>	$\bar{x}$	S	sd	<i>t</i>	<i>p</i>
Şefkat yorgunluğu	Evet	627	68.39	23.93	695	3.71	.000*
	Hayır	70	57.17	24.77			
İkincil travmatik stres	Evet	627	26.08	10.10	695	3.24	.001*
	Hayır	70	21.96	9.80			
Tükenmişlik	Evet	627	42.31	15.63	695	3.58	.000*
	Hayır	70	35.21	16.59			

**p* < .05

Tablo 16'da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ($t_{(695)} = 3.71, p < .05$), ikincil travmatik stres ($t_{(695)} = 3.24, p < .05$) ve tükenmişlik puanları ($t_{(695)} = 3.58, p < .05$) iş yükünde artış algısına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. İş yükünde artış olduğunu düşünen personelin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları (sırasıyla $\bar{x}=68.39$; $\bar{x}=26.08$; $\bar{x}=42.31$) iş yükünde artış olmadığını düşünen personele göre ($\bar{x}= 57.17$; $\bar{x}= 21.96$; $\bar{x}=35.21$) daha yüksek bulunmuştur.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının salgın döneminde pandemi sürecine uyum güçlüğüne göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 17 ve Tablo 18'de verilmiştir. İlk olarak ikincil travmatik stres boyutu için tek yönlü ANOVA yapılmıştır.

Tablo 17. İkincil Travmatik Stresin Pandemi Sürecine Uyum Güçlüğüne Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (uyum güçlüğü)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>Ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
İkincil	1. Hafif	202	24.41	10.22	2			1<3
Travmatik Stres	2. Orta	301	24.14	9.74	694	18.63	.000*	2<3
	3. Ağır	194	29.34	9.76	696			

$p < .05^*$

Tablo 17'deki analiz sonuçları incelendiğinde ikincil travmatik stres puanlarının pandemi sürecine uyum güçlüğüne göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2, 694)} = 9.90, p < .05$).

Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları hafif düzeyde ($\bar{x}= 24.41$) ve orta düzeyde ($\bar{x}= 24.14$) uyum güçlüğü yaşadığını ifade eden personelin ikincil travmatik stres puanı yüksek uyum sorunu yaşayan personele ($\bar{x}= 29.34$) göre daha düşük olduğuna işaret etmektedir.

Şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin pandemi sürecine uyum güçlüğüne göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18. Şefkat Yorgunluğu ve Tükenmişliğin Pandemi Sürecine Uyum Güçlüğüne Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (uyum güçlüğü)	<i>n</i>	Sıra Ortalaması	X^2	<i>sd</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat yorgunluğu	1. Hafif	202	329.38	32.09	2	.000	1<3
	2. Orta	301	317.63				2<3
	3. Ağır	194	418.11				-
Tükenmişlik	1. Hafif	202	333.17	23.34	2	.000	1<3
	2. Orta	301	321.71				2<3
	3. Ağır	194	407.82				-

Tablo 18'de görüldüğü gibi analiz sonuçları sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu düzeyleri pandemi sürecine uyum güçlüğüne göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2(sd=2, n=697)= 32.09, p<.05$). Benzer anlamda tükenmişlik düzeyleri pandemi sürecine uyum güçlüğüne göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2(sd=2, n=697)= 23.34, p<.05$). Farkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edilmesi amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analizde şefkat yorgunluğu boyutunda farklılığın hafif ile ağır ($U = 14851.50, p< .05$) ve orta ile ağır düzeyde uyum güçlüğü yaşayan personel ($U = 20582.50, p< .05$) arasında olduğu belirlenmiştir. Benzer anlamda tükenmişlik boyutundaki farklılığın hafif ile ağır ($U = 15586.50, p< .05$) ve orta ile ağır düzeyde uyum güçlüğü yaşayan personel ($U = 21794.00, p< .05$) arasındadır. Sıra ortalamaları dikkate alındığında hafif ve orta düzeyde uyum güçlüğü yaşayan personelin şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik puanlarının yüksek düzeyde uyum güçlüğü yaşayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının salgın döneminde bulaşıcı olma kaygısına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 19 ve 20'de verilmiştir.

Tablo 19. Şefkat Yorgunluğu ve Tükenmişliğin Bulaşıcı Olma Kaygısına Göre Farklılığı

Değişkenler	Gruplar (Bulaşıcılık kaygısı)	n	$\bar{x}$	Ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Şefkat yorgunluğu	1. Düşük	89	50.06	21.29	2			1<2, 1<3
	2. Orta	141	61.04	22.58	694	42.08	.000*	2<3
	3. Yüksek	467	72.42	23.32	696			-
Tükenmişlik	1. Düşük	89	31.21	15.05	2			1<2, 1<3
	2. Orta	141	38.09	14.71	694	34.02	.000*	2<3
	3. Yüksek	467	44.64	15.32	696			-

*p< .05

Tablo 19'daki bulgular incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu puanlarının bulaşıcı olma kaygısına göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,664)} = 42.08$, $p < .05$). Benzer anlamda bulaşıcı olma kaygı seviyesine göre tükenmişlik boyutunda da anlamlı farklılaşma belirlenmiştir ($F_{(2,694)} = 34.02$, $p < .05$). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik için tüm ikili gruplarda anlamlı farklılıklar olduğuna işaret etmektedir.

İkincil travmatik stresin bulaşıcı olma kaygısına göre farklılaşma durumunu belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucu Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. İkincil Travmatik Stresin Bulaşıcı Olma Kaygısına Göre Farklılığı Göre Farklılığı

Değişken	Gruplar (Bulaşıcılık kaygısı)	n	Sıra Ortalaması	χ^2	sd	p	Anlamlı Fark
İkincil	1. Düşük	89	211.72				1<2, 1<3
Travmatik Stres	2. Orta	141	294.18	72.91	2	.000	2<3
	3. Yüksek	467	391.71				-

Tablo 20'de görüldüğü gibi analiz sonuçları sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri bulaşıcı olma kaygısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2_{(sd=2, n=697)} = 72.91$, $p < .05$). Belirlenen bu farkın hangi grup ya da gruplar lehine olduğunu anlamak amacıyla Mann-Whitney U testi karşılaştırmaları yapılmıştır. Analiz sonucunda farklılığın düşük ile orta ($U = 4675$, $p < .05$), düşük ile yüksek ($U = 10163$, $p < .05$) ve orta ile yüksek düzeyde ($U = 23594.50$, $p < .05$) bulaştırmacılık kaygısı yaşayan sağlık çalışanları arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tüm ikili gruplandırmalarda sıra

ortalaması puanları yükseldikçe personelin ikincil travmatik stres puanlarının da yükseldiği görülmektedir.

4.7. Psikolojik Sağlamlık ve Beş Faktör Kişilik Özelliklerinin Şefkat Yorgunluğunu ve Alt Boyutlarını Yordayıcı Gücü

Araştırmanın temel amacını oluşturan beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğu ve alt boyutları üzerindeki yordayıcı gücünü incelemek için öncelikle korelasyon analizi yapılmıştır. Analizde şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin birbirleri ve beş faktör kişilik özellikleri (duygusal denge, dışadönüklük, uyumluluk, açıklık, sorumluluk boyutu) ve psikolojik sağlamlık ile olan ilişkileri ele araştırılmış ve sonuçlar Tablo 21'e yansıtılmıştır.

Tablo 21. Modelde Yer Alan Değişkenlerin Birbiriyle Olan İlişkileri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Şefkat yorgunluğu	1								
2. İkincil travmatik stres	.89**	1							
3. Tükenmişlik	.96**	.73**	1						
4. Duygusal denge	-.41**	-.31**	-.43**	1					
5. Dışadönüklük	-.18**	-.09	-.22**	.46**	1				
6. Deneyime açıklık	-.08	-.015	-.11**	.37**	.69**	1			
7. Uyumluluk	-.10**	.00	-.15**	.47**	.39**	.44**	1		
8. Sorumluluk	-.05	.020	-.09	.36**	.55**	.51**	.49**	1	
9. Psikolojik Sağlamlık	-.42**	-.38**	-.41**	.50**	.37**	.30**	.18**	.20**	1

** $p < .01$, $n = 697$

Tablo 21'deki korelasyon değerlerinden anlaşılacağı üzere araştırmanın bağımlı değişkeni olan şefkat yorgunluğu psikolojik sağlamlık ($r = -.42$) ve beş faktör kişilik özelliği ölçeği alt boyutlarından duygusal denge ($r = -.41$), dışadönüklük ($r = -.18$), uyumluluk ($r = -.10$) ile negatif yönde ilişkilidir ($p < .01$). İkincil travmatik stres boyutu duygusal denge ($r = -.31$) ve psikolojik sağlamlık ($r = -.38$) ile negatif yönde ilişkilidir ($p < .01$). Nihai olarak tükenmişlik boyutunun ise psikolojik sağlamlık ($r = -.41$), duygusal denge ($r = -.43$), dışadönüklük ($r = -.22$), uyumluluk ($r = -.15$) ve deneyime açıklık ($r = -.11$) ile negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < .01$). Öte yandan şefkat yorgunluğunun uyumluluk ve sorumluluk; ikincil travmatik stresin dışadönüklük, uyumluluk, deneyime açıklık ve sorumluluk; tükenmişliğin ise sorumluluk boyutu ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir ($p > .01$).

Ayrıca araştırmada COVID-19 ile ilgili bir birimde (yoğun bakım, COVID servisi, filyasyon vb.) çalışma durumunun, personelin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında anlamlı farklılaşmaya yol açtığı *t*-testi ile belirlendiğinden (Tablo 15) ve bu değişken doğrudan COVID-19 ilgili olduğundan regresyon modeline kukla (dummy) değişken olarak alınmasına karar verilmiştir. Bu işlem için COVID-19 ile ilgili birimde çalışan katılımcılar 1 (bir), çalışmayanlar ise 0 (sıfır) olarak kodlanmıştır. Özetle şefkat yorgunluğu ve alt boyutları ile anlamlı ilişki gösteren beş faktör kişilik özellikleri, psikolojik sağlamlık ve dummy değişken olarak koronavirüs tanılı bireylerle çalışma değişkeni regresyon analizine dâhil edilmiştir. Bu çerçevede ilk olarak şefkat yorgunluğu bağımlı değişkeni regresyon analizine alınmıştır. Sonuçlar Tablo 22'de ortaya konmuştur.

Tablo 22. Şefkat Yorgunluğunun Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı	B	SH(B)	β	<i>t</i>	<i>p</i>	ΔR^2
1	Sabit	61.24	1.72	-	35.59	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	8.35	2.03	.15	4.12	.000	.024**
2	Sabit	96.66	7.29	-	13.25	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	7.47	1.84	.14	4.05	.000	
	Duygusal denge	-1.63	.15	-.45	-10.93	.000	
	Dışadönüklük	-.07	.11	-.02	-.61	.541	.174**
	Uyumluluk	.45	.15	.12	3.06	.002	
3	Sabit	106.45	7.12	-	14.96	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	7.98	1.77	.15	4.50	.000	
	Duygusal denge	-1.12	.16	-.31	-7.11	.000	
	Dışadönüklük	.10	.11	.04	.93	.355	.064**
	Uyumluluk	.31	.14	.08	2.21	.028	
	Psikolojik Sağlamlık	-1.48	.19	-.30	-7.73	.000	

p* < .05 *p* < .017

Şefkat yorgunluğunun yordanmasına ilişkin üç bloktan oluşan regresyon analizi sonuçları Tablo 23'te sunulmuştur. Modele birinci blokta dummy değişken olarak koronavirüs tanılı bireylerle çalışma değişkeni dâhil edilmiştir. Birinci tip hatayı kontrol etmek için alfa oranı, analiz üç adımda gerçekleşeceği için .0166 olarak alınmıştır (.05/3=.0166). Eşitliğe birinci adımda girilen dummy değişkeninin modele katkısı anlamlıdır ($F_{(1, 695)} = 16.99$, $p < .017$). Bu değişken, şefkat yorgunluğuna ilişkin varyansın % 2,4'ünü açıklamıştır. Bu noktada COVID-19 biriminde çalışan personelin şefkat yorgunluğu puanlarının farklı birimlerde çalışan personele göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Analize ikinci blokta korelasyon analizinde şefkat yorgunluğu ile ilişkisi olduğu belirlenen beş faktör kişilik özelliklerinden duygusal denge, dışadönüklük ve uyumluluk alt boyutları dâhil edilmiş ve şefkat yorgunluğuna ait varyansa katkıları anlamlı bulunmuştur ($F_{(4, 692)} = 42.67, p < .017$). COVID-19 biriminde çalışma değişkeni kontrol edildiğinde beş faktör kişilik özellikleri değişkeninin şefkat yorgunluğu değişkeninde daha önce açıklanan varyansa % 17,4'lük katkı sağladığı görülmüştür. Duygusal denge ($\beta = -.45, p < .017$) ve uyumluluğun ($\beta = .12, p < .017$) şefkat yorgunluğuna ait varyansa katkısı anlamlı iken dışadönüklük boyutunun anlamlı katkı yapmadığı görülmüştür ($t = -.61, p > .017$). Bu bilgi ışığında duygusal denge ve uyumluluk eğilimi arttıkça personelin şefkat yorgunluğu düzeyinin azaldığı ifade edilebilir.

Son blokta analize dâhil edilen psikolojik sağlamlık değişkeninin şefkat yorgunluğuna ait varyansa katkısı anlamlıdır ($F_{(5, 691)} = 48.99, p < .017$). Psikolojik sağlamlığın, şefkat yorgunluğunu açıklamada diğer değişkenlerin üstüne anlamlı bir katkı yaptığı ve şefkat yorgunluğundaki değişimin % 6,4'ünü açıkladığı görülmüştür. Psikolojik sağlamlık, şefkat yorgunluğu ile negatif ilişkilidir. Bu bakımdan psikolojik sağlamlık düzeyi yükseldikçe personelin şefkat yorgunluğunun düştüğü ifade edilebilir. Bu blokta şefkat yorgunluğuna en fazla katkıyı duygusal dengenin ($\beta = -.31, p < .017$) yaptığı, ikinci ve üçüncü sırada psikolojik sağlamlığın ($\beta = -.30, p < .017$) ve COVID-19 biriminde çalışma durumunun ($\beta = .15, p < .017$) geldiği görülmüştür. Öte yandan dışadönüklük ($t = .93, p > .017$) ve uyumluluk ($t = 2.20, p > .017$) alt boyutlarının varyansa anlamlı bir katkısı olmadığı görülmüştür. Böylece açıklanan varyans % 26,2'ye yükselmiştir.

Daha sonra ikincil travmatik stres bağımlı değişkeni regresyon analizine alınmıştır. Sonuçlar Tablo 23'te ortaya konmuştur.

Tablo 23. İkincil Travmatik Stresin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı	B	SH(B)	β	t	p	ΔR^2
1	Sabit	23.51	.72	-	32.56	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	2.98	.85	.13	3.51	.000	.017**
2	Sabit	39.35	1.99	-	19.74	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	2.74	.81	.12	3.38	.001	.092**
	Duygusal denge	-.46.	.05	-.30	-8.47	.000	
3	Sabit	43.30	1.99	-	21.80	.000	
	COVID-19 biriminde çalışma	2.99	.78	.13	3.83	.000	.068**
	Duygusal denge	-.23	.06	-.15	-3.80	.000	
	Psikolojik Sağlamlık	-.624	.08	-.30	-7.55	.000	

*p < .05 **p < .017

Tablo 23'te ikincil travmatik stresin yordanmasına ilişkin üç bloktan oluşan regresyon analizine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Birinci tip hatayı kontrol etmek için alfa oranı, analiz üç adımda gerçekleşeceği için .0166 olarak alınmıştır (.05/3=.0166). Regresyon analizinde birinci adımda eşitliğe dummy değişkeni olarak COVID-19 biriminde çalışma, ikinci adımda ikincil travmatik stres ile ilişkili olduğu belirlenen duygusal denge, son aşamada ise psikolojik sağlamlık alınmıştır. Her üç modelde değişkenlerin ikincil travmatik stres üzerindeki yordayıcı güçleri anlamlı bulunmuştur ($p < .017$). COVID-19 biriminde çalışma durumu üç modelde de ikincil travmatik stres üzerinde anlamlı katkı bulunmuştur (sırasıyla $\beta = .13$; $\beta = .12$; $\beta = .13$, $p < .017$). Duygusal denge özelliği, ikinci modelde en fazla katkıyı yapan değişken olmuştur ($\beta = -.30$, $p < .017$). Üçüncü modelde ise en fazla katkı sağlayan değişken psikolojik sağlamlık ($\beta = -.30$), ikinci sıradaki duygusal denge ($\beta = -.15$) ve son sıradaki ise COVID-19 biriminde çalışma ($\beta = .13$) olmuştur.

Bu bilgiler ışığında COVID-19 biriminde çalışan personelin ikincil travmatik stres düzeyi yükseldiği, öte yandan psikolojik sağlamlık ve duygusal denge eğilimleri yüksek olan bireylerin ikincil travmatik stres düzeyleri düştüğü ifade edilebilir. Birinci adımda ikincil travmatik streste ki farklılaşmanın % 1,7'si COVID-19 biriminde çalışma durumu ile açıklanmıştır. Bu alanda çalışan personellerin ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Regresyon analizine hiyerarşik alınan değişkenlerden COVID-19 biriminde çalışma durumu ikincil travmatik strese ait varyansın % 1,7'sini

açıklarken eşitliğe duygusal dengenin alınmasıyla bu oranın %10,9'a, son aşamada psikolojik sağlamlığın katkısıyla % 17.7'ye çıktığı görülmektedir

Nihai olarak tükenmişlik bağımlı değişkeni regresyon analizine alınmıştır. Sonuçlar Tablo 24'te ortaya konmuştur.

Tablo 24. Tükenmişliğin Yordanmasına İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı	B	SH(B)	β	t	p	ΔR^2
1	Sabit	37.73	1.13	-	33.49	.000	
	COVID-19 Biriminde Çalışma	5.37	1.33	.15	4.05	.000	.023**
2	Sabit	65.83	4.87	-	13.53	.000	
	COVID-19 Biriminde Çalışma	4.74	1.20	.13	3.95	.000	
	Duygusal Denge	-1.03	.10	-.43	-10.62	.000	
	Dışadönüklük	-.21	.09	-.11	-2.29	.022	.189**
	Uyumluluk	.12	.10	.05	1.25	.212	
	Deneyime Açıklık	.24	.11	.10	2.15	.032	
3	Sabit	71.14	4.77	-	14.92	.000	
	COVID-19 Biriminde Çalışma	5.01	1.16	.14	4.32	.000	
	Duygusal Denge	-.73	.10	-.31	-7.07	.000	
	Dışadönüklük	-.13	.09	-.07	-1.47	.141	.051**
	Uyumluluk	.03	.10	.01	.35	.729	
	Deneyime Açıklık	.29	.11	.12	2.63	.009	
	Psikolojik Sağlamlık	-.87	.13	-.27	-6.94	.000	

*p < .05 **p < .017

Tablo 24'te görüldüğü üzere tükenmişliğin yordanmasına ilişkin üç bloktan oluşan regresyon analizine birinci blokta dummy değişken olarak koronavirüs tanımlı bireylerle çalışma değişkeni dâhil edilmiştir. Birinci tip hatayı kontrol etmek için alfa oranı, analiz üç adımda gerçekleşeceği için .0166 olarak alınmıştır (.05/3=.0166). Birinci blokta analize dâhil edilen dummy değişkeninin modele katkısı anlamlıdır ($F_{(1, 695)} = 16.36$, $p < .017$). Tükenmişlikteki farklılaşmanın % 2,3'ü personelin COVID-19 biriminde çalışması ile açıklanmaktadır. Bu bilgi ışığında COVID-19 biriminde çalışan personelin tükenmişlik puanlarının farklı birimlerde çalışan personele göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Analize ikinci blokta korelasyon analizinde tükenmişlik ile ilişkisi olduğu belirlenen beş faktör kişilik özelliklerinden duygusal denge, dışadönüklük, uyumluluk ve deneyime açıklık alt boyutları dâhil edilmiş ve tükenmişliğe ait varyansa katkıları anlamlı

bulunmuştur ($F_{(5, 691)} = 37.18, p < .017$). COVID-19 biriminde çalışma değişkeni kontrol edildiğinde duygusal denge boyutunun tükenmişlik değişkeninde daha önce açıklanan varyansa % 18,9'luk katkı sağladığı görülmüştür. Duygusal denge boyutunun ($\beta = -.43, p < .017$) şefkat yorgunluğuna ait varyansa katkısı anlamlı iken dışadönüklük ($t = -2.29, p > .017$), uyumluluğun ($t = 1.25, p > .017$) ve deneyime açıklık boyutunun ($t = 2.15, p > .017$) anlamlı katkı yapmamıştır. Bu bilgi ışığında personelin duygusal denge eğilimi arttıkça şefkat yorgunluğu düzeyinin azaldığı ifade edilebilir.

Son blokta analize dâhil edilen psikolojik sağlamlık değişkeninin şefkat yorgunluğuna ait varyansa katkısı anlamlıdır ($F_{(6, 690)} = 41.12, p < .017$). Psikolojik sağlamlığın, tükenmişliği açıklamada diğer değişkenlerin üstüne anlamlı bir katkı yaptığı ve şefkat tükenmişlikteki değişimin % 5,1'ini açıkladığı görülmüştür. Psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ile negatif ilişkilidir. Bu bakımdan psikolojik sağlamlık düzeyi yükseldikçe personelin tükenmişliğinin düştüğü ifade edilebilir. Bu blokta tükenmişliğe en fazla katkıyı duygusal dengenin ($\beta = -.31, p < .017$) yaptığı, ikinci sırada psikolojik sağlamlığın ($\beta = -.27, p < .017$), üçüncü sırada COVID-19 biriminde çalışma durumunun ($\beta = .14, p < .017$) ve son sırada deneyime açıklığın ($\beta = .12, p < .017$) geldiği görülmüştür. Öte yandan dışadönüklük ($t = -1.47, p > .017$) ve uyumluluk ($t = 0.35, p > .017$) alt boyutlarının varyansa anlamlı bir katkısı olmamıştır. Böylece açıklanan varyans % 25,7'ye yükselmiştir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada şefkat yorgunluğu kavramının; kişisel-mesleki bilgilere ve COVID-19 ile ilgili değişkenlere göre farklılaşma durumu, beş faktör kişilik özellikleri ve psikolojik sağlamlıkla ilişkisi incelenmiştir. Alanyazında şefkat yorgunluğu, dolaylı travma ve ikincil travmatik stres kavramları, travma yaşamış bireylerle çalışan profesyoneller için her gün etkisi artan bir risk unsuru olarak ifade edilmektedir (Van Hook, 2008). Sabo (2011) şefkat yorgunluğunu acı ile temas halinde olan sağlık çalışanlarında bakım verirken gelişen tükenmişlik ve ikincil travmanın birlikte olduğu bir durum olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda tartışma bölümü bu kavramlar çerçevesinde şekillendirilmiştir.

5.1. Kişisel Bilgiler Açısından Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Tartışılması

Analizde şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve kadınların ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alanyazın incelendiğinde cinsiyetin şefkat yorgunluğu bağlamında birçok araştırmada ele alındığı ve farklı sonuçların yer aldığı görülmektedir. Koruyucu aile sistemi çerçevesinde çocuklarla çalışan bireylerle yapılan çalışmada kadınların erkeklere kıyasen daha yüksek ikincil travmatik stres belirtileri sergilediği belirlenmiştir (Howard ve diğerleri, 2015). Öte yandan Petleski (2013) acil servis hemşirelerinin şefkat yorgunluğunu ele aldığı çalışmasında erkek hemşirelerin, daha yüksek tükenmişlik ve ikincil travmatik stres puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir.

Stamm (2010) terapistlerin cinsiyetinin, ikincil travma ve tükenmişlik düzeyleriyle ilişkili olmadığını doğrulamıştır. Bu noktada kadının toplumsal anlamda hassas ve incinmeye açık olduğu, erkeğin ise güçlü olduğuna işaret eden yaygın inanç, travma alanında çalışan bireylerin benzer düzeyde yara aldığına işaret etmektedir (Büyükbodur, 2008). Başka bir bakış açısı ise kadın çalışanlarda şefkat yorgunluğu düzeyinin yüksek olması cinsiyet rollerinin beraberinde getirdiği sorumluluk ve taleplerin karmaşık olmasına işaret etmektedir (Kariuki, Chege, Adeli ve James, 2017). Şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin gelişiminde cinsiyetin rolüne ilişkin daha kesin ve nitelikli ifadelerde bulunabilmek için detaylı araştırmaların yapılması gerektiği açıktır. Bu

bağlamda toplumsal zeminde cinsiyet rollerinin çerçevesi, bu rollerin mesleki sıkıntılarda bireyleri hangi açıdan savunmasız kıldığı ve katılımcıların soruları cevaplama eğilimi araştırmaya değer konular olabilir (Sprang, Clark ve Whitt-Woosley, 2007).

Araştırmada personelin yaş aralığı ile şefkat yorgunluğu ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Alanyazında bilişsel davranışçı terapistlerle yapılan çalışmada yaş ile şefkat yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Fulk, 2014). Bu durum, sağlık çalışanlarının hizmet sunarken tanıklık ettikleri travmatik stres unsurlarına yaştan bağımsız olarak benzer tepkiler verdikleri ve bu stres unsurlarından eşit düzeyde etkilendiği düşüncesini akla getirmektedir. Pietrantonio ve Prati (2008) ise ileri yaşta olmanın, daha çarpıcı yaşam olaylarına tanıklık etmenin bir göstergesi olduğunu ve bu bakımdan ileri yaştaki çalışanların daha fazla tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu yaşadıklarını ifade etmiştir. Erdener (2019) ise afet çalışanlarıyla yürüttüğü çalışmada bireylerin yaşı yükseldikçe ikincil travmatik stres düzeylerinin azaldığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin incelendiği araştırmada 21-30 yaş grubu ile 31-40 yaş grubu çalışanları istatistikî olarak karşılaştırılmış ve görece genç olan grupta duygusal tükenme boyutunun daha yüksek ve kişisel başarı duygusunun daha az olduğu belirlenmiştir (Düz, 2015).

Sacco, Ciurzynski, Harvey ve Ingersoll (2015) şefkat yorgunluğunun; bilgi ve yetenek sahibi olmak ile negatif ilişkisi olduğunu, hemşirenin yaşı ne kadar ileri ise o kadar bilgi ve beceri sahibi olacağını, mesleki zorluklarla daha kolay başa çıkabileceğini ve böylece şefkat yorgunluğunun daha az yaşanacağını ifade etmiştir. Yaşı ileri olan hemşirelerin, hastaların travmalarına tanıklık etmeye bağlı olarak gelişen şefkat yorgunluğunun etkilerini hafifleten başa çıkma stratejilerini öğrenebildikleri düşünülmektedir (Burtson ve Sticher, 2010). Bu bilgiler ışığında yaşı ileri olan sağlık çalışanlarının kişisel ve mesleki yaşantılarındaki olası güçlüklerle karşı daha çözüm odaklı yaklaşımlar sergiledikleri düşünülmektedir.

Araştırmanın diğer bir alt probleminde, sağlık çalışanının evli ya da bekâr olmasının şefkat yorgunluğu düzeyinde herhangi bir farklılaşmaya yol açıp açmadığı ele alınmıştır. Analiz sonucunda bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında medeni hâle göre mânidar bir farklılaşma belirlenmemiştir. Birçok araştırmada sağlık çalışanı katılımcıların

medeni durumları açısından tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma belirlenmemiştir (Büyükbodur, 2008; Pak, Özcan ve Çoban, 2017; Melekoğlu, 2018; Koca, 2018; Uslu ve Korkmaz, 2020). Öte yandan hemşirelik mesleğini icra eden bireylerle yürütülen çalışma, evli olmanın daha yüksek şefkat yorgunluğuna sahip olmanın bir yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Ruiz-Fernández, Pérez-García ve Ortega-Galán, 2020). Evli bireylerin, olası maddi güçlükler ve aile içi çatışmalar yaşaması, aile sorumluluklarına bağlı olarak daha fazla strese maruz kalması ve bunun iş yerine yansması sonucu işteki verimliliğin, motivasyonun ve kaliteli iletişimin düşmesi, sağlık çalışanları için tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu riskini beraberinde getirmektedir.

Çalışmada çocuk sahibi olmanın ikincil travmatik stres puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açtığı, şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik boyutunda ise anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Sağlık ve afet çalışanı bireylerle yapılan araştırmada, ebeveyn olmak ile şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Koca, 2018; Melekoğlu, 2018; Erdener, 2019; Uslu ve Korkmaz, 2020). Ayrıca evli ve çocuk sahibi olmak sosyal destek unsurlarının varlığı ile ilişkilendirilir ve bunun, tükenmişliği azaltıcı ve tedavici edici bir nitelik olduğu kabul edilir (Yüksel, 2017). Öte yandan Udipi ve diğerleri (2008) çalışan ebeveynlerin, hastaların kötü sonuçlarına tanıklık ettiklerinde daha büyük kişisel sıkıntı yaşadıkları görüşünü dile getirmiştir. Bu durum, çalışan ebeveynin hasta yakını ebeveynin bakış açısını, hissettiklerini daha iyi anlayabilmesi ve böylece süreçten daha çok etkilenecek şefkat yorgunluğu riskiyle baş başa kalmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada diğer alt problem olarak sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının, öğrenim durumuna göre anlamlı farklılaşma olup olmadığına bakılmıştır. Bu bağlamda şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik boyutunda ön lisans mezunlarının yüksek lisans mezunlarına göre daha düşük puan aldığı görülmüştür. Ayrıca ikincil travmatik stres boyutunda lisans mezunlarının ortalaması yüksek lisans mezunlarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Baird ve Jenkins (2003) ise daha tahsilli danışmanların daha az dolaylı travma belirtileri gösterdiğini bildirmiştir. Öte yandan yüksek öğrenim derecesine sahip ruh sağlığı çalışanlarında daha yüksek şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik görüldüğünü

belirten çalışma da vardır (Sprang ve diğerleri, 2007). Öğrenim durumunun yüksekliği bireyin iş yerindeki işleyişe dair sorunluklarının artmasına ve kariyer beklentilerinin yükselmesine ve bu çerçevede ortaya çıkan stres tepkilerinin, bireyin tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu hassasiyetini artmasına yol açabilir.

5.2. Mesleki Bilgiler Açısından Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Tartışılması

Araştırmanın diğer bir alt problemi, şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının bireyin mesleki duruma göre farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Analizde hemşireler ve ebelerin puan ortalamalarının diğer meslek guruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, en düşük ortalama psikologların sahip olduğu belirlenmiştir. İkili farklılaşmaların da genel olarak bu çerçevede şekillendiği görülmüştür. Pak ve diğerleri (2017) acil tıp teknisyeni, anestezi teknikeri, doktor, hemşire, paramedik ve sağlık memurundan oluşan acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin mesleki anlamda farklılaşmadığını belirlemiştir. Psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, aile danışmanı ve bağımlılık danışmanlarının yer aldığı bir araştırmada ise psikiyatri hekimlerinin diğer meslek temsilcilerine nazaran daha yüksek şefkat yorgunluğu puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç, hekimlerin stres unsurlarıyla baş başa kaldığı ve mesleğini icra beklentilerin ve taleplerin oluşturduğu etki ile açıklanmıştır (Sprang ve diğerleri, 2007).

Çalışmanın bulguları, bireyin mesleki hizmet süresi ile şefkat yorgunluğu ve alt boyut düzeylerinde anlamlı bir farklılaşma olmadığına işaret etmektedir. Terapistlerle yapılan bir çalışmada klinik deneyimin, şefkat yorgunluğunun anlamlı bir yordayıcısı olmadığı belirlenmiştir (Craig ve Sprang, 2010). Bir araştırmada ise çalışma süresi görece uzun olan terapistlerin daha olumsuz psikolojik değişiklikler ve daha fazla şefkat yorgunluğu bildirmiştir (Linley ve Joseph, 2007). Bunun yanı sıra Gallardo ve Rohde (2018) palyatif bakım merkezindeki hemşirelerle yürüttüğü çalışmada görev süresi 1 yıldan az olan bireylerin şefkat yorgunluğu düzeylerinin diğer yaş kategorilerine göre anlamlı olarak en düşük olduğunu belirlemiştir. Öte yandan hizmet süresi görece kısa olan hemşirelerin daha fazla şefkat yorgunluğu yaşadığını belirleyen araştırmalar da vardır (Sung, Seo ve Kim, 2012; Sprang ve diğerleri, 2007). Uzun çalışma deneyimi olan bireylerin, mesleğini icra ederken keyif almayı ve mesleki stres unsurlarıyla daha iyi başa çıkmayı öğrendikleri ve böylece daha olumlu bir bakış açısı geliştirdikleri düşünülebilir

(Fulk, 2014). Bu bilgileri destekler nitelikte, Craig ve Sprang (2010), olgunluk ve mesleki deneyimin ikincil travmanın zararlı etkilerine karşı koruyucu bir rol oynadığını öne sürmüştür. Başka bir ifadeyle bu sonuçlar şefkat yorgunluğunun daha genç, daha az deneyimli hemşireleri kıdemli hemşirelere göre daha fazla etkileyebileceğine işaret etmektedir (Burtson ve Stichler, 2010). Bu bakımdan daha az deneyimli çalışanların dolaylı deneyimlerini kıdemli meslektaşlarıyla paylaşmasının ve duygusal destek programlarına dâhil edilmesinin işlevsel olacağı görülmektedir (Sung ve diğerleri, 2012).

Analizde sağlık personelinin şefkat yorgunluğu ve alt boyut düzeylerinin çalışma şekline göre anlamlı olarak farklılaştığı ve nöbetli çalışan bireylerin puan ortalamalarının üç boyut için de gündüz çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Vardiya sisteminin bireyin iş becerilerini sekteye uğratabileceği, iş yeri sorunlarına yol açabileceği, tükenmiş ve şefkat yorgunluğunda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ruiz-Fernández ve diğerleri (2020) sabah ve akşam çalışan (nöbet tutan) hemşirelerin gündüz çalışanlara kıyasen şefkat yorgunluğu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir. Benzer anlamda, hemşirelerle yürütülen çalışmada, vardiyalı çalışanların duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Örsal, Örsal ve Duru, 2017). Öte yandan Oktay (2018), Abendroth ve Flannery (2006), gündüz çalışan hemşirelerle gece ve gündüz çalışan hemşirelerin şefkat yorgunluğu puanları karşılaştırmış ve istatistikî açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışanın kendisini iş yerinden ve işinden duygusal olarak kopmuş hissetmesi meslekten ayrılma niyetini güçlü şekilde ortaya çıkarmaktadır (Rudman, Gustavsson ve Hultell, 2013). Bireyin kendisini iş yerine ait hissetmemesi, iş yeri memnuniyetsizliği "*Keşke başka bir mesleği seçseydim*" düşüncesini akla getirebilir. Bu bağlamda çalışmada katılımcılara ikinci bir soru olarak yöneltilen boşluk doldurmaya "*Yeniden meslek seçme şansım/imkânım olsaydı...*" katılımcıların % 67.7'si *farklı mesleği tercih ederdim* yanıtını vermiştir. Bununla ilişkili olarak, Düz (2015) örneklemini sağlık çalışanlarından oluşturduğu çalışmada katılımcıların %42.1'inin tekrar meslek seçimi imkânı olsa sağlık sektöründe olmak istemediğini bildirmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların istifa etme düşüncesinin dağılımı ve şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının buna göre farklılaşma durumu ele alınmıştır. Çalışanların % 66.4'ü bazen ve daha yoğun seviyede işten ayrılmayı

düşündükleri belirlenmiştir. Çeşitli sağlık mesleği temsilcileriyle yapılan araştırmalarda % 44.3; % 60 ve % 77.5 oranlarında çalışanların mevcut işinden ayrılma niyetinde oldukları belirlenmiştir (Ito, Eisen, Sederer, Yamada ve Tachimori, 2001; McCarthy, Tyrrell ve Lehane, 2007; Wubetie, Taye ve Girma, 2020).

Çalışmada şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının işten ayrılma düşüncesine göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bireyin işten ayrılmayı düşünme yoğunluğu yükseldikçe şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının da anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Alanyazında ise bu bağlamda farklı sonuçlar yer almaktadır. Oktay (2018) ise hemşirelerin istifa etme açısından şefkat yorgunluğu puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığını bulmuştur. Öte yandan Maiden, Georges ve Connelly (2011) sertifikalı yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada istifa etme niyeti olan hemşirelerin daha yüksek şefkat yorgunluğu puanları bildirdiklerini belirlemiştir.

MERS salgını sırasında hemşirelerle yapılan bir çalışmada, TSSB belirtileri ile işten ayrılma niyeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu doğrulanmıştır (Jung, Jung, Lee ve Kim, 2020). De los Santos ve Labrague (2020) bunu destekler nitelikte, COVID-19'un yeni bir unsur olması ve korkutucu sonuçlara yol açmasından ötürü çalışanlar için büyük stres ve psikolojik sıkıntı kaynağı haline geldiğini ve bu bağlamda yüksek istifa niyetine yol açtığını ifade etmiştir. Genel anlamıyla COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın anlamlı olarak arttığı apaçık bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır ve koronavirüsün yeniliği, etki gücü çalışanlarını fiziksel ve mental anlamda zorlamış ve işten ayrılarak yaşamlarını değiştirme düşüncesine sevk etmiştir. Özellikle virüsün yayılımının çok hızlı olduğu ilk dönemde belirsizliğin sürmesi, vakaların ve ölümlerin artması, yaşam koşullarının zorlayıcılığı hesaba katıldığında bireylerin kendileri ve sevdikleri için korku ve kaygıya kapılması olağan görülmektedir.

Çalışmada iş yeri stres düzeylerine ve şefkat yorgunluğunun iş stresine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Çalışmada katılımcıların % 34'ü orta düzeyde ve % 39'u yüksek düzeyde stres yaşadıkları görülmüştür. Altuntaş ve Tekeci (2020) ise araştırmasında katılımcıların % 60,3'ünün orta düzeyde stres yaşadığını belirlemiştir. Ardından şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının iş stresi algısına göre farklılaşma durumu incelenmiş ve tüm ikili gruplar arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Basit ifadeyle iş

stresi yüksek olan bireyler üç boyutta da daha yüksek puan almıştır. Alanyazında bu sonucu destekler nitelikte birçok çalışma vardır.

Severn, Searchfield ve Huggard (2012) örneklemini odyologlardan oluşturduğu çalışmada, iş stresinin bir sonucu olarak şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve azalan şefkat doyumunun gözlemlendiğini bildirmiştir. Genel anlamıyla Thomas ve Valli (2006) stresin yaşamın bir parçası olduğunu ve yönetilemediği takdirde iş yaşamında memnuniyetsizlik, iş devamsızlığı, işten ayrılma niyeti, üretkenliğin azalması ve hizmet kalitesinde düşme gibi sorunlara yol açabileceğini ifade etmiştir. Benzer anlamda, koronavirüs salgını stresli iş yüküne, sağlık çalışanlarının kaygı seviyesinin yükselmesine ve bunların doğal bir sonucu olarak şefkat yorgunluğuna daha yakın hale gelmesine yol açmıştır (Franza ve diğerleri, 2020).

5.3. COVID-19 Pandemisi Açısından Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Tartışılması

İnsanlık tarihindeki ilk salgın COVID-19 değildir; İspanyol gribi, MERS, SARS ve niceleri insan yaşamında birçok boyutta derin izler bırakmıştır. Bu araştırmada sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu düzeylerinin pandemi sürecine uyum düzeyi, ön safta çalışma, iş yeri stresi, iş yükü, bulaştırma kaygısı vb. değişkenler göre farklılaşma durumu incelenmiştir. Altuntaş ve Tekeci (2020), pandemi sürecinin dünya genelinde yaşamın akışını değiştirdiğini ve sürecin nasıl devam edeceğine dair pek çok belirsizliği beraberinde getirdiğini ifade etmiştir. Bu çerçevede salgın sürecinin bireylerin çalışma yaşamının değişmesinden sosyal ilişkilerin yeniden düzenlenmesine kadar birçok yeniliğe ve zorluğa yol açtığı ifade edilebilir. Bu bağlamda pandemi sürecine uyumu incelemek için sağlık çalışanlarına *"Pandeminin hayatımıza girmesiyle 'yeni normale' uyum sağlamakta ne derece güçlük yaşadınız?"* sorusu yöneltilmiş ve katılımcıların % 71'i orta ve ağır seviyede uyum güçlüğü yaşadığını ifade etmiştir.

Katılımcılara *"Herhangi bir alanda COVID tanılı bireylerle çalışıyor musunuz? (yoğun bakım, COVID servisi, filyasyon, ambulans hizmeti, muayene-teşhis süreci vd.)"* sorusu yöneltilmiştir. Analiz sonucunda herhangi bir alanda koronavirüs tanılı bireylerle çalışan personelin şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının farklı bir birimde çalışanlara göre

anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra bu değişken regresyon analizine dummy değişken olarak dâhil edilmiştir. Analizin son adımında şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarındaki değişimi açıklayan üçüncü değişken olmuştur. Sağlık çalışanları, salgın esnasında ve sonrasında olası psikososyal ve travmatik strese en çok maruz kalan gruplar arasında ilk sırada gelmektedir ve özellikle salgınla ön safta mücadele eden çalışanların duygusal yaraları, yıpranmaları salgın bittikten sonra bile devam ettiği bildirilmektedir (Huremović, 2019). COVID-19 hastalarının doğrudan teşhisi, tedavisi ve bakımı ile ilgilenen ön saftaki sağlık çalışanları; daha yüksek depresyon, stres, anksiyete, uykusuzluk ve sıkıntı belirtileri riski ile karşı karşıya oldukları ifade edilmiştir (Lai ve diğerleri, 2020; Zhu ve diğerleri, 2020). Vagni, Maiorano, Giostra ve Pajardi (2020) sağlık çalışanlarının işleri gereği travmatik olaylara maruz kaldığını ve bilhassa COVID-19 sürecinde yüksek enfeksiyon riskine ve buna bağlı ölümlere, ekipman yetersizliğine daha yoğun maruz kalmasına bağlı olarak ikincil travmatik stres riskine açık olduklarını dile getirmiştir.

Katılımcıların % 25'i hafif, % 35'i orta ve % 40'ı ise ağır iş yüküne sahip olduklarını bildirmiştir. Ardından şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının bu bağlamda farklılaşma durumuna bakılmıştır. Analiz sonucunda tüm ikili gruplarda ve üç boyutta anlamlı farklılaşma belirlenmiştir. Örneğin yoğun çalıştığını düşünen personelin şefkat yorgunluğu düzeyi daha rahat çalıştığını belirten personele göre daha yüksektir. Barbosa, Leão, Tavares ve Santos (2012) nöbetçi doktorlarla yaptığı çalışmada haftalık iş yükü ile tükenmişlik ve alt boyutları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Sprang ve diğerleri (2007) ise vakalarda hasta yüzdesi daha yüksek olan ruh sağlığı çalışanlarının daha yüksek şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik seviyeleri bildirmiştir. Craig ve Sprang (2010) ise klinisyenin vaka yükü ile tükenmişlik ve şefkat yorgunluğunun doğru orantılı olduğunu ifade etmiştir. Stamm (2005), bunu destekler nitelikte, tükenmişliğin yavaş yavaş kendisini gösterdiğini ve kaynağın yüksek iş yükü olduğunu ifade etmiştir

Hem tükenmişlik hem de ikincil travmatik stres için risk faktörü sıralamasında, hizmet sağlayıcının aşırı iş yüküne sahip olduğu yönündeki algısı en önde gelmektedir (Kulkarni, Bell, Hartman ve Herman-Smith, 2013). Pandemiyle birlikte sağlık çalışanlarının iş yaşamında daha büyük güçlüklerle baş başa kaldığı ve iş yaşamını ve işe

bakış açılarını başka bir boyuta taşıdığı söylenebilir. Çalışmada sağlık çalışanlarına yöneltilen *"Pandemi döneminde iş yükünüzde fiziksel/mental anlamda bir artış olduğunu düşünüyor musunuz?"* sorusuna katılımcıların % 90'ı evet cevabını vermiştir. Bu noktada şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının iş yükünde artış olduğu algısına göre farklılaşma durumu incelenmiş ve iş yükünde artış olduğuna inanan bireylerin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer anlamda David (2012) bu olguya dikkat çekerek ruh sağlığı çalışanlarının hizmetin devamı için daha fazla iş yüklendiği ve böylece daha yüksek stres seviyesine, risklere ve travmatik unsurlara tanıklık ettiğini ifade etmiştir. Shoja ve diğerleri (2021) COVID-19 hastalarının tedavisinde rol alan çalışanların iş yükünün daha yüksek ve ruh sağlığı düzeylerinin salgın sürecinde hastalarla hiç teması olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü olduğunu belirlemiştir.

Katılımcılara diğer bir alt problem için *"Pandemi nedeniyle ya etrafımdakilere (aile, akraba vb.) benden ötürü virüs bulaşırsa endişesini ne derece hissediyorsunuz?"* sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların %20'si orta düzeyde ve % 67'si yüksek düzeyde kaygı yaşadığını bildirmiştir. Çalışmada şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının bu kaygı seviyesine göre farklılaşma durumu incelenmiştir. Kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının da yüksek olduğu ve bu farklılaşmanın tüm ikili gruplarda ve üç boyutta anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanları özelinde, diğer birçok mesleğe kıyasla bulaş riski altında olması bulaştırıcı olma kaygısını da beraberinde getirerek iş yerindeki zorlayıcı unsurların aile ortamına taşınmasına yol açabilir. Birçok enfeksiyon kontrolü ve hasta değerlendirme protokollerini takip etmek mesleki gereklilik olduğu için çalışanlar kendilerini ve ailelerini COVID-19'a yakalanmaktan korumak için sıkı enfeksiyon protokollerine uyarlar ve bu mesleki ilkeler zaman içerisinde çalışanlar için sıkıcı ve zorlayıcı bir yapıya evrilebilir. (chausa.org). Alharbi, Jackson ve Usher (2020) başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının enfeksiyon riskine oldukça açık olduklarını, bu bakımdan virüse yakalanma ve bilmeden aile üyelerine ya da yakın çevresine bulaştırma endişesi taşıdıklarını ifade etmiştir. Öyle ki Lahav (2020) COVID-19 açısından bir riskli durumda olan aile üyelerine veya yakınlarına sahip olmanın, psikolojik sıkıntılarının ve kaygılarının şiddetlendiğinden

bahsetmiştir. Bu kaygı hali, görevini icra etmek zorunda olan sağlık çalışanlarının zaman içerisinde ailesinden ya da yakın çevresinden uzaklaşmasına, yardım isteme konusunda isteksizliğe ve bu noktada işyerinde şefkatli olma kapasitesinde azalmaya yol açabilir (Wallace, Wladkowski, Gibson ve White, 2020).

Katılımcılara diğer bir alt problem olarak *"Koronavirüse yakalandınız mı?"* ve *"Ailenizde ya da yakın akrabanızda koronavirüse yakalanan oldu mu?"* soruları yöneltilmiştir. Analizlerde çalışanların % 29.8'inin koronavirüs tanısı aldığı ve % 73.5'i en az bir aile üyesi ya da bir yakınında virüs yaşantısı olduğunu ifade etmiştir. Lahav (2020) ve Kisely ve diğerleri (2020) çalışmalarında bireyin kendisine ya da bir yakınına COVID-19 teşhisi konmasının dikkate değer bir stres kaynağı olduğunu dile getirmiştir. Huremović (2019) sağlık çalışanları için pandemi döneminin bulaşıcılık korkusu, sağlıklarından, ailelerinin iyi oluşundan ve meslektaşlarının güvenliğinden endişe etme hali ve bunlara bağlı yoğun stres ve öfke ile belirgin bir süreç olarak tarif etmiştir.

Pandemi sürecinde virüsün yaygınlığının her geçen gün artması ve sağlık çalışanlarının meslektaş ölümlerine tanıklık etmesi bir stres unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır ve çalışanların psikolojik sağlıklarına daha çok dikkat etmesini gerekli kılmaktadır (Purabdollah, 2020). Çalışmada bu olgu ele alınmış ve katılımcılara *"Çalıştığınız birimde koronavirüse yakalanan sağlık çalışanı oldu mu?"* sorusu yöneltilmiş ve % 90.7'si ise evet yanıtını vermiştir. Bu bilgi, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun iş yaşamında güçlükler yaşadığı, bilhassa meslektaş ölümlerinin iş motivasyonundan tutun da bulaş ve ölüm kaygısına kadar geniş bir yelpazede etkilendiğine işaret etmektedir.

5.4. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Açısından Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Tartışılması

Bu bölümde sağlık çalışanlarının beş faktör kişilik özellikleri şefkat yorgunluğu çerçevesinde ele alınmış şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarını anlamlı düzeyde yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda araştırmada elde edilen bulgular her bir kişilik boyutu için sırasıyla incelenmiş ve alanyazın eşliğinde tartışılmıştır. Alanyazında şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin hem durumsal hem de bireysel faktörlere bağlı olduğunu,

birçok kişilik özelliğinin bu kavramların gelişiminde savunmasızlık ya da psikolojik sağlamlık anlamında rol oynadığına işaret eden bilgiler yer almaktadır (Howell, 2016).

Barr (2018) yeni doğan hemşireleriyle yürüttüğü çalışmada, kişilik özellikleri ve eğilimlerinin bireyin stres ve güçlükleri algılama biçimini, baş etme tarzını etkilediğini ve bu bakımdan ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve şefkat doyumunu öngörebildiğini belirlemiştir. Alanyazında benzer birçok çalışma, profesyoneller için yardım etmenin olumlu ve olumsuz etkilerini açıklamada beş faktör kişilik özelliklerinin rolüne dikkat çekmektedir (Bakker ve diğerleri, 2006; Armon, Shirom ve Melamed, 2012; Yu, Jiang ve Shen, 2016). Bu bölümde beş faktör kişilik özelliklerinden ilk olarak duygusal denge boyutuna yer verilmiştir. Analizlerde duygusal denge özelliğinin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik boyutlarıyla negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hiyerarşik regresyon analizinde şefkat yorgunluğunu yordayan birinci; ikincil travmatik stres düzeyini yordayan ikinci ve son olarak tükenmişlik düzeyini yordayan birinci değişken olmuştur.

Duygusal dengesi yüksek çalışanların, strese daha iyi karşı koyabildikleri ve işle ilgili olumsuz duygularla başa çıkma konusunda daha becerikli oldukları düşünülmektedir (Alessandri ve diğerleri, 2018). Chen ve diğerleri (2018) duygusal olarak daha dengeli olan pediatri hemşirelerinin daha düşük düzeyde şefkat yorgunluğu belirtileri sergilediğini bulmuştur. Yu ve diğerleri (2016) duygusal denge puanı düşük bireylerin, olumsuz olaylarla karşılaştıklarında duygularını kontrol etmekte daha güçlük yaşadıklarını ve bu özelliğin, onları şefkat yorgunluğu riskine daha açık hale getirdiğini, şefkat doyumunu engelleyebileceğini ifade etmiştir. Gallardo ve Rohde (2018) uzun süreli bakım personelleriyle yürüttüğü çalışmada duygusal dengesizlik ile şefkat yorgunluğu arasında ilişki belirlemiş ve şefkat yorgunluğu belirtileri gösteren bu bireylerin zaman içinde kendi sorunlarıyla meşgul olmayı tercih ettiğini ve bu bakımdan hastalara daha duyarsız davrandıklarını ifade etmiştir. Benzer anlamda örneklemin sağlık çalışanlarından olduğu birçok çalışma, duygusal dengesizliğe yatkınlığın duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile pozitif yönde ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Zellars, Perrewe ve Hochwarter, 2000; Yüksel, 2017; Barr, 2018).

Büyük beşlinin diğer bir alt boyutu dışadönüklüktür. Çalışmada dışadönüklük şefkat yorgunluğu ve tükenmişlikle ile düşük düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiş ve fakat regresyon analizinin üçüncü adımında varyansın açıklanmasına anlamlı katkı sağlamadığı görülmüştür. İkincil travmatik stres boyutu ile herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Alanyazında bu bağlamda farklı araştırma sonuçları yer almaktadır. Genel anlamıyla dışadönük bireylerin, olumlu bir algıya sahip oldukları, neşeli eğilimlerinden ötürü işyerinde olumlu ilişkiler geliştirdikleri (Abbondanzio, 2020); mesleki gereksinimler ve stresli faktörler karşısında dışadönüklüğün destekleyici rolünden yararlandıkları ve bu bakımdan daha az tükenmişlik yaşadıkları ifade edilmektedir (Shakiba, Largany, Najafi, Piryaee ve Asbaghi, 2014). Çalışan ne kadar dışadönükse hastasıyla o kadar çok meşgul olacağı ve böylece algılanan bakım düzeyini artıracacağı ifade edilmektedir (Woodrume, 2016). Somoray, Shakespeare-Finch ve Armstrong (2017) örneklemini ruh sağlığı çalışanlarından oluşturduğu çalışmada, dışadönüklüğün ikincil travmatik stres ve tükenmişlikle negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemiştir.

Çalışmada üçüncü alt boyut olarak deneyime açıklık ile şefkat yorgunluğu ve alt boyutları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Üç boyut arasında sadece tükenmişlikle düşük düzeyde negatif yönde anlamlı olduğu ve analizin üçüncü adımında tükenmişliğin açıklanmasında anlamlı katkı sağladığı görülmüştür. Deneyime açıklık bireyin mesleğini icra ederken olaylara geniş açıdan bakmasına, hastalara yardım ederken yeni yollar bulmaya ve yorgunluk hissinden kurtulmak için yenilikçi olmaya işaret eder (Bellicoso, Trudeau, Fitch ve Ralph, 2017). Deneyime açıklık özelliği yüksek olan sağlık çalışanları; hastaların düşünce ve bakış açılarına dinlemeye ve öğrenmeye daha meraklı bir yapısı vardır, onların neye ihtiyacını olduğunu anlama gayreti daha iyi bakım vermelerine yardımcı olabilir. (Woodrume, 2016). Zellars ve diğerleri (2000) deneyime açıklık puanı yüksek bireylerin daha derin anlamlar aradıklarını, iş yerindeki stres unsurlarını gelişim için fırsat olarak gördüklerini ve bu bakımdan daha az duygusal tükenme belirtileri ve daha çok kişisel başarı algısı bildirdiklerini ifade etmiştir. Bunu destekler nitelikte Mairean (2014) örneklemini sağlık çalışanlarından oluşturduğu çalışmada deneyime açıklığın iş yerinde şefkat doyumunu ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ve bu sonuç bağlamında yüksek düzeyde deneyime açıklığın işi iyi yapabilmek ve doyuma ulaşmak için önemli bir nitelik olduğunu ifade etmiştir

Luck (2009) deneyime açıklık ile tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu arasında anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını belirlemiştir. Woodrume (2016), Gallardo ve Rohde (2018) çalışmalarında deneyime açıklık ile şefkat yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki rastlanmamıştır. Benzer anlamda alanyazında daha birçok çalışma deneyime açıklığın, ikincil travmatik stres ve tükenmişlikle anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını belirlemiştir (Luck, 2009; Shakiba ve diğerleri, 2014; Somoray ve diğerleri, 2017).

Çalışmada dördüncü boyut olarak uyumluluk ele alınmıştır. Araştırmada uyumluluk boyutunun şefkat yorgunluğu ve tükenmişlikle negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkili olduğu ve fakat üçüncü adımda varyansa anlamlı katkı sağlamadığı belirlenmiştir. Uyumluluk özelliği regresyon analizine şefkat yorgunluğunu yordayan dördüncü değişken olarak dâhil olmuştur. Alanyazında bu çalışma ile örtüşen ve çelişen birçok araştırma yer almaktadır. Ceobanu ve Mairean (2015) katılımcıların uyumlu kişilik özelliklerinin stres faktörlerine karşı koruyucu bir işlev gördüğünü ifade etmiştir. Bonfield (2014) ve Woodrume (2016) çalışmalarında uyumluluk ile şefkat yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

Gallardo ve Rohde (2018) ise uzun süreli bakım personelleriyle yürüttüğü çalışmada uyumluluk ile şefkat yorgunluğu arasında negatif yönde ilişki olduğunu belirlemiştir. Alanyazında uyumluluğun, tükenmişliğin alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile olumsuz ilişkili olduğuna işaret eden birçok çalışma vardır (Piedmont, 1993; Luck, 2009; Bonfield, 2014; Grigsby, 2015; Barr, 2018; Abbondanzio, 2020). Uyumluluk boyutunun, yardıma ihtiyacı bireylerle ve can sıkıcı durumlarla baş etmeyi kolaylaştırdığı, başkalarını nesne olarak görmek yerine onların ihtiyaç ve iyi oluşuna odaklanmayı sağladığı ve bu bakımdan düşük duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. (Zellars ve diğerleri, 2000).

Sorumluluk, büyük beşlinin son boyutu olarak ele alınmıştır. Çalışmada sorumluluk boyutu ile şefkat yorgunluğu ve alt boyutları ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Chen ve diğerleri (2018) örneklemini pediatri hemşirelerinden oluşturduğu çalışmada sorumluluk ile şefkat yorgunluğunun negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bellicoso ve diğerleri (2017) yüksek sorumluluk düzeyine sahip sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtilerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmacı bu

sonucu, sorumlu bireylerin iş ortamında daha tertipli düzenli olması, detaylara dikkat etmesi ve iş yükünün beraberinde getirdiği zorlukları idare edebilmesiyle açıklamıştır. Alanyazında sorumluluk boyutunun tükenmişlik ve ikincil travmatik stres ile negatif ilişkili olduğunu belirleyen çalışmalar vardır (Grigsby, 2015; Somoray ve diğerleri, 2017).

Sorumluluk puanı yüksek bireyler genellikle daha düşük düzeyde çatışma yaşama ve zamanı akıllıca kullanma eğilimindedir bu bakımdan tükenmişliği önlemek için daha donanımlı oldukları düşünülmektedir (Abbondanzio, 2020). Benzer anlamda Luck (2009) sorumluluk özelliği taşıyan genetik danışmanların; başarıyı arayan, görevine bağlı, iş yeri hedeflerinin peşinden koşan bireyler olduklarını ifade etmiştir. Öte yandan çalışmacı sorumluluk boyutundan düşük puan alan bireylerin daha fazla tükenmişlik yaşamasını, bu bireylerin başarı eksikliği ve yetersizlik duygularına sahip olmasıyla açıklamıştır.

Genel anlamıyla çalışmalar beş faktör kişilik özellikleri ile şefkat yorgunluğu, şefkat doyumu, tükenmişlik arasında ilişki olduğuna işaret etmektedir. Ying-ying, Shan-shan, Ai-hong, Jing ve An-chun (2018) uyumluluk, sorumluluk, deneyime açıklık ve dışadönüklük, şefkat tatmini ile olumlu, tükenmişlik ile olumsuz ilişkili; duygusal dengesizlik ise, ikincil travma ve tükenmişlikle pozitif olarak, şefkat doyumu ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Benzer anlamda Ceobanu ve Mairean (2015) katılımcıların hemşire ve doktorlardan oluştuğu çalışmasında ikincil travmatik stres ile duygusal dengesizliğin pozitif, diğer kişilik boyutlarının ise negatif yönde ilişki olduğunu belirlemiştir. Bu bakımdan, stresli olaylara doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalma açısından dışadönüklük, uyumluluk, deneyime açıklık ve sorumluluk koruyucu faktörler; duygusal dengesizlik ise travmatik stres geliştirmede bir risk faktörü olarak ifade edilebilir.

5.5. Psikolojik Sağlık Açısından Şefkat Yorgunluğu ve Alt Boyutlarının Tartışılması

Sağlık çalışanları, çeşitli sıkıntıları olan bireylerle etkileşimde ön safta yer alırlar ve zaman içerisinde mağdurların olumsuz deneyimlerini içselleştirerek ani duygu dalgalanmaları, olumsuz davranışlar ve mesleki performansta düşüş yaşayabilirler (Shew, 2010). Sağlık çalışanları arasında kimi bireylerin mesleğini icra ederken olumsuz yaşantılardan görece daha az etkilenmesi ve bunun nasıl ve niçin olduğu dikkat çekici bir

unsurdur. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık seviyelerinin incelenmesi; tanıklık edilen travmalara, acılara ve sıkıntılara verilen tepkilerin daha kapsamlı anlaşılmasını sağlayacaktır.

Çalışmadaki bulgular, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık seviyeleri ile şefkat yorgunluğu ve alt boyutları arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğuna işaret etmektedir. Şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyini yordayan değişkenler arasında duygusal denge özelliğinden sonra en büyük katkıyı sağlayan psikolojik sağlamlıktır, ikincil travmatik stres için ise birinci sırada gelmektedir. Alanyazında bu çalışmanın sonucuyla örtüşen ve farklı sonuçlar sunan birçok araştırma vardır. Türkiye'de psikolojik sağlamlık üzerine yapılan çalışmalar daha çok psikolojik dayanıklılık kavramı adı altında yürütüldüğü görülmektedir. Pak ve diğerleri (2017) örneklemi acil servis çalışanlarından oluşturduğu çalışmada psikolojik dayanıklılık ile ikincil travmatik stres arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Erdener (2019) afet çalışanlarıyla yaptığı çalışmada psikolojik dayanıklılık ile ikincil travmatik stres arasında orta dereceli negatif yönde bir ilişki olduğu belirlemiştir.

Psikolojik sağlamlık, uygulayıcıların stresle başa çıkmalarına yardımcı olmada önemli bir kaynak (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015) ve kariyerleri nedeniyle stresli yaşam olaylarına maruz kalan çalışanlar için iyilik halini korumada ve sağlığı geliştirmede temel bir unsur olarak kabul edilmektedir (Shew, 2010). Stresli işyeri deneyimleri, çalışanların psikolojik sağlamlıklarını geliştirmesi için fırsat sunmaktadır ve bu bağlamda psikolojik sağlamlık, işyeri streslerinden kaynaklanan yükün azalmasında rol oynayabilir. (Gillespie, 2017). Örneğin Mealer, Jones ve Meek (2017) psikolojik sağlamlığın, yoğun bakım çalışmalarında travmatik olaylara maruz kalmanın neden olduğu psikolojik sıkıntı ile ilişkili belirtileri hafifletme özelliği olduğunu belirlemiştir.

Bireyin zor durumlarda çalışırken becerilerini ve yeteneklerini değerlendirme tarzı, psikolojik sağlamlığını sürdürmesi ya da şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğe yenik düşmesi konusunda bir fark oluşturabilir (David, 2012). Daha açık bir ifadeyle Smith (2013) şefkat yorgunluğuna karşı psikolojik olarak sağlam bir duruş sergileyen bireyler daha fazla iş tatmini hissederken bu noktada yetersiz olanlar ise hasta ile haddinden fazla ilgilendiğine, sınırları korumakta zorlandığına ve travmatik anılardan ve stres unsurlarından daha çok

etkilendiğine dikkat çekmiştir. Bu bağlamda bireyin işi, davranışları ve başa çıkma becerilerine ilişkin olumsuz düşünceler sunması, düşük psikolojik sağlıkla seviyesiyle ilişkilidir ve bu olgu şefkat yorgunluğuna ve tükenmişliğe yol açabilir (David, 2012).

Temitope ve Williams (2015) danışmanlar için düşük psikolojik sağlamlığının ikincil travmatik stresin anlamlı bir belirleyicisi olduğunu ifade etmiştir. Benzer anlamda David (2012) psikolojik sağlamlık seviyesi yüksek klinisyenlerin, düşük olanlara göre daha yüksek düzeyde şefkat tatmini bildirdiklerini ve şefkat tatmini düşük bireylerin de daha yüksek seviyelerde tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu bildirme eğiliminde olduklarını belirlemiştir. Lowe (2013) bu bilgiyi, psikolojik sağlamlık özelliklerinin teşvik edilmesinin stres ve tükenmişlik oranını azalttığı ve öte yandan hasta bakım kalitesini artırdığına yönelik araştırma bulgusu ile desteklemiştir.

Bu bulgular, şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin zararlı etkilerini hafifletmeye ve azaltmaya yardımcı olmak için psikolojik sağlamlık odaklı stratejilerin, eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesinin ne kadar önemli ve gerekli olduğunu ortaya koymaktadır (Burnett ve Wahl, 2015; Gillespie, 2017). Smith (2013) araştırmasında, çalışanlar şefkat yorgunluğu riskine karşı kendilerini ve meslektaşlarını nasıl izleyeceklerine, yüksek riskli durumlarla nasıl başa çıkacaklarına ve iyileşmenin nasıl olacağına ilişkin destek programı ve hizmet içi eğitim oturumları önemli olduğunu ifade etmiştir. Bu bakımdan psikolojik sağlamlık, travmatize olmuş bireylerle ilgilenen profesyoneller için ikincil travmatik stres riskine karşı yardımcı uyumsal beceriler olarak hizmet eder ve bu bakımdan teşvik edilmesi ve geliştirilmesi çalışanlar oldukça işlevseldir (Shew, 2010). Potter ve diğerleri (2013), şefkat yorgunluğu hakkında eğitim içeren bir müdahale programı aracılığıyla psikolojik sağlamlığı teşvik etmenin, onkoloji hemşirelerinde şefkat yorgunluğunda anlamlı bir azalmaya yol açtığını belirlemiştir. Bu bilgiler psikolojik sağlamlık değişkeninin Figley'in (2002) şefkat yorgunluğu modelinde yer alabileceğini düşündürmekte ve böylece şefkat stresi ile nasıl başa çıkılabileceği ve ikincil travmatik stresin nasıl önleneceği konusunu açıklayan yeni bir kavram olabilir (Temitope, 2014).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sürecinde toplanan veriler kullanılarak yapılan analizler sonucunda elde edilen sonuçlar kısaca ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra araştırma bulguları ve yapılan tartışmalar esas alınarak araştırmacılara, alan çalışanlarına ve politika belirleyicilere yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- Yaş, medeni durum ve görev süresi şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür.
- Şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, çalışma durumu (nöbet-gündüz), işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi, COVID-19 ile ilgili çalışma, iş yükünde artış algısı, pandemi sürecine uyum güçlüğü ve bulaşıcı olma kaygısına göre farklılaştığı belirlenmiştir.
- Kadın sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Çocuğu olan personelin ikincil travmatik stres puanları olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Yüksek lisans mezunu olan personelin şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik puanları ön lisans mezunu çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Yüksek lisans mezunu olan personelin ikincil travmatik stres puanları lisans mezunu çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Mesleki duruma göre şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarında birçok farklılaşma görülmüştür. Bilhassa hemşirelerin şefkat yorgunluğu puanı sağlık memuru, hekim, sağlık teknikeri, tıbbi sekreter ve psikologlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Ebelerin şefkat yorgunluğu puanı psikolog, sağlık teknikeri-teknisyeni ve sağlık memurlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir.

- Nöbetli çalışan personelin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları gündüz çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Personelin işten ayrılma düşüncesinin varlığı ya da yoğunluğu şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının yüksekliğine işaret etmektedir.
- İş yükü algısına göre şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları anlamlı olarak farklılaşmaktadır ve yoğun iş yükü olduğunu düşünen personelin üç boyutta da görece puanları daha yüksektir.
- İş stresi düzeyi yüksek bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- COVID-19 ile ilgili birimde çalışan bireylerin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının, herhangi bir birimde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Pandemi sürecinde iş yükünün arttığını düşünen bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.
- Pandemi sürecine uyum sağlamakta daha çok güçlük yaşayan bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Pandemi sürecinde virüsü yakınlarına bulaştırma kaygısını yüksek düzeyde yaşayan bireylerin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmanın bağımlı değişkeni olan şefkat yorgunluğu psikolojik sağlık, duygusal denge, dışadönüklük, uyumluluk ile negatif yönde ilişkilidir. İkincil travmatik stres boyutu duygusal denge ve psikolojik sağlık ile negatif yönde ilişkilidir. Tükenmişlik boyutu ise psikolojik sağlık, duygusal denge, dışadönüklük, uyumluluk ve açıklık ile negatif yönde ilişkilidir. Öte yandan şefkat yorgunluğunun açıklık ve sorumluluk; ikincil travmatik stresin dışadönüklük, uyumluluk, açıklık, sorumluluk ve tükenmişliğin ise sorumluluk boyutu ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir.

- Beta katsayısına göre (β) sırasıyla duygusal denge, psikolojik sağamlık ve COVID-19 ile ilgili çalışma şefkat yorgunluğu toplam varyansının % 26,2'sini açıklamaktadır.
- Beta katsayısına göre (β) sırasıyla psikolojik sağamlık, duygusal denge ve COVID-19 ile ilgili çalışma durumu ikincil travmatik stres toplam varyansın % 17,7'sini açıkladığı bulunmuştur.
- Beta katsayısına göre (β) sırasıyla duygusal denge, psikolojik sağamlık, COVID-19 ile ilgili çalışmak ve deneyime açıklık tükenmişlik toplam varyansın % 25,7'sini açıklamaktadır.

6.2. neriler

Aşağıda araştırma araştırmacılara, alan çalışanlarına ve politika belirleyicilere yönelik öneriler sunulmuştur.

6.2.1. Araştırmacılara neriler

- Bu çalışmada her ne kadar alanyazın açısından değerli sonuçlara ulaşılsa da nicel çalışmaların doğası gereği derinlemesine veri sağlama konusunda sınırlılıklar bulunmaktadır. Bu bakımdan yapılacak nitel çalışmalarla sağlık alışanlarının COVID-19 pandemisinde şefkat yorgunlukları derinlemesine araştırılabilir.
- Bu çalışmada psikolojik sağamlığın şefkat yorgunluğu açısından koruyucu bir faktör olabileceği ortaya konulmuştur. Bu nedenle psikolojik sağamlığın yardım hizmeti sunan bireylerin dâhil edildiği deneysel çalışmalarda etkisi araştırılabilir.
- Bu çalışmada sağlık çalışanlarından mesleklerinden ayrılma niyeti olanların şefkat yorgunluğu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Fakat mesleklerinden ayrılma niyetlerinin nedenleri bu çalışmanın bir amacı olmadığı için araştırılmamıştır. İleride bu konuya yönelik nitel çalışmalar yapılabilir.
- Çalışmada şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaştığı belirlenmiştir. Bu çerçevede cinsiyet açısından farklılaşmanın nedeni olarak

cinsiyet rolleri ve başa çıkma tarzları gibi özelliklerin de ele alınması, farklı açıklamalar yapma açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

- Bu çalışma ilişkisel modele dayalı olduğu için bağımlı ve bağımsız değişken arasında neden-sonuç ilişkisi sunmaz. Bu nedenle şefkat yorgunluğu ile diğer bağımsız değişkenler arasında gerçek anlamda bir neden-sonuç ilişkisini ortaya koymak için deneysel bir çalışma tasarlanabilir.

6.2.2. Ruh Sağlığı Çalışanlarına Öneriler

- Şefkat yorgunluğu, alandaki ruh sağlığı çalışanları için (psikolojik danışman, psikolog, psikiyatri hemşire, psikiyatr) birikimli ve ilerleyici bir süreçtir. Bu zorlayıcı süreç ile baş etmek için çalışanların şefkat yorgunluğunun işaretleri, tetikleyici unsurları ve nasıl önlenebileceği noktasında farkındalık kazanması önemli görülmektedir.
- Ruh sağlığı çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarını yüksek tutması ve şefkat yorgunluğu gelişmesine yol açacak risk unsurlarını en aza indirmeleri kişisel iyi oluşlarını artıracaktır. Aynı zamanda bu gelişim onların mesleki doyumlarına da olumlu katkı sağlayacaktır.
- Şefkat yorgunluğu ya da tükenmişlik noktasında sorunlar yaşadığının farkına varan ruh sağlığı personelin profesyonel destek alması kişisel iyilik halinin korunması ve şefkatli bakım için işlevsel olabilir.
- Bu çalışma psikologların da içinde bulunduğu sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüştür. Ne var ki şefkat yorgunluğu riskiyle baş başa kalan birçok meslek vardır. Okullarda veya psikolojik danışma merkezlerinde hizmet veren psikolojik danışmanlar da bu grupta yer almaktadır. Buradan hareketle psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğuna maruz kalmamaları ya da bu durumla başa çıkmaları için psikolojik sağlamlıklarını geliştirmeleri faydalı olacaktır.

6.2.3. Politika Belirleyicilere Öneriler

- Çalışmada psikolojik sağlamlık ile şefkat yorgunluğunun negatif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu tespit edildiğinden Sağlık Bakanlığı bünyesinde ruh sağlığı çalışanlarının psikolojik sağlamlık seviyelerinin yükseltilmesine yönelik eğitim ve müdahale programlarının hazırlanması sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli olabilir.
- İş yükünün şefkat yorgunluğuyla ilişkisi pozitif yönde ilişkisi vardır. Bu bakımdan, istihdam ve görev paylaşımının adil ve hakkaniyetli sağlanması sağlık çalışanların hizmet kalitesinin ve şefkat bakım verme düzeyinin artmasına yol açabilir.
- Sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetlerinin incelenmesi ve buna yönelik çözümler üretilmesi, görevlerini adil ve motive bir şekilde icra edebilecekleri iş yeri ortamının hazırlanması şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin önlenmesine yardımcı olabilir. Bu sayede COVID-19 gibi pandemi ya da âfet durumlarında çalışanların motivasyonları ve psikolojik sağlamlıklarının yüksek olması beklenmektedir.
- Sağlık Bakanlığı, il sağlık müdürlüklerinin bilgi ve kontrolüyle yürütülen genel sağlık taramalarına, alanında uzman kişilerin hazırladığı psikolojik taramayı da ekleyerek şefkat yorgunluğunun tespiti durumunda çözüme yönelik kurumsal destek mekanizması oluşturabilir.
- Sağlık Bakanlığı; tıp fakültesi, hemşirelik, psikoloji ve psikolojik danışmanlık bölümlerindeki akademisyenlerle iş birliği içinde, öğrencilerin psikolojik sağlamlık seviyesinin yükselmesini sağlayacak ve böylece şefkat yorgunluğuna karşı koruyucu nitelik kazandıracak öğretim ve etkinliklerin sunulmasını sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Abbondanzio, M. (2020). *The Relationship Between Burnout and Personality Traits in Secondary School Athletic Trainers*. Unpublished master's thesis. Georgia Southern University, USA.
- Abendroth, M. ve Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356. DOI: 10.1097/00129191-200611000-00007
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., ve Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. DOI: 10.1037/0002-9432.76.1.103
- Agabi, C. E. ve Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6(3), 195-216. DOI: 10.1177/1524838005277438
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. ve Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work ve Stress*, 23(3), 244-263. DOI: 10.1080/02678370903282600
- Alharbi, J., Jackson, D. Ve Usher, K. (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;00:1–3. DOI: 10.1111/jocn.15314
- Alkema, K., Linton, J. M. ve Davies, R. (2008). A study of the relationship between selfcare, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. DOI: 10.1080/15524250802353934
- Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality.
- Altuntaş, O. ve Tekeci, Y. (2020). Effect of covid 19 on perceived stress, coping skills, self-control and self-management skills. DOI:10.21203/rs.3.rs-48393/v1
- Amatya, P. L. (2017). *Self-Compassion and Compassion Fatigue in Mental Health Professionals*. Unpublished doctoral dissertation, Xavier University, Ohio, USA.
- Amichai-Hamburger, Y., ve Vinitzky, G. (2010). Social network use and personality. *Computers in human behavior*, 26(6), 1289-1295.

- Amirkhan, J. H., Risinger, R. T., ve Swickert, R. J. (1995). Extraversion: A “Hidden” Personality Factor in Coping? *Journal of Personality*, 63(2), 189–212. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1995.tb00807.x
- American Psychological Association. (2014). The road to resilience. American Psychological Association. *Washington, DC*.
- Ang, S. Y., Hemsworth, D., Uthaman, T., Ayre, T. C., Mordiffi, S. Z., Ang, E., ve Lopez, V. (2018). Understanding the influence of resilience on psychological outcomes Comparing results from acute care nurses in Canada and Singapore. *Applied Nursing Research*, 43, 105-113. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.07.007
- Armon, G., Shirom, A. ve Melamed, S. (2012). The big five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality*, 80(2), 403-427. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2011.00731.x
- Asmundson, G. J. ve Stapleton, J. A. (2008). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive behaviour therapy*, 37(2), 66-75. DOI: 10.1080/16506070801969005
- Aycock, N. ve Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(2) 183-191. DOI: 10.1188/09.CJON.183-191
- Bacanlı, H., İlhan, T. ve Aslan, S. (2009). Beş faktör kuramına dayalı bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: sıfatlara dayalı kişilik testi (SDKT). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(2)261- 279.
- Bao, S. Ve Taliaferro, D. (2015). Compassion fatigue and psychological capital in nurses working in acute care settings. *International Journal of Human Caring*, 19(2), 35-40. DOI: 10.20467/1091-5710.19.2.35
- Baird, K. ve Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. DOI: 10.1080/09515070600811899
- Baird, S. ve Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18, 71-86. DOI:10.1891/vivi.2003.18.1.71

- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., ve Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of social psychology*, 146(1), 31-50. DOI: 10.3200/SOCP.146.1.31-50
- Barr, P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Advanced nursing*, 74(6), 1349-1358. DOI: 10.1111/jan.13543
- Barbosa, F. T., Leão, B. A., Tavares, G. M. S. ve Santos, J. G. R. P. D. (2012). Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(5), 282-288. DOI: 10.1590/s1516-31802012000500003.
- Barford, S. W. (2015). *The Relationship Between Empathy and Work-Related Stress in a Sample of Child and Youth Care Counsellors*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alberta, Canada.
- Barr, P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of advanced nursing*, 74(6), 1349- 1358. DOI: 10.1111/jan.13543
- Barrick, M. R., Mount, M. K., ve Judge, T. A. (2001). Personality and performance at the beginning of the new millennium: What do we know and where do we go next? *International Journal of Selection and Assessment*, 9, 9- 30. DOI: 10.1111/1468-2389.00160
- Battle, L. (2011). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout among police officers who have experienced previous perceived traumas. The University of Memphis.
- Bellicoso, D., Trudeau, M., Fitch, M. I. ve Ralph, M. R. (2017). Chronobiological factors for compassion satisfaction and fatigue among ambulatory oncology caregivers. *Chronobiology international*, 34(6), 808-818. DOI: 10.1080/07420528.2017.1314301
- Bellolio, M. F., Cabrera, D., Sadosty, A. T., Hess, E. P., Campbell, R. L., Lohse, C. M., ve Sunga, K. L. (2014). Compassion fatigue is similar in emergency medicine

- residents compared to other medical and surgical specialties. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 629. DOI: 10.5811/westjem.2014.5.21624
- Benoit, L. G., Veach, P. M. ve LeRoy, B. S. (2007). When you care enough to do your very best: genetic counselor experiences of compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 16(3), 299-312. DOI: 10.1007/s10897-006-9072-1
- Berens, L. V. (1999). *The sixteen personality types: Descriptions for self-discovery*. Telos Publications.
- Bhardwaj, S., (2014). *Personality assessment using multiple online social networks*. Unpublished master's thesis, University of Ottawa, Canada.
- Bhutani, J., Bhutani, S., Balhara, Y. ve Kalra, S. (2012). Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: A Medical Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34, 332-337. DOI: 10.4103/0253-7176.108206.
- Bolivar, M. P., Cruz, J. P., ve Rodríguez, L. A. (2007) Psychosocial Risk in the Nursing Personnel of a Health Care Provider.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: Loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science and Medicine*, 74(5), 753. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.022
- Bonfield, A. (2014). *The relationship between the big 5 personality factors and compassion fatigue; a study among mental health professionals*. Unpublished master's thesis, Alliant International University, USA.
- Bošnjaković, J. ve Radionov, T. (2018). Empathy: Concepts, Theories and Neuroscientific Basis. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*, 54(2), 123-150. DOI: 10.20471/dec.2018.54.02.04
- Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). DOI: 10.3912/ojin.vol16no01man02
- Boyle, D. A. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing2020*, 45(7), 48-51. DOI: 10.1097/01.nurse.0000461857.48809.a1

- Bradley, R. H. ve Casey, P. H. (1992). Family environment and behavioral development of low-birthweight children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 34(9), 822–826.. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1992.tb11520.x
- Bride, B. E., Radey, M. ve Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35(3), 155-163. DOI: 10.1007/s10615-007-0091-7
- Burger, J. M. (2006). Kişilik (çev: İnan Deniz Erguvan Sarioğlu). İstanbul: Kaknüs Psikoloji, 1. Baskı (Eserin orijinali 2001'de yayımlandı.)
- Burnett Jr, H. J. ve Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *Andrews Universty Faculty Publications*. 7(1), 318-326.
- Burtson, P. L. ve Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of advanced nursing*, 66(8), 1819-1831.DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05336.x
- Büyükbodur, A. Ç. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2013). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101. DOI: 10.1300/J497v75n02_06
- Carver, C. S. ve Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Caska, C. M., ve Renshaw, K. D. (2013). Personality traits as moderators of the associations between deployment experiences and PTSD symptoms in OEF/OIF service members. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(1), 36-51. DOI: 10.1080/10615806.2011.638053

- Ceobanu, M. C. ve Mairean, C. (2015). The Relation between Personality Traits, Social Support and Traumatic Stress. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 48, 17.
- Chan, D. W. (2000). Dimensionality of hardiness and its role in the stress-distress relationship among chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2), 147-161. DOI: 10.1023/A:1005100531194
- Charles, S. T., Gatz, M., Kato, K. ve Pedersen, N. L. (2008). Physical health 25 years later: the predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, 27(3), 369-374. DOI: 10.1037/0278-6133.27.3.369
- Chase, M. M. (2005). *Emergency department nurses' lived experience with compassion fatigue*. Unpublished master's thesis, Florida State University Libraries, USA.
- Chen, Y. P., Tsai, J. M., Lu, M. H., Lin, L. M., Lu, C. H. ve Wang, K. W. K. (2018). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1180-1188. DOI: 10.1111/jan.13516
- Cheung T, Fong TK, Bressington D. (2020) COVID-19 under the SARS Cloud: Mental Health Nursing during the Pandemic in Hong Kong. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. DOI:10.1111/jpm.12639
- Cheng, W. J. ve Cheng, Y. (2016). Night shift and rotating shift in association with sleep problems, burnout and minor mental disorder in male and female employees. *Occupational and environmental medicine*, 74(7), 483-488. DOI:10.1136/oemed-2016-103898
- Cheng, H. ve Furnham, A. (2002). Personality, peer-relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327-339. DOI: 10.1006/yjado.475
- Chernoff, B. C. R. (2016). *The crisis of caring: Compassion satisfaction and compassion fatigue among student conduct and behavior intervention professionals*. Unpublished doctoral dissertations, University of South Florida, USA.
- Cingi, C. C. ve Eroğlu, E. (2019). Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 58-71. DOI: 10.20515/otd.449810

- Cihan, S. (2020). *Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerde kişilik, merhamet yorgunluğu ve empati arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Clark, M. L. ve Gioro, S. (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 85-87. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01242.x
- Clark, A. A. ve Owens, G. P. (2012). Attachment, personality characteristics, and posttraumatic stress disorder in US veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of traumatic stress*, 25(6), 657-664. DOI: /10.1002/jts.21760
- Clay, R.A. (2011). Is stress getting to you? *Monitor of the American Psychological Association*, 42, (1) 58-59.
- Coatta, K. L. (2014). A conceptual and theoretical analysis of resilience in the context of aging with multiple morbidities.
- Coetzee SK, Klopper HC. (2010). Compassion Fatigue Within Nursing Practice: A Concept Analysis.—*Nurs Health Sci*, 12(2):235- 43. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Coles, B. A. (2015). *Compassion fatigue and empathy in nurses caring for clients with HIV/AIDS*. Unpublished doctoral dissertation, University of Phoenix, USA.
- Collins, S. (2007). Social workers, resilience, positive emotions and optimism. *Practice*, 19(4), 255-269. DOI: 10.1080/09503150701728186
- Collins, S. ve Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(1), 17-27. DOI:10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x
- Collins, S. ve Long, A. (2003b). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(4), 417-424. DOI:10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x

- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. DOI: 10.1002/da.10113
- Conrad, D., ve Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.03.009
- Cornelia, P. (2013). *Personality traits, behavioral and psychological symptoms and cognitive decline in patients at an early stage of Alzheimer's disease*. Unpublished doctoral dissertation, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, Sweeden.
- Costa Jr, P. T. ve McCrae, R. R. (1986). Personality stability and its implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 6(5), 407-423. DOI:10.1016/0272-7358(86)90029-2
- Costa Jr, P. T. ve McCrae, R. R. (1988). From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model. *Journal of personality and social psychology*, 55(2), 258. DOI: 10.1037/0022-3514.55.2.258
- Costa, P. T. ve McCrae, R. R. (1992). Revised NEO personality inventory (NEOPI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.
- Crano, W.D. ve Brewer, M.B. (2002). *Principles and methods of social research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crowe, L. (2016). Identifying the risk of compassion fatigue, improving compassion satisfaction and building resilience in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 28, 106-108. DOI: 10.1111/1742-6723.12535
- Craig, C. D. ve Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339. DOI: 10.1080/10615800903085818
- Creamer, T. L. ve Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96. DOI: 10.1002/jts.20008

- Crepeau-Hobson, F. (2020). Coping with the COVID-19 Crisis: *The Importance of Care for Caregivers. Communique*, 48(7), 1-6.
- Cronin, M. S., Ryan, D. M. ve Brier, D. (2007). Support for staff working in disaster situations: A social work perspective. *International Social Work*, 50(3), 370-382. DOI: 10.1177/0020872807076050
- Crowe, L. (2016). Identifying the risk of compassion fatigue, improving compassion satisfaction and building resilience in emergency medicine. *Emerg Med Australas*, 28(1), 106-8. DOI: 10.1111/1742-6723.12535
- Çam, O., ve Büyükbayram, A. (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(2).
- Çeliköz, N. ve Sır, N. (2016). Sıfatlara Dayalı Kişilik Testi (Sdkt): Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 118- 131.
- Dalgacı, B., Ve Gürses, İ. (2018). Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri Ve Önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 181-204.
- David, D. (2012). *Resilience as a protective factor against compassion fatigue in trauma therapist*. Unpublished doctoral dissertation. Walden University: Minneapolis, USA.
- De los Santos, J. A. A.ve Labrague, L. J. (2020). Impact of COVID-19 on the psychological well-being and turnover intentions of frontline nurses in the community: A cross- sectional study in the Philippines. *medRxiv*.
- Diggins, K. (2010). Compassion or pity? *Journal of Christian Nursing*, 27(3), 274. DOI 10.1097/cnj.0b013e3181e1acd0
- Dinç, S. ve Ekinci, M. (2019) Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 192-202. DOI: 10.18863/pgy.590616
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Düz, A. G. (2015). *Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun kişilik özellikleri ile olan ilişkisi*. Yayımlanmamış yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Eastwood, C. D. (2007). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 103- 122.
- Ekstrom, L.W., Liars, Medicine, and Compassion. (2012). *Journal of Medicine and Philosophy*, 37, 159-180. DOI: 10.1093/jmp/jhs007
- Erdener, M. (2019). *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Ankara.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress–burnout relationship. *Journal of applied psychology*, 69(4), 615. DOI: 10.1037//0021-9010.69.4.615
- Everly, G. S. ve Lating, J.M. (2013). Resilience: The final frontier. *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (3rd ed.) (pp. 143-154). New York: Springer.
- Fayombo, G. (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents. DOI: 10.5539/ijps.v2n2p105
- Febrian, L. (2017). Preventing Compassion Fatigue among Nurses: A Literature Review.
- Feist, J., ve Feist, G. J. (2008). Theories of Personality, 7th. Edition. New York.
- Feldman, C. ve Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 143-155. DOI: 10.1080/14639947.2011.564831
- Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology. *Health Psychology Review*, 7(sup1), 32-70. DOI: 10.1080/17437199.2010.547985
- Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunnerhlazel.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. DOI: 10.1002/jclp.10090a
- Flarity, K., Gentry, J. E. ve Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an education program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 35(3), 247-258. DOI: 10.1097/TME.0b013e31829b726f.
- Flarity, K., Nash, K., Jones, W. ve Steinbruner, D. (2016). Intervening to improve compassion fatigue resiliency in forensic nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(2), 147-156. DOI: 10.1097/TME.000000000000101.
- Flores, E., Rogosch; F. A. ve Cicchetti, D. (2005). Predictions of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338-351. DOI: 10.1037/0012-1649.41.2.338
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. ve Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2, 365-376. DOI: 10.1037//0022-3514.84.2.365
- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B. ve Fasano, V. (2020). The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 1), 10-14.
- Franza F, Buono, G.D, Pellegrino F (2015) Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatr Danub*, 27:321–327.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. ve Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42. DOI: 10.1002/mpr.15
- Fulk, B. L. A. (2014). *Compassion fatigue in clinical psychologists*. Unpublished doctoral dissertation. Southern Illinois University at Edwardsville, USA.
- Gallardo, R. ve Rohde, D. (2018). Personality Predictors of Compassion Fatigue in Long-term Care Environments. *North American Journal of Psychology*, 20(3).

- Gentry, J. E. ve Baranowsky, A. B. (2013). Compassion fatigue resiliency-A new attitude. *Compassion fatigue-Programs with legs: The ARP, CFST, & CF resiliency training*.
- Gentry, E., Baranowsky, A. B. ve Dunning, T. (1997). Compassion fatigue: Accelerated recovery program (ARP) for helping professionals. *In meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies on Linking Trauma Studies to the Universe of Science and Practice, Montreal, Quebec, Canada*.
- Ghasempour M. ve Purabdollah M. (2020). Necessity of Attention to Mental Health of the Front Line Nurses against COVID-19: A Forgotten Requirement. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2020. http://ijcbnm.sums.ac.ir/article_46528_1ee7785829a_e046c2d3d41573dc2380d.pdf adresinden alınmıştır.
- Gibbons, S., Murphy, D. ve Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice*, 25(1), 17-30. DOI: 10.1080/02650530903579246
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gillespie, R. J. (2017). *The Relationship between Type of Nursing Setting, Resilience, and Compassion Fatigue*. Unpublished doctoral dissertation, Xavier University, New Orleans, USA.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W. ve Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(1), 124-135.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Child and Society*, 14(1), 37-47. DOI: 10.1111/j.1099-0860.2000.tb00149.x

- Graziano, W. G. ve Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. *In Handbook of personality psychology* (pp.795-824). Academic Press. DOI: 10.1016/B978-012134645-4/50031-7
- Greene, R. R., Galambos, C. ve Lee, Y. (2004). Resilience theory: Theoretical and professional conceptualization. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8(4), 75–91. DOI: 10.1300/J137v08n04_05
- Greenidge, D. D. (2013). *An empirical analysis of the representation of lower-order facets of the big five personality dimensions*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nottingham, England.
- Grigsby, M. L. (2015). *Personality, coping, and burnout in online doctoral psychology students*. Unpublished doctoral dissertation. Walden University, Washington, USA.
- Grotberg, E.H. (2001). Resilience Programs for Children in Disaster. *Ambulatory Child Health*, 7, 75-83. DOI: 10.1046/j.1467-0658.2001.00114.x
- Gök, G. A. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 299-313.
- Gürdil G. (2014). *Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Halama, P. ve Gurnáková, J. (2014). Need for structure and Big Five personality traits as predictors of decision making styles in health professionals. *Studia Psychologica*, 56(3), 171. DOI: 10.21909/sp.2014.03.658
- Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Viman, A. ve Stocks, E. L. (2018). Does feeling empathy lead to compassion fatigue or compassion satisfaction? The role of time perspective. *The Journal of psychology*, 152(8), 630-645. DOI:10.1080/00223980.2018.1495170
- Hargrave, P. A., Scott, K. M. ve McDowall, J. (2006). To resolve or not to resolve: Past trauma and secondary traumatic stress in volunteer crisis workers. *Journal of Trauma Practice*, 5, 37–55. DOI: 10.1300/J189v05n02_03

- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., ve Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current directions in psychological science*, 2(3), 96-100. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10770953
- Heller, D., Judge, T. A. ve Watson, D. (2002). The confounding role of personality and trait affectivity in the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(7), 815-835. DOI: 10.1002/job.168
- Hiçdurmaz, D. ve İnci, F. A. (2015). Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 295-303.
- Hines, A. M., Merdinger, J. ve Wyatt, P. (2005). Former foster youth attending college: Resilience and the transition to young adulthood *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (3), 381 – 394. DOI: 10.1037/00029432.75.3.381
- Howard, P.J. ve Howard, J.M. (1998). “The Big Five Quickstart an Introduction To The Five Factor Model of Personality For Human Resource Professionals”.Charlotte, NC Centre for Applied Cognitive Studies.
- Howard, A. R. H., Parris, S., Hall, J. S., Call, C. D., Razuri, E. B., Purvis, K. B.,ve Cross, D. R. (2015). An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers. *Children and Youth Services Review*, 57, 141-148.
- Howell, R. (2016). *Investigating the relationship between personality factors and burnout in the Dublin Fire Brigade*. Unpublished master's thesis. Dublin Business School, Ireland.
- Huang, J.Z., Han, MF, Luo T.D., Ren, A.K. ve Zhou X.P., (2020) Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi* 2020; 38:E001.
- Huggard, P. ve Dixon, R. (2011). Tired of caring: the impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, 105-112.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D. ve Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 186-194.

- Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry Of Pandemics: A Mental Health Response To Infection Outbreak*. Springer.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M. ve Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8(5), 720–724. DOI: 10.1037/a0013237.
- Iagrossi, J. (2021). *Extraversion and Neuroticism as Predictors of Vicarious Trauma* [https:// https://strose.academia.edu/JessicaIagrossi](https://strose.academia.edu/JessicaIagrossi) adresinden alınmıştır.
- Işık, Ş. (2016). Psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 165-182.
- Ito, H., Eisen, S. V., Sederer, L. I., Yamada, O. ve Tachimori, H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric services*, 52(2), 232-234.
- İşgör, İ.Y. (2017). Merhametin Öznel İyi Oluş Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi. *Journal of Social Sciences*, 16 (2), 425-436. DOI: 10.21547/jss.290441
- Jackson, D., Firtko, A. ve Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity:a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1-9.
- Jenkins, S. R. ve Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432. DOI: 10.1023/a:1020193526843
- Jenkins, B. ve Warren, N. A., (2012), Conceptanalysis: Compassion Fatigue and Effects Upon Critical Care Nurses, *Critical Care Nursing Quarterly*, 35: 388- 395. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e318268fe09.
- Jensen-Campbell, L. A., ve Graziano, W. G. (2001). Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of personality*, 69(2), 323-362. DOI: 10.1111/1467-6494.00148
- Jensen-Campbell, L. A., Rosselli, M., Workman, K. A., Santisi, M., Rios, J. D., ve Bojan, D.(2002). Agreeableness conscientiousness, and effortful control

- processes. *Journal of Research in Personality*, 36(5), 476-489. DOI: 10.1016/S0092-6566(02)00004-1
- John, O. P., Naumann, L. ve Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, ve L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 114-158). New York, NY: Guilford.
- Jung, H., Jung, S. Y., Lee, M. H. ve Kim, M. S. (2020). Assessing the presence of post-traumatic stress and turnover intention among nurses post-Middle East respiratory syndrome outbreak: the importance of supervisor support. *Workplace health & safety*, 68(7), 337-345. DOI:10.1177/2165079919897693
- Junni, J. (2017). *Personality and Depression: Relationship Between Five-Factor Personality Traits and Depressive Symptoms*. Unpublished master's thesis, University of Helsinki, Finland.
- Kaliski, P. (2009). *An empirical demonstration of direct and indirect applications of mixture modeling when studying personality traits: A methodological-substantive synergy*. Unpublished doctoral dissertation. James Madison University, USA.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284. DOI 10.1037/h0079772
- Kaminsky, M., McCabe, O. L., Langlieb, A. M. ve Everly, G. S. (2007). An evidence-informed model of human resistance, resilience, and recovery: The Johns Hopkins' outcome-driven paradigm for disaster mental health services. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 1-11. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhl015
- Kapoulitsas, M., ve Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14, 86- 101. DOI: 10.1177/1473325014528526
- Karasar, Niyazi (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayınları, Ankara.
- Karimi, S., Jaafari, A., Ghamari, M., Esfandiary, M., Mazandarani, F. S., Daneshvar, S. Ve Ajami, M. (2016). A comparison of Type II Diabetic patients with healthy people:

- Coping strategies, hardiness, and occupational life quality. *International Journal of High Risk Behaviors Addiction*, 5(1), 1-6. DOI: 10.5812/ijhrba.24169
- Kariuki, J. N., Chege, K., Adeli, S. ve James, M. K. (2017). The predictive role of age and gender in the development of compassion fatigue among health care professions in Moi teaching and referral hospital Eldoret–Kenya. *African Journal of Education, Science and Technology*, 4(1), 187-194.
- Kavi, E., ve Karakale, B. (2018). Çalışan Psikolojisi Açısından Psikolojik Dayanıklılık. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), 55-77.
- Kelly, J. ve Emery, R. (2003). Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives. *Family Relations*, 52(4), 352-362. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2003.00352.x
- Kelly L, Runge J, Spencer C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6): 522–528. DOI: 10.1111/jnu.12162
- Khan, A. A., Khan, M. A. ve Malik, N. J. (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. *Pakistan Armed Forces Medical Journal* (2), 286.
- Kidd, S. ve Shahari, G.(2008). Resilience in homeless youth: the key role of selfesteem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8(2), 163–172. DOI:10.1037/0002-9432.78.2.163
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts?: A multimethod study of Compassion Fatigue, Burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. DOI: 10.1177/1534765608319083
- Kim, H.J. Shin, K.H. ve Umbreit, W.r. (2007). Hotel job burnout: The role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*, 26(2),421-434. DOI: 10.1016/j.ijhm.2006.03.006
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I. ve Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *bmj*, 369. DOI: 10.1136/bmj.m1642

- Kişmir, Ş. (2019). *Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışanların motivasyonu ve iş doyumlarına etkisi: sağlık çalışanları üzerinde bir uygulama ve kamu - özel hastane karşılaştırması*. Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Koca, F. (2018). *Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Korotkov, D. (2008). Does Personality Moderate the Relationship between Stress and Health Behavior? Expanding the Nomological Network of the Five-Factor Model. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1418-1426. DOI: 10.1016/j.jrp.2008.06.003
- Kret, D. D. (2011). The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *Medsurg Nursing*, 20(1).
- Kruger, P. C. (2009). *The relationship Between personality and biographical factors in absenteeism*. Unpublished master's thesis, University Of South Africa, gauteng, South Africa.
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L. ve Herman-Smith, R. L. (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2), 114-130. DOI:10.5243/jsswr.2013.8
- Lahav, Y. (2020). Psychological distress related to COVID-19—the contribution of continuous traumatic stress. *Journal of affective disorders*, 277, 129-137. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.141
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lamb, H. R. (1979). Staff burnout in work with long-term patients. *Psychiatric Services*, 30(6), 396-398.

- Lamb, S. (2009). *Personality traits and resilience as predictors of job stress and burnout among call centre employees*. Unpublished doctoral dissertation, University of the Free State, South Africa.
- Larsen, R. J.ve Ketelaar, T. (1989). Extraversion, neuroticism and susceptibility to positive and negative mood induction procedures. *Personality and Individual Differences*, 10(12) :1221-1228 DOI: 10.1016/0191-8869(89)90233-X
- Leka, S., Griffiths, A. Ve Cox, T.(2003). *Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization.
- Levin A. P., Albert L., Besser A., Simith D., Zelenski A., Rosenkranz S., ... Neria Y. (2011). Secondary traumatic stress in attorneys & their administrative support staff working with trauma exposed clients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(12). DOI:10.1097/NMD.0b013e3182392c26
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*. DOI:10.1016/j.bbi.2020.03.007
- Linley, P. A. ve Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385-403. DOI: 10.1521/jscp.2007.26.3.385
- Lowe, L. D. (2013). Creating a caring work environment and fostering nurse resilience. *International Journal for Human Caring*, 17(4), 52-59.
- Lynch, S. H., ve Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125-2134. DOI:10.1111/j.1365- 2648.2012.05985.x
- Lombardo, B. ve Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3. DOI:10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Luck, T. T. (2009). *The effect of personality characteristics and various aspects of genetic counseling on compassion fatigue, satisfaction, and burnout*. Unpublished master's thesis, Howard University, USA.

- Luthar, S.(1991).Vulnerability and Resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616. DOI:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x
- Luthar, S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future research. *Child Development*, 71(3), 543-562. DOI:10.1111/14678624.00164
- Maben J, Bridges J. (2020) Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. 2020. DOI:10.1111/jocn.15307
- Maiden, J., Georges, J. M. ve Connelly, C. D. (2011). Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(6), 339-345. DOI: 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
- Mairean, C. (2014). Traumatic stress and professional quality of life. Personality and social support as moderators. *Analele Științifice ale Universității» Alexandru Ioan Cuza «din Iași. Psihologie*, (2), 61-77.
- Mancini, A. D. ve Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology: In Session*,62(8), 971–985.DOI:10.1002/jclp.20283
- Manyena, S. B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, 30(4), 434-450.DOI: 10.1111/j.0361-3666.2006.00331.x
- Mandleco, B. L. ve Peery, J. C. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3),99-111. DOI: 10.1111/j.1744-6171.2000.tb00086.x
- Maridor M, Ruch S, Bangerter A. ve Emery V. (2017) Skepticism toward emerging infectious diseases and influenza vaccination intentions in nurses. *J Health Commun*.2017;22(5):386-394. DOI: 10.1080/10810730.2017.1296509
- Maslach, C. (1987). Burnout research in the social services: A critique. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 95-105. DOI: 10.1300/J079v10n01_09
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192. DOI: 10.1111/1467-8721.01258

- Maslach, C., ve Leiter, M. P. (2016a). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103- 111.
- Maslach, C. ve Leiter, M. P. (2016b). Burnout. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351-357). Academic Press.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. ve Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence, *Development and Psychopathology*, 11, 143- 169. DOI:10.1017/s0954579499001996
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A. S. ve Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205-220. DOI: 10.1037//0003-066x.53.2.205
- Mathieu, F. (2012). Beyond Kale and Pedicures: Can We Beat Burnout and Compassion Fatigue?.
- Matthews, G., Deary, I. J., ve Whiteman, M. C. (2009). Personality traits. Cambridge University Press. Cambridge, UK..
- Mayer, J. D. (2007). Asserting the definition of personality. *The Online Newsletter for Personality Science*, 1, 1-4.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B. ve Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 171-179. DOI:10.1016/j.pedhc.2003.12.005
- McCarthy, W. C. ve Frieze, I. H. (1999). Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout, and quality of care. *Journal of Social issues*, 55(1), 33-50. DOI: 10.1111/0022-4537.00103
- McCarthy, G., Tyrrell, M. P., ve Lehane, E. (2007). Intention to 'leave' or 'stay' in nursing. *Journal of nursing management*, 15(3), 248-255. DOI:10.1111/j.1365-2834.2007.00648.x

- McCrae, R. R. ve Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. DOI: 10.1037/0022-3514.52.1.81
- McCrae, R. R. ve Costa Jr, P. T. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9(4), 231-252. DOI: 10.1002/per.2410090402
- McCrae, R. R. ve Costa Jr, P. T. (1997). Conceptions and correlates of openness to experience. In *Handbook of personality psychology* (pp. 825-847). Academic Press.
- McCrae, R. R. ve Costa Jr, P. T. (2008). The five-factor theory of personality.
- McCrae, R. R. ve John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60 (2), 175- 215.
- Mcholm, F., (2006), Rx For Compassion Fatigue, *Journal of Christian Nursing. A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 23(4): 12-19.
- Mealer M, Jones J, Meek P. (2017) Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *Am J Crit Care*. 2017;26(3):184–192. DOI:10.4037/ajcc2017798
- Meichenbaum, D. (2005). *Understanding resilience in children and adults: Implications for prevention and interventions*. In paper delivered to the Melissa Institute Ninth Annual Conference on Resilience.
- Melekoğlu, Ş. (2018). *Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres ile Psikolojik Dayanıklılık ve Mesleki Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC.
- Meyer D. ve Ponton R. (2006). The healthy tree: A metaphorical perspective of counselor wellbeing. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(3), 189-201. DOI: 10.17744/mehc.28.3.03411y2tyq9mwk7b
- Mohatashamı, A. R., Tajarı, F. ve Akhbarı, M. R. (2015). Studying The Relationship Between Hardiness And Resilience Personality Traits And Academic Achievement Among Students Of Kashan University İn 2014. *Fen Bilimleri Dergisi (Cfd)*, 36(3). DOI:10.17776/csj.35665
- Morgan, C. T. (2005). *Psikolojiye giriş*. (çev. Sirel Karakaş) Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Yayınları. No:1

- Murphy, B. S. (2014). Exploring holistic foundations for alleviating and understanding compassion fatigue. *Beginnings*, 34(4), 6-9.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: A framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and special education*, 24(1), 16-26. DOI: 10.1177/074193250302400102
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. ve Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. DOI: 10.1177/1359105308100211.
- Nakashima, M. ve Canda, E. R. (2005). Positive dying and resiliency in later life : A qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 19(1), 109-125. DOI: 10.1016/j.jaging.2004.02.002
- Newell JM. ve MacNeil GA. (2010). *Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers*. Lyceum Books, Inc. Best Practices in Mental Health,;6(2).
- O'Keefe, D. F., Kelloway, E. K. ve Francis, R. (2012). Introducing the OCEAN. 20: A 20-item Five-Factor personality measure based on the Trait Self-Descriptive Inventory. *Military Psychology*, 24(5), 433-460. DOI: 10.1080/08995605.2012.716265
- Ogińska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(2), 113-122. DOI: 10.2478/v10001-006-0016-7
- Oktay D., (2018). *Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Etkileyen Etmenler ve Baş etme Stratejilerin Saptanması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Lefkoşa Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, KKTC.
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., ve Gerhart, J. (2018). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality

- Factors and Years of Service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(2), 343-347. DOI: 10.1177/1049909117701695.
- Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P. ve Narvaez, J. C. D. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00063520. DOI: 10.1590/0102-311X00063520
- O'Rourke, N. (2004). Psychological Resilience and the Well-Being of Widowed Women. *Ageing International*, 29(3), 267-280. DOI: 10.1007/s12126-996-1002-x
- Owens, A. P. (2014). *Risk and Resilience Factors Associated With Secondary Traumatic Stress Among Social Workers Assisting Veterans*. Unpublished doctoral dissertation, Howard University, USA.
- Özkök, G., (2020). *Sosyal Hizmet Kurumlarında Çalışan Bakım Personellerinin Psikolojik Dayanıklılıkları İle İkincil Travma Düzeyleri Ve Kaygı Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Pak, M. D., Özcan, E. ve Çoban, A. İ. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 628-644. DOI: 10.17719/jisr.2017.1923
- Papazoglou, K. ve Chopko, B. (2017). The role of moral suffering (moral distress and moral injury) in police compassion fatigue and PTSD: an unexplored topic. *Frontiers in psychology*, 8, 1999. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01999
- Pearlman, L. A. ve Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(6), 558.
- Pembroke, N. (2016). Contributions from Christian ethics and Buddhist philosophy to the management of compassion fatigue in nurses. *Nursing & Health Sciences*, 18(1), 120-124. DOI: 10.1111/nhs.12252
- Petleski, T. A. (2013). *Compassion Fatigue Among Emergency Department Nurses (Capstone Project)*. Retrieved from Nursing Theses and Capstone Projects. Paper, 82.

- Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of personality assessment*, 61(3), 457-473.
- Pietrantonio, L. Ve Prati, G. (2008). Resilience among first responders. *African Health Sciences* 8(S): 14-20.
- Pilowsky, D. J., Zybert, P. A. ve Vlahov, D. (2004). Resilient children of injection drug users. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1372- 1379. DOI:10.1097/01.chi.0000138355.29099.2a
- Polat F. N, (2016) *Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Polat, F. N.ve Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 291-312.
- Poore, M. (2016). *An investigation of attachment orientation, compassion fatigue, compassion satisfaction and resilience in hospice and palliative care nursing staff*. Unpublished doctoral dissertation. University of Southampton, England.
- Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S. ve Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180-187. DOI:10.1188/13.ONF.180-187
- Potter P., Deshields T., Divanbeigi J., Berger J., Cipriano D., Norris L. ve Olsen S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56.
- Pölkki, P., Ervast, S. A. ve Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39(1-2), 151-163. DOI: 10.1300/j010v39n01_10
- Proag, V. (2014). The concept of vulnerability and resilience. *Procedia Economics and Finance*, 18, 369-376. DOI: 10.1016/S2212-5671(14)00952-6
- Puher, M. A. (2009). *The Big Five Personality Traits as Predictors of Adjustment to College*. Unpublished master's thesis, Villanova University, Pennsylvania, USA.

- Radey, M. ve Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214. DOI: 10.1007/s10615-007-0087-3
- Ranjbar, S. (2010). Application of Brand Personality Scale in automobile industry: the Study of SAMAND'S Brand Personality Dimensions.
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., ve Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in psychology*, 6, 73. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00073
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307–321. DOI: 10.1002/jclp.10020
- Ringenbach, R. T. (2009). *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion*. Unpublished doctoral dissertation, University of Akron, USA.
- Robinson, T. M. (2016). *Predictive factors of compassion fatigue among firefighters*. Unpublished doctoral dissertation, Walden University, Minneapolis, USA.
- Robinson, B. C. (2005). *Exploring career satisfaction, burnout, and compassion fatigue as indicators of the quality of career engagement of public school educators*. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, USA.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H. ve Knafo, A. (2002). The big five personality factors and personal values. *Personality and social psychology bulletin*, 28(6), 789-801. DOI: 10.1177/0146167202289008
- Rothan, H. A. ve Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433. DOI:10.1016/j.jaut.2020.102433
- Rothmann, S., ve Coetzer, E. P. (2003). The big five personality dimensions and job performance. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(1), 68-74. DOI: 10.4102/sajip.v29i1.88
- Rothenberg, M., Fisher, K., Elias, A., Helton, S., Williams, S., Pena, S., ... ve Gregory, A. (2008). *Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community based care organizations in central Florida*.

- Rudman, A., Gustavsson, P. ve Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International journal of nursing studies*, 51(4), 612-624. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012
- Rudolph, J., Stamm, B. ve Stamm, H. (1997). *Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers, and administration*. Poster presented at the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, ON, CA, Retrieved February 23rd, 2004
- Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E. ve Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1253. DOI: 10.3390/ijerph17041253
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I. ve Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321-4330. DOI: 10.1111/jocn.15469
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. DOI: 10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1-12. DOI: 10.1196/annals.1376.002
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online journal of issues in nursing*, 16(1). DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Sacco, T.L., Ciurzynski, S.M., Harvey, M.E. ve Ingersoll, G.L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *American Association of Critical-Care Nurses*, DOI: 10.4037/ccn2015392

- Salston, M. ve Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of traumatic stress*, 16(2), 167-174. DOI: 10.1023/A:1022899207206
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C. ve Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61. DOI: 10.1016/j.childyouth.2014.12.023
- Salur, H. (2019). *Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde psikolojik sermaye ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. Ve Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*. 14(3), 204–220. DOI: 10.1108/13620430910966406
- Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., ... ve Gitlin, L. N. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: new opportunities for research, practice and policy. *The Gerontologist*, 47(1), 4-13 DOI:10.1093/geront/47.1.4
- Schwam, K. (1998). The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing. *AORN journal*, 68(4), 642-648. DOI: 10.1016/S0001-2092(06)62569-6
- Scott, E. (2020). *Why Emotional Resilience Is a Trait You Can Develop* <https://www.verywellmind.com/emotional-resilience-is-a-trait-you-can-develop3145235> adresinden alınmıştır.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*, revised edition. New York: McGraw-Hill.
- Severn, M. S., Searchfield, G. D. ve Huggard, P. (2012). Occupational stress amongst audiologists: Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout. *International Journal of Audiology*, 51(1), 3-9. DOI: 10.3109/14992027.2011.602366
- Shah, S., Garland, E. ve Katz, C. (2007). Secondary traumatic stress: Prevalence in humanitarian aid workers in India. *Traumatology*, 13, 59-70. DOI: 10.1177/1534765607299910

- Shakiba S., Largany, S. F. H., Najafi, A., Piryaee, S., ve Asbaghi, E.(2014) Linking The Big Five Personality Constructs To Job Burnout. *International Journal of Current Life Sciences* 4(11), 9774-9779.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. ve Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(12), 105–115. DOI: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Sharififard, F., Asayesh, H., Rahmani-Anark, H., Qorbani, M., Akbari, V. ve Jafarizadeh, H. (2019). Intention to leave the nursing profession and its relation with work climate and demographic characteristics. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(6), 457. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00648.x
- Shew, A. M. (2010). *The Effects of Resilience Training on Secondary Traumatic Stress Reactions: An Empirical Study*. Unpublished doctoral Dissertations, The University of the Rockies, USA.
- Shoja, E., Aghamohammadi, V., Bazayr, H., Moghaddam, H. R., Nasiri, K., Dashti, M., ... & Asgari, A. (2020). Covid-19 effects on the workload of Iranian healthcare workers. *BMC public health*, 20(1), 1-7.
- Simmons, S. J. (1990). The Health-Promoting Self-Care System Model: directions for nursing research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1162-1166. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01708.x
- Smith, S. W. (2013). *Resilience to compassion fatigue in empathic nurses*. Unpublished doctoral dissertation. Walden University, Minneapolis, USA .
- Skorupa, J. Ve Agresti, A. (1993). Ethical beliefs about burnout and continued professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 281-285. DOI: 10.1037/0735-7028.24.3.281
- Skovholt, T. M. ve Trotter-Mathison, M. (2014). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. Routledge.
- Slatten, L. A., Carson, K. D. ve Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager*, 30(4), 325-333. DOI: 10.1097/HCM.0b013e31823511f7.

- Slattery, S. M. ve Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15(11), 1358–1379.
- Somer, O. (1998). Türkçe’de kişilik özelliğini tanımlayan sıfatların yapısı ve Beş Faktör Modeli. *Türk Psikoloji Dergisi* 13 (42), 17-32.
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S. ve Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 21869. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.21869
- Somoray, K., Shakespeare-Finch, J. ve Armstrong, D. (2017). The impact of personality and workplace belongingness on mental health workers' professional quality of life *Australian Psychologist*, 52(1), 52-60. DOI: 10.1111/ap.1218
- Song, Y. ve Shi, M. (2017). Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PloS one*, 12(2), e0171665. DOI:10.1371/journal.pone.017166
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. Ve Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. DOI: 10.1111/jnu.12229
- Spector, P. E. (2010). The relationship of personality to counterproductive work behavior (CWB): An integration of perspectives. *Human Resource Management Review*, 21(4), 342-352.
- Sprang, G., Clark, J. J. ve Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. DOI:10.1080/15325020701238093
- Stamm B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In: C. R. Figley (Ed.) *Treating compassion fatigue*. (pp. 107–119). New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2009). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL). Pocatello:ProQOL.Org.

- Stamm, B. H. (2005). *The Pro-QOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. Baltimore, MD: Sidran Press.
- Steffen, P. R. ve Masters, K. S. (2005). Does compassion mediate the intrinsic religionhealthrelationship? *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 217-224. DOI: 10.1207/s15324796abm30036
- Stobbs, N. (2020). Compassion, the vulnerable and COVID-19. *Alternative Law Journal*, 45(2), 81-81. DOI: 10.1177/1037969X20927806
- Storm, K. ve Rothmann, S. (2003). The Relationship between Burnout, Personality Traits and Coping Strategies in a Corporate Pharmaceutical Group. *South African Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 35-42. DOI:10.4102/sajip.v29i4.128
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P. ve Wikström, P. O. H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 111. DOI:10.1037//0022-006x.70.1.111
- Störmer, S. ve Fahr, R. (2013). Individual determinants of work attendance: Evidence on the role of personality. *Applied Economics*, 45, 2863-2875. DOI: 10.1080/00036846.2012.684789
- Suls, J. ve Martin, R. (2005). The daily life of the garden_variety neurotic: Reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1485-1510. DOI:10.1111/j.1467-6494.2005.00356.x
- Sung, K., Seo, Y., ve Kim, J. H. (2012). Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in Korean hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1087-1094. DOI:10.4040/jkan.2012.42.7.1087
- Şentürk, D. (2020). *Modernizm ve fotojurnalizm kavramları bağlamında hafıza inşası ve merhamet yorgunluğu*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Şirin, M. ve Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 123-130.

- Teater, M. ve Ludgate, J. (2014). *Overcoming compassion fatigue: A practical resilience workbook*. PESI Publishing & Media.
- Tedeschi, R. G.ve Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471. DOI: 10.1007/BF02103658
- Tehrani, N. (2016). Extraversion, neuroticism and secondary trauma in Internet child abuse investigators. *Occupationa lmedicine*, 66(5),403-407.DOI:10.1093/occmed/kqw004
- Temitope, K. (2014). *Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts in Psychology at Massey University. New Zealand*. Unpublished doctoral dissertation. Massey University, New Zealand.
- Temitope, K. M. ve Williams, M. (2015). Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors. *New Zealand Journal of Counselling*, 35(1), 1- 21.
- Thompson, I., Amatea, E. ve Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77. DOI: 10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3
- Thomas, J. T. ve Otis, M. D. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-98. DOI: 10.5243/jsswr.2010.7
- Thomas, L. S. ve Valli, A. (2006). Levels of occupational stress in doctors working in a South African public-sector hospital: issues in medicine: SAMJ forum. *South African medical journal*, 96(11), 1162-1168.
- Thomas, R. B., ve Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental* 6(2):81-92
- Tiet, Q. Q.,ve Huizinga, D. (2002). Dimensions of the construct of resilience and adaptation among inner-city youth. *Journal of Adolescent Research*, 17, 260–276. DOI: 10.1177/0743558402173003
- Ting, L., Jacobson, J. M., Sanders, S., Bride, B. E. ve Harrington, D. (2005). The secondary traumatic stress scale (STSS) confirmatory factor analyses with a

- national sample of mental health social workers. *Journal of human behavior in the social environment*, 11(3-4), 177-194. DOI:10.1300/J137v11n03_09
- Todaro-Franceschi, V. (2013). Critical care nurses' perceptions of preparedness and ability to care for the dying and their professional quality of life. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), 184-190. DOI: 10.1097/DCC.0b013e31829980af
- Tosone, C., Bettmann, J. E., Minami, T. ve Jaspersen, R. A. (2010). New York city social workers after 9/11: Their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(2), 103–116.
- Tozkoparan, G. (2013). Beş faktör kişilik özelliklerinin çatışma yönetim tarzlarına etkisi: yöneticiler üzerinde bir araştırma. *AİBÜ-İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*.
- Tracy, M. (2012). *Behavioral and Personality Predictors of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout Among Georgetown EMS providers*. Unpublished doctoral dissertation, Georgetown University, USA.
- Tuckett, A. (1999). Nursing practice: compassionate deception and the Good Samaritan. *Nursing ethics*, 6(5), 383-389. DOI: 10.1177/096973309900600504
- TDK, (2020). <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alınmıştır.
- Türk Dil Kurumu. Şefkat. Erişim Adresi: [https://sozluk.gov.tr/?kelime =](https://sozluk.gov.tr/?kelime=) Erişim Tarihi: 11 Şubat 2020.
- Udipi S, V. P. (2008). The Psychic Costs of Empathic Engagement: Personal and Demographic Predictors of Genetic Counselors Compassion Fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 459-471.
- Uslu, Y. ve Korkmaz, F. D. (2020) Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşirelerinde Şefkat Yorgunluğu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 192-197. DOI: 10.34087/cbusbed.665597
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Hardiness, stress and secondary trauma in Italian healthcare and emergency workers during the COVID-19 pandemic. *Sustainability*, 12(14), 5592.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C.R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 17-38). New York: Brunner-Routledge.

- Vanderpol, M. (2002). Resilience: A missing link in our understanding of survival. *Harvard Revision Psychiatry*, 10, 302-306. DOI: 10.1080/10673220216282
- Vasquez, G. (2000). Resiliency: Juvenile Offenders Recognize Their Strengths to Change Their Lives. *Corrections Today*, 62 (3), 106-111.
- Vogt, S. D., Rizvi, S. L., Shipherd, J. C. ve Resick, P. A. (2008). Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardiness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(1), 61-73. DOI: 10.1177/0146167207309197
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V. ve Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774-781.
- Vu, F. ve Bodenmann, P. (2017). Preventing, managing and treating compassion fatigue. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168(08), 224-231.
- Vutsinas, S. M. (2011). *Compassion Fatigue and Mental Health Disaster Response Education*. Unpublished doctoral dissertation. University of Florida, USA.
- Yan, Y. E., Turale, S., Stone, T. ve Petrini, M. (2015). Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *International nursing review*, 62(3), 351-359.
- Yang, Y. H. Ve Kim, J. K. (2012). A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(1), 38-51. DOI: 10.7475/kjan.2012.24.1.38
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, 23(4), 191-197. DOI:10.1016/j.apnr.2008.09.003.
- Yu, H., Jiang, A. ve Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 57, 28-38. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012
- Yüksel, E. (2017). *Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromunun kişilik özellikleri ile ilişkisi:Tunceli örneği* Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Munzur Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tunceli.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. ve Segal, E. A. (2015). The role of empathy

- in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 60(3), 201-209. DOI: 10.1093/sw/swv014
- Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of gerontological nursing*, 29(12), 42- 49.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. ve White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), e70-e76. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- Walton, A. (2018). The cost of caring: Emergency department nurses, compassion fatigue, and the need for resilience training. *Educational Specialist*, 125.
- Watson, D. ve Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x
- Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B. ve Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of interpersonal violence*, 19(1), 49-71. DOI: 10.1177/0886260503259050
- Wendekier, C. ve Kegerreis, K. (2021) [https://www.chausa.org/search results/#!/nurse%20compassion%20fatigue/page=1](https://www.chausa.org/search%20results/#!/nurse%20compassion%20fatigue/page=1) adresinden alınmıştır.
- Werner, E. E. ve Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Widiger, T. A., Costa Jr, P. T, Gore W. L., ve Crego C. (2002). *Five Factor Model Personality Disorder Research* (s. 1-54). London, England: Eurospan DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.25065-4
- Woodrume, R. (2016). *Personality predictors of compassion fatigue in direct patient care employees working in a long-term care environment*. Unpublished doctoral dissertation. University of Phoenix, USA.
- Wubetie, A., Taye, B. ve Girma, B. (2020). Magnitude of turnover intention and associated factors among nurses working in emergency departments of governmental hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institutional based study. *BMC nursing*, 19(1), 1-9. DOI:10.1186/s12912-020-00490-2

- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. ve Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. DOI:10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Xiong, W. (2010). *An Investigation of Big Five and Narrow Personality Traits In Relation to Career Satisfaction of Managers*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Tennessee, Knoxville, USA.
- Yan, Y. E., Turale, S., Stone, T. ve Petrini, M. (2015). Disaster nursing skills, knowledge and attitudes required in earthquake relief: Implications for nursing education. *International nursing review*, 62(3), 351-359. DOI:10.1111/inr.12175
- Yılmaz, G. ve Üstün, B. (2018). Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 9(3).
- Ying-ying, X., Shan-shan, C., Ai-hong, W., Jing, Q., An-chun, Y. (2018) Relationship between Compassion Fatigue and Personality Traits in Oncology Nurses[J]. *Journal of Nursing*, 2018, 25(21): 1-4. DOI: 10.16460/j.issn1008- 9969.2018.21.001
- Yu, H., Jiang, A. ve Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28-38. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews G. ve Roberts, R.D. (2013): Personal factors related to compassion fatigue in health professionals, *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 26(6), 595-609. DOI: 10.1080/10615806.2013.777045
- Zellars, K. L., Perrewe, P. L. ve Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1570–1598. DOI:10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x
- Zhao, Y., Cui, C., Zhang, K., Liu, J., Xu, J., Nisenbaum, E., ... ve Shu, Y. (2020). COVID19: A Systematic Approach to Early Identification and Healthcare Worker Protection. *Frontiers in Public Health*, 8, 205. DOI:10.3389/fpubh.2020.00205

- Zhao, H. ve Seibert S.E. (2006) The Big Five Personality Dimensions and Entrepreneurial Status: A Meta-Analytical Review. *Journal of Applied Psychology*, 91 (2), 259-271. DOI: 10.1037/0021-9010.91.2.259
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G... ve Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *MedRxiv*. DOI: 10.1101/2020.02.20.20025338

EKLER**EK-1. Kişisel Bilgi Formu****Sayın Katılımcımız**

Bu uygulama, ‘‘COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları: Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Yılmazlığın Şefkat Yorgunluğunu Yordayıcı Gücü’’ adıyla yürütülen tez çalışmasının veri toplama aşamasıdır.

Araştırmanın hedefi: Sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu düzeylerini ölçmek ve bu kavramın beş faktör kişilik özellikleri ve yılmazlık düzeyleriyle olan ilişkisini incelemektir.

Araştırma gönüllük ve gizlilik ilkesine uygun olarak yürütölmektedir. Bu bakımdan sizden kimlik bilgisi istenmeyecek, cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve veriler sadece araştırmacı ve danışman hoca tarafından değeriendirilecek ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır

Prof. Dr. Tahsin İLHAN

Araştırma yöneticisi

Anketin doldurulması ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da öneriniz olursa lütfen irtibata geçiniz.

Cevaplama işleminin takriben 7 dakika sürdüğünü belirtmek isterim.

İlginiz ve kıymetli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederim.

Yukarıda bilgileri yazılı araştırmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

() Evet

() Hayır

.../ .../ 2020

1. **Cinsiyetiniz:** K () Erkek () 2. **Yaşınız:....**
3. **Medeni Haliniz:** Bekâr () Evli () 4. **Çocuğunuz var mı?** a) Evet b) Hayır
5. **Mesleğiniz:** 6. **Eğitiminiz** a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Y. Lisans e) Doktora
7. **Çalışma yılınız:** ... 8. **Çalışma şekliniz / saatleriniz nedir?** a) Gündüz b) Nöbet usulü
9. Ne sıklıkta işten ayrılmayı düşünüyorsunuz?
a) hiç b) nadiren c) ara sıra d) çoğunlukla e) her zaman
10. **'Çalışma yaşamınızda keşke başka bir mesleği seçseydim'** düşüncesi ne derece aklınıza gelir?
a) hiç b) nadiren c) ara sıra d) çoğunlukla e) her zaman
11. Mesleğinizi icra ederken stres olgusunun sizi ne yoğunlukta etkilediğini düşünüyorsunuz?
a) hiç b) nadiren c) ara sıra d) çoğunlukla e) her zaman
12. İş yükünüzü ifade eden seçeneği işaretleyiniz.
1) çok hafif 2) hafif 3) orta 4) ağır 5) çok ağır
13. Pandemi döneminde iş yükünüzde fiziksel/mental anlamda bir artış olduğunu düşünüyor musunuz? a) evet b) hayır
14. Herhangi bir alanda COVID tanılı bireylerle çalışıyor musunuz? (yoğun bakım, covid servisi, filyasyon, ambulans hizmeti, muayene-teşhis süreci vb.)
a) evet b) hayır

15. Pandemi sürecinde toplumsal anlamda bireylerin kurallara (temizlik, maske ve mesafe, karantina süreci vd.) ne derece uyduğunu düşünüyorsunuz?

a) hiç b) nadiren c) ara sıra d) çoğunlukla e) her zaman

16. Pandeminin hayatımıza girmesiyle 'yeni normale' uyum sağlamakta ne derece güçlük yaşadınız?

a) hiç b) nadiren c) ara sıra d) çoğunlukla e) her zaman

17. Koronavirüse yakalandınız mı? a) evet b) hayır

18. Çalıştığınız birimde koronavirüse yakalanan sağlık çalışanı oldu mu?

a) evet b) hayır

19. Ailenizde ya da yakın akrabanızda koronavirüse yakalanan oldu mu?

a) evet b) hayır

20. Yakın çevrenizde (aile, yakın akraba) 'COVID - 19' nedeniyle hayatını kaybeden biri oldu mu?

a) evet b) hayır

21. Sağlık çalışanı olarak 'ya etrafımdakilere (aile, akraba vb.) virüs bulaştırırsam' endişesini ne derece hissediyorsunuz?

1) çok hafif 2) hafif 3) orta 4) ağır 5) çok ağır

22. Herhangi bir travmaya maruz kaldınız mı? (doğal afet, bir yakının ani kaybı, ciddi bir kaza, saldırıya uğrama vb.)

a) evet b) hayır

23. Yeniden meslek seçme şansım/imkânım olsaydı;

a) aynı mesleği tercih ederdim.

b) farklı mesleği tercih ederdim.

24. İkamet ettiğiniz ilin plaka kodunu yazınız.

Ek 4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği- Örnek Maddeler

	(1) Uygun değil	(2)	(3)	(4)	(5) Uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.					
3.					
4.					
5.					
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.					

EK-5. Araştırma İzin Belgeleri

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
05.02.2021	02	01-18

KARAR 02.04- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün 04.01.2021 tarih ve 2 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları: Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Yılmazlığın Şefkat Yorgunluğunu Yordayıcı Gücü
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Mehmet Akif ÇAKMAK (Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Eren YÜRÜDÜR
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Yücel EROL
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Fatih YAZICI
Üye
(İmza)

Doç. Özlem GÖK
Üye
(İmza)



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TOKAT SAĞLIK
BAŞKAN YARDIMCISI I
13/11/2021 14:56 - E.87064461 - 044 - 9



00132569901

Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
Hk.Psk.Mehmet Akif ÇAKMAK

TOKAT MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

İlgi : Mehmet Akif Çakmak'ın 30/12/2020 tarihli dilekçesi.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Yüksek Lisans öğrencisi Mehmet Akif ÇAKMAK'ın (Tez Danışmanı: Prof.Dr.Tahsin İLHAN) 11.01.2021-30.04.2021 tarihleri arasında Kamu Hastane Hizmetlerine bağlı il ve ilçe Devlet Hastanelerinde görevli her ünvanda sağlık çalışanına online yapmayı planladığı "Covid-19 Pandemisinde sağlık Çalışanları: Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Yılmazlığın Şefkat Yorgunluğunu Yordayıcı Gücü" isimli çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş ; komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir. Tutanağın Toplum Sağlığı Merkezinizde görevli Psikolog Mehmet Akif ÇAKMAK'a teslimi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Karar Tutanağı-Mehmet Akif ÇAKMAK