

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM VE PALYATİF BAKIM VEREN
HEMŞİRELERDE MERHAMET
YORGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

Şenay ŞENER

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN

ŞUBAT-2023

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM VE PALYATİF BAKIM VEREN
HEMŞİRELERDE MERHAMET
YORGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ: BİR ÖLÇEK
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

Şenay ŞENER

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu teztarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.06.2020 tarihi ve 71522473/050.01.04/353 nolu etik kurul onayı olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

..../..../.....

Şenay ŞENER

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, her zaman öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli danışmanım Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN'e, Tez İzleme Komitesi'nde yer alan, fikir ve görüşleri ile tezime katkı sunan hocalarım Prof. Dr. İsmail ÖNDER'e ve Doç. Dr. Havva SERT'e, tez jurimde yer alan değerli hocalarım Doç. Dr. Dilek KARA YILMAZ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Özge ÖNER'e, verdikleri dil desteği için Sayın Çağla MAYDA'ya ve Sayın Semih Galip ORAL'a, istatistik analizi için Istar Danışmanlık'a teşekkür etmek isterim. Sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli aileme ayrıca sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu tezi doktora sürecinde kaybettiğim fikirleri ve düşünceleri ile yoluma ışık tutan, benim rehberim, yokluğunu her an hissettiğim canım babam Mustafa ŞENER'e ithaf ediyorum.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
EKLER.....	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. MERHAMET YORGUNLUĞUKAVRAMI VE KAPSAMI.....	9
2.1.1. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Hemşireliği	9
2.1.2. Merhametli Bakım ve Hemşirelik.....	12
2.1.3.Merhamet Yorgunluğu.....	15
2.1.4. Merhamet Yorgunluğunun Gelişimi	17
2.1.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri ve Ekleri.....	19
2.1.6. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Kavramlar	21
2.1.7. Merhamet Yorgunluğu ile Başa Çıkma Stratejileri	22
2.1.8. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik	25
2.1.9. Pandemi ve Merhamet Yorgunluğu	28
2.1.10.Merhamet Yorgunluğu Ölçümü.....	30
3.GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	33
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	34
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	34
3.4.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	34
3.5.ARAŞTIRMANIN ZAMANI	35
3.6.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	36
3.6.1. Araştırmanın Nitel Örneklemi	36
3.6.2. Araştırmanın Nicel Örneklemi.....	37
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	37

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.7.2.Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinde Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	38
3.7.3. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ)	39
3.7.4. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	39
3.8.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE FAALİYETLERİ	40
3.8.1. Nitel Verilerin Toplama Yöntemi:.....	40
3.8.2.Nicel Verilerin Toplanması	42
3.9.VERİLERİN ANALİZİ.....	43
3.9.1. Nitel Verilerin Analizi	43
3.9.2.Nicel Verilerin Analizi.....	45
3.9.3. Ölçek Geçerlik Ve Güvenirlik Analizleri:	45
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	51
4. BULGULAR.....	52
4.1. NİTEL YÖNTEME İLİŞKİN BULGULAR.....	52
4.1.1.Çalışmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	52
4.1.2.Odak Grup Görüşmesi İçerik Analizi Bulguları	54
4.1.3.Nitel Görüşmelerin Analizleri Sonucunda Oluşturulan Aday Ölçek Formu	68
4.2.NİCEL YÖNTEME İLİŞKİN BULGULAR	73
4.2.1.Çalışmanın Nicel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	74
4.3. MERY ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BULGULANMASI	80
4.3.1. Geçerlik Çalışmaları:	80
4.3.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	86
5. TARTIŞMA	91
5.1.MERY ÖLÇEĞİ'NİN NİTEL VERİLERİN TARTIŞILMASI.....	91
5.2. MERY ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI	93
5.2.1. MERY Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması	93
5.2.2. MERY Ölçeği Güvenirlik Çalışması	99

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	104
6.1. SONUÇ	104
6.2.ÖNERİLER	105
7.KAYNAKLAR	107
8.EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9.ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.



KISALTMALAR VE SİMGELER

AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
CR	Birleşik Güvenirlik
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KGI	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	Kaiser Olkin Meyer
KGÖ	Kapsam Geçerlik Ölçütü
KÜEAH	Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi
MY-KÖ	Merhamet Yorgunluğu Kısa Örgütü
STS	Sekonder Travmatik Stres
STSB	Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu
MERY Ölçeği	Yoğun Bakım Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği
N	Çalışmaya katılan kişi sayısı
P	Anlamlılık düzeyi
SDH	Safranbolu Devlet Hastanesi
SEAH	Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etme Stratejileri.....	23
Tablo 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	35
Tablo 3. Nitel Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	51
Tablo 4. Nitel Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	52
Tablo 5. Merhamet Yorgunluğu Kavramına İlişkin Temalar ve Kategoriler.....	54
Tablo 6. MERY Ölçeği'nin Geliştirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler...	72
Tablo 7. Normallik Testleri Analiz Bulguları.....	73
Tablo 8. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	74
Tablo 9. Hemşirelerin Mesleki Durumları İlişkin Bulgular.....	75
Tablo 10. Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	77
Tablo 11. Kapsam Geçerlik Oranı Ölçüt Değerleri.....	80
Tablo 12. KMO ve Barlett Testine İlişkin Analiz Bulguları.....	81
Tablo 13. MERY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	82
Tablo 14. MERY Ölçeği ile MY-KÖ Arasında Ölçüt Bağıntılı Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular.....	84
Tablo 15. MERY Ölçeği Madde Analizine İlişkin Bulgular.....	86
Tablo 16. MERY Ölçeği İç Tutarlılık Katsayı Analizine İlişkin Bulgular.....	87
Tablo 17. Test-Tekrar Test Ortalama, Standart Sapma, t-test, Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular.....	88
Tablo 18. MERY Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerini Belirlemek İçin Yapılan İstatistik Analizleri.....	89

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 1.Figley (2002) Merhamet Yorgunluğu Gelişim Modeli.....	17
Şekil 2 1. Pehlivan ve Güner (2018) Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci.....	19
Şekil 3 1.Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri.....	20
Şekil 4 1. Keşfedici Ardaşık Desen (Kaynak J. Creswell 2014).....	33
Şekil 5 1. Bakım Kategorisini Oluşturan Kodların Kelime Frekansı.....	56
Şekil 6 1. İşin Doğası Kategorileri ve Kodları.....	60
Şekil 7 1.Fiziksel Etki Kategorileri ve Kodları.....	63
Şekil 8 1.Psikolojik Etki Kategorileri ve Kodları.....	65
Şekil 9 1.Sosyal Manevi Etki Kategorileri ve Kodları.....	66
Şekil 10 1. Ölçek Geneline Normal Q-Q Plot Şekilleri ve Histogramı.....	73

EKLER

Ek 1. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu.....	131
Ek 2.T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Resmi İzinler.....	132
Ek 3.Karabük İl Sağlık Müdürlüğü’nden Resmi İzin.....	133
Ek 4. MY-KÖ Ölçek İzni	134
Ek 5. Veri Toplama Araçları.....	135
Ek 6. Ölçek Geliştirme Sertifikası.....	136
Ek 7. Lawshe Tekniğine Göre Uzman Görüşleri Değerlendirme Formu.....	137
Ek 8.MERY Ölçeğinin Maddelerinin Yanıtlanma Oranları.....	138
Ek 9.MERY Ölçeği 45 Maddelik Aday Ölçek.....	141
Ek 10.MERY Ölçeği Kullanım Kılavuzu.....	143

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hemşirelerin bakım davranışının bir sonucu olan ve yine hemşirelerin bakım davranışını etkileyen merhamet yorgunluğunun, hastalar, hemşireler ve kurum için olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Merhamet yorgunluğunun erken dönemde belirlenerek, baş etme stratejilerinin uygulanması olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için önemli görülmektedir. Bu araştırma, yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu belirlemek için bir ölçüm aracı geliştirmek, geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntem: Karma desen kullanılarak metodjik tipte gerçekleştirilen bu araştırma, iki eğitim araştırma ve bir devlet hastanesinin yoğun bakım, palyatif bakım veren servislerinde çalışan 313 hemşire ile gerçekleştirildi. Ölçeğin madde havuzu 81 maddeden oluşturularak, uzmanın görüşüne sunuldu. Kapsam geçerliği sonucunda aday ölçek 45 maddeden oluşturuldu. Veriler, nitel yöntemde içerik analizi, nicel yöntemde ise normallik testleri, açıklayıcı faktör analizi, maksimum likelihood, varimax rotasyonu, Pearson Korelasyon testi, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Katılımcıların %66'sının 26-31 yaş aralığında, %61'inin kadın, %94'ünün lisans mezunu olduğu belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçekte toplam 27 madde ile fiziksel etki, çalışma koşulları, bakım, psikolojik etki, sosyal-manevi etki olarak 5 faktörlü yapı belirlendi. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,79, toplam varyansı %41,498 madde-toplam test korelasyon değerleri 0,330 ile 0,673, Cronbach alfa güvenirlik katsayısının alt boyutlarda 0,613-0,827 arasında değiştiği belirlendi. Ölçek genelinde Cronbach alfa katsayı 0,782, omega 0,781 ve CR 0,830 olduğu hesaplandı.

Sonuç: Yapılan analizler sonucu Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu (MERY) Ölçeğinin yoğun bakım, palyatif bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Merhamet Yorgunluğu, Ölçek

SUMMARY

DETERMINATION OF COMPASSION FAILURE IN NURSE GIVING INTENSIVE CARE AND PALLIATIVE CARE: A SCALE DEVELOPMENT STUDY

Introduction and Purpose: Compassion fatigue, which is a result of nurses' caring behavior and also affects nurses' caring behavior, has negative consequences for patients, nurses, and the institution. Identifying compassion fatigue in the early period and applying coping strategies to avoid negative consequences is essential. This research was planned to develop a measurement tool to determine compassion fatigue in nurses to provide intensive care and palliative care and to conduct a validity and reliability study of the developed measurement tool.

Materials and Methods: This research was carried out in a methodological type using a mixed pattern and was conducted with 313 nurses working in intensive care and palliative care services of two educational research and a state hospital. The item pool of the scale was formed from 81 items and presented to the expert's opinion. As a result of the scope validity, the candidate scale was created with 45 items. The data were analyzed using content analysis in the qualitative method, normality tests in the quantitative method, exploratory factor analysis, maximum likelihood, varimax rotation, Pearson Correlation test, and Cronbach alpha internal consistency coefficient.

Findings: It was determined that 66% of the participants were between the ages of 26-31, 61% were women, and 94% were undergraduate graduates. As a result of the explanatory factor analysis determined a total of 27 items and a 5-factor structure on the scale, such as the physical impact, working conditions, care, psychological impact, and social and spiritual impact. It was determined that the scope validity index of the scale was 0.79, the total variance was 41.498%, the item-total test correlation values ranged from 0.330 to 0.673, and the Cronbach alpha reliability coefficient ranged from 0.613 to 0.827 in the sub-dimensions. Cronbach's alpha coefficient was calculated as 0.782, the omega coefficient was calculated as 0.781, and the CR coefficient was calculated as 0.830.

Result: The analysis found that the Compassion Fatigue Scale in Intensive Care and

Palliative Care Nurses (MERY) is a valid and reliable measurement tool to determine the compassion fatigue levels of intensive care and palliative care nurses.

Keywords: Nurse, Compassion Fatigue, Scale



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Teknolojik ilerlemelere paralel olarak tanı ve tedavi yöntemlerinde meydana gelen gelişmelerin pek çok hastalıktaki yaşam süresinin uzamasını sağladığı bilinmektedir. Bu durum kronik hastalıkların dolayısıyla yoğun bakım ve palyatif bakım ihtiyacı olan hasta sayısının artması sonucuna neden olmaktadır. Yoğun bakım ve palyatif bakım hastalarının sayısındaki artış, hastaların hemşirelik bakım gereksinimini artırdığı gibi hemşirelerin yaşadığı sorunlarında çoğalmasına neden olmaktadır (İnci, Öz 2012). Bu sorunlardan biri de merhamet yorgunluğudur. Hemşirelerde fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmeye neden olan, bakım kalitesinde, bakım yeteneği ve enerjisinde azalma ile sonuçlanan merhamet yorgunluğunun belirlenmesi oldukça önemli görülmektedir.

Yoğun bakım üniteleri bakım hizmetlerinin ileri teknoloji ile sunulduğu, hasta bakım gereksinimlerinin yoğun, profesyonel becerilerin önemli olduğu, kritik durumlarda kararların hızlı alındığı, işleyiş biçimi olarak diğer birimlerden farklılık gösteren ve son derece özellikli üniteler olarak değerlendirmektedir (Terzi, Kaya 2011).Yoğun bakımda hemşireler, 24 saat boyunca, yaşam ve ölüm arasındaki çizgide duran ve kompleks problemler yaşayan hastaları izlemek, hastaların tanılmasını yapmak, ileri teknoloji ile tedavi girişimlerini uygulamak, yaşam sonu dönem bakım ve ağrı yönetimine gereksinimi olan hastalara özgü kaliteli bakım sunmak, bütüncül yaklaşımla terapötik ilişki kurmak, önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici hemşirelik girişimlerini uygulamaktan sorumludur. Yoğun bakımda tedavi gören hastalar kompleks, yaşamı tehdit eden ve sürekli değişkenlik gösteren sağlık sorunları yaşamaları nedeniyle bu ünitelerde girişimsel işlemlere fazlaca gereksinim duyulmakta ve 24 saat boyunca takipleri önemli görülmektedir. Dolayısıyla yoğun bakımda tedavi ve bakım alan hastaların üniteye yatış süresince gereksinimlerine yönelik özelleştirilmiş, kaliteli bakım almaları doğrultusunda, hemşirelere önemli yükümlülükler düşmektedir (Williams et al 2015; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'lerde Palyatif Bakımı tedavilere cevap vermeyen hastaların bütüncül bakımı olarak tanımlamıştır. Bu tanım 2002 yılında ölümle

sonuçlanabilecek, kronik bir hastalıkla karşılaşan hasta ve çevresinin, hastalığın tanısından yaşamının sonuna kadar olan dönemde, hastalığın belirti ve bulguları ile ağrının erken tanınması, sorunlarının mümkün olduğunca giderilmesi, psikososyal ve manevi desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini yükseltme çabası olarak güncellendiği görülmektedir. Palyatif bakım hastalarına bakım vermek çok sayıda önemli hemşirelik becerisine sahip olmayı gerektirmektedir. Hastalığın giderek kötüleşmesi, tedavi seçeneğinin kalmaması, semptomların kontrolünde zorlukların artması, hasta ve çevresi tarafından cevaplanması kolay olmayan ve ciddi bir iletişim becerisi gerektiren soruların sorulması, fiziksel, emosyonel ve spiritüel gereksinimlerin artması bakımı güçleştirmektedir (Torun 2019).

Yoğun bakım ve palyatif bakım hastalarının bakım gereksinimlerini karşılanırken hemşirelerin merhametli bakım sunmaları önemlidir. Hemşireler merhametli bakım sunarken, hastalarıyla empati kurmalı, onların acılarına ve ağrılarına duyarlı olmalı, hassasiyet ile onları dinlemeli ve yanıt vermeli, kültürel farklılıklarına, seçimlerine, önceliklerine saygı göstermeli ve onları güçlendirerek, gerektiğinde savunmalıdır (Chambers ve Ryder 2009; Koku ve Ateş 2016).

Yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşireler, sıklıkla yaşam sonu bakım uygulamaktadırlar. Bu süreçte hemşirelerden hasta ve yakınlarını duygusal, manevi olarak desteklemesi, hasta ve ailesinin üzüntü ve yoksunluk duygusunu anlayarak onlarla empati kurarak yardım etmesi beklenmektedir (Seki Öz, Kargın 2021). Bununla birlikte hemşireler hastaların acı ağrı ve travmalarına daha çok maruz kalmakta, iş yükü, zaman baskısı, stres, eleman azlığı gibi durumları sık yaşamakta tüm uğraşlarına rağmen ölümle daha çok karşılaşmaları onları zorlamaktadır. Koku ve Ateş (2016)'in yaşam sonu bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını inceledikleri çalışmada, çalıştıkları klinikte %88,8'inin ölümle karşılaştığı, %62,8'inin ölümü doğal karşıladığı, %16'sının ise ölümün acıları sonlandırdığını tespit etmektedir. Hemşirelerin yarısından çoğunun yaşam sonu bakım vermeyi istemediği belirlenen çalışmada, bunun nedeni olarak ölümün ümitsizlik ve üzüntüye neden olarak çaresizlik hissine yol açması, hasta ve çevresiyle ölüme ilişkin nasıl konuşulacağını bilmemekten kaynaklı iletişime girmek istememe olarak belirtilmektedir. Bakım vermek isteyen hemşirelerin ise bu durumu hastanın yaşam

sonu dönemde kaliteli bakım alma hakkının olması ve bu bakımı sunmanın hemşirelerin mesleki yükümlülüğü olarak gördükleri belirlenmektedir.

Yoğun bakım ve palyatif bakım hastalarının tüm uğraşlara rağmen iyileşmemesi ve yaşamlarını yitirmeleri hemşireler tarafından bir kayıp olarak algılanmakta, üzüntü ve yoksunluk duygusu yaşamalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla hemşireler hasta ve ailesinin verdiği reaksiyonlara benzer reaksiyonları göstererek korku, öfke ve depresyon gibi duygusal tepkiler verebilmektedir. Hemşirelerin yaşadığı bu duygusal süreçler yaşam sonu dönemdeki hastanın hakkı olan kaliteli ve nitelikli bakım almasını olumsuz yönde etkilemektedir (Ay ve Gençtürk 2013; İnci ve Öz 2012) .

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk kez acil serviste çalışan hemşirelerde tükenmişliği araştıran Joinson (1992) tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Joinson (1992) merhamet yorgunluğunu, hemşirelerin hastaların bakım gereksinimlerini karşılarken empatik bakım davranışı göstermeleri sonucunda, hastaların travmatik streslerini içselleştirebileceklerini belirterek “bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” olarak kavramını tanımlamıştır. Alan yazını incelendiğinde Joinson (1992)’un tanımının zaman içerisinde, iş doyumu veya sistemle ilgili yaşanan hayal kırıklığı olmadan görülen tükenmişlik duygusu, bakımın bedeli, travmatik olayları yeniden yaşama, bu olayların hatırlatıcılarından kaçınma, sürekli uyarılma, bir ve ya birkaç yolla kendisini gösteren, ilerleyici stresin ve tükenmişliğin de eklendiği, bireysel ya da kümülatif travma öykülerle derinleşen gerginlik ve endişe durumu şeklinde geliştirildiği belirlenmektedir (Figley 2002;Orlovsky 2006;Coetzee ve Klopper 2010; Circenis 2011).

Coetzee ve Klopper (2010) uzun süreler boyunca, yoğun ve sürekli olarak hasta ile temas içinde bulunmaktan, kendinden gereğinden fazla ödün vermekten ve travmatik strese maruz kalmaktan kaynaklanan ve süreç içinde düzeltilemeyen merhamet rahatsızlığından sonra merhamet stresi şeklinde devam eden ve birikimli olarak ilerleyen bir dönemin sonucunda merhamet yorgunluğunun oluştuğunu belirtmektedir. Peters (2019) merhamet yorgunluğu ile ilgili kavram analiz çalışmasında merhamet yorgunluğunu operasyonel olarak tanımlamaktadır. Tanımda bakım vericilerin mesleki performanslarını en üst düzeyde kullanmalarına rağmen iyileşme ihtimali bulunmayan, kendini çaresiz ve ümitsiz hisseden bireylerin

ıstıraplarına devamlı maruz kalmaktan ve aşırı stresten kaynaklanan, fiziksel dayanıklılık ve enerjilerinde düşüş, mental yorgunluk, empatik yetenekte azalma ile belirginleşen, kişiye özel ve bütüncül bakım önlemleri ile önlenebilen tükenme durumunu merhamet yorgunluğu şeklinde kavramlaştırmaktadır.

Merhamet yorgunluğu belirtilerini Lombardo ve Eyre (2011) fiziksel, emosyonel ve meslekle ilişkili belirtiler olarak sınıflandırırken, Dikmen ve Aydın (2016) fiziksel, duygusal ve sosyal olarak sınıflandırmaktadır. Merhamet yorgunluğunun fiziksel belirtileri; yorgunluk, uyku bozuklukları, enerji ve performans eksikliği, kas gerginliği, dayanıklılık ve güç kaybı, kilo değişimleri, mide ve baş ağrısı, göğüs ağrısı, taşikardi, kan basıncı değişimleri, gastrointestinal sorunlar, immün sistemde zayıflama olarak belirtmektedir. Emosyonel belirtileri huzursuzluk, kızgınlık, sinirlilik, tükenmişlik, çevreye karşı ilgisizlik, duygusal yorgunluk, psikolojik durum değişimleri, enerji de azalma, ayrılma isteği, mekanikleşme, duyarsızlaşma, hafif uyaranlara aşırı tepki verme, yetenek kaybı ve odaklanamama, azalmış coşku, kararsızlık, anksiyete ve izolasyon olarak bildirmektedirler. Sosyal belirtileri ise tepkisizlik, yardım etme kapasitesinin azalması, hastalarla ilgilenmeme ve daha az vakit ayırma, hastanın acısının paylaşılmaması ve dikkat eksikliği olarak bildirmişlerdir. Coetzee ve Klopper (2010) ise merhamet yorgunluğunun kişinin manevi dünyası üzerindeki etkileri üzerinde durarak, bunları inançlarla ilgili şüphe, bireyin hayatında iyi/olumlu veya kötü/olumsuz önemli değişiklikler yapması, Yaratan'a kızgınlık, ıstırap çekme, dini ritüellerde (dua, ibadet vb.) azalma veya artma, huzur duyamama gibi spiritüel belirtiler bildirmektedir. Ayrıca analiz becerisinde azalma gibi entelektüel belirtilere yönelik ayrı bir sınıf oluşturmaktadır.

Merhamet yorgunluğu hastanın bakım gereksinimini karşılarken, empatinin meydana geldiği herhangi bir bakım ilişkisinin doğal bir sonucu olarak görülebilir (Sabo 2006). Hekim, sosyal hizmet çalışanları, psikolog gibi pek çok meslekte görülmekle beraber en fazla merhamet yorgunluğu yaşayan mesleklerden biri hemşireliktir (Stamm 2002, Figley 2002). Alan yazını incelendiğinde merhamet yorgunluğunun daha çok pediatri, acil, yoğun bakım, onkoloji ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde görüldüğü belirtilmektedir (Najjar et al 2009; Yoder 2010; Beck 2011; Hooper et al, 2012; Wentzel ve Brysiewicz 2014; Dikmen ve Aydın 2016; Polat, Erdem 2017). Bu kliniklerde çalışan hemşirelerde daha çok görülme sebebi ölümle

sık karşılaşmak, yaşamı tehdit altında olan, sürekli değişen ve karmaşık sağlık sorunları yaşayan hastalara bakım vermek, ekip içinde yaşanan çatışmalar, zaman baskısı, yoğun iş yükü, eleman azlığı, hiyerarşik düzen, hasta ailelerinin yoğun duygusal beklentileri gibi hem bireysel hem mesleki hem de çalışma koşullarından kaynaklanan stresörlerin fazlalığı olarak açıklanmaktadır (Ribeiro et al 2014; Üstün, Günüşen 2018). Bu kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ile daha çok iletişim kurmaları, aşırı empatik yaklaşımda bulunmaları, hastanın ıstırap, ağrı ve travmalarına diğer birimlere oranla fazlaca şahitlik etmeleri ve bu duruma uzun süreler maruz kalmaları merhamet yorgunluğu yaşamaları riskini artıran faktörler arasında sayılmaktadır. Tüm çabalarına rağmen hastayı yaşatmayı başaramamanın verdiği başarısızlık hissi de hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamalarına neden olarak gösterilmektedir (Dikmen ve ark. 2016; Najjar et al. 2009)

Sanso et al (2015) 387 sağlık çalışanı ile palyatif bakım servislerinde yürüttüğü çalışmada, çalışanların orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadıklarını bulgulamışlardır. Hooper et al (2010), onkoloji, yoğun bakım ünitesi, acil servis ve nefrolojide çalışan 114 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin %28,4'ünün ileri derecede risk seviyesinde merhamet yorgunluğuna sahip olduğunu vurgulamaktadır. Koca (2018) tarafından yapılan çalışmada onkoloji biriminde çalışanların merhamet yorgunluğunun ve tükenmişlik düzeyinin yüksek bulunduğu belirtilmektedir. Kılıç ve ark. (2020) onkoloji ve yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun orta düzey olduğunu ve bu sonucun literatürle uygunluk gösterdiğini belirtmektedir. Dikmen ve Aydın (2016) hemşirelerle yürütülen çalışmalarda hemşirelerin üçte birinin merhamet yorgunluğu açısından ileri derecede risk altında olduğunu ve çoğunun orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığını belirtmektedir. Merhamet yorgunluğu, kişilerin niteliklerine göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle hemşirelerde merhamet yorgunluğunu belirleyebilmek için çoğu kez birkaç belirtinin birlikte görülmesi gerekmektedir (Lynch ve Lobo, 2012; Dikmen ve Aydın 2016). Alan yazınında merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin sinirli, hasta bakımında isteksiz, duyarsız (Jenkins ve Warren 2012), hastalar ve çevresine duydukları empatiyi bilinçli olarak indirgeme (Gök 2015), kötü kayıt tutma, ilaç hataları, iş doyumsuzluğu, kararsızlık yaşayabilecekleri ve yanlış kararlar alabilecekleri (McHolm 2006) vurgulamaktadır. Fernandez ve Goyal (2013),

merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin yaşamlarının olumsuz etkileneceği, uygun olmayan davranışlar sergileyebilme, daha çok izne ayrılma, bakım kalitesinde azalma görüleceğini, Şirin ve Yurttaş (2015), hemşirelerin ahlaki ve profesyonel değerlerinde de çok sık değişimler yaşayabileceklerini bildirmektedir. Dikmen ve Aydın (2016) ise merhamet yorgunluğunun mesleki etkilerini meslekten ayrılma ve bağımlılığın artması, işe gitmek istememe veya nefret etme, hastalara tahammülsüzlük, yardım etme kapasitesinde azalma, objektiftikte dengesizlik olarak belirtmektedir.

Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile ilgili baş etme yöntemlerine bakıldığında; farkındalık sağlama, stresle baş etme yöntemlerini kullanma, bireysel veya mesleki öz bakımı destekleme, manevi farkındalık, inanç, dua, içe bakış gibi olumlu stratejiler uygulamaya çalıştıkları ve bu şekilde rahatladıkları görülmektedir. Ancak bunun yanında hasta bakımını otomatik olarak gerçekleştirme, hasta ile ilgilenmeme veya daha az yardımcı olma, duyarsızlaşma, hasta ile kurulan empatiyi azaltma, indirgeme, başka kliniklere geçme, kurumdan ve hemşirelikten ayrılma, sık izin alma gibi olumsuz baş etme stratejileri de uyguladıkları bildirilmektedir (Yoder 2010, Gök 2015, Solomon 2014).

Merhamet yorgunluğuna erken dönemde tanı belirlenerek, baş etme stratejilerinin uygulanması olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için önemli görülmektedir. Alan yazınında bakım vericilerin merhamet yorgunluğunu belirlenmesine yönelik çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler;

- ✓ Merhamet Yorgunluğu Ölçeği-Kendi Kendine Test (Figley ve Stamm 1996),
- ✓ Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (Gentry et al 2002),
- ✓ Sekonder Travmatik Stres Ölçeği (Bride et al 2004-Türkçe Adaptasyon Yıldırım, Kıdak, Yurdabakan 2018),
- ✓ Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (Adams et al 2006-Compassion Fatigue-Short Scale -Türkçe Adaptasyon Hür ve Ekinci 2018),
- ✓ Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL) (Stamm 2005-Türkçe Adaptasyon Yeşil ve ark. 2010, ölçeğin 5. Versiyonu ProQOL Versiyon 5 Çınarlı ve Koç 2019)'dir. Ölçeğin bir boyutu merhamet yorgunluğunu ölçmektedir.

Adams et al. (2006) tarafından geliştirilen MY-KÖ sosyal hizmet uzmanları için oluşturulduğu ve merhamet yorgunluğu ile ilgili mevcut çalışmaların büyük çoğunluğunda Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL) kullanıldığı alan yazınında belirtilmektedir (Sinclair vd. 2017). Merhamet Yorgunluğunu değerlendirmek üzere hemşirelerde genellikle Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Sekonder Travmatik Stres Ölçeği ve Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde merhamet yorgunluğunu değerlendirmek amacıyla mevcut ölçüm araçlarından Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MY-KÖ'nün kültürel uyarlaması yapıldığı belirlendi.

Merhamet yorgunluğuna ilişkin geliştirilen ölçeklere bakıldığında; merhamet yorgunluğu kavramın geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçülebilmesi için hemşirelere özgü bir ölçme aracının olmadığı görülmektedir. Hemşireler, 24 saat boyunca hasta ile birlikte olarak, onları gözlemleyerek, erken dönem semptomları saptayıp tanı ve tedavinin her aşamasında yer alarak, yaşamla ölüm arasındaki çizgide empati kurarak, hasta ve yakınlarını içeren holistik bakım vererek hastaların sağlık bakım gereksinimlerini karşılaması açısından diğer bakım sağlayıcılardan farklıdır. Merhamet yorgunluğu bakımın bedeli ve bakım ilişkisinin doğal sonucu olarak görülmesine (Circenis 2011; Şirin ve Yurttaş 2015; Dikmen ve Aydın 2016) karşın, sağlık profesyonelleri arasında en fazla nicelik güce sahip meslek grubu olan hemşireler; hastalarla empati kurmaları, onların yaşadıkları ağrı ile ıstıraplarına merhamet göstermeleri, uzun süreli, sürekli, birikimli ve yoğun olarak hastaların travmalarına maruz kalmaları nedeniyle merhamet yorgunluğunu yaşamaları açısından büyük risk taşımaktadırlar. Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun gelişmesi bireysel olarak fiziksel, psikolojik, sosyal, entelektüel ve spiritüel problemler yaşamasına neden olduğu gibi bunun yanında mesleki ve örgütsel sonuçlara da sebep olmaktadır (McHolm 2006; Coetzee ve Kloppe 2010). Bu süreçte üretkenlikte azalma, iş doyumsuzluğu, tükenmişlik yaşama ve sağlık sisteminde iş devir hızında gittikçe artma söz konusu olmaktadır. Ayrıca gelişebilecek merhamet yorgunluğu; tıbbi hataların artmasına, hasta bakım kalitesi ile hasta memnuniyetinde azalmalara ve meslekten ayrılmada önemli bir neden olarak gösterilmektedir (McHolm 2006; Hooper et al, 2010; Sabo, 2011; Jenkins, Warren 2012; Wentzel, Brysiewicz, 2014; Dikmen ve Aydın 2016). Ancak bu

olumsuz sonuçların yanında merhamet yorgunluğunun etkileri kısa dönemde tanımlanır ve destekleyici girişimlerle uygun biçimde yönetilebilirse, hemşirelerde yaşanan depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik ve iş doyumsuzluğu gibi etkilere müdahale edilebilecek dolayısıyla bu durum hemşirelerin bakım davranışlarına pozitif olarak yansıtacaktır (Coetzee Klopper 2010; Şirin ve Yurttaş 2015).

Alanyazınında da belirtildiği üzere hemşireler arasında daha çok pediatri, acil, yoğun bakım, onkoloji ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu görüldüğü belirtilmektedir (Najjar et al 2009; Yoder 2010; Beck 2011; Hooper et al, 2012; Wentzel ve Brysiewicz 2014; Dikmen ve Aydın 2016; Polat, Erdem 2017) Özellikle yaşam sonu bakım veren kliniklerde hemşirelerin merhamet yorgunluğunun daha fazla yaşandığı yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde bu kavramın hemşireler üzerindeki etkisini değerlendirebilecek, hangi alanlarda sorun yaşandığının saptanabilmesini sağlayacak, hemşirelere özgü kullanılabilecek standart ölçüm araçlarının geliştirilmesinin önemli bir ihtiyacı karşılayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu konuda geliştirilecek hemşirelik programlarının oluşturulmasında hedef kitlenin gereksinimlerinin de önceden bilinmesi açısından önemlidir.

Bu nedenlerle bu araştırma, yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu belirlemek için bir ölçüm aracı geliştirmek, geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MERHAMET YORGUNLUĞUKAVRAMI VE KAPSAMI

2.1.1. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım üniteleri bakım hizmetlerinin ileri teknoloji ile sunulduğu, hasta bakım gereksinimlerinin yoğun, profesyonel becerilerin önemli olduğu, kritik durumlarda kararların hızlı alındığı, işleyiş biçimi olarak diğer birimlerden farklılık gösteren ve son derece özellikli üniteler olarak değerlendirmektedir. (Terzi ve Kaya 2011). Yoğun bakım hemşireleri, karmaşık ve hayatı tehdit edici sıkıntıları olan hastaların tanılamasını yapmak, durum değişikliklerini kontrol altına almak için hastaları sürekli takip etmek, bireyselleştirilmiş ve yüksek kalitede bakım ile tedavilerini uygulayarak hastanın fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal durumu optimal düzeyde tutmayı sağlamak, hasta ve çevresi ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulayarak hasta bakımında anahtar rol oynamaktadır (Resmi Gazete Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik 2011; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013). Yoğun bakım ünitesinde hastalar fiziksel, bilişsel ve psikolojik birçok problemler yaşamakta, aile üyeleri ise psikolojik ve ekonomik problemler dahil olmak üzere bir çok sorunla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Yoğun bakım ünitesinde hasta ve yakınları bir bütün olarak ele alınmalı ve yoğun bakımlarda palyatif bakım hizmeti de sunulmalıdır (Aslakson et al 2014, Mercadente et al 2018). Bakımın yoğun bir şekilde sunulduğu bu birimlerde çalışan hemşirelerin yeterliliklerinin, becerilerinin kısacası mesleki donanımlarının diğer hemşirelerden daha fazla olması gerekmektedir. Bu durumun nedeni, yoğun bakımda tedavi gören hastaların karmaşık hastalıklarının bulunması, sağlık bakım gereksinimlerinin fazla ve bakımlarının zor olması, ileri teknolojiyle daha stresli ve problemlili bir ortamda çalışmalarıdır (Bakker et al 2005, Chitura D ve Chitura M. 2014, Cerit et al 2016). Bunun yanında zor çalışma koşulları, uykusuzluk, iş yükünün fazla olması, görev ve sorumlulukların tam olarak belirlenmemiş olması, acil karar verme sorumluluğu, yorgunluk, kapalı ortamda çalışma, acı çeken ve yaşam sonu dönemde olan hastalara hizmet verme gibi olumsuzluklar da yaşamaktadırlar (Kekeç ve Tan 2021).

Yoğun bakım hemşirelerinin hastaya yaklaşımları, becerileri, duyguları ve bakıma ilişkin yaşadıkları zorluklar hastaların gereksinimlerini karşılarken önem

kazanmaktadır. Literatür incelendiğinde yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları ve sorun olarak tanımladıkları durumlar; hastaların sürekli soru sormaları ve istekte bulunmaları, ağlama, agresif tutum, kızgınlık, anksiyete gibi duygusal yoğunluğu fazla yaşama, tedaviyi reddetme ve devamlı ölümle ilgili konuşma isteği duyma, entübasyon nedeniyle kendilerini ifade edememe olarak belirtilmektedir (Macdonald 2007). Bu koşulların yarattığı fiziksel, duygusal yıpranmalar nedeniyle hemşirelerde empati yoksunluğu, pozitif duygularının kaybı ile tek düze davranışların gelişebileceği ve bakım davranışlarının olumsuz etkilenebileceği alan yazınında vurgulanmaktadır (Dikmen ve Aydın 2016, Cootzee ve Kloppe 2010, Yoder 2010).

Palyatif bakım kavramını, DSÖ ilk kez 1986 yılında tanımlamış, 2002 yılında tanımın kapsamını değiştirerek geliştirdiği belirlenmektedir. DSÖ palyatif bakımı; başta ağrı olmak üzere, diğer fiziksel ve psikolojik problemleri erken tanılayarak, değerlendirmek, tedavi etmek, yaşamı tehdit eden hastalıklara ilişkili problemleri önlemek ve bireyleri rahatlatmak yoluyla, hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini düzeltme yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (Büyükyılmaz 2019). Palyatif bakım kanserin doğasından veya tedavi yöntemlerinden kaynaklanan sorunları ortadan kaldırmayı, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini ve konforunu maksimum seviyeye çıkarmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Holistik bakımı benimseyen bu yaklaşımda, semptom kontrolü, ağrı yönetimi, hasta ve hasta yakınının iyiliği, matem danışmanlığı gibi konuları kapsamakta, koordineli ve multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Özellikle kanser ve kanser benzeri kronik hastalıklarda görülen artışla birlikte yaşam sonu bakım alan kişi sayısının artması, teknolojik ve tıbbi gelişmelerle ölümün geciktirilmesinin hedeflenmesi yaşam sonu hasta bakımını daha da önemli hale getirmektedir (Torun 2019). Terminal dönem, palyatif bakımın bir parçası olarak, ölümle sonuçlanan hastalıklara yakalanmış kişilerin, yaşamdaki son evresine verilen isimdir. Bu dönemde hastanın vücudunda çeşitli olumsuz değişimler görülür ve yaşam sonu süreç yaklaşık 72 saat olmakla birlikte 6 aya kadar uzayabilir (Kabalak 2012). Terminal dönemde bulunan hastaların bakım gereksinimlerini karşılamak, yaşam kalitelerini ve konforlarını artırmayı amaçlayan faaliyetler “yaşam sonu bakım” olarak ifade edilmektedir. Terminal dönem bakım fiziksel semptomların ve ağrının kontrolünü, psikolojik, sosyal ve manevi bakımı kapsar (Batchelor 2010). Bu hastalarda yorgunluk ve halsizlik, iştah kaybı, sıvı

alımında azalma, dokuda perfüzyonun bozulması, solunum değişiklikleri, sfinkter kontrolü kaybı, nörolojik fonksiyonlarda ile bilinç düzeyinde azalma ve deliryum gibi semptomlar görülebilir (Olgun 2017). Terminal dönemde fiziksel ve mental yeteneklerini yitirme, ölüme hazır olmama, ailesine ve bakım gereksinimlerini karşılayan bireylere yük olduğu düşüncesi, önemli yaşam hedeflerini gerçekleştiremeden hayattan erken kopma, terk edilme korkusu ve endişesi yaşayabilir (Çavdar 2011). Bu dönemde hasta kendini güvende ve bir yere ait hissetmek, umudunu kaybetmemek, sevdikleriyle birlikte olmak, çektiği acıların sona ermesini istemek ve saygılı bir ölümü umut etmektedir. Terminal dönemde sadece hasta, yakınları ve çevresiyle bir bütün olarak düşünülmeli, yapılacak bakım aile üyelerini de kapsamalıdır (Olgun 2017).

Terminal dönem hastalarının fiziksel, emosyonel ve sosyal temel bakım gereksinimlerini karşılayan sağlık profesyonelleri arasında önemli bir meslek grubu bakımın kilit noktası olan hemşirelerdir (Filiz ve Dikmen 2018). Terminal dönem hastalara bakım veren hemşireler, hastanın fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla gereken mesleki donanıma sahip olmalıdır. Bunun yanında hemşirelerin terapötik yaklaşımla hastaya bakım sunması büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin hem hastaya hem de ailesine etkili psikososyal destek verebilmesi için onların duygularını anlaması, onlarla empati kurması ve durumu kabullenmesi gerekir (Birol, 2004).

Hemşirenin terminal dönemde olan hastaya ve ailesine terapötik olarak müdahale etme yeteneği kişisel özellikleri ve deneyimleriyle ilişkilidir. Terminal dönem hastalar ile çalışan hemşireler kendisinin ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerinin farkında olmalıdır (Keskin 2005) Fernandez et al. (2020) sistematik derlemede terminal dönem hastalarına bakan hemşirelerin ölüm hakkında, eğitim eksikliği, önyargılı ve olumsuz düşüncelerinin olması, hastaya bakım verirken büyük stres ve hayal kırıklığı yaşamalarına neden olduğunu bildirilmektedir. Hemşirelerin ölümle yüzleşmekten kaçındıkları, hastaların saygılı ve onurlu ölüm hakkının bu düşüncelerden dolayı olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır.

Korku ve Ateş (2016) ise hemşirelerin çoğunun ölümle karşılaştığı ve ölümü doğal karşıladığı, ölüm ile birlikte hastaların acılarını sona erdirdiği düşüncesinin Hakim

olduğunu belirlemektedir Çevik'in (2010) yapmış olduğu çalışmada benzer ifadeler yer almakla birlikte bu dönemde hasta yakınlarına ziyaret kısıtlaması olmaması gerektiğini dolayısıyla son dönemde hastanın yakınlarıyla beraber olmasının sağlanmasının önemli olduğu hemşireler tarafından vurgulanmaktadır.

Selvi (2019) çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, ölümü kabullendikleri, onunla yüzleşebildikleri bulgulanarak, ölüme ve terminal dönemdeki hasta bakımına yaklaşımlarının da bu duruma paralel olarak olumlu olarak arttığı belirlenmektedir. Genç hemşirelerin terminal dönemdeki hastaya bakım verirken daha fazla kaygı duyduğunu, mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin bu süreci daha iyi yönettiği ve hemşirelere bu konuda eğitim verilerek baş etme stratejileri konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği çalışmada vurgulanmaktadır. Kore'de hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarının incelendiği bir kapsam belirleme çalışmasında, hemşirelerin hasta ve hastanın yakın çevresine bakım verme sürecinde, personel yetersizliği ile kurumsal nedenlerle sıklıkla iş stresi, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik yaşadıkları bildirilmektedir. Hemşirelerin yaşadıkları bu sıkıntıların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilediği tespit edilerek, bu durumun hem bireysel, hem kurumsal hem de hemşirelerin bakım davranışlarının olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (Jung and Matthews 2021).

2.1.2. Merhametli Bakım ve Hemşirelik

Merhamet kavramı Türk Dil Kurumu Sözlüğünde “bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” olarak ifade edilmektedir. Arapça kökenli bir sözcük olan merhamet kelimesi, Latince “compassion” kelimesinin karşılığıdır. Acıya ortak olma, bir başkasının acısını içinde duyarak onunla birlikte aynı acı paylaşma; empati kurarak halden anlama; bir kişinin üzülen veya ıstırap çeken bir başkasını endişelerinden kurtarma kamacıyla harekete geçtiğinde oluşan hüznü duygu durumu, üzüntü ve elem olarak tarif edilmektedir (Schantz, 2007). Merriam- Webster sözlüğüne de acı veya şanssızlıklar yaşayan birine aşırı sempati duyma ve üzüntü hissi ile beraber çekilen ıstırap ve bu ıstırapın sebeplerini ortadan kaldırma arzusu şeklinde tanımlanmaktadır. Sinclair et al (2016) merhameti, ilişkisel anlayış ve eylem yoluyla acıyı ele almayı ve iyileşmeyi kolaylaştırmayı amaçlayan erdemli bir yanıt olarak nitelemektedir. Merhamet aynı

zamanda bakım, paylaşılan anlayış veya empati ve hem duygusal hem de fiziksel sıkıntıyı hafifletmenin bir yolu ile ilişkilendirilmektedir (Sinclair 2016).

Başkalarının ağrı ve acısına derin bir farkındalık gösterilmesi ve bu durumu hafifletmek için harcanan çabayı ifade eden merhamet kavramı evrensel bir değerdir. Sosyal, psikolojik, felsefi, dini ve manevi açıdan çok boyutlu anlamları içerir. Antik dönemde Aristoteles başkalarının yaşadıkları sorunlara merhamet göstermemizin nedenini aynı felaketin bizim de yaşayabileceğimiz düşüncesi ve endişesi olduğunu bildirmektedir. İnsancıl olmayı ana konu olarak ele alan Konfüçyüs merhametin insancıl davranmanın 4 temel esasından biri olduğunu belirtmektedir. Mevlâna ise “şefkat ve merhamette güneş gibi ol” diyerek merhametli davranmanın önemine dikkat çekmektedir. Hristiyanlıkta erdemli olmanın ön koşulu ve hayırseverliğin gereği, İslamiyet’te acımak, şefkat göstermek, af, lütuf ve iyilikle davranmak, Budizm’de ise gerçek merhametin evrensel olduğu belirtilmektedir. Merhamet, yardımseverlik, hoşgörü, sabır, güven, sorumluluk, alçak gönüllülük, saygı, sevgi, adalet gibi değerleri içinde barındırır (Dalgacı, Gürses 2018). Ekstrom (2012), acı çeken birinin çektiği acıyı fark etmeyi sağladığı gibi acı çeken birinin acısını dindirmek için kişiyi harekete geçiren duygu olarak tanımlamaktadır.

Bakım, insan doğasının bir gereksinimi olup, insanın yaşamda kalması ve hayatının devamlılığı için önemlidir. Bütün insanlar doğum anından ölüm sürecine kadar hayatlarının bir bölümünde mutlaka bakıma muhtaç kalmaktayada bakım gereksinimi olan kişilerin yükümlülüklerini üzerlerine almaktadırlar. Hem bakım veren hem de bakım alan bireylerin temel motivasyonları, kültürel değerleri, inançları ile bakım şekillenmekte ve bakım alan kişilerin gereksinimleri doğrultusunda değişkenlik gösterebilmektedir (Lundgren 2011). Hemşirelik için bakım, mesleğe özgüdür (Dinç 2011). Hemşirelik mesleği her koşulda zayıf, güçsüz ve ıstırap çeken bireylere merhamet ve saygı ile bakım vermek üzerine temellendirilmektedir (Coetzee, Klopper 2010). Bakım gereksinimi olan hastalar için merhamet hissi çok önemlidir. Hastalarla uzun süreler boyunca, yoğun temas halinde, yüz yüze iletişimi olan hemşireler, hastaların ve yakınlarının yaşamış oldukları her türlü sorunda da ilk başvurdıkları sağlık meslek grubu olarak görülmektedir. Dolayısıyla acıya, ağrıya maruz kalan hastalara bakım veren ve

onların yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin duyarlı olmaları, merhametli davranış göstermeleri oldukça önemlidir (Uğurlu ve Eti Aslan 2017).

Profesyonel hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale işini doğru yapan hemşirelerin, karakterlerinde bazı erdemleri barındırdığını dile getirerek bu erdemlerden birinin de merhamet olduğunu vurgulamaktadır (Sharp et al 2006; Jones et al 2016). Roach (2007) ise merhametli bakımı, başkasının kırılabilirlikleri, korkuları, ağrı ve acıları için o kişileri tanımasak dahi harekete geçmek, onlar için çaba göstermek olarak ifade etmektedir. Merhametli bakım sağlama profesyonel olarak hemşirelik mesleğinin özünde bulunan, bakımın temeli, hemşirelik mesleğine yardımcı bir duygu ve mesleki davranışları yönlendiren bir ilke olarak görülmektedir (Uğurlu, Eti Aslan 2017). American Hemşireler Birliği (2001) etik hükümlerin birinci maddesinde hemşirelerin tüm profesyonel ilişkilerinde, sosyal, ekonomik statü veya sağlık problemlerinin tabiatına göre ayırt etmeksizin her bir bireyin bireysel nitelikleri, değerleri ve biricikliğinin göz önünde bulundurularak, bireylerin merhamet ve kişilik onuruna saygı göstermeleri gerekliliğini vurgulamaktadır (Burnell 2013).

Merhametli bakım;

- Bilişsel unsurlar: Karşısındaki bireyin sosyal, kültürel, toplumsal değerlerini keşfederek bakış açısını belirlemek ve o kişi için neyin önemli olduğunu anlamayı
- İradi Unsurlar: Başkasının duygulanım, moral ve irade ile ilgili unsurları içerdiği gibi özveri ve fedakâr olmayı
- Duygulanım Unsurları: Başkalarının neler düşündüğünü ve aklından neler geçtiğini hayal etmeyi,
- Moral/Ahlaki Unsurlar: Merhametli davranmamak başkasının yaşadığı hal hazırdaki ağrı ya da distres durumunu attırmayı,
- Özverili/Fedakârlık Unsurları: Başkalarının gereksinimlerine duyarlı bir biçimde tepki vermeyi içerir (Bivins et al. 2017).

Merhametli bakım davranışının hasta, hemşire ve sağlık kurumları için farklı anlamları vardır. Merhametli bakımda hastanın isteği; ağrının dindirilmesi, tıbbi problemlerin anlaşılmış olması, bakım verenlerin mesleki bilgi ve becerisinin yeterli

olması, takım ruhuna uygun çalışılması, yargılamadan tedavi ve bakım alabilmek anlamı taşımaktadır (Burnell ve Agan 2013). Hemşirelik için merhametli bakım, hastaların değerlerini, kaygılarını ve içsel endişelerini anlayarak onlarla empati kurmak, duygularına saygı göstermek, iyi iletişim içinde bulunmak, özverili ve adaletli davranmaktır (Demir ve Kabu Hergül 2015).Merhametli bakım sağlık kurumları için kalite göstergesi, hasta memnuniyeti ve maliyet açısından önemlidir. Ayrıca merhametli bakım hasta üzerinde iyi yönde fizyolojik etkileri olduğu ve iyileşmeyi hızlandırdığı için olumlu olarak düşünülen bir bakım modelidir (Uğurlu ve Eti Aslan 2017).

Palyatif bakım ve yoğun bakım ortamlarında çalışan klinisyenlerin merhamet üzerine deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada merhamet, hastalar, aileleri ve sağlık ekibi üyelerinin dahil olduğu ve bu gruplarla yaşanan iki veya daha fazla kişi arasında geçen süreçler olarak ifade edilmektedir. Klinik ortamlarda merhametin çok yönlü olduğu, klinik, sosyal, kültürel, prosedürel ve kurumsal olmak üzere ortaya çıkan ihtiyaçlara ve koşullara duyarlı olduğu belirtilmektedir. Merhametin, kişilerin zihin durumlarına, eylemlerine, becerilerine ve bu becerilerin belirli bir etkileşim içinde sezgisel ifadesini içerdiği ve bunların tümünün bakım verenlerin uygulamalarına yansıdığı belirtilmektedir. Ayrıca merhametli bakımın başkalarının deneyimlerine hazır olmayı, onlarla ilişki içinde olmayı, dürüstlüğü ve onları kabul etmeyi gerektirdiği bildirilmektedir (Ordos et al. 2019).Yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin merhametli bakım vermesini engelleyen faktörlerin araştırıldığı diğer bir çalışmada, iş ortamında ekip içinde iletişim yetersizliği, meslektaş desteğinin olmaması, iş yeri ile ilgili çatışmalar, kaynakların yetersizliği, hastalar, aileler ve klinisyenler arasındaki uyuşmazlık ile kişisel yaşam stresleri olarak belirlendiği görülmektedir(Jones et al. 2016).

2.1.3.Merhamet Yorgunluğu

Merhamet Yorgunluğu kavramı alan yazınında oldukça yeni bir kavram olduğu için kavramla ilgili yapılan tanımlar genellikle birbirinin tekrarı niteliğindedir. Merhamet Yorgunluğu kavramı açıklanırken genellikle “merhamet” ve “yorgunluk” olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmektedir (Coetze ve Klopper 2010). Ülkemizde ise bu kavram “eş duyum yorgunluğu”, “şefkat yorgunluğu” ve “merhamet yorgunluğu” olarak değişik isimler altında araştırılmaktadır.

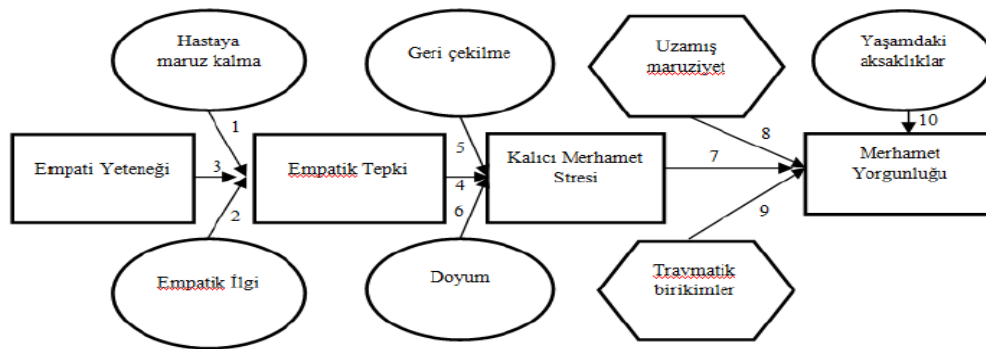
Merhamet yorgunluğu kavramı ilk olarak acil hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerine yönelik araştırma yapan ve hemşirelerin bakım verme yeterliliklerinin kaybetmeye başladıklarını fark eden Joinson (1992) tarafından ortaya atıldığı bilinmektedir. Joinson (1992) yaptığı çalışmada, hastalarla empatik ilişki kurarak bakım veren hemşirelerin, bireylerin travmatik streslerini özümseyerek, onların çektiği acıyı sürekli duyumsamaları sonucu yaşadıklarını merhamet yorgunluğu olarak nitelemektedir. Merhamet yorgunluğunu “Bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” olarak açıklamaktadır. Figley (1995) ise merhamet yorgunluğunu, travmatik olayları sürekli hatırlayarak yeniden yaşama, bu olayların hatırlatıcılarından kaçınma veya devamlı uyaranlara maruz kalma gibi yollarla ortaya çıkan, kümülatif stresin, tükenmişliğin etkilerinin de eklendiği, kişisel ya da kümülatif travma hikayeleri ile giderek artan gerginlik, kaygı ve endişe durumu olarak tanımlamaktadır. Figley (1995) merhamet yorgunluğu kavramının sekonder travmatik stres olarak adlandırılabilmesi ancak travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkilendirilemeyeceğini ifade etmektedir. Çünkü merhamet yorgunluğu bireyin travma yaşayan ya da acı çeken kişilere maruz kalmasının sonucu olduğu bilinmektedir. Orlovsky (2006) ve Circenis (2011) çalışmalarında, merhamet yorgunluğunu kavramını açıklarken benzersiz tükenmişlik duygusu olarak tariflemektedir. Benzersiz tükenmişliği, iş tatmini veya sistemle ilgili hayal kırıklığı duymadan yaşanan bir his olarak nitelemekte ve merhamet yorgunluğunu bakımın bedeli olarak tanımlamaktadırlar. Stamm (2005) ilk çalışmalarında merhamet yorgunluğunu kavramını, sekonder travmatik stres ve dolaylı travma ile ilişkilendirmektedir. Ancak ilerleyen çalışmalarında merhamet yorgunluğunu yeniden kavramlaştırarak, tükenmişlik ve sekonder travmatik stres olarak iki başlık altında değerlendirmektedir (Stamm 2010). Merhamet yorgunluğunun gelişimini araştıran Coetzee ve Klopper (2010) merhamet yorgunluğunun birikimli bir süreç içinde oluştuğunu bildirmektedir. Merhamet yorgunluğu gelişim modellemesinin yapıldığı çalışmada, uzun süre, yoğun ve sürekli hastabakım gereksinimlerini karşılamaktan ve bakım ilişkisi içinde olmaktan, kendinden devamlı bir şeyler vermekten, travmatik strese maruz kalmaktan merhamet rahatsızlığının ortaya çıktığını bildirmektedirler. Merhamet rahatsızlığının düzeltilememesi sonucunda kişilerde merhamet stresinin görüldüğü, ilerleyici ve birikimli bir süreç sonrasında

merhamet yorgunluğunun geliştiğini belirtmektedirler. Cocker ve Jones (2016) kişinin günlük yaşantısıyla başa çıkma yeteneğinin azalmasının fiziksel ve mental tükenme durumu olan ikincil travmatik stresin, birikimli olarak devam eden tükenmişliğin yakınsamasını merhamet yorgunluğu olarak tanımlamaktadır. Dikmen ve Aydın (2016) ise bakım vericilerin bireylerin bakım gereksinimini karşılarken onlarla empati kurmaları sonucu gelişen, bakım verme isteği ve enerjisinde azalmaya sebep olan fiziksel, emosyonel, sosyal ve manevi anlamda tükenmişlik şeklinde kavramı ifade etmektedir.

Peters (2019) bakım vericilerin mesleki performanslarını en üst düzeyde kullanımına karşın iyileşme umudu bulunmayan, çaresizlik yaşayan kişilerin acılarına devamlı maruz kalmaktan ve aşırı stresten kaynaklanan, dayanıklılık ve enerjilerinde fiziksel azalma, mental yorgunluk, empatik yetenekte eksilmeyle belirginlik kazanan, öz bakım önlemleri ile önlenebilen, fiziksel, emosyonel ve sosyal bir tükenme durumu olarak merhamet yorgunluğunun operasyonel tanımını yapmaktadır. Peters (2019)'ın yaptığı operasyonel tanımla birlikte merhamet yorgunluğunun kavramının net olarak ortaya konulduğu söylenebilir.

2.1.4. Merhamet Yorgunluğunun Gelişimi

Figley (2002) merhamet yorgunluğu kavramını, bakım vericinin duyduğu kaygı, empati yeteneğinde azalma ve maruz kalınan acı olarak üç karakteristik özellikten bahsederek açıklamaktadır.



Şekil 1. Figley(2002) Merhamet Yorgunluğu Gelişim Modeli

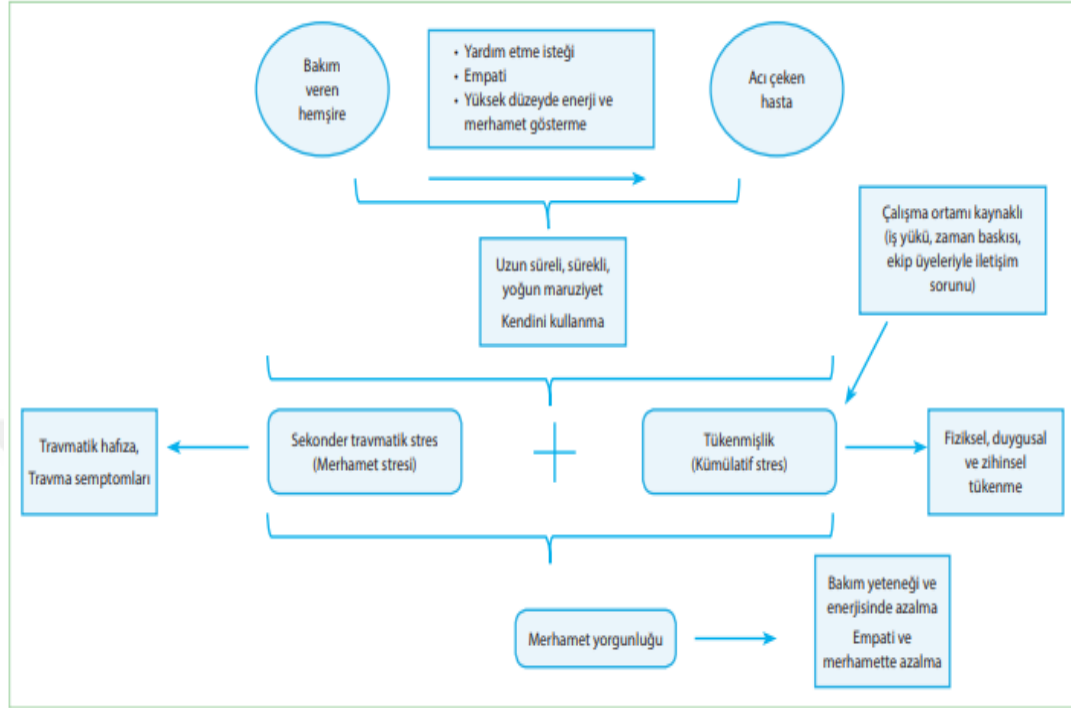
Figley (2002) bakımın bedeli olarak ifade ettiği merhamet yorgunluğunun gelişmesine ilişkin oluşturduğu modelde, uzun süreli hasta kişiye bakım verme,

hastanın ağrı, acı ve travmalarına maruz kalma, empati kurma becerisi, empatik davranış, empatik endişe, merhamet stresi, başarı duygusu, hastayla ilgiyi kesme, travmatik hatıralar ve yaşamın sekteye uğraması gibi faktörlerin birbirleri ile etkileşerek merhamet yorgunluğunun gelişimine katkıda bulunduğunu öne sürmektedir. Mchholm (2006) ise merhamet yorgunluğunu iki farklı gelişim süreciyle açıklamaktadır. İlk olarak, sağlık çalışanlarının hastalarda iyileşme görmeden, yüksek enerji ve merhamet göstermekten, hastaların acılarına uzun süre tanık olmaktan ve bu durumu içselleştirmekten merhamet yorgunluğu yaşayabileceklerini belirtmektedir. Ayrıca uzun çalışma saatleri ve yüksek devir hızı da bu durumun oluşmasına etki ettiğini dile getirmektedir. İkinci olarak, merhamet yorgunluğunun hastaların anlattığı travmatik olayları tekrar tekrar hatırlayarak benzer şekilde sürekli deneyimlenmesi şeklinde oluştuğunu belirtmektedir. Bu durumu da sekonder travma sonrası stres bozukluğu ya da sekonder stres bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. Her iki durumunda benzer şekilde depresyon ve sürekli otomatik uyarılma ile sonuçlandığını bildirmektedir (Mchholm 2006; Pehlivan ve Güner 2018).

Coetze ve Klopper (2010) merhamet yorgunluğunun gelişim sürecini tanımladıkları modelde hasta ile temas, kendini kullanma ve stres olarak üç riski ifade etmektedirler. Bu üç risk etkenine uzun süreli, sürekli ve yoğun şekilde maruz kalındığında merhamet yorgunluğunun gelişmesinin kaçınılmaz olduğunu dile getirmektedirler. Ancak merhamet yorgunluğunun da hemen gerçekleşmediğini ilerleyici ve birikimli bir süreç olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu süreçleri merhamet rahatsızlığı, merhamet stresi ve merhamet yorgunluğu şeklinde aşamalı olarak tanımlamaktadır.

Pehlivan ve Güner (2018) literatür bilgileri doğrultusunda merhamet yorgunluğunun gelişim sürecini açıklayan yeni bir model koymaktadır. Bu modelde hemşirelerin acı çeken hastaya yardım etme, empati, yüksek düzeyde enerji ve merhamet göstererek bakım vermeleri sonucu merhamet yorgunluğu görülmeye başladığı belirtilmektedir. Hemşire, hastanın bakım gereksinimini karşılarken, hasta ile uzun süreli, sürekli ve yoğun olarak etkileşim içinde bulunur ve kendini terapötik olarak kullanır. Bu durum hemşirelerde sekonder travmatik stres ve tükenmişlik ortaya çıkarak fiziksel, emosyonel, zihinsel tükenme yaşamasına neden olmakta ve hemşirelerin

bakım yeteneklerinde, enerjilerinde, empati becerilerinde ve merhamet duygularında azalma ile sonuçlanmaktadır.



Şekil 2. Pehlivan ve Güner (2018) Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci

2.1.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri ve Ekleri

Merhamet yorgunluğunun belirtileri literatürde farklı bilim insanları tarafından farklı şekillerde gruplandırılmaktadır. Merhamet yorgunluğu etkilerini Lombardo ve Eyre (2011) fiziksel, duygusal ve işle ilgili belirtiler olarak sınıflandırırken, Dikmen ve Aydın (2016) fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak, Coetzee ve Klopper (2010) fiziksel, emosyonel, psikolojik, sosyal, mental ve manevi belirtiler olarak sınıflandırmaktadır.

Perry et al (2011), fiziksel belirtileri “bir şeyin yanlış olduğunu gösteren derin ve ilerleyici ilk işaret” olarak tanımlamaktadır. Godsil et al (2013) merhamet yorgunluğu veya sekonder travmatik stres gibi stres bozuklukları yaşayanların, duygusal denge ve beyin motor korteksinden sorumlu bölgesinde işlevselliğin bozulduğunu belirtmektedir. Yorgunluk, uykuda düzensizlik, enerji ve performans düşüklüğü, kasların gerginliği, güç ve dayanıklılıkta azalma, kilo değişimleri, gastro

intestinal sistemde sıkıntılar, baş ağrısı, taşikardi, göğüs ağrısı, hipotansiyon, hipertansiyon gibi kardiyak sorunlar ve bağışıklık sisteminde zayıflama merhamet yorgunluğunun fiziksel belirtileri olarak bildirilmektedir. Nolte et al (2017) meta analiz çalışmasında, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel belirtilerin merhamet yorgunluğu çalışmalarında ortak özellik olarak tespit edildiğini bildirmektedir.

Dikmen ve Aydın (2016) çalışmasında emosyonel belirtileri; tükenmişlik, huzursuzluk, umutsuzluk, sinirlilik, öfke ve kızgınlık, etrafa karşı ilgide azalma, duygusal ve psikolojik durum değişimleri, işten uzaklaşma isteği, duyarsızlaşma, aşırı uyarılmışlık, irritabilite, yetenekte azalma ve odaklanmada problemler yaşama, coşkuda azalma, muhakeme kaybı, anksiyete ve yalnızlaşma olarak sıralanmaktadır. Perry et al (2011) çalışmasında, hemşirelerin birçoğunun kendilerini yetersiz ve güçsüz hissettiğinden dolayı mesleği terk etmeyi düşündüklerini vurgulamaktadır.



Şekil 3. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Coetzee ve Klopper (2010) ise merhamet yorgunluğunun sistemler veya inançlar üzerindeki belirtilerinde bahsederek şüphe, kişinin hayatında iyi/olumlu veya kötü/olumsuz büyük değişiklikler yapması, Tanrı'ya kızgınlık duyma, ıstırap çekme, dua ile ibadette azalma veya artma, sevinç duyamama olarak manevi etkilerini ortaya koyarak spiritüel etkilerinden bahsetmektedir. Ayrıca analiz becerisinde azalma gibi entelektüel belirtilere yönelik ayrı bir sınıf oluşturmaktadır.

Merhamet yorgunluğunun etkilerini kişisel, mesleki ve örgütsel olarak sınıflandırmak mümkündür (Şekil 3). Merhamet yorgunluğu kişiye özel olduğu için bir hemşireye merhamet yorgunluğu tanısını konulması için çoğunlukla birden fazla belirtinin bir arada görülmesi gerekmektedir (Lynch ve Lobo, 2012; Dikmen ve Aydın 2016). Çalışma koşullarına bağlı olarak yoğun stres yaşayan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama riskleri oldukça fazla olduğu alan yazınında belirtilmektedir (Gikonyo et al 2021)

2.1.6. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Kavramlar

Merhamet yorgunluğu ile ilişkili kavramlar (Pehlivan 2018);

- **Tükenmişlik:** Bireylerin uzun süre duygusal olarak zorlayıcı olaylara maruz kalma sonucunda fiziksel, emosyonel ve entelektüel tükenme durumu olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik çalışma ortamından veya çalışma koşullardan kaynaklanır. Merhamet Yorgunluğu ise bakım ilişkisi ve duygudaşlık sonucu oluşur. Depresyon gibi kişisel sonuçları olduğu gibi yargılama hataları gibi profesyonel sonuçları olabilir (Kearney et al 2009; Fleming et al 2020).
- **Sekonder Travmatik Stres (STS):** Travma yaşayan kişilerin gereksinimlerini karşılamaktan veya yardım etmek istemekten kaynaklanan stres durumudur. Merhamet yorgunluğu, STS ve dolaylı travmatizasyon kavramları bakım vericilerin hastaların travmatik deneyimlerini paylaşarak onları içselleştirmeleri sonucu oluşur. Bu durum hasta bakım verme süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. STS ve dolaylı travmatizasyon empatiyle yaklaşabilme yeteneği gibi ortak risk unsurlarını içerir ve psikososyal distresle son bulur.
- **Sekonder Travmatik Stres Bozukluğu (STSB):** Hastayla ilgili travmatik olayların hatırlanmasıyla görülen, yaygın anksiyete, depresyon veya

travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçınma ve sürekli uyarılma şeklinde ortaya çıkan biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak tükenme ve işlevsizlik durumudur. STSB uzun süre ve sürekli başkalarının travmatik yaşantılarına, deneyimlerine ve hikayelerine maruz kalma nedeniyle görülürken, merhamet yorgunluğu bakım ilişkisi nedeniyle oluşmakta ve bakım enerjisini olumsuz yönde etkilemektedir.

- **Dolaylı Travmatizasyon (Vicarious Traumatization):** Bakım veren sağlık uzmanlarının, hastaların travma sonucu yaşadıkları olumsuz deneyimlerine ilişkin kurdukları empatiyle ilişkilendirilen bir travma durumudur.
- **Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB):** Bir organ kaybı, afetler, ateşli silahla yaralanma, tecavüze uğrama veya kayıplar gibi travmatik olaylar yaşayan bireylerde görülen bir stres bozukluğudur. Merhamet yorgunluğunun TSSB'den farkı ise bakım verenlerde bakım ilişkisi sonucu hasta ile kurulan empati sonucu görülür.
- **Moral Distress:** Yapılması gereken doğru şeyin bilinmesi karşın kurumsal kısıtlamalar nedeniyle doğru eylemin gerçekleştirilememesi sonucu ortaya çıkan ahlaki değerlendirmeler sonucu yaşanan olumsuz duygular. Merhamet yorgunluğunda alınan bir karar sonucu yaşanan ahlaki sıkıntılar yaşanan merhamet yorgunluğunun bir parçasını temsil eder.
- **Merhamet Memnuniyeti (Compassion Satisfaction):** Bakım vericilerin bakım sürecinde diğer bireylere yardım edebildiklerini ve başarıya ulaştıklarını ve hissettikleri durumlarda ortaya çıkmaktadır. Merhamet yorgunluğu bakım ilişkisi sonucu olumsuz bir durumu ifade ederken, merhamet memnuniyeti olumlu duyguları içermektedir.

2.1.7. Merhamet Yorgunluğu ile Başa Çıkma Stratejileri

İnsanlar uzun yıllardır yaşadıkları problemlerle baş edebilmek, ruh ve beden sağlıklarını korumak amacıyla çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar. Hemşirelerin hasta bakım davranışlarında olumlu tutumlarını sürdürebilmeleri, bakım kalitesi, iş tatmini ve hasta memnuniyetini artırabilmeleri, merhamet yorgunluğu kavramını analiz edebilmelerine, belirtilerini bilmesine ve uygun baş etme stratejilerinden faydalanarak merhamet yorgunluğunu etkili bir şekilde yönetilmesine bağlıdır (Hooper et al 2010).

Figley (2002), merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejilerini dört basamakta özetlemektedir. İlk basamak olan tedavi aşamasında merhamet yorgunluğu kavramıyla ilgili ayrıntılı bir bakış açısı geliştirmek üzere bilgilendirilmesidir. İkinci basamakta bakım veren personelin travmatik stresörlere karşı duyarsızlaştırılmasıdır. Üçüncü basamak terapötik maruziyet dozunun ayarlanması, dördüncü basamak ise bireyin sosyal dayanaklarını göz önünde bulundurarak bu dayanakların nicelik ve çeşitliliğini artırmaktır.

Yoder (2010) hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejilerini kişisel ve işle ilişkili stratejiler olmak üzere iki temel başlık altında incelemektedir. Çalışmada hemşirelerin başvurdukları kişisel baş etme yöntemlerini manevi ve dini inançlara yönelme, sosyal aktiviteleri artırma, iş ve özel yaşamı birbirinden ayırma, iç gözlem veya öz değerlendirme yapma ve olumlu tutum geliştirme olarak belirtmektedir. Hasta bakımını rutinleştirme, hasta ile ilişkisini azaltma veya sonlandırma, kurumdan veya hemşirelikten ayrılma, çalıştığı birimi değiştirme ve çok sık izin alma ise merhamet yorgunluğunun iş ile ilgili baş etme yöntemleri olarak bildirmektedir.

Potter (2013) kurum içinde büyük sorun olabilecek merhamet yorgunluğu erken tanınması ve bakım verenlerin desteklenmesi oldukça önemli olduğunu belirtmektedir. Kurum kültürü geliştirilerek çalışanlar ve yöneticiler arasında destekleyici bir çalışma ortamı yaratılabileceği gibi eğitimler aracılığı ile bakım vericilerin mesleğe ve kuruma bağlılıklarının artırılabilceğini vurgulamaktadır.

“Hızlandırılmış İyileştirme Programları (Gentry et al.2002) veya “Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programları’ndan (Potter 2010, Wentzel ve Brysiewicz 2014) yararlanılarak bütüncül ve kişisel öz bakım disiplini oluşturularak bakım verenlerin merhamet yorgunluğu ile baş etmelerine yardım eden destek programlarını kullanılabilecekleri belirtilmektedir. Bu programlar ile bakım verenlerin bireysel ve mesleki öz bakım uygulamalarının desteklenmesi, iyiliğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Aynı zamanda bakım verenlerin, öz farkındalık ve öz değerlendirmeye ilişkin yöntemler kullanılarak yaşanan olumsuz etkileri dengeleyebilmeleri ve zorluklarla etkin bir şekilde baş edebilmeleri amaçlanmaktadır. Merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejileri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Merhamet Yorgunluğu İle Baş Etme Stratejileri

Kısa Dönemli Stratejiler	
Kişisel Baş etme Stratejiler	Destekleyici Baş etme Stratejiler
Kendi kendine bakım faaliyetlerine / iş dışındaki yaşamlara (örneğin, egzersiz, meditasyon, günlük tutma, eğlence) katılma	Hasta bakımında kişisel katılımın değiştirilmesi (bağımsız veya artan bağımlılık)
İş dışı ilişkilerin tadını çıkarmak	İş katılımının doğasını değiştirme (örneğin, klinik değiştirme, işten zaman ayırma)
Stresli duruma karşı tutumun değiştirilmesi.(Mizah, olumlu düşünme ve olumlu tutum kullanarak olumlu bir bakış açısı kazanmak)	Mevcut durumu değiştirmek / yönetmek için harekete geçmek (ör. Hasta desteğine katılımı arttırmak)
	Kendine ait iddialı davranışlarda bulunmak
	Hizmet içi oturlara ve profesyonel konferanslara katılma
	Kodları, ölümle ilgili veya olayları takip eden meslektaşları veya meslektaşları olmayan profesyonellerle resmi veya gayri resmi olarak bilgilendirme
Uzun Dönemli Stratejiler	
Kişisel Baş etme Stratejiler	Destekleyici Baş etme Stratejiler
Öz-analiz veya yapılandırılmış / yönlendirmeli iç gözlem (Mindfulness temelli stres azaltma vb.)	Destekleyici mesleki ilişkiler geliştirmek, bilgi alma
Kişisel tetikleyicilerin farkındalığını öğrenmek	Kişisel hemşirelik uygulamasının kavramsal bir çerçevesini geliştirmek
Stres yönetimi teknikleri geliştirmek	Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik için kişisel tetikleyicilerin farkındalığını geliştirmek
Yeni baş etme stratejileri geliştirmek	Hemşire-hasta ilişkilerine özgü kişisel sınırların farkındalığının geliştirilmesi
Kişisel bakım felsefesi geliştirmek	Olumsuz olaylarla ilgili durumlar için ritüellerin geliştirilmesi, ör. Kayıp, yas tutan ya da ölüm
Spirüel Yaklaşım Yönelimi (Manevi ya da dini yöntemleri kullanma, dua)	Kişisel felsefe ile uyumlu bir çalışma ortamı seçmek; gerektiğinde iş değiştirmek
Destekleyici kişisel ilişkiler geliştirmek	İleri düzey eğitim ve hemşirelik eğitimi için kurslara katılmak

Solomon (2014)

Heeter et al (2017) çalışmasında, palyatif bakım hizmeti sunanlar arasında merhamet yorgunluğunu azaltmak için akıllı telefon uygulamaları aracılığıyla sunulan 6 haftalık bir meditasyon programının etkinliğini incelemektedir. Çalışmada tek gruplu ön ve son test çalışma tasarımı, müdahaleden sonra merhamet yorgunluğunda önemli bir azalma olduğunu bildirilmektedir. Hilliard (2006) tarafından yürütülen bir başka çalışmada, merhamet yorgunluğunu azaltmak için bir müzik terapisi müdahalesinin etkinliğini araştırmaktadır. Randomize olarak yürütülen çalışmada katılımcılardan bir gruba ekolojik müzik terapi ve bir diğerine didaktik müzik terapi uygulanarak sonuçlar değerlendirilmektedir. Grupların merhamet yorgunluğu düzeylerini ölçmek için ön ve son test uygulanarak sonuçların değerlendirildiği çalışmada, her iki grubun

ön ve son test puanları arasında merhamet yorgunluğu düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı gösterilmektedir. Hill et al (2016) bir sistematik derlemede, palyatif bakım verenlerde merhamet yorgunluğunu azaltmaya yönelik yapılan psiko-sosyal müdahalelerin (eğitim, bilişsel rahatlama ve destek) merhamet yorgunluğunu azaltmada etkisiz olduğu belirlenmektedir. Baqeas et al (2021) kapsam belirleme çalışmasında, mesleki sınırları belirlemenin, meslektaşlar ve süpervizörlerden destek aramanın, yansıtmanın, fiziksel egzersiz ve iş dışında sosyal aktivitelere katılmanın, öz bakım stratejilerini belirlemenin, öz kontrolü geliştirmek için kullanılan yöntemleri anlamamanın, kişinin sınırları ile birçok şeyin değiştirilemeyeceği gerçeğini kabul etmenin ve bunlarla yaşamayı öğrenmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca çalışmada, palyatif bakım eğitiminin, iletişim becerilerini artırmanın ve hobiler geliştirmenin, maneviyatın, destek almanın hem sorun odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının bireysel destekler anlamında önemli görüldüğü bildirilmektedir.

2.1.8. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik

Merhamet, hemşireliğin doğasında bulunan ahlaki ve ruhsal güçlendiricidir. (Schantz, 2007). İnsanların acı ve ağrılarını hafifletmeyi amaçlayan merhametli bakım, hemşirelerin kimliğinin ana parçası ve en değerli varlığı olarak kabul edilir (McCaffrey ve McConnell, 2015). Merhametli bakım, hemşirelik mesleğinin ve kaliteli sağlık bakımının temel taşı olmasına rağmen, sürekli olarak hastaların acı çekmesi ve hatta ölümüyle uğraşan ortamlarda çalışmak hemşirelerin merhamet davranışlarını etkilemektedir (McVicar et al 2021).

Hemşireler hastalarıyla etkileşime girdiğinde onların davranış ve tutumlarına yansıyan acı ve ıstırapı paylaşırlar (Burnell, 2009; Henderson ve Jones, 2017). Merhamet yorgunluğu sürecinde, bakım vericinin hastası için duyduğu kaygı, empati yeteneği ve bakım vericinin maruz kaldığı acı olarak üç karakteristik özellikten bahsetmektedir (Figley 2002). Bu üç karakteristik özellik hemşirelerde verdikleri bakımdan dolayı tatmin duygusu hissettirebileceği gibi tersine merhamet rahatsızlığı, merhamet seviyesini aşan bir merhamet stresine ve sonrasında merhamet yorgunluğuna yol açabilmektedir (Coetze ve Klopper 2010).

Nolte et al (2017) çalışmasında, merhamet yorgunluğunu hemşirelik bakımı ve bakıma dair işlevlerde meydana gelen bozulma süreci olarak tanımlanmaktadır. Çalışmada tetikleyici faktörlerin merhamet yorgunluğunun gelişimini etkileyen öncüller olduğunu gösterilmektedir. Bu faktörler çalışma ortamı ile ilgili faktörler, iş yeri ve evdeki destek yetersizliği, iş stresi, mesleki bilgi ve beceri eksikliği, profesyonel mesleki sınırların üzerinde emek sarf etme ve sürekli bir meşguliyet olarak belirlenmektedir. Gelişen merhamet yorgunluğunu “Fiziksel semptomlar” ve “duygusal semptomlar” takip ettiği ve bu semptomların birbiriyle ilişkili olduğu çalışmada bildirilmektedir. Bununla birlikte, merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmek için hemşirelerin destek mekanizmalarını kullanmaları gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu destek mekanizmaları, mesleki gelişim fırsatlarının sağlanması, sunulan fırsatları değerlendirebilmesi, profesyonel sınırlar içinde çalışılması, rehberlikten yararlanılması ve bilgi alınması, hemşirelik liderlerinden destek sağlanması, öz bakım stratejilerinin bilinmesi ve uygulanması (refleksin, egzersiz, spiritüel bakım) olarak belirtmektedir.

Wanging et al (2021) meta-analiz çalışmasında hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin orta olduğunu, Asya kıtasında çalışan hemşirelerin, Amerika ve Avrupa kıtasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek merhamet yorgunluğu yaşadıklarını bildirmektedir. Çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri 2010’dan 2019 yılına kadar kademeli olarak yükselirken, 2019’da en yüksek seviyeye ulaştığı ve yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürde yaş, eğitim seviyesi, medeni durum ve mesleği severek yapma gibi faktörlerin hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyini etkilediği belirtilmektedir (Kelly et al 2015; Sacco et al2015). Sağlık profesyonelleri ile yürütülen diğer bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla merhamet yorgunluğunu daha fazla yaşadığı, bakım ilişkisi içinde kurulan empatik yaklaşımın merhamet yorgunluğunun oluşumuna katkı sağladığı bildirmektedirler (Polat ve Erdem 2016).

Dikmen ve ark. (2016)’nın yaptıkları çalışmada, yaş, yoğun bakım deneyimi ve haftalık çalışma sürelerinin merhamet yorgunluğunu etkilediği belirtilerek yoğun bakım hemşirelerin %52,7’sinin merhamet yorgunluğu açısından yüksek risk altında

olduğunu tespit etmektedir. Van Mol et al (2016) yoğun bakım ünitesinde 1992-2014 yılları arasında merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışmaları incelediği sistematik derlemede; merhamet yorgunluğu prevalansını %7,3 ile %40 arasında, sekonder travmatik stres prevalansını %0 ile 38,5 arasında değişen oranlarda olduğunu belirtmektedir. Aynı çalışmada merhamet yorgunluğunun çalışma süresi arttıkça görülme sıklığının da arttığını ve kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü bildirmektedir. Yoğun bakımda çalışan kadın ve erkek hemşirelerin merhamet yorgunluğu, merhamet tatmini ve baş etme yöntemlerine yönelik yapılan çalışmada hem merhamet tatmini, hem de merhamet yorgunluğu boyutlarında kadın ve erkekler arasında anlamlı fark tespit edildiği bulgulanmaktadır (Varadajana ve Rani 2021). Yoğun bakım hemşirelerine verilen airway yönetimi ile ilgili olarak yapılan eğitim çalışması sonrasında hemşirelerin ahlaki sıkıntı ve merhamet yorgunluğu oranında önemli ölçüde azalma olduğu belirtilmektedir (Golitaleb 2021).

Yaşam sonu bakım veren ve onkolojik hastaların bakım gereksinimlerini karşılayan onkoloji hemşireleri, zor ve umutsuz durumlarla baş etmede duygusal dayanıklılığa ihtiyaç duyarlar. Kanseri hastalara teşhisten hayatta kalmaya veya yaşamın sonuna kadar olan tedavi yolculukları boyunca bakmak, merhamet gerektiren bir durumdur (Katz, 2019). Ancak merhametin onkoloji hemşireleri üzerindeki etkileri her zaman olumlu olmamaktadır. Hemşireler, acı çeken hastalara sık sık maruz kalmaktan, stresli çalışma ortamlarından ve kendini feda etmekten kaynaklanan tüm istenmeyen duyguları içeren bakımın olumsuz yönü olan merhamet yorgunluğunu yaşayabilirler (Peters, 2018; Stamm, 2010). Onkoloji hemşireleri hastaların ağrı ve acılarıyla ilgilenirken duygularını daha az yansıtmalı, olumsuz duygularını göstermemeli ve dayanıklı bir kişiliğe sahip olmalıdır. Onkoloji hemşiresi olmak hastalara sempati ve empati göstermeyi gerektirir. Ancak bu durum onkoloji pratiğinde etik bir sorun olarak duygusal umutsuzluğa ve ahlaki sıkıntıya yol açabilmektedir (Varga Celis ve Concha Mendez 2019). Çin’de çalışan onkoloji hemşirelerine (n=650) profesyonel yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak gerçekleştirdiği tanımlayıcı kesitsel çalışmada, onkoloji hemşirelerinin yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşadıklarını belirtmektedir (Yu et al. 2016). Kore’de, onkoloji hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu açısından %50,9’unun orta risk, %21,6’sı yüksek risk grubunda yer aldığı, empatinin de merhamet yorgunluğunun

etiyojisi olduğu bildirilmektedir (Cho and Jung 2014). Merhamet yorgunluğu yaşıyan hemşirelerde umutsuzluk, motivasyon eksikliği, korku, uykusuzluk, aşırı empati ve fedakarlık, duyarsızlaşma, irritabilite, hoş olmayan düşünceler, sosyal ilişkilerde olumsuzluk, stres, mesleği bırakma isteği, tükenmişlik ve sekonder travmatik yaşayabilecekleri belirtilmektedir (Perry ve ark 2011, Stamm 2010, Gomez-Urquiza et al 2016; Melvin 2015; Quinal et al 2009). Ortega- Campos et al (2020), onkoloji hemşirelerinin %19'unun düşük merhamet memnuniyetine, %56'sının orta ve yüksek düzeyde tükenmişliğe, %60'ının ise orta ve yüksek düzeyde merhamet yorgunluğuna sahip olduğu ortaya koymaktadır. Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada onkoloji hemşirelerinin %55'inin merhamet tatmini yaşadığı, %61'inin tükenmişlik deneyimlediği, %75'inin merhamet yorgunluğu yaşadığı belirtilmektedir (Wentzel Brysiewicz, 2018). Diğer çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmektedir (Wu et al 2016; Gómez-urquiza et al 2016; Gikonyo et al 2021).

Palyatif bakım verenler arasında merhamet yorgunluğunun incelendiği bir kapsam belirleme çalışmasında, merhamet yorgunluğunun fiziksel ve duygusal sonuçlara sebep olabileceği, bireylerin işyerinden ayrıldıktan sonra dahi kendini hasta bakımından sorumlu hissettiği belirlenmektedir. Ayrıca bireylerin sekonder travmatik stresin neden olduğu psikolojik stres yaşadıkları bildirilmektedirler. Palyatif bakım vericilerin merhamet yorgunluğuna ek olarak, suçluluk, üzüntü, ağlama, ölümü düşünme, ölümle ilgili kişisel deneyimleri hatırlama, tecrit ve keder gibi ruh sağlığı ile ilgili birçok boyuttan da etkilendiği çalışmada ortaya konulmaktadır (Baqeas, Davis ve Copnell 2021).

2.1.9. Pandemi ve Merhamet Yorgunluğu

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan Covid-19 virüsü, farklı zamanlarda ve farklı ülkelerde değişik mutasyonlara uğrayarak dünya geneline yayıldı ve DSÖ Mart 2020 tarihinde Covid-19'u pandemi olarak ilan etti. Akut ciddi solunum problemi nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyon tedavisi ile başlayan ve farklı tedavi girişimleri uygulanan Covid-19 hastaların ileri teknolojiyle karmaşık bir bakım sunulduğu bilinmektedir. Covid-19 virüsü ile enfekte olan kişilerin yaklaşık %15'inde önemli ve ağır komplikasyonlar geliştiği, ölüm oranlarının yüksek olduğu ve bakım ihtiyaçlarının artması nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde bakım ve tedavileri sürdürüldüğu belirtilmektedir (Baud vd. 2020).

Tüm dünyada sağlık sistemlerini olumsuz etkileyen Covid-19 pandemisinde en çok etkilenen meslek grubunun hemşireler olduğu bildirilmektedir (Çevik ve Özden 2020).Covid-19 pandemisinde hemşireler yeni ve bilinmeyen bir hastalıkla mücadele ederek, profesyonel nitelikleri üst düzeyde kullanarak, kendilerinden sürekli ve uzun süreler boyunca bir şeyler vererek ön safhalarda yer aldıkları belirtilerek, bu durumun hemşirelerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Hiçdurmaz ve Üzar Özçetin 2020).

Covid-19 pandemisinde hemşireler yeni protokollere ve kurallara uyum sağlamak, iş yüklerinin artarak devam etmesi, hastaların tüm bakım gereksinimlerini karşılamak için sürekli fedakarlıklarda bulunmak, aileleri ve çocukları dahil kimse ile görüşme fırsatı olmadan sürekli ve uzun süreler çalışmak gibi zorluklarla mücadele etmek durumunda kaldılar (Bilings et al 2020; Johnson 2020). Pandemi sürecinde hemşirelerin, kendilerine bulaşma riski bulunan hastalara bakım vermesi, hastalığın tedavisinin bilinmemesi, bakım verilen hasta sayısının ve hasta bakım gereksinimlerinin artması, çalışma koşullarının değişmesi, uzun çalışma saatleri, koruyucu ekipmanla çalışma zorluğu ve ekipmanların yarattığı olumsuzluklarla baş etme çabası, virüsü yakınlarına bulaştırma ihtimali gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (Çevik ve Özden 2020; Hiçdurmaz ve Üzar Özçetin 2020;Franza et al 2020). Hemşirelerin yaşadıkları bu sorunlar yaşam kalitelerinin bozulmasına ve psikolojik sıkıntılar duymalarına neden olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmektedir (Hiçdurmaz ve Üzar Özçetin 2020;Johnson 2020; Lluch Cet al 2022).

Alan yazınında geçmişte yaşanan salgınlarda, 24 saat kesintisiz bakım ilişkisi içinde olan hemşirelerin diğer sağlık meslek gruplarına oranla daha çok mesleki stres yaşadıkları ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Maunder et al 2006). Pandemi sürecinde yapılan çalışmalarda, hemşirelerde en sık rastlanılan psikolojik sıkıntılar kaygı, endişe, uyku sorunları, anksiyete, kızgınlık ve öfke, depresyon, tükenmişlik, ikincil travmatik stres tepkilerinin olduğu vurgulanmaktadır. Hemşirelerin hastalarla sürekli bakım ilişkisi içinde yoğun stres altında çalışması, yakın temasta bulunması, hastalara empatik yaklaşması, onların ıstırap, ağrı ve her zamankinden daha çok ölümlerine tanıklık etmesi sonucu merhamet yorgunluğu

yaşama durumunu artırabileceği çalışmalarda ortaya konulmaktadır (Çevik ve Özden 2020; Hiçdurmaz ve ark, Lai et al 2020).

Katran ve ark.(2021)'nın yoğun bakım biriminde yaptığı çalışmada, Covid-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçiren hemşireler ile geçirmeyen hemşireler arasında anlamlı fark olduğunusaptanarak hastalığı geçiren hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmektedir. Çalışmada, yoğun bakım biriminde çalışan 1 yıllık tecrübe sahibi olan, yeni mezun ve genç hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi Covid-19 virüsü ile enfekte olup hastalığı geçirenlere oranla daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Okgün Alcan ve Yıldız (2021)'nın pandemi sürecinde yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres ve merhamet yorgunluğunun ileri seviyede tespit edilerek, algılanan stres seviyesi yükseldikçe merhamet yorgunluğu düzeyinde yükseldiği belirtilmektedir. Fernandez et al (2020) Covid-19 pandemisinde doktorların daha yüksek merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyine sahipken, hemşirelerin merhamet memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Ancak Covid-19 servislerinde ve acil birimlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puanlarının yüksek düzeyde, merhamet memnuniyetlerinin ve algılanan stres seviyeleri çalıştıkları birimden bağımsız olarak benzer olduğu bulgulamaktadır. Labrosu ve Santo (2021) Covid-19 salgınında ön safhalarda çalışan hemşirelerde pandeminin ikinci dalgasında ortanın üstü yüksek merhamet yorgunluğu yaşadığını, artan merhamet yorgunluğunun hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği, iş tatminlerinin azaldığı, işten ayrılma niyetlerinin arttığı belirlenmektedir. Lluch Cet al (2022) tarafından yapılan sistematik derlemede hemşirelerin hekim ve psikolog gruplarına göre daha düşük merhamet yorgunluğu gösterdiği bildirilmektedir.

2.1.10.Merhamet Yorgunluğu Ölçümü

Hemşirelerin bakım davranışını etkileyen hem hasta hem de hemşireler için olumsuz sonuçları bulunan merhamet yorgunluğuyla baş etme stratejileri uygulamadan önce yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu tanımlayan bir ölçme aracı olması önemli görülmektedir. Alan yazınında, merhamet yorgunluğunun kavramın tam olarak belirlenememesi ve mesleki stresle ilişkisinin tam olarak belirlenememesi sebebiyle ölçülmesinin zor olduğu kabul edilmektedir

(Najjar ve ark. 2009). Son yirmi yılda, Merhamet Yorgunluğu dahil olmak üzere merhamet yorgunluğunu ölçmek için çeşitli ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçekler;

- Figley ve Stamm (1996) Merhamet Yorgunluğu Ölçeği-Kendi Kendine Test (The Compassion Fatigue Scale Self Test)
- Gentry et al (2002) tarafından geliştirilen Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (The Compassion Fatigue Scale)
- Bride et al (2004) tarafından geliştirilen Sekonder Travmatik Stres Ölçeği (Türkçe Adaptasyon Yıldırım, Kıdak, Yurdabakan 2018)
- Adams et al (2006) tarafından geliştirilen Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (Compassion Fatigue-Short Scale -Türkçe Adaptasyon Hür ve Ekinci 2018)
- Stamm (2005) tarafından geliştirilen Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL) (Türkçe Adaptasyon Yeşil ve ark. 2010, ölçeğin 5. Versiyonu ProQOL Versiyon 5 Çınarlı ve Koç 2019).

Merhamet Yorgunluğunu ölçmek için geliştirilen ilk araç Merhamet Yorgunluğu Ölçeği-Kendi Kendine Test ölçeğidir ve 40 maddeden oluşmaktadır. Merhamet Yorgunluğu Kendi Kendine Test ölçeği Merhamet Yorgunluğu (23 soru) ve Tükenmişlik (17 soru) olmak üzere iki alt boyutu bulunan bir öz bildirim ölçüsüdür (Figley 1995, Figley ve Stamm 1996). Gentry et al (2002) tarafından geliştirilen 30 maddeden oluşan Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu (22 madde) ile Tükenmişlik (8 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Adams et al (2006, 2008) tarafından Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (CFS-R) 13 maddeden oluşan Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçek olarak uyarlandığı belirtilmektedir. Ölçek, İkincil Travma (5 madde) ile İş Tükenmişliği (8 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Son olarak, Merhamet Yorgunluğu Ölçeği'ne merhamet memnuniyetini ölçen ve olumlu öğeler içeren maddelerde dahil edilerek Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL) olarak yeniden adlandırılmaktadır. Bu ölçekte merhamet yorgunluğu kavramı yaşam kalitesini oluşturan bir alt boyut olarak ele alınmaktadır. Ölçeğin merhamet yorgunluğunu ölçmek için sıklıkla kullanılan bir araç olduğu görülmektedir. Ayrıca Bride et al (2004) tarafından geliştirilen İkincil Travmatik Stres Ölçeği yurt dışındaki bazı çalışmalarda merhamet yorgunluğunu değerlendirmede kullanılan bir araç olduğu bilinmektedir. Ölçekte toplamda 17

madde bulunmakta ve beşli likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin duygusal ihlal (5 madde), kaçınma (7 madde) ve uyarılmışlık (5madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

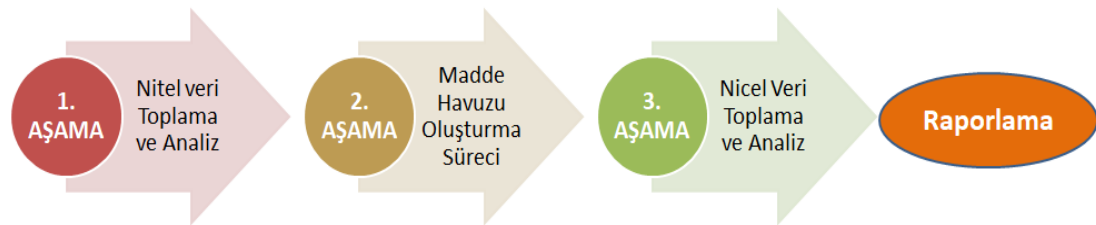
Adams et al. (2006) tarafından geliştirilen MY-KÖ sosyal hizmet uzmanları için oluşturulduğu ve merhamet yorgunluğu ile ilgili mevcut çalışmaların büyük çoğunluğunda Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (ProQOL) kullanıldığı alan yazınında belirtilmektedir (Sinclair vd. 2017). Merhamet Yorgunluğunu değerlendirmek üzere hemşirelerde genellikle Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Sekonder Travmatik Stres Ölçeği ve Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanıldığı görülmektedir. Ülkemizde merhamet yorgunluğunu değerlendirmek amacıyla mevcut ölçüm araçlarından Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MY-KÖ'nün kültürel uyarlaması yapıldığı belirlendi. Alan yazınında yaşam sonu bakım veren yoğun bakım, palyatif bakımda ve onkolji servislerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunu değerlendirmek için hemşirelik mesleğine özgü bir ölçüm aracına rastlanılmadı. Bu nedenle yaşam sonu bakımın sıklıkla verildiği ve merhamet yorgunluğu yaşama riski fazla olan yoğun bakımvepalyatif bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunu değerlendirebilecek, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış bir ölçme aracına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu belirlemek için bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla metodolojik tipte planlandı.

Araştırmada, nitel ve nicel yöntem birlikte kullanılarak karma yöntemle çalışma yürütüldü. Creswell & Plano Clark (2007) karma yöntemi sınıflandırarak keşfedici desenden bahsetmektedir. Karma yöntem, araştırma problemlerini anlamak amacıyla hem nitel veriler (açık uçlu) hem de nicel verilerin (kapalı uçlu) toplanarak iki veri setinin sınırlılıklarını minimuma indirgeyerek birleştirildiği ve bütünleştirildiği, davranış, sosyal ve sağlık bilimleri arasında kullanılan bir araştırma yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Karma yöntem yaklaşımın ana varsayımı, istatistiki araştırma yöntemlerinin (nitel ve nicel) öyküler ve kişisel deneyimlerle birleştirilmesidir. Bu yöntemle amaç araştırma problemini daha iyi anlamaktır. Ayrıca her iki yöntemin bir arada kullanılması yöntemlerden herhangi birinin yalnız başına kullanmaya kıyasla daha fazla avantaj sağlamakta ve problemin daha detaylı incelenmesine olanak sağlamaktadır (Creswell 2019). Karma yöntemde araştırma deseni olarak “Keşfedici Ardaşık Desen” kullanıldı. Keşfedici ardaşık desenin amacı, çalışmanın problemini ilk olarak nitel veri toplama ve analizi ile keşfederek incelemektir. İkinci olarak nitel çalışma sonuçları kullanılarak elde edilen veriler nicel bölümünde kullanılarak yeni bir ölçeğe dönüştürülmesi aşamasının gerçekleştirilmesidir.



Şekil 4 1. Keşfedici Ardaşık Desen (Kaynak J. Creswell 2014).

Üçüncü aşama nicel aşamaları takip ederek ölçeklerin uygulanması ve sonuçlarının test edilmesini içerir. Creswell (2014)’in karma yöntem deseni için kullandığı

çalışma tasarımının imgesel anlatımı şekilde yer almaktadır (Creswell 2014,Şekil 4.1).

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde hastalara bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu değerlendirmeye yönelik geliştirilen ölçme aracı geçerli bir araçtır.

H2: Yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu değerlendirmeye yönelik geliştirilen ölçme aracı güvenilir bir araçtır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için,

- Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.06.2020 tarih ve 71522473/050.01.04/353 nolu etik kurul onayı (EK-1),
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nün 29.05.2020 (EK-2) ve Karabük İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.09.2020 tarih ve 98024045-604.01.02 sayı ile resmi izinleri (EK-3),
- MY-KÖ'nin Türkçe uyarlamasını gerçekleştiren Hür (2019)'den ölçek kullanım izni 24.08.2020 tarihinde mail yolu ile alındı(EK-4).

3.4.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sakarya ilinde bulunan Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (SEAH), Karabük ilinde bulunan Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (KÜEAH) ve Safranbolu Devlet Hastanesi (SDH)'nin palyatif bakım, onkoloji ve yoğun bakım birimlerinde Ekim 2020- Kasım 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Çalışmanın gerçekleştirildiği ilk merkez SEAH'dır. T.C. Sağlık Bakanlığı SEAH 1951 yılında Sakarya Devlet Hastanesi olarak kurulan hastane, 2006 yılında Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını alarak eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde değerlendirmektedir. 2011 yılında Bakanlık ve Sakarya Üniversitesi arasında yapılan bir protokol ile hastane T.C Sağlık Bakanlığı SEAH olarak hizmet sunmaya devam

etmektedir. Hastanenin Merkez Bina, Toplum ve Ruh Sağlığı, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları, Korucuk Hastanesi ve Pandemi Hastanesi olmak üzere toplam beş kampüsü bulunmaktadır. Hastanenin toplam yatak sayısı 1300 ve erişkin yoğun bakım yatak sayısı 189'dur. Çalışma hastanenin Merkez Bina ve Korucuk Hastanesinde gerçekleştirildi.

Çalışmanın gerçekleştiği ikinci merkez Karabük ilinde bulunan KÜEAH'dır. Hastane 1967 yılında Karabük Devlet Hastanesi olarak kurulmuş olup, 2012 yılında Şirinevler Devlet Hastanesi Karabük Devlet Hastanesi ve Karabük Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi tek çatı altında toplanarak hizmet sunumuna devam etmektedir. Hastane 2013 yılından itibaren üniversite ile imzalanan protokol ile Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2017 yılından itibaren KÜEAH tescil edilerek, 465 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir.

Çalışmanın gerçekleştiği üçüncü merkez Safranbolu Devlet Hastanesi'dir. 1890 yılında dönemin Kastamonu Valisi Abdurrahman Paşa tarafından hizmete açılan hastane, Türkiye'nin ilk beş Zührevi Hastalıkları Hastanesi'nden biri olarak uzun yıllar hizmet verdi. Yatak kapasitesi 50 olan hastane 2015 yılında 75 yatak kapasitesine çıkartılarak yeni binasına taşındı. Hastane 2021 yılında valide edilerek Himss Emram Seviye Altı dijital hastane unvanını aldı. Halen Safranbolu'da hastalara hizmet sunmaya devam etmektedir.

3.5. ARAŞTIRMANIN ZAMANI

Araştırmanın tasarımı Ocak 2020 tarihinde tez konusu belirlemek amacıyla literatür inceleme ile başladı. Tez önerisinin sunulması ve kabulü, araştırmaya başlamak için gerekli izinlerin alınması Temmuz 2020 tarihine kadar devam etti. Ekim 2020 tarihinde başlanan araştırmanın uygulaması ve verilerinin toplanması aşaması Kasım 2021'e kadar sürdü. Verilerin analizi ve araştırmanın rapor edilmesi Nisan 2022 tarihinde tamamlandı. Araştırmanın yürütülmesi için belirlenen zaman çizelgesi Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Ocak 2020-Mart 2020	Literatür İnceleme ve Konunun Belirlenmesi
Nisan 2020	Tez Önerisi
Nisan 2020- Temmuz 2020	Araştırma İçin İzinlerin Alınması
Ekim 2020- Şubat 2021	Nitel Yöntem Aşaması ve Aday Ölçek Formu
Şubat-Kasım 2021	Nicel Yöntem Aşaması Ölçüm Aracının Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi
Kasım 2021- Ekim 2022	Tez Yazımı
06.02.2023	Tez Savunması

3.6.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, SEAH, KÜEAH ve SDH’de onkoloji, palyatif ve yoğun bakımda çalışan toplam 367 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek tüm evren örneklem olarak kabul edildi. Araştırmada karma model kullanıldığından dolayı nitel ve nicel örneklem belirleme yöntemleri kullanıldı.

3.6.1. Araştırmanın Nitel Örneklemi

Odak Grup görüşmesine katılacak olan hemşirelerin belirlenmesinde, nitel araştırmalarda kullanılan örneklem yöntemlerinden amaçlı örnekleme yönteminden “Benzeşik (Homojen) Örneklem” kullanıldı (Yıldırım ve Şimşek 2006). Odak grup görüşmeleri genellikle özel olarak belirlenmiş ya da odaklanılmış konular üzerinde benzeşik olan gruplarla gerçekleştirilmektedir (Creswell 2014). Benzeşik örneklem yönteminin kullanılmasının asıl nedeni, benzer tecrübeleri yaşamış ve genellikle benzer yapılardan gelen insanları bir araya getirerek onların yaşamını etkileyen ana konular üzerinde grup görüşmelerinin yapıyor olmasıdır (Neuman and Robson 2014).Bu çalışma için örnekleme alınan katılımcıların yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji dışında servislerde çalışma kriteri arandı.

Çalışmada KÜEAH, SDH ve SEAH’de yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji servislerinde çalışan 367 hemşireden çalışma saatleri uygun olan, ilgili servislerde en

az 6 ay çalışan ve odak grup görüşmesini kabul eden kişilerle 6 kişilik gruplar oluşturuldu. Pandemi sürecinde çalışmanın gerçekleştiriliyor olması ve hemşirelerin yoğun mesailerinden dolayı katılımcı sayısı her hastanede 6 kişi olarak belirlendi ve tüm gruplarda toplam 18 hemşire çalışmaya dahil edildi.

3.6.2. Araştırmanın Nicel Örneklemi

Çalışmanın evrenini, SEAH, KÜEAH ve SDH’de, onkoloji, palyatif ve yoğun bakımda çalışan toplam 367 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamı örneklem olarak kabul edildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hemşire olarak en az 6 ay yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji birimlerinde çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- SEAH, KÜEAH ve SDH’de yoğun bakım, onkoloji veya palyatif bakım ünitesinde çalışıyor olmak,

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Dâhil edilme kriterlerine sahip olmayan hemşireler
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama ve çalışmanın yapıldığı dönemde izinli olma
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında onam vermeyen ve ayrılan hemşireler

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında hemşirelere ilişkin demografik ve mesleki bilgileri elde etmek amacıyla “Hemşire Tanıtım Formu”, odak grup görüşmeleri için “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” , “Merhamet Yorgunluğu- Kısa Ölçeği ve geliştirilen Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MERY) kullanıldı. Aşağıda bu formlara ilişkin bilgiler bulunmaktadır (Ek 5).

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür doğrultusunda (Dinç ve Ekinci 2019; Peters 2018; Chitura et al 2014; Sanso et al 2015) 23 sorudan oluşan bir form hazırlandı. Hazırlanan kişisel bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

(yaş, cinsiyet, eğitim ile medeni durum, sağlık durumu ve çocuk sahibi olma durumu vb.), mesleki durumları (mesleki ve son çalıştığı kurumdaki çalışma süresi, çalışma sistemi, haftalık çalışma süresi, günlük bakım verdiği ortalama hasta sayısı, mesleği sevmeye durumu, çalışma koşulları, mesleği değiştirme düşüncesi) ve mesleki deneyimlerini (son yıllarda yaşadığı olumsuz deneyimler ve travmatik bir olay yaşama durumu vb.) içeren bilgileri kapsayan 3 bölümden oluşturuldu.

3.7.2.Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinde Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırma verileri toplanırken yarı yapılandırılmış görüşme soruları oluşturuldu. Bu sorular oluşturulurken öncelikle konu ile ilgili alan yazını tarandı (Dikmen ve Aydın 2016; Sanso et al 2015, Çınarlı 2019). Daha sonra konu ile ilgili uzman görüşlerine başvurularak yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlandı. Odak grup görüşmesinde;

- 1- Merhamet kavramı sizin için ne anlam ifade ediyor? Merhamet ile hasta bakımını buluşturursanız neler söylersiniz? Peki, bu boyutta düşündüğünüzde nasıl etkileniyorsunuz.
- 2- Hastalarınıza bakım verdiğiniz süreçte yaşadığınız hislerden konuşabilir miyiz? Bana biraz bu süreçte yaşadıklarınızı anlatır mısınız? Hastalarınıza verdiğiniz bakım sonucu ağrılarının, acılarının hafiflediğini ve onların rahatladığını görmek size kendinizi nasıl hissettiriyor?
- 3- Bakım verdiğiniz hastaların uzun süren çabalarınıza rağmen iyileşmemesi ve onların ölümlerine tanıklık etmek sizi nasıl etkiliyor?
- 4- Hemşirelerin çalışma şartlarını ve diğer sağlık ekibi ile ilişkilerini göz önünde bulundurursanız hemşirelerde merhamet yorgunluğunu tetikleyen unsurlar neler olabilir?
- 5- Size göre merhamet yorgunluğunun hemşireler üzerindeki fiziksel, psikolojik, sosyal manevi etkileri nelerdir?

Kompozisyon Soruları:

- 1- Bulunduğunuz klinikte hastaların ağrı, acı ve travmalarına sürekli olarak maruz kalmak sizi nasıl etkiliyor?
- 2- Bakım verdiğiniz hastaların uzun süren çabalarınıza rağmen iyileşmemesi ve onların ölümlerine tanıklık etmek hasta bakımınızı nasıl etkiliyor?

- 3- Hastalarla kurduğunuz bakım ilişkileri hastalara karşı merhamet etme duygunuzu (fiziksel, psikolojik, sosyal manevi) nasıl etkiliyor?

3.7.3. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ)

Çalışmada, yapı geçerliği kapsamında yapılacak eş zamanlı ölçek geçerliğini incelemek amacıyla MY-KÖ kullanıldı. Adams et al (2006) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilen MY-KÖ'nin, merhamet yorgunluğunun belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olarak gösterilmektedir. Dinç ve Ekinci (2019)'nin ölçeğin Türkçeye adaptasyon çalışmasını gerçekleştirdiği belirlendi. Katılımcılardan ölçeğin her bir maddesi için tecrübelerini ne ölçüde yansıttığını belirtmeleri istenerek ölçeğe son hali verildiği çalışmada bildirilmektedir. Çalışma sonucunda ölçek merhamet yorgunluğunu belirleyen öz bildirim değerlendirme aracı olarak kabul edilmektedir. Bir ve on arasında değişen ve nadiren/asla, çok sık olarak onlu likert tipi ile derecelendirilen ölçek, mesleki tükenmişlik ve ikincil travma olmak üzere iki alt faktörden oluşmaktadır. Ölçekte “a, b, d, f, g, i, k, m” olarak adlandırılan maddeler mesleki tükenmişliği; “c, e, h, j, l” olarak adlandırılan maddeler ise ikincil travmayı ölçen maddeler olarak belirtilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alfa katsayıları alt boyutlarının için 0,80'den 0,90'a kadar değiştiği tespit edilerek iç tutarlık sağlandığı bulgulanmaktadır. Araştırmanın uyarlama aşamasında Cronbach Alfa katsayıları ikincil travma alt boyutu için 0,74; mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0,85 ve toplam ölçek için 0,87 olarak bulunduğu görülmektedir. Araştırmanın ikinci aşamasında ise Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0,68; 0,98 ve 0,91 olarak tespit edilmektedir. Ölçek içinkesme noktası ve puanlama algoritması belirtilmemekle birlikte çalışmada, puan ortalamaları üzerinden değerlendirme yapılması önerilmektedir. Ölçekten alınacak 130 en yüksek puan ve 13 en düşük puan olarak belirtilmektedir. Ölçekten elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ölçekten alınan puan 130'a yaklaştıkça kişilerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanması gerekliliği bildirilmektedir.

3.7.4. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ölçeği

Araştırmacı tarafından geliştirilen aday ölçek formu kullanıldı. Aday Ölçek Formunun geliştirilmesinde nitel ve nicel araştırma tekniklerinden yararlanıldı.

3.8.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE FAALİYETLERİ

Çalışmada, nitel ve nicel analiz yöntemlerinin bir arada uygulandığı karma desen kullanıldı. Nitel yöntem olarak “Odak Grup Görüşmesi” tercih edildi. Veri toplamada önemli bir işleve sahip olan odak grup görüşmesi nitel çalışmalarda önemli bir işleve sahiptir ve akademik çalışmalarda sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Grup dinamiklerinin, sorulara verilen cevapların içeriğini ve derinliğini etkileyen önemli bir etken olduğu düşünüldüğünde çok etkili ve zenginleştirici bir yöntem olduğu görülecektir. Odak grubu planlanması için 7 aşamalı bir süreç tanımlanmaktadır (Kruger ve Casey, 2000; Yıldırım ve Şimşek 2006). Bu süreçler; araştırmanın amacı ile görüşme sorularının belirlenmesi, katılımcıların belirlenmesi davet edilmesi, kullanılacak teknoloji ve yer planlaması, sürecin pilot denemesinin yapılması, odak grup çalışmasının uygulanması, son olarak verilerin analizi, düzenlenmesi ve raporşeklinde sunulması olarak belirtilmektedir. Odak grup görüşmelerine başlamadan önce, odak grup görüşmesinde sorulacak soruların uygunluğunu belirlemek üzere pilot bir odak grup görüşmesi gerçekleştirildi. Nicel yöntem aşamasında veri toplama araçları kullanılarak analizler yapıldı. Aşağıda veri toplama yöntemleri ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

3.8.1. Nitel Verilerin Toplama Yöntemi:

Çalışmaya KÜEAH, SDH ve SEAH’de yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji servislerinde çalışan toplam 18 hemşire katıldı. Veriler, hem klinisyen hemde araştırmacı olan “Nitel Araştırma Yöntemleri” eğitimine katılan araştırmacı tarafından Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında toplandı. Odak grup görüşmelerinin sonlandırılması için nitel araştırmalar da geçerli olan “veri doyma” ilkesi benimsendi. Veri doyma ilkesinde katılımcıların aynı bilgileri tekrar etmesi ve yeni bilgi sağlanamaması kıstası göz önüne alındı (Creswell 2019).

Odak grup görüşmelerinden önce pilot çalışma gerçekleştirildi. Pilot çalışmanın amacı odak grup görüşmesinde yaşanacak hatayı en az düzeye indirmektir. Pilot çalışma için görüşmenin tam anlamıyla gerçekleşmesi gerekli değildir. Minimum şartların oluşturularak, gözden kaçan detayları fark etmek ve oluşabilecek hataları minimize etmek önemlidir (Gülcan, 2021). Pilot çalışmada odak grup görüşmesinde sorulan soruların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi, ortam koşulları ve kullanılacak ekipmanlarla ilgili yaşanabilecek aksaklıkların tespiti için süreç tüm yönleriyle test

edilmeye çalışıldı. Pilot çalışma sürecinin olabildiğince gerçeğe uygun şekilde planlandı. Bu amaçla, pilot çalışmada kullanılacak veri toplama aracı, araştırmanın gerçekleşeceği ortam ve veri toplamak amacıyla kullanılacak cihazın kontrolü sağlandı. SDH’de yoğun bakım ünitesinde çalışan 3 hemşire pilot çalışma gerçekleştirildi. Pilot çalışmada ilk olarak yarı yapılandırılmış görüşme soruları ile mülakat yapıldı, ikinci olarak katılımcılardan soruların anlaşılır olup olmadığının ve ortamın değerlendirilmesi istendi. Pilot çalışma sonrasında soruların anlaşılır ve ortamın uygun olduğu belirlendi.

Merhamet yorgunluğu ölçeğinin geliştirilmesinde pilot çalışmadan sonra **ilk aşamada**, katılımcıların araştırma konusuna ilişkin fikir, duygu, görüş, düşünce ve deneyimlerini sözlü olarak ifade etmelerine fırsat vermek amacıyla odak grup görüşmesi yapıldı (Debus 2003, Şencan 2005). Çalışmanın nitel yönteminde odak grup görüşmesine katılan katılımcıların belirlenmesinde, örneklem belirleme yöntemlerinden çalışmaya uygun olarak amaçlı örnekleme yöntemi belirlendi. Amaçlı örnekleme yöntemi biri olan küçük benzeşik bir örneklem oluşturma yoluyla belirgin bir alt grubu oluşturmak amacıyla “Benzeşik (Homojen) Örnekleme” yöntemi kullanıldı (Yıldırım, Şimşek 2006). Odak grup görüşme yönteminde veri kaynağı olarak yoğun bakım, palyatif, onkoloji hastalarına yaşam sonu bakım veren ve duygularını hissettiklerini yansıtabilecek ve çalışmaya katılmaya gönüllü hemşireler tercih edildi. Odak grup görüşme yönteminde ideal katılımcı sayısı ile ilgili literatürde farklı görüşler bulunmakla birlikte ortak görüş az sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmesidir. Bu sayının ise ortalama 4-12 kişi arasında olduğu belirtilmektedir (Kitzinger, 1995; Şencan 2005; Yıldırım ve Şimşek 2006; Çokluk, 2011). KÜEAH ile SEAH’de her bir hastaneden 6 katılımcı ile toplamda 18 katılımcı ile odak grup görüşmeleri gerçekleştirildi. Görüşmeler katılımcılara uygun olan gün ve saatte, tüm katılımcıların sorun yaşamadan ulaşabileceği, havalandırma, ses ve aydınlatmanın uygun olduğu yoğun bakım, palyatif bakım servislerinin toplantı odalarında görüşmeler yapıldı. Bu amaçla servis sorumlu hemşiresinin izniyle belirlenen zaman diliminde toplantılar planlandı. Şencan (2005), odak grup çalışmasının gruba hâkim olabilecek, grup dinamikleri konusunda eğitim almış ve grup psikolojisinden anlayan bir yönetici ile yürütülmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Çalışmada grup görüşmelerinin yönetimi odak grup görüşmesi ile

ilgili eğitim alan ve bilgi sahibi olan, aynı zamanda klinik tecrübesi olan araştırmacı tarafından görüşme yürütüldü (Odak Grup görüşmesi sertifikası).Görüşmelerde hem oturumlara hem de hemşirelere kodlar verildi. Oturum numaralandırılmasında SEAH'a Bağlı Korucuk Hastanesi 1. oturum, SEAH Merkez Binada 2. oturum ve KÜEAH'de yapılan görüşme 3. oturum olarak adlandırıldı. Katılımcılara 1,2,3,4,5,6 olarak kodlar verildi. Yapılan beş oturum bir ve üç arası, görüşmelere katılan katılımcılar ise bir ve altı arası rakamlarla numaralandırıldı (örnek: 1. O./1.Hemşire). Bilgi güvenliği açısından görüşmeler, kodlamalar ve analiz sürecinde katılımcıların isimleri yerine ilgili kod isimler kullanıldı.

Odak grup görüşmesinden önce katılımcılara odak grup görüşmesinin amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapılarak, görüşme verilerinin gizli tutulacağı, görüşmenin ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacağı, kaydın hangi amaçla yapılacağı açıklandı. Ayrıca kayıt cihazı ile yapılan görüşmelerde katılımcılara istedikleri zaman cihazı kapatabilecekleri, dilerlerse görüşmeden ayrılacakları veya oturuma yazılı olarak devam edilebileceği bildirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan onamları alındı. Çalışmada her oturum yaklaşık olarak 40-50dk sürdü ve üç merkezde toplam beş oturum gerçekleştirildi.

Ölçeğin geliştirilmesinde hemşirelerden merhamet yorgunluğu ile ilgili davranış, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yönelik olarak 3 açık uçlu sorudan oluşan bir kompozisyon yazdırıldı. Kompozisyonlar odak grup görüşmelerinin yürütüleceği hastanede çalışan ve yoğun bakım ile palyatif dönem hastalara bakım veren veya vermeyen hastanede çalışan hemşirelere yazdırıldı.

3.8.2.Nicel Verilerin Toplanması

SEAH, KÜEAH ve Araştırma Hastanesi ile SDH'de palyatif, onkoloji ve yoğun bakım ünitesinde çalışan toplam 367 hemşireye anketler dağıtıldı. Geri dönen 316 adet anketedahil edildi. Eksik veri doldurulduğu için 3 adet anket çalışmaya dahil edilmeyerek 313 anket çalışmaya kabul edildi. Veriler Nisan-Kasım 2021 döneminde toplandı. Anket doldurulma süresinin yaklaşık olarak 15-20 dakika olduğu belirlendi. Anket çalışması yapılırken pandemi koşullarına uyarak, hemşirelerin yoğunluklarının az ve uygun oldukları zamanlar tercih edildi. Mümkün olduğunca yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmaya çalışıldı.

3.9.VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada nitel ve nicel veri analiz süreçleri kullanılarak veriler analiz edildi.

3.9.1. Nitel Verilerin Analizi

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden olan fenomenolojik yaklaşım tercih edildi. Fenomenolojik yaklaşımda bireyin belirli bir fenomene veya kavrama yönelik algılarını, anlayışlarını, duygularını, bakış açılarını ve bilgilerini tasvir etmesi istenmektedir. Bu tür araştırmaların amacı katılımcıların yaşama ilişkin bakış açılarını ve onların yaşam deneyimleriyle yapılandıkları kişisel anlamları ortaya çıkarmaktır (Creswell 2014). Dolayısıyla bu araştırma yöntemi ile kavramlara ilişkin kişinin kavrayışları detaylı olarak ortaya konmaktadır.

Ölçeği'nin ilk aşamasında odak grup görüşmeleriyle veriler elde edildi. **İkinci aşama olarak** kodlar ve temalar ulaşmak için analiz yapıldı. Bu amaçla, görüşme kayıtları ile kompozisyonlar rapor haline getirilerek değerlendirildi. Değerlendirmelerden elde edilen verilerden merhamet yorgunluğunu açıklayabilecek kavramlara ve kavramlar arasındaki ilişkilere ulaşmak için içerik analizi yapıldı. İçerik analizinde tümevarım analiz yaklaşımı benimsendi. Son olarak yoğun bakım palyatif bakım veren hemşirelerin yaşadıkları merhamet yorgunluğuna ilişkin kavramlara ulaşılarak, kavramlar arasındaki ilişkiler ortaya konulmaya çalışıldı.

Nitel araştırmalarda verilerin analizinde genellikle söylev veya metin, betimsel ve içerik analizi yöntemleri kullanılmaktadır. Betimsel analizde veriler detaylandırılmadan mümkün olduğunca özgün şekline bağlı kalınarak sunulur. İçerik analizinde katılımcıların görüşme içeriklerine odaklanılarak, veriler ayrıntılı, açıklayıcı ve sistematik bir şekilde ayrıştırılır. Verilerde katılımcının çoğunlukla vurguladığı veya tekrar ettiği kavramlar üzerinde durularak kodlar oluşturulur. Birbirine benzeyen ve aralarında ilişkili olduğu belirlenen kodlardan, kategorilere ve kategorilerden de temalara gidilerek veriler yorumlanır. Söylev veya metin analizi ise kişinin görüntü veya ses kayıtlarından elde edilen verileri kullanarak problemleri çözmeye odaklanır (Baltacı 2019).

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizinde, betimsel bir yaklaşımla toplanan veriler mümkün olduğunca özgün şekline bağlı kalınarak aktarılmakta ve tümevarım yöntemi kullanılarak içerik analizi şeklinde sunulmaktadır. İçerik analizi süreci

görüşmelerin raporlanması, verilerden kod, kategori ve temaların bulunması ve düzenlenmesi, bulguların tanımlanması, yorumlanmasını ve sonuçların rapor edilmesi süreçlerini içermektedir (Eysenbach ve Köhler, 2002; Miles ve Huberman, 1994). Bu doğrultuda çalışmanın içerik analizinde;

- Yapılan her bir görüşme araştırmacı tarafından bilgisayarda Microsoft Word programı ile birebir yazıya döküldü. Çalışmada pilot görüşme verileri de kullanıldı.
- Verilerin analizinde katılımcıları isimlerin yerine katılımcılara verilen kod numaralar kullanıldı.
- İçerik analizinin ilk aşaması olan verilerin kodlaması, görüşmeler yazılı hale dönüştürüldükten sonra gerçekleştirildi. Veri kodlaması yapılırken katılımcıların yazılı hale getirilen ifadeleri tekrar tekrar okunarak her bir ifadenin ne anlama geldiği belirlendi. Nvivo 12 Pro programı kullanılarak kelime frekansları tespit edildi. Kelime frekanslarından çalışma için anlamlı olan kelimeler belirlendi.
- Kelime frekansları belirlendikten sonra, anlamlı olan ifadeler ve cümleler ayrıştırılarak, tanımlayıcı kodlar belirlendi. Oluşturulan metin içinde farklı bölümlerde yer alan benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilerek bir araya getirildi. Bu aşamada toplam 84 adet kod belirlendi.
- Veriler kodlandıktan ve bir kod listesi hazırlandıktan sonra kategoriler ve temalar ortaya konuldu (Tablo 5).
- Verilerin güvenilirliği için araştırmacılar dışında, çalışmalarında nitel araştırma yöntemi kullanan ve bu konuda uzman bir öğretim üyesi tarafından bağımsız olarak kodlar oluşturuldu. Oluşturulan kodlar karşılaştırılarak üzerinde uzlaşılan ve uzlaşılmayan kodlar belirlendi.
- Farklı olan kodlar için uzlaşma sağlandı ve kod güvenilirlik sayısı tespit edildi. Kod Güvenirlik Katsayısı=Kod Sayısı: Uzlaşılan Kod sayısı+Uzlaşılmayan Kod Sayısı formülü kullanıldı. İki kodlayıcı arasında 3 kod farklı bulundu. Kodlayıcılar arasında görüş birliği sağlandı ve %96 oranında uyum sağlandı. Son olarak araştırmacılar tekrar bir arayagelerek temalar yeniden gözden geçirildi ve kodların temalarla ilişkileri

değerlendirdi. Belirlenen temaların altında yer alan kodların temalarla iç tutarlılığı değerlendirilerek temalara son şekli verildi.

3.9.2.Nicel Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bir bilgisayar programı (SPSS 25,0) kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin dışında Q-Q grafiği, histogram ve kutu-çizgi grafikleri ile; varyasyon katsayısı, çarpıklık ve basıklık gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirildi (Hayran ve Hayran 2011). Normal dağılımın yorumun yapılabilmesi için verilerin saçılma diyagramında 45 derecelik doğruya yakın izlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun orta hat çizgisinin ortalayacak şekilde konumlanması gerekmektedir (Büyüköztürk 2016). Bu çalışmada, normal dağılıma uygunluğun belirlenmesi için Kolmogorov Smirnov ile Shapiro Wilk testleri ile basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edildi. Ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapıldı. AFA’da ölçekte yer alan maddelerin belirlenmesinde her maddenin öz değerlerinin en az 1.00, madde faktör yük değerinin en az 0.30 olması, maddelerin tek bir faktörde altında yer alması ve iki faktör arasında yeterli yük değerine sahip olan maddelerde ise en az 0,10 fark olmasına dikkat edildi. Ayrıca AFA’da en yüksek olabilirlik (Maksimum Likelihood) ve Varimax döndürme yöntemi kullanılarak analizler değerlendirildi. Elde edilen verilerin AFA uygunluğunu test etmek amacıyla KMO ve Barlett küresellik testleri yapıldı.

Ölçeğe ilişkin güvenirlikler Cronbach Alfa, Omega katsayısı ve Birleşik Güvenirlik (CR) ile incelendi. Madde analizleri için Pearson korelasyon katsayısına bakıldı. Her bir maddenin ayırt edicilik gücünü belirlemek için alt-üst %27’lik grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiki analizi yapıldı. Alt-üst %27’lik grup ortalamasının birbirinden farkı bağımsız örneklemelerde kullanılan t-testi yardımıyla analiz edildi. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla test-tekrar test uygulandı ve ölçek güvenirliği Pearson’un momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile analiz edildi.

3.9.3. Ölçek Geçerlik Ve Güvenirlik Analizleri:

Bir ölçeğin geliştirilmesi ve kullanılabilmesi için birçok aşamalardan geçilmesi, belirli kriter ve standarda uygun çalışılması, ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi ve analiz sonuçlarına göre yorum yapılması gerekmektedir (Karakoç,

Dönmez 2014). Yeni geliştirilen her ölçeğin geçerlik ve güvenirlik kriterlerini yerine getirmesi istenir (Alpar 2018).

A-GEÇERLİK ANALİZLERİ

Geçerlik, bir testin ölçülmek istenen kavramın niteliklerini ne derece ölçtüğünü belirleyen bir göstergedir. Dolayısıyla bir ölçek ölçülmek istenen niteliği doğru ve araştırılan kavramı diğer niteliklere karıştırmadan ve ayrıştırarak ölçüyorsa bu test geçerli olarak yorumlanır. Bir ölçeğin geçerliğinin belirlenmesi için kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği ve referansa göre ölçüt bağıntılı geçerlik aşamalarından geçmesi gerekir (Alpar 2018).

1. Kapsam (İçerik) Geçerliği: Kapsam geçerliği, MERY Ölçeği'nde bulunan ifadelerin ölçülmek istenen kavramı temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle uzmanlardan görüş alınarak gerçekleştirilen nitel çalışmalar, istatistiksel süreçler kullanılarak nicel çalışmalara dönüştürülmek üzere MERY Ölçeği'nin aday ölçeğinin kapsam geçerlik oranları ve indeksleri hesaplandı. Kapsam geçerlik oranlarını belirlemede Lawshe tekniği kullanıldı. Çalışmada kapsam geçerlik oran ve indekslerini belirlemek için aşağıdaki basamaklar izlendi. Bunlar;

a) Aday ölçek formunun hazırlanması: Odak grup görüşmeleri, kompozisyon ve alan yazını bilgileri doğrultusunda aday ölçek formu geliştirildi.

b) Alanla ilgili uzman grubunun oluşturulması: Merhamet yorgunluğu üzerinde çalışan akademisyenler, hemşireler ve ölçek geliştirme alanında konusunda yeterlilik sahibi olan 30 uzman belirlenerek, uzman görüşleri alındı.

c) Uzman görüşlerinin elde edilmesi: Aday ölçek formunun uzmanlar tarafından değerlendirilmesi aşamasında öncelikle Lawshe Tekniğinden yararlanılarak "Uzman Değerlendirme Formu" hazırlandı. Konunun uzmanlarına, elden veya e-mail yoluyla ulaşıldı. Uzmanlardan her bir madde, "gerekli", "gerekli, ancak yetersiz" ve "gerekli değil" şeklinde derecelendirmeleri istenildi. Gerekli görülen madde; belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde, yararlı, ancak yetersiz madde; konu kapsamında ama düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gereken madde; gerekli görülen madde ise belirtilen özelliği temsil etmiyor anlamını taşımaktadır.

d) Maddelere ilişkin kapsam (içerik) geçerlik oranlarının (KGO) elde edilmesi:

Uzmanların görüşlerini derlemek amacıyla oluşturulan formda her bir maddenin derecesi belirtilerek hangi maddeye kaç uzman tarafından onay verildiği saptandı. Formda belirlenen madde dereceleri düzenlenerek her madde için KGO hesaplanma aşamasına geçildi. KGO'yu belirlemek için öncelikle aday ölçek formundaki her madde için derecelendirme kriteri olan “gerekli”, “yararlı, ancak yetersiz” ve “gereksiz” şeklinde düşüncelerini belirten uzman sayıları hesaplandı. Her madde için o maddeye ilişkin gerekli düşüncesini belirten uzman sayısı, maddeye ilişkin düşünce belirten toplam uzman sayısının yarısına bölünerek her madde için bu oranın bir eksiği alındı. Bu şekilde ölçekteki maddelere ilişkin uzman düşünceleri doğrultusunda KGO belirlendi (Şencan 2005).

e) Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin (KGİ) elde edilmesi: MERY Ölçeği'nin KGO'larından istatistiksel analiz sonucunda $p < 0.05$ düzeyinde anlamsız olduğu saptanan maddeler elimine edildikten sonra, KGO'su anlamlı olan maddeler nihai forma alındı. Maddelerin toplam KGO'larının ortalamaları alınarak KGİ'leri hesaplandı.

f) “Kapsam geçerlik indeksi (KGİ)/ Kapsam geçerlik ölçütü (KGÖ)” ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması:

Nihai formun oluşturulması için hesaplanan KGİ değerinin, KGÖ tablo değeri ile karşılaştırılarak çıkan sonuç eşitse veya büyükse kalan maddelerin kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenir ($KGİ / KGÖ \geq 0$ veya $KGİ \geq KGÖ$). Kapsam geçerliliği gerçekleştirilen ölçek maddeleri ve uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda araştırmacı tarafından ölçek yeniden düzenlenerek nihai forma ulaşıldı.

2. Yüzey Geçerliği (Uzman Görüşü Alma): Yüzey geçerliği, bir ölçeğin araştırmaya konu olan yapıyı ölçüp ölçmediğini inceleyerek belirlemek amacıyla yapılır. “Mantıksal geçerlik” olarak da adlandırılan yüzey geçerliğinin ilk aşaması araştırmacı tarafından yapıldı. MERY Ölçeği'nde yüzey geçerliği için tüm maddelerin ifadeleri, uzmanlardan gelen öneriler de göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından anlaşılabilirlik ve anlamlılık yönünden genel bir olarak değerlendirilmeye tabi tutuldu. Değerlendirme sonucunda gerekli düzenlemeler

yapıldı. İkinci olarak, pilot çalışma gerçekleştirildi. Pilot çalışmaya katılan hemşirelerden ölçek maddelerini okunurluk, düzgünlük, anlamlılık, anlaşılabilirlik, cümlelerin uzunluğu ve netliği yönünden değerlendirmeleri istendi. Aynı zamanda ölçek maddelerinin cevaplayıcılarının eğitimlerine, kültürel niteliklerine ve yeteneklerine uygun olup olmadığı da değerlendirildi. Tüm değerlendirmelerin sonucunda ölçek beşli likert tipinde derecelendirilerek “1-Kesinlikle Katılmıyorum”, “2-Katılmıyorum”, “3-Kararsızım”, “4-Katılıyorum” ve “5-Tamamen Katılıyorum” şeklinde düzenlendi. MERY Ölçeği’ne son şekli verilerek araştırma evrenini oluşturan SEAH, KÜAEH, SDH onkoloji, palyatif ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere uygulandı.

3. Ölçüt-Bağımlı Geçerlilik (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği): Geliştirmek istenen ölçüm aracının dış ölçütlerle ilişkisi geçerliğin kanıtlanmasını sağlayan göstergelerden biridir. Ölçüte bağlı geçerlilik için tek kural, araştırılan yapıyı kıyaslamak için konuyla ilişkili ve geçerli bir ölçütün bulunmasıdır. Uyum geçerliği olarak da belirtilen bu yöntem de yeni geliştirilen ölçme aracı ile aynı amaca hizmet eden farklı bir ölçme aracı arasındaki uyumun derecesi belirlenir (Erdoğan, Nahcivan, Esin 2017). Bu çalışmada eş zamanlı ölçek geçerliliği yapmak üzere daha önce bu konu ile ilgili birçok çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan Adams ve ark. (2006) tarafından geliştirilen Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ) kullanıldı. Dinç ve Ekinci (2019) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanan MY-KÖ’nin geçerlik ve güvenirlik çalışması hemşirelerle yürütüldüğü görülmektedir. Çalışma sonucunda ise merhamet yorgunluğunun değerlendirilmesinde MY-KÖ’nün geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirtilmektedir. Ölçekte, katılımcılardan her bir ölçek ifadesinin tecrübelerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini istenmektedir. Ölçeğin bir öz bildirim değerlendirme aracı olarak kullanışlı olduğu tespit edilmektedir. Bu nedenle yapı geçerliği kapsamında yapılacak eş zamanlı ölçek geçerliğini incelemek amacıyla MY-KÖ tercih edildi.

4. Yapı Geçerliliği: MERY Ölçeği’nin ölçtüğü niteliklerin neler olduğu, amaca ne denli ulaştığı, ölçekten alınan puanların ne anlama geldiğini belirlemek için yapı geçerliliği uygulandı (Erdoğan, Nahcivan ve Esin 2017). Yapı geçerliğini sağlamak için, birbiri ile ilişkili değişkenleri belirli bir grup altında toplamaya yarayan Faktör

Analizi Yöntemi (AFA) kullanıldı. Faktör analizi, araştırılan yapıyla ilgili kuramsal bir bilginin olmaması, yapının kaç faktörden oluştuğunun önceden bilinmemesi ve tahmin edilmemesi sebebiyle, ölçüm değişkenlerinin nasıl ve ne şekilde gruplandığını belirlemek amacıyla uygulanan bir yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile ölçek maddelerinin hangi faktörler altında birleştiğini görmek için yapılan analiz yöntemidir. Bu çalışmada faktör analizinin amacı dikkate alınarak birbirleriyle ilişkili değişkenlerden hareketle faktör bulmaya yönelik olarak Açıklayıcı/Keşfedici Faktör Analizi (AFA) yapılması planlandı. AFA bir ölçme aracında yer alan maddelerin kaç faktörden oluştuğu ve faktörler arasında ne tür bir bağlantı olduğunu tespit etme tekniğidir (Seçer 2018) Faktör analizinde farklı faktör çıkarma (faktör yüklerini bulma) yöntemleri kullanılmaktadır. Faktör bulma yöntemleri temel bileşenler analizi, temel eksen analizi (principal axis), en yüksek olabilirlik (maximum likelihood) olarak belirlenmektedir. Değişkenlerin oluşturduğu varyans maksimum düzeyde açıklanmaya çalışılıyorsa temel bileşenler analizi, gizli değişkenler arasındaki ilişki ortaya çıkarılmak isteniyorsa temel eksen analizi kullanılması gerekmektedir (Ford 1986, Büyükeksi ve Çolakoğlu 2014). Analize tabi tutulacak değişkenler normallik varsayımını sağlıyorsa en yüksek olabilirlik yöntemi kullanılması önerilmektedir (Fabrigar 1999). AFA analizinde 4 aşamada gerçekleştirilir. **İlk olarak** veri setinin faktör analizi için kabul edilebilirliği incelenir. Faktör analizine uygunluk için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi ve değişkenlerin birbirleriyle korelasyonlarını tespit etmek için Bartlett Testi uygulanır. KMO test sonucunun “.50”den büyük olması durumunda veri setinin faktör analizine uygun olduğu kabul edilir. **İkinci olarak** ölçek faktörlerine bakılır. Bunun için özdeğer (eigenvalues) analizi ve scree plot grafiği çıkarılır. **Üçüncü olarak**, faktörlerin döndürme işlemi olarak bilinen rotasyonu yapılır. Bunun için dik açılı döndürme biçimlerinden Varimax Rotasyonu (döndürmesi) yöntemi uygulanacaktır (Erdoğan, Nahcıvan, Esin 2018).

B-GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

Bir ölçme aracındaki tekrarlı ölçümlerde benzer sonuçlara ulaşma değişmezlik ve tutarlılığın göstergesi iken, gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneği ise ölçme aracının doğruluk göstergesidir (Erdoğan, Nahcıvan, Esin 2017). MERY Ölçeği'nin güvenirlik çalışmalarına yönelik aşağıdaki analizler yapılacaktır.

- Madde Analizi / Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı
- İç tutarlılık katsayısı hesaplama
- Test- Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik) güvenilirliği

1-Madde Analizi / Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı: Bu yöntemde bir ölçek maddesinin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılarak aralarındaki ilişki incelenir.

2-İç tutarlılık katsayısı hesaplama: Cronbach Alfa katsayısı, ölçekte yer alan ifadelerin varyanslarının toplamının genel varyansla oranlaması ile bulunan ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Ölçek maddelerinin homojenliğinin göstergesi olarakta Cronbach alfa katsayısı kullanılmaktadır. Ölçeklerde Cronbach Alfa katsayısının yüksekliği, ölçeğin aynı niteliğin unsurlarını ölçen tutarlı ifadelerden oluştuğunun göstergesi olarak kabul edilir. MERY Ölçeği'nin iç tutarlılığı için Cronbach Alfa dışında, omega ve birleşik güvenilirlik (CR) katsayısına da bakıldı. Ayrıca iç tutarlılık güvenilirliğini test etmek amacıyla maddeler ile toplam puanla maddeler arasındaki korelasyon analizine bakıldı. Alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki bağlantıyı belirlemek için Pearson Korelasyon Güvenirlik Katsayıları yöntemi kullanıldı (Erdoğan, Nahcıvan, Esin 2017)

3.Test- Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik) Güvenirliği: Test- Tekrar Test yöntemi bir aracın zamana karşı değişmezliğini kestirmek için kullanılır. Ölçek örneklem grubuna bir kez uygulandıktan sonra aralıklı veya aralıksız yöntemlerinden biri kullanılarak ikinci kez yine aynı örneklem grubuna uygulanmasıdır (Erdoğan, Nahcıvan, Esin 2017). Ölçümler arasındaki zaman aralığına yönelik olarak alan yazınında; Aksayan ve ark (2002) tarafından en uzun sürenin dört-sekiz hafta olması gerekliliği belirtilirken, Tavşancıl (2006) ise ölçüm özelliğine göre değişmekle birlikte iki-üç veya dört-altı hafta arasında bir sürenin yeterli olacağını ifade etmektedir. Alpar (2018) kâğıt kalem kullanılarak yapılan testlerde, ikinci testin uygulama süresinin hatırlatma etkisini en aza indirecek ve gerçek puanında değişikliğe neden olmayacak bir ara verilmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. İkinci testin 15 gün sonra uygulanmasının genel eğilim olduğunu bildirmektedir. MERY Ölçeği'nin literatür bilgileri ışığında test-tekrar test uygulama süresi için ilk uygulamadan iki hafta sonra testin tekrarlanması planlandı (Alpar 2018). Zamana

göre değişmezlik ölçütü için Pearson'un momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanıldı.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma SEAH, KÜEAH ve SDH'de yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji servisinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır (n=313).

Dünya genelinde yaşanan COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışma planlandığı zaman aralığında gerçekleştirilemedi. Pandemiye yoğun bakımda çalışan hemşireler, hastalığın tedavisinin bilinmemesi, çalışma sistemlerinin değişmesi, iş yüklerinin artması, bulaş riskinin fazla olması, koruyucu ekipmanın yetersiz olması gibi çok çeşitli sorunlar yaşadılar ve bu sorunlarla mücadele ederek çalışmak zorunda kaldılar. Ayrıca bu süreç hemşirelerin mesleki bilgilerini güncelleyerek yeni bir öğrenme sürecine girmelerini zorunlu kıldı. Bu nedenlerin tamamının hemşirelerde duygu durum değişikliklerine neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla COVID-19 pandemisi bu çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak kabul edildi. Çalışmada, hemşirelerin aşırı iş yükünden dolayı anketleri cevaplamak istememeleri veya soruları tam olarak anlamadan ve değerlendirmeden cevap vermesi diğer bir sınırlılık olarak görülmektedir. Çalışma iki ilde bulunan iki eğitim araştırma ve bir devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Dolayısıyla evren ve örneklem sayısı bir sınırlılık olarak görülebilir. Ayrıca hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ölçekteki maddelerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamında, yoğun bakım ve palyatif bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğunu belirlemek amacıyla geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenilirlik analiz sonuçlarına yer verilmektedir.

4.1. NİTEL YÖNTEME İLİŞKİN BULGULAR

MERY Ölçeği'nin geliştirilmesi karma desende yürütülen çalışmanın nitel araştırma bölümünde elde edilen veriler, odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki deneyimleri ile nitel görüşmelerle ulaşılan verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki aşamada sunulmaktadır.

4.1.1. Çalışmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin %66 (12)'sının 26-31 yaş aralığında, %61'inin (11) kadın, %94(17)'ünün lisans mezunu, %61(11)'inin bekar, %66(12)'sının sağlık sorununun bulunmadığı, %83(11)'ünün sağlık sorununun hayatını etkilemediği belirlendi(Tablo 3).

Tablo 3. Nitel Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler		n	%
Yaş Grupları	20-27	4	22.0
	28-35	12	66.0
	36-42	1	6.0
	43 ve üstü	1	6.0
Cinsiyet	Kadın	11	61.0
	Erkek	7	39.0
Eğitim Durumu	Lisans	17	94.0
	Yüksek Lisans	1	6.0
Medeni Durum	Evli	7	39.0
	Bekar	11	61.0
	Yok	15	83.0
Çocuk Sayısı	1	1	6.0
	2	2	11.0
Sağlık Durumu	Sağlık Sorunu Var	5	29.0
	Sağlık Sorunu Yok	12	71.0
Sağlık Durumu Hayatını Etkileme Durumu	Etkiliyor	3	17.0
	Etkilemiyor	15	83.0

Tablo 4. Nitel Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Özellikler		n	%
Mesleki Deneyim	1-8 yıl	15	83
	9-16 yıl	1	6
	17-25 yıl	1	6
	26-32 yıl	1	5
Yoğun Bakım Palyatif Bakım Deneyimi	6 ay-2yıl	3	17
	3-5 yıl	14	78
	6-8 yıl	1	5
	İsteyerek	8	44
Yoğun Bakım Palyatif Bakımda çalışma nedeni	Eleman Yetersizliği	5	28
	Rastlantı sonucu	4	23
	Diğer	1	5
Yoğun Bakım Palyatif Bakımda hastalarına bakım vermekten memnuniyet durumu	Evet	17	94
	Hayır	1	6
	40-47	9	50
Haftalık Çalışma Süresi	48-55	5	28
	56-63	4	22
	2	6	33
Günlük Ortalama Bakım verdiğiniz hasta sayısı	3	3	17
	4	3	22
	5	4	22
Çalışma Koşullarınızı	5 ve üstü	1	6
	Zor koşullar	8	44
	Olması gerektiği gibi	10	56
İşini severek yapma durumu	Evet	14	78
	Kararsızım	4	22
	İsteyerek	9	50
Mesleği isteyerek seçme durumu	Kısmen isteyerek	8	44
	İstemeyerek	1	6
	Evet	4	22
Mesleği bırakmayı isteme durumu	Kararsızım	9	50
	Hayır	5	28
	Doğal bir durum	7	39
Travmatize edici bir olayla karşılaşma durumu	Kader yapacak bir şey yok	2	11
	Umursamam	1	6
	Elimden geleni yaptığımı düşünürüm	7	39
	Keşke daha iyisini yapabilseydim	1	5
Son yıllarda olumsuz deneyim yaşama durumu	Sözlü saldırıya uğradım	3	17
	Herhangi bir sıkıntı yaşamadım	15	83
Destek Alma Durumu	Hayır	18	100
Kimden destek alındığı	Almıyorum	18	100
Özellikler		n	%
Sosyal Aktivitelere katılma durumu	Evet	17	92
	Hayır	1	8
Sosyal aktiviteye katılmama nedeni	Yorgunluk	1	100

Çalışmaya katılan hemşirelerin %83'ünün 1-8 yıl arası çalıştığı, %77'sinin 3-5 yıl arasında yoğun bakım ve palyatif bakım deneyimine sahip olduğu, %44'ünün yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde isteyerek çalıştığı, %94'ünün bu durumdan memnun olduğu ve %56'sının çalışma koşullarının olması gerektiği gibi olduğunuduşündüğü belirlendi.

Ayrıca hemşirelerin %33'ünün haftalık 48-55 saat arasında çalıştığı ve ortalama 2 hastaya bakım verdiği belirlendi. Hemşirelerin %79'unun mesleğini severek yaptığı, %50'sinin mesleği isteyerek seçtiği, %50'sinin koşulları uygun olduğunda mesleği bırakmak konusunda kararsız olduğutespit edildi.

Hemşirelerin, %40'ının travmatize edici bir olayla karşılaştıklarında ellerinden geleni yaptığı, %83'ünün son yıllarda herhangi bir travmatize edici olay yaşamadığı, %100'ünün herhangi bir destek almadığı, %92'sinin sosyal aktivitelere katıldığı ve %6'sınınise yorgunluk sebebiyle sosyal aktivitelere katılamadıkları belirlendi (Tablo 4).

4.1.2.Odak Grup Görüşmesi İçerik Analizi Bulguları

Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmelerine katılan 18 hemşirenin, uzman önerileri doğrultusunda oluşturulan, sorulara verdikleri cevaplar doğrultusunda içerik analizi yapıldı. Hemşirelerde merhamet yorgunluğuna ilişkin kodlar, ilgili kategoriler ve temalar oluşturuldu. Elde edilen veriler doğrultusunda bakım, işin doğası, fiziksel etki, psikolojik etki ve sosyal-manevi etki olarak 5 tema ve 26 kategori belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Merhamet Yorgunluğu Kavramına İlişkin Temalar ve Kategoriler

Temalar	Kategoriler
Bakım	Empatik İlişki Uzun süreli, sürekli ve yoğun maruziyet Yüksek düzeyde enerji harcama Birikimli ilerleme Kendini Aşırı Kullanma / Elinden gelenin fazlasını yapma Mekanikleşme/ Duyarsızlaşma Bakımın Rutinleşmesi (/Rutin/ Makineleşme) Tanıklık Etme
İşin Doğası	Meslek ile İlişkili Faktörler Ekip Çalışması ile İlişkili Faktörler Sağlık Bakım Politikaları ile İlişkili Faktörler Yönetim ile İlişkili Faktörler Hasta ve Yakınları ile İlişkili Faktörler
Fiziksel Etki	Beslenme bozukluğu Ağrı Yorgunluk Sindirim Sistemi Sorunları Uyku düzeninde bozulma Uyarıcı madde kullanma
Psikolojik Etki	Travmanın tekrarı Hatırlatıcılardan Kaçınma Uyarılmışlık Tükenmişlik Zihinsel etki
Sosyal-Manevi Etki	Sosyal Etki Maneviyat

Çalışmaya katılan hemşirelerin bakım kavramına ilişkin ifadelerinden 24 adet kod üretildi ve bu kodlardan empatik ilişki, uzun süreli, sürekli ve yoğun maruziyet, yüksek düzeyde enerji harcama, birikimli ilerleme, kendini aşırı kullanma, duyarsızlaşma (mekanikleşme), mesleki duyarsızlık (bakımın rutinleşmesi), tanıklık etme olarak toplam 8 kategoriler oluşturuldu. Merhamet Yorgunluğunun teması olarak belirlenen bakıminkodları kelime bulutu şeklinde sunuldu. Bakım kategorisini oluşturan kodların kelime frekansının büyüklüğü, kelime bulutu ile doğru orantılı olarak biçimlendirildi. Bir kelime diğerlerinden büyükse bu durum o kelimenin frekansının diğerlerinden büyük olduğunun ve merhamet yorgunluğu tanımlamasında daha fazla kullanıldığı anlamına gelmektedir. Bakımın kategorilerinin elde edildiği kodlara ait kelime frekansları Şekil 5’de gösterilmektedir.



Hemşirelerin odak grup görüşmesinde söylemleri aşağıdaki şekildedir;

56

yükünde ve yoğunluktan kaynaklı olarak onları yanlış anlayabiliyoruz. Ama sonrasında bunu düşündüğümüzde yani empati kurduğumuzda hastayı annemiz, babamız, yakınımız olarak düşünüyoruz ki bazen hasta yakınları hastalarının öldüğünü görüyorlar bu şekilde kendimizi onların yerine koyduğumuzda daha fazla vicdanlı ve merhamet göstermeye çalışıyoruz. Hastalarla tedaviye yönelik iletişimimiz oluyor ama hasta yakınlarının moral motivasyonlarını yükseltmek için odaya girdiğimizde küçük bir gülümseyiş veya nasılsınız var mı bir şikâyetiniz, sıkıntınız var mı “sen biraz yorgun görünüyorsun teyzeciğim var mı bakabilecek başka kişi” bir yaklaşım tarzıyla yaklaşarak hasta yakınlarını da dinlendirmeye ve mutlu etmeye çalışıyoruz. Onkoloji ve palyatif insanların son anlarındaki acı ve ağrılarını azaltarak onların bir şekilde hayattan ayrılmasını sağlamayı amaçlıyor. Bizim bunu başardığımızı düşünüyorum. Küçük bir gülümseme bile yetiyor onları mutlu etmek için.” (1. O/ 1. Hemşire)

“Vicdan ve acıma duygusu içeriyor merhamet kavramı bunları çağrıştırıyor. Bir şey fark ettim hastaların bizden beklediği bir söz yani “daha iyi olacak, iyileşeceksin vb. “bu tip sözler duymayı çok bekliyorlar. Konuşmayı istiyorlar. Güzel söz bekliyorlar ve anlamamızı bekliyorlar. Anlaşıldıklarını düşündüklerinde kendilerini daha mutlu hissediyorlar. Çok fazla acı çekiyorlar sürekli inlemeleri, bağırımları, çok fazla acı çektiklerini düşünüyorum öyle görüyorum. Bazı hastalar bilinçli olmuyor ama genelde onkoloji hastaları olduğu için onkoloji hastalarının çektiği acı daha farklı oluyor. Belki onları anlayamıyoruz. Ben normal doğum yaptım onun acısının da çok fazla olduğunu biliyorum ama bu ağrı daha farklı, doğum ağrısının biteceğini biliyorsun ama onkolojik ağrı nasıl bir ağrı. Bu ağrıyı tanımlayamıyorum. Çok yüksek seviyeli bir ağrı. Ağrını biliyorsun ama iyileşmeyeceğini de biliyorsun belki bu daha çok etkiliyor onları. Bedensel hissettikleri ağrı daha farklı psikolojik olarak hissettikleri daha farklı, onlar öleceklerinin iyileşemeyeceklerinin farkında ve ölüm korkusunu daha fazla yaşıyorlar.” (1.O/3.Hemşire)

“Merhamet vicdani bir duygudur. Bir şeye karşı yapılabilecek her şeyi, yani elimizden geldiği kadar her şeyi yapmaktır. Birinin daha iyi olabilmesi için ona neler yapabiliriz. Pişmanlık yaşamayacak bir biçimde neler yapabiliriz. Sevgiyle bakım diyebilirim. Hasta bakımında merhametli bakımda, yoğun bakımda öz bakım eksikliği varsa onu gidermeye çalışıyoruz. Hijyenini sağlamaya çalışıyoruz. Mesela

ufak bir yerde yarası var onu temizliyoruz, tırnaklarını kesiyoruz gerekirse alt bakımını yapıyoruz. Gerekirse hastayı yıkıyoruz ve işler rutinimizde de var. Hastanın kıyafetleri olmuyor veya kirli oluyor gerekirse hastaneden temin ediyoruz. Gerekirse kendimiz temin ediyoruz. Hastanenin verdiği pomatları bakımda kullanıyoruz. Ama bazen geleneksel uygulamalarda yapıyoruz hastaya yağ ile masaj yapıyoruz. Yapmamız gereken bir insanın ihtiyaç duyduğu duyabileceği tüm ihtiyaçlarını karşılıyoruz. İletişim kurarken bu durum hastanın Sosyo-demografik özelliklerine göre değişiyor, kimine teyze, amca diye hitap ediyoruz. Kimine beyefendi, hanımefendi şeklinde iletişim kuruyoruz. İster istemez kronik hastalıkları olduğu için o hastalara çok alışıyoruz. Sanki kendi yakınımız gibi oluyor. Genelde yaşlı kimseler olduğu için saygıyla yaklaşıyoruz ve hastamızın iyileşerek gitmesi taburcu olmaları bizi mutlu ediyor. Bir mutluluk oluyor içimizde. Bizim bu hastaya bir faydamız oldu diye seviniyoruz. Tam tersi de hasta rahmetli olursa sanki bizden biriymiş gibi üzüliyoruz.” (3. O/3.Hemşire)

“Merhamet duygusu benim için acıma duygusu, karşıdaki nasıl bir insan birey olursa olsun bir acıma duygusu benim için. Acıma duygusu olmadığı zaman insan bir şekilde monotonlaşıyor makineye bağlanıyor. Önüne nasıl bir iş gelirse gelsin onu kalıbına uydurup öyle yapıyor. Ama acıma duygusu olunca karşısındakini bir yere koyuyor değer veriyor ve daha farklı bir yaklaşım sergiliyor. Elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışıyorsun. Bakım konusuna gelince biz çeşitli hastalar bakıyoruz bilinci açık olsun kapalı olsun, ölmek üzere olan hastaları hayatta tutmak için çok çaba sarf ediyoruz, yeri gelince hiç oturmuyoruz. Sen eğer işten çıktıktan sonra aklında bir şey kalmıyorsa bu hastaya her şeyi yaptım, hayata döndürmeye çalıştım, yaşamasına biraz da olsa katkı sağladım diyebiliyorsam benim için o gün iyidir. İnsan ister istemez her gününü bu şekilde ister istemez değerlendiriyor. Çünkü uzun süreli yatan hastalar oluyor çoğunlukla ve bir süre sonra bağ kurmaya başlıyor insan yani az bir süre bakmıyorsun.” (1.O/6.Hemşire)

“Hastalar son günleri mutlu geçirsin diye onlar için elimizden geleni yapmaya çalışıyoruz. Ölümü hissetmesinler diye. Acil bir durum olsa bile onu belli etmemeye çalışıyoruz hastaya. Bir şeyin yok seni iyileştirmeye çalışıyoruz diyoruz. Hastaya pozisyon verirken bile hastanın canını acıtmamaya çalışıyoruz. Genelde hastalarımız yaşlı oluyor onları acıtmamaya çalışıyoruz, çünkü acıyacağını biliyoruz. Mümkün

olduğınca narin ve nazik davranmaya çalışıyoruz.”(3.0./3.Hemşire)

“Çağırdığında her zaman yanına giderim hastaların. Hastaların bazılarının bilinci açık bazılarının kapalı oluyor ama bilinçsiz olsa da her zaman ben ona cevap veriyorum ki karşısında bir insan olduğunu birileri olduğunu bilsin.”
(2.0/1.Hemşire)

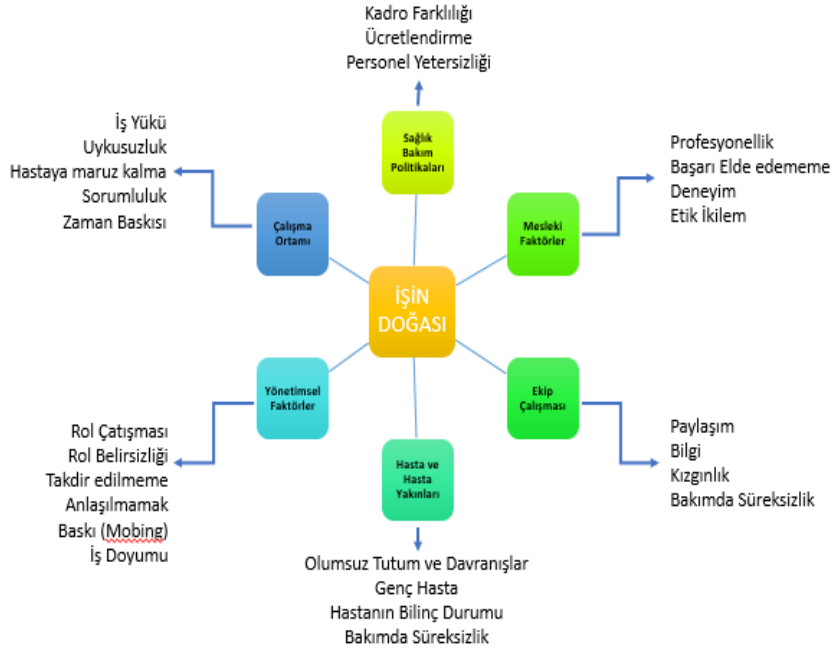
“Bazen aşırı rahat davrandığımı düşünüyorum, arkadaşımın dediği gibi duygusuzlaştık artık. Açıkçası hastayı kaybettiğimde bir şey hissedemiyorum. Kendimizi dinlemiyoruz. Kendimizi dinlememeyi öğrendik, bunu tercih ediyoruz. Bu hasta yaşam döngüsünü tamamladı, buna yapacağımız hiçbir şey yok diyerek üzerine çok fazla düşünmeyerek konuyu kapatıyoruz.” **(1.0/1.Hemşire)**

“Kendinden veriyorsun sürekli. Hani ben 12 saat açlıkla o hastaya CPR yapıyorum, başka hastada bir sıkıntı oluyor ona koşuyorsun, diğerinin tedavisi oluyor benim başım dönüyor midem bulanıyor ama işime ara vermeden görevimi yapmaya çalışıyorum. Çok fazla kendimizde fedakârlık yapıyoruz. Manevi olarak kabullenme durumunda manevi olarak isyan değil ama şikâyet ediyorsun.” **(Pilot Görüşme/1.Hemşire)**

“Bazı hastalardan çok etkileniyorsun ve hastayı evden bile takip ettiğin oluyor. Çünkü durumunu merak ediyorum. Acaba nasıl oldu. Bazen gruplarımız var onlara yazıyorum hastaların durumlarını soruyorum. Hastada senle gidiyor ve hastanı merak ediyorsun. Bu çok yıpratıcı bir durum. Hastanede bırakamıyorsun bazı şeyleri bitmiyor yani. Ölseler bile hatırladığın şeylerin oluyor şöyleydi böyleydi diye.”
(3.0/1.Hemşire)

Tema 2. İşin Doğası

Çalışmaya katılanların işin doğası kavramına ilişkin ifadelerinden 25 adet kod üretildi. Bu kodlardan meslek, ekip çalışması, sağlık bakım politikaları, yönetim, hasta ve yakınları ile ilişkili faktörler olarak 5 kategori oluşturuldu. İşin Doğası kategorisine ait kodlarını gösteren kavram haritası Şekil 6’da gösterilmektedir.



Şekil 6. İşin Doğası Kategorileri ve Kodları

“Hasta ile en çok ve uzun iletişim kuran sağlık personeli biziz. Biz hasta ile saatlerce vakit geçiriyoruz. Hasta hep gözümüzün önünde ve yeri geliyor refakatçisinde daha çok biz hastaya bakıyoruz. Bizi en çok yoran şey hasta için hep uğraşıyoruz doktor gelip bakıp gider, diğer sağlık çalışanı hastayla işini görüp gidiyor, biz hep hastanın yanındayız. Bu bizi yoruyor. Ve hakkettiğimiz değeri maddi ve manevi olarak alamıyoruz.” (3.0/4. Hemşire)

“İlk 8 saat hastanın her çağırdığında yanına gidiyorum ama bir süre sonra hasta 5 kez çağırdığında gidiyorum çünkü yoruluyorum işlerden. Bir çay içmek istiyorum, Yoğun Bakımdan bazen yeter yani diyerek çıktığım oluyor.” (2.0/1. Hemşire)

“Kendi başına bir stres kaynağı, nöbete gideceksin stresten uyuyamıyorsun. Gezerken bile stresini atamıyorsun. İşten dolayı yoğun bir baskı ve stres altındasın çünkü. Bunu atmak için daha çok geziyorsun.” (2.0/2. Hemşire)

“Bizim mesleğimiz diğer mesleklerden farklı mesela bir inşaat mühendisi ne kadar çalışırsa o kadar güzel bir bina yapabilir ama bizim işimiz öyle değil biz ne kadar hastaya bakarsak bakalım sonuçta kader diye bir şey var bunu engelleyemiyoruz. O ölecekse ölecek bu sonu değiştiremeyeceğiz ne yaparsak yapalım,” (2.0/1. Hemşire)

“Biz 24 saat hastanın başındayız. Bir yerden sonra bu çalışma saati insanı yoruyor ve hiçbir meslek grubu hastasını bu kadar düşünmüyor.” (2.0/4. Hemşire)

“Stres çok etkiliyor ve zamanla yarışıyoruz bu merhamet yorgunluğunu tetikliyor. Mobing de var bunun içinde, yoğun iş stresi, sürekli aktif bir şekilde ve 24 saat çalışıyoruz. Bedenimiz yorgun oluyor sürekli çalışmak zorundayız ve gecede aynı aktif çalışma devam ediyor. Ben bir beş dakika fark edemeyim o hasta ex olacak bunun farkında olmak ve bunun vicdani yükü insanı çok tedirgin ediyor. Dikkatinin full olması ve hemen atik olman gerekli, bedenini her an kullanıyor olman lazım her an bir şey olduğunda sen müdahale edebilesin. Gücün bitiyor ama sen o nöbeti tamamlamak zorundasın o sırada hasta ex oluyor ve CPR ‘ını yapmak zorundasın.”

(2.0/2.Hemşire)

“Hastanın çok fazla acı çekmesi ve bizim onu görmemiz, çok fazla empati yapmamız veya beklenmedik, ani olması ölümler yaşanması sonucu zamanla duyarsızlaşıyoruz. Yeniler daha duyarlı oluyor çünkü sürece daha hâkim değiller ama deneyimli hemşireler daha farklı yaklaşıyorlar, duyarsızlaşıyorlar.” **(2.0/6.Hemşire)**

“Hemşirelik zor bir meslek zaten, vicdan ve merhamet duyguları olmadan yol kat edemeyiz. Mesleki standartların olmaması işi daha da zorlaştırıyor.”

(3.0/5.Hemşire)

“Hasta acıları çok fazla veya ajite ve hastaya bir şeyler yapıyoruz. Mesela fiziksel tespit. Baktığın zaman çok etik bir davranış değil belki ama daha sonrasın da hasta kendine daha büyük zararlar vereceği için ben bunu bildiğim için dolayısıyla kısıtlamak benim için normal bir şeymiş gibi geliyor. Bu şekilde merhameti göz ardı ediyoruz diyorum. Tamamhastanın elleri bağlı olabilir belki ama bu hastanın iyiliği için elleri bağlı.” **(2.0/6.Kişi)**

Hemşireye gereken önem verilmiyor, her zaman iş yükünü çeken hemşire ama değer görmüyoruz. İş yükü fazla, parası az, sorumluluk çok” ne gerek var bu kadar yorulmaya. Covid sürecinde çalışmak çok zor oluyor özellikle kişisel koruyucu ekipmanlarla bir gün Barış’ı hasta yanından çıkarken gördüm hastasının durumu da çok iyi değildi, bir saattir hasta yanındaydı. Bir çıktı çizmelerine kadar ıslak, gerçekten alın teri nedir anlıyoruz. Ben köyden geldim, çalışırım ama buradaki iş yükü çok fazla orada tarlanı ek geç burada ise canınızı tehlikeye atıyorsunuz.” **(3.0/5.Hemşire)**

“Son nöbetimde 2 hastayı arka arkaya ex verdim. Aklımda sadece onlarla ilgili evrak

işleri kaldı. Ölüm günlük olağan bir şey gibi geliyor.” (2.O/4.Hemşire)

“Yaşlılarımızdan her zaman kendimi daha olgu hissettim ama bu duyguyu hissetmek istemiyorum. Ama yaptığım iş beni buna mecbur kıldı ve bir süre sonra insanlar sizde onu gördükçe bir sürü görev ve misyon yüklemeye başlıyorlar. Hani özel yaşamımıza da böyle negatif yansımaları oluyor aile içinde en anlayışlı olan, soğukkanlı olan, en çalışkan olan, tepkilerini sürekli kontrol altında tutmak zorunda olan, bir hasta varsa konuda komşuda onlarla ilgilenmek zorunda olan kişi olarak ilk akıllara gelen biz oluyoruz ve bu çok yorucu bir durum. Bu iş beni bunlara mecbur kılıyor.” (Pilot Görüşme/ 3.Kişi)

“Ekip olarak çalıştığımız için yoruluyoruz mesela doktor orderda bir işi unutmuş arkadaşın nöbet teslim ederken bu antibiyotiği yapmadım diyor. Doktorun order etmesi gerekiyordu etmemiş bende peşine düşmedim diyor. Bir şey diyemiyorsun. Yapman gerekenden fazlasını yapmıyorsun. Ama artık yorulmuş ki orada hastanın antibiyotiği yapmayarak hastaya verdiği zararı düşünmüyor sonuçta kendi yapacağı iş değil, bir şey diyemiyorsun ama sinir oluyorsun.” (2.O/3.Hemşire)

“Ne yaptığımız farkında olsunlar ve hangi şartlarda çalıştığımızın farkına varılsın istiyoruz. Odalarımızın havalandırması yok, dinlenme odalarımız yok, lavobolarımız yok, çalışma ortamımızda bir sürü eksikliklerimiz var ama bunlara düzeltmek için bir çaba yok.” (Nihal)

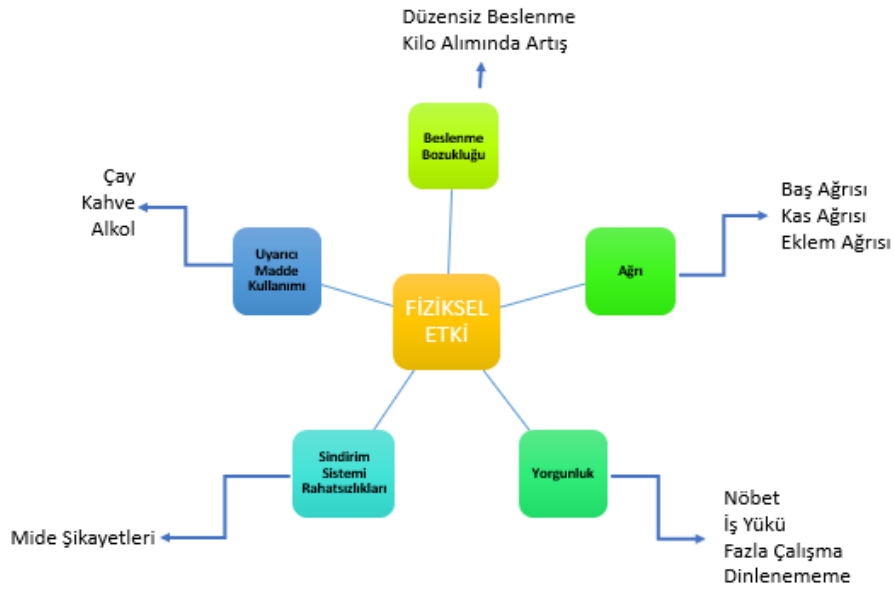
“Onkoloji için bu şekilde ama palyatifte tedavi önemli hastaların ağrı ve acılarının geçirilmesinde ama bir yerden sonra o da yetmiyor.” ben bu hastaya çare olamıyorum diye düşünerek bu da psikolojimizi bozuyor. Çünkü hasta acı çekiyor, hasta yakını ajite oluyor, hasta yakınları bu durumda daha ajite ve saldırgan olabiliyorlar. “Hastam böyle sen bir şey yapmıyorsun” aslında her şey yapılıyor, en son tedaviye kadar her şeyi yapıyorsun ama ağrı geçmeyebiliyor. (1.O./5.hemşire)

“Bizim her şeyi yapabileceğimizi bildikleri ve kabulleneceğimizi düşündükleri için yani merhametli olduğumuz için mi değersiz görünüyoruz acaba hasta için fedakârca çalışıyoruz, uykumuzu her şeyimizi feda ediyoruz bu yüzden mi değer görmüyoruz acaba, bu yüzden baskı altında kalıyoruz. Bazen yemeğe çıkmıyoruz tuvalete bile gidemediğimiz zamanlar oluyor ben ne zamana kadar her şeye yetişeceğim diyorsun sonra salıyorsun kendini, bırakıyorsun her şeyi, sonra rutin işleri yapıyorsun,

devletin yüklediği sorumlulukları yerine getiriyorsun gerisini umursamıyorsun."(2.0/3.Hemşire)

Tema 3. Fiziksel Etki

Çalışmaya katılanların fiziksel etki kavramına ilişkin ifadelerinden beslenme bozukluğu, sindirim sistemi rahatsızlıkları, ağrı, uyku düzeninde bozulma, uyarıcı madde kullanma (Kafein/Alkol/Sigara kullanımının artması) olarak 5 kategori oluşturuldu. Fiziksel Etki kategorisine ait kodları gösteren kavram haritası Şekil 7’de yer almaktadır.



Şekil 7. Fiziksel Etki Kategorileri ve Kodları

“Fiziksel olarak yorgunluğumuz var. Nöbetten çıkar çıkmaz düşumuzu alıp yatalım modundayız eskiden nöbet çıkışı biraz ayakta kalabiliyorduk. Şimdi bu hiç mümkün olmuyor. Şu anda uyku saatlerimiz düştü ve tilki uykusu gibi uyuyoruz.”(3.0/5.Hemşire)

“Nöbet sonrası baş ağrılarımız eklem ağrılarımız olduğu da oluyor biz bunu merhamet yorgunluğuna değil sadece o gün kötü geçirdik diye düşünüyoruz. Nöbet yorgunluğuna bağlıyoruz. Sürekli tetikte olmak durumundayız o hastaya bir şey olduğumuzda kaçırmamız gerekiyor”(2.0/5.Hemşire)

“Arkadaş ilişkilerimizi biraz etkiliyor. Ama çok üzüntülü ve baş ağrısı çektiğimde kötü olaylar olduğunda dışarı çıkmak istemiyorum dolayısıyla arkadaşlık

ilişkilerimiz az da olsa etkileniyor.”(3.0/2.Hemşire)

“Fiziksel olarak iştahsızlık, yorgunluk, moralin bozuk oluyor, bazen yüzün düşüyor kaşların çatık oluyor evdekiler ne oldu, bir şey mi oldu diye soruyorlar, ama çocuklarımızı ve arkadaşlık ilişkilerimizi etkiliyor.” (3.0/1.Hemşire)

“Fiziksel yorgunluk önemli değil, psikolojik yorgunluk daha büyük sıkıntı yaratıyor. Ölüm dışında yıpratıcı birşey yok aslında.” (1.0/4.Hemşire)

“Fiziksel olarak göbek çıkıyor, ben mesleğe başladığımda filinta gibiydim. Nöbetler ve fazla çalışma kilo alımını artırıyor. Düzensiz saatlerde yemek yiyorsun. Uyumamak, sürekli kafein almak çay içmek, sigara kullanımını artırıyor.” (2.0/6. Hemşire)

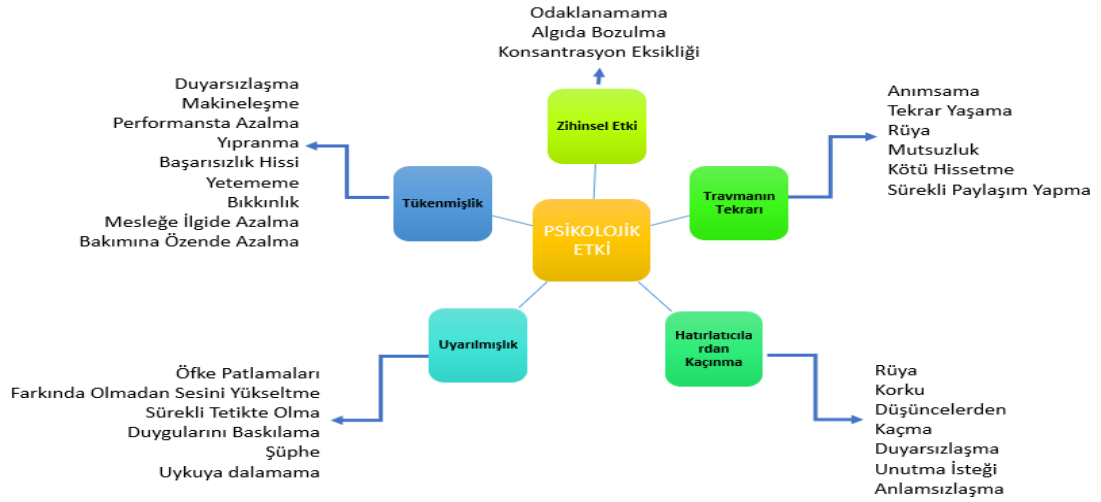
“Depresyona girip çıkıyoruz. Ölümün çok olduğu zaman her şeyimiz etkileniyor. Bu durum kendi bakımımızı bile etkiliyor, yansımaları oluyor. İşimizi yapalım diyoruz.” (3.0/3.Hemşire)

“Bide sürekli bir yorgunluk hali oluyor. Ancak gerçekten de bazı şeyleri sadece meslek arkadaşlarımla paylaşabiliyorum. Diğerleriyle paylaştığımda ya anlaşılmıyor veya yanlış anlaşıyor. O yüzden seni anlamıyorlar örneğin nöbet stresini bilmiyorlar ne yapıyorsun ki, ilaç yapıyorsun, neyine yoruldun diyorlar, anlamadıkları için artık anlatmak istemiyorum doğru söylüyorsun deyip geçiştiriyorum. Fiziksel olarak yorgun, duygusal olarak tükenmiş hissediyorum.”(Pilot Görüşme /2.kişi)

“Ben artık yorulduğum zaman gece özellikle mesela uykusuz kaldığım zaman diyorum başka bir mesleğe geçiş yapsan mı acaba, sonra ben bu işin üniversitesini okumuşum bunca yıl çalışmışım belli bir para alıyorum ama bu tatmin etmiyor” (2.0/5.Hemşire)

Tema 4. Psikolojik Etki

Çalışmaya katılanların psikolojik etki kavramına ilişkin ifadelerinden travmanın tekrarı hatırlatıcılardan kaçınma, uyarılmışlık, tükenmişlik, zihinsel etki olarak 5 kategori oluşturuldu. Psikolojik Etki kategorisine ait kodları içeren kavram haritası Şekil 8’de gösterilmektedir.



Şekil 8. Psikolojik Etki Kategorileri ve Kodları

“Hastalar arada aklımıza geliyor. Bazen bazı hastaları o ölen hastalarımıza benzetiyoruz. Bak buda şuna benzer diye konuşuyoruz. Anılarımız aklıma geliyor ve yeniden aynı şeyleri yaşıyoruz. İlk zamanlar ölümler beni çok etkiliyordu. Uykumdan uyanıyordum rüyama giriyordu. Korkuyordum. İlk yıllarımda özellikle sonra bende bir alışkanlık oluşmaya başladı.” (3.0/2.Hemşire)

“Yorgunluk hissediyorum iş yükünden ve bir etkinlik yapmak zor geliyor. Annem bir şey diyor, onu duyamıyorum bile. Yorgunluktan, stresten, bazen ağır bir üzüntü oluyor.” (3.0/3.Hemşire)

“Hastaların inlemeleri ve bağırımları beni çok mutsuz ediyor, kendimi çaresiz hissediyorum. Eve gidiyorum evde aklıma geliyor bazen uyuyup uyandığımda o sesi duyuyormuş gibi hissediyorum. Uykumda falan görüyorum. Ama yapacak bir şey yok kabulleniyoruz. Kabullenmezsek daha kötü hissediyoruz çünkü.” (3.0/3.Hemşire)

“Eve geldiğimde de yalnız kalıyorum. Sürekli alarmları sesi, Bibapların sesi kulağıma geliyor. Pump dediğimiz cihazların sesini duyar hale geldim. Uykumda bile dinlenemiyorum.” (3.0/6.Hemşire)

“Depresyon yaşıyoruz ama bu depresyonun nedenini bilmiyoruz. Bu olumsuzluklar, iş yükü bizi çok yıpratıyor ne kadar düşünmesekte. Kafamızı dağıtmak için ekstra hobilere, gezilere gidiyoruz, dolaşıyoruz turlara katılıyoruz filan ama o anda biz bunu fark edemeyebiliyoruz hastama öldü ben depresyonu girdim demiyoruz ama bu hafta daha çok iş yükümüz fazla bu hafta çok yoğun, yorulduk, hastam arrest olmuştur bende sinir olmuşumdur. Vicdani yükünü çekmişimdir ama bunu

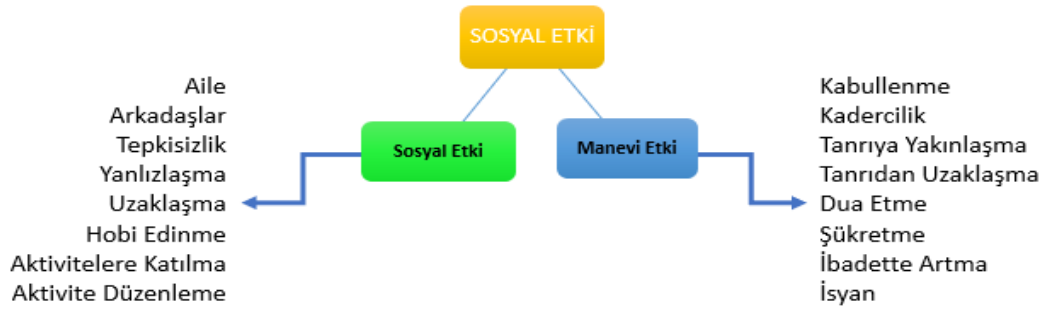
hissetmiyorum diyede düşünebilirim” (2.0/5.Hemşire)

“Eski hemşirelere çok bağıyorlar diye söylüyorlardı ama bir süre sonra sende farkında olmadan hem hastaya hemde hasta yakılarına sesini yükseltebiliyorsun istemeyerekte olsa hasta ve hasta yakınlarına güler yüzlü davranılmayabiliyor, farkında olmadan öfkelenip sesimi yükseltebiliyorum.” (2.0/4.Hemşire)

“Kaçıyorum düşünmekten sonrasında yaşadıklarımı düşündükçe gözlerim doluyor ve çok üzülüyorum o yüzden düşünmemeye çalışıyorum. Bu durum işime yansımıyor. İşe girdiğimizde sanki bir maske ya da böyle bir yani o formayı giyince o duygusallıktan uzaklaşıyorsun. Yani ben hiçbir hastayla empati kurmamaya çalışıyorum. Ama monotonlaşmışlık oluyor. İşler rutine biniyor. Bende çalışırken değil evde daha çok oluyor çünkü yaşadığım şeyleri yeniden düşünüyorum ve üzülüyorum.” (2.0/1.Hemşire)

Tema 5. Sosyal Etki

Çalışmaya katılanların sosyal etki kavramına ilişkin ifadelerinden 8 adet kod belirlendi. Sosyal etki ve manevi etki olarak 2 kategori oluşturuldu. Sosyal Etki kategorilerine ilişkin kodlar kavram haritası şeklinde Şekil 9’da gösterilmektedir.



Şekil 9.Sosyal Manevi Etki Kategorileri ve Kodları

“Manevi olarak ben güçlü hissediyorum. Yoğun bakımdaki arkadaşlarımın yaşı geçmiş ablaları gördükçe, onları enerjisiyle kendimi daha çok güçlü hissediyorum. Namaza başladım. Başka servislerde çalışmayı düşünmedim. Yoğun bakım benim isteyerek geldiğim bir ortam, kendimi sürekli geliştiriyorum ve buradan ayrılmak istemem.” (3.0/6.Hemşire)

“Manevi olarak Allah a uzaklaşan isyan eden arkadaşlarımız olduğu gibi

yakınlaşanlar daha çok dua edenler ve bu durumu kabullenenlerde oldu. Artık namaza başlayalım diyenler oldu. Ama kendini alkole vuran sabah nöbete sarhoş gelen arkadaşlarımızda oldu. Biraz insanla alakalı.” (2.0/6.Hemşire)

“Genç hastada ve bilinci açık olan hastalarımızı kaybettiğimizde üzüliyoruz bu durum eve de yansıyor. Burada çalışmış olmak aile ve arkadaşlık ilişkileri açısından daha yapıcı oldu bizim için. Eskiden daha basit şeylerden etkilenirken şimdi biraz daha şey hoşgörülü olduk. Mesela eşimin bir sıkıntısı olduğunda ne var bunda sen bir gel gör hastaneyi, sen hastaların durumunu gör “Allah başka sıkıntı vermesin” sağlık daha önemli boş ver diyebiliyorum.” (1.0/5.Hemşire)

“Bazen kendimi yalnız ve çaresiz hissedebiliyorum. Arkadaş ortamların da bunu yaşadığım oluyor. Bazen konuşulanlara katılamıyorum, söyleyecek bişeyim olmuyor.” (1.0/3.Hemşire)

“Daha çok şükrediyorsun.” (2.0/1.Hemşire)

“Manevi olarak palyatifte çalışmak her şeyin boş olduğunu öğretiyor. Her şeyin boş olduğunu anlıyorsun sana öğrettiği şey bunlar. Beraber güzel zaman geçirmek gülüp oynamak varken. Yani ömrün kısa olduğunu anlıyorsun. Onlarda bir zamanlar nasıllardı, dalyan gibi insanlar, şimdi düştükleri duruma bak tabi o zaman etkileniyorsun. Manevi olarak biraz daha Allaha yaklaşıyoruz. Gerçi Allah ile ilişkimiz hep iyiydi ama yine de Allah’ım yatağa düşürme diye dua ediyoruz.” (3.0/1.Hemşire)

“Evlatlarımıza bile zaman ayıramıyoruz, onlara haksızlık ediyoruz. İşten dolayı bazen ve bu duygular bir süre sonra bıkkınlık veriyor. Artık yapmak istemiyorsunuz ama görev olarak yapıyorsunuz bir de bu ailede devam edince iyice bunaliyorsunuz. Bunu hissedince de ilgisizleşmeye ve insanlardan uzaklaşmaya başlıyorsunuz. Ben eskiye nazaran insanlardan uzaklaştığımı hissediyorum. Üzerimdeki bu baskının azaltmak için yalnızlaştığımı düşünüyorum. Yaşıtlarımla farklı meslek gruplarıyla bir araya geldiğimde onlar gibi gülemiyorum. Onlar gibi eğlenemiyorum, onlar gibi mutlu olamıyorum, Konuştuklarını anlamlı bulamıyorum, yaptıklarını anlamlı bulmuyorum. Aynı filmlere bakmıyorum veya aynı AVM’de 8 saat dolaşmıyorum. Bir cafe de bir restoranda oturmak bana anlamlı gelmiyor. Ondan sonra asosyal insan olduğunuzu düşünüyorlar ve asosyal oluyorsunuz. Bunlar bizi içe dönük bir insan olmamamızı sağlıyor. İlk önceleri duygularımı yaşadıklarımı paylaşmayı denedim

ama anlamıyorlar.” (Pilot Görüşme/3.Kişi)

“Neredeyse 9-10 ay yattı bizde tüm ailem biliyordu Volkanı. Evinden biri hastalanmış ve o hastayla o süreci yaşıyorsun. Ailemizle paylaştığımız için ailemizde o kişileri biliyorlar. Hatta bazen eve gittiğimde artık sorar olmuşlardı “Volkan Nasıl” diye. Herkes merak ediyordu. Mesela ex olduğunda benim ailemde çok üzülmişti. Etkilendiğin hastalarda hasta eve taşınıyor.” (3.0/1.Hemşire).

“Kendi başına bir stres kaynağı, nöbete gideceksin stresten uyuyamıyorsun. Gezerken bile stresini atamıyorsun. İşten dolayı yoğun bir baskı ve stres altındasın çünkü. Bunu atmak için daha çok geziyorsun.” (2.0/2.Hemşire).

4.1.3.Nitel Görüşmelerin Analizleri Sonucunda Oluşturulan Aday Ölçek Formu

MERY Ölçeği'nin geliştirilmesi için çalışmanın nitel yöntem bölümünde odak grup görüşmesi gerçekleştirilerek, kompozisyon yazdırılarak merhamet yorgunluğu ile ilgili hemşirelerin tutum, inanç ve değerlendirmeleri belirlendi. Elde edilen nitel bulgular ve literatür doğrultusunda merhamete ilişkin faktörlere yönelik sınıflandırmalar yapıldı. Nitel verilerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda merhamet yorgunluğunun hemşirelerde görülen etkileri ortaya konulmaya çalışıldı. Sonuç olarak **“Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Aday Ölçeği”** oluşturuldu. Aday ölçek toplam 81 ifadeden oluşturuldu. Ölçek cevaplayıcılarının ölçek maddelerini boş bırakmaması, basmakalıp cevaplar vermemesi ve yönlendirme yapılmaması adına 81 ifadenin 23 ifadesi ters madde olarak tasarlandı (1,12,13,14,17,18,19,28,29,31,35,43,44,57,60,63,64,69,71,74,77, 78,81). Katılımcılarla gerçekleştirilen odak grup görüşmesi sonucunda merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler; bakım ve işin doğası olarak, merhamet yorgunluğunun belirtileri ise fiziksel, psikolojik, sosyal-manevi etkiler olarak ele alınmaktadır.

Figley (2002)'in bakımın bedeli olarak ifade ettiği merhamet yorgunluğu kavramın bakım boyutu ele alınarak, hemşirelerin bakım sırasında merhamet duygusuna ilişkin yaşadıkları deneyimler üzerine bakım alanına ilişkin olarak 8 kategoriden elde edilen aday ölçek ifadeleri;

- Hastalara bakım verirken, onları rahatlatmak için elimden gelenin fazlasını yapmaya çalışmak
- Bakım sırasında hastalarımın acılarına/ ağrılarına tanıklık etmek beni üzüyor.

- Hastalara bakım verme enerjimde geçmiş yıllara göre azalma olduğunu hissediyorum.
- Hastalarımı ne yaparsam yapayım öleceklerini bilmek bakım verme isteğimi azaltıyor.
- Terminal dönem hastalara bakım vermekten dolayı kendimi yıpranmış hissediyorum
- Bakım sırasında hastalarla empati kurmadan iş odaklı çalışıyorum.
- Uzun süre bakım verdiğim hastaların ölümlerine tanıklık etmek beni üzüyor.
- Hastaların olumsuz deneyimleri beni üzdüğü için bakım sırasında hastalarla iletişim kurmamayı tercih ediyorum
- Aynı hastaya uzun süre bakım verdiğimde o hastanın ölümü beni daha çok etkiliyor.
- Hasta bakımı sırasında yaşadığım etik ikilemler beni çok yoruyor
- Verdiğim bakım sonucu hastalarımın iyileşmemesi kendimi çaresiz hissetmeme neden oluyor.
- Hastalarımı severek bakım veriyorum.
- Acı çeken hastaların verdiğim bakım sonucu rahatlaması beni motive eder.
- Yaptığımı bakımın etkili olduğunu görünce bende rahatlıyorum.
- Hastalara bakım verirken hastaların yaşadığı acı, ağrının şiddeti hakkında düşünüyorum.
- Bakım verdiğim hastaların yaşadığı deneyimlerin yakınlarımla da başına gelebileceğini düşündükçe üzülüyorum.
- Hastalara daha iyi bakım vermek için onlar gibi hissetmeye çalışırım.
- Hastalarımı bakım verirken onların zihinlerinden neler geçtiğini anlamaya çalışırım.
- Bakım sırasında hastanın söylediklerini dikkate alırım.
- Bakım verirken duyguların yeri olmadığını düşünüyorum.
- Bakım verdiğim hastalarımın rahatıyla ilgili daha az endişe duyuyorum.

Literatür taraması ve odak grup görüşmeleridoğrultusunda işin doğasına ilişkin oluşturulan 5 kategoriden tasarlanan aday ölçek ifadeleri;

- İş yoğunluğundan hasta bakımını yetiştirememekten korku duyuyorum.

- İş yoğunluğundan hastalarla yeterli iletişim kuramamak vicdanımı rahatsız ediyor.
- İş yükünden dolayı hasta bakımına yeterli zaman ayıramadığımdan kendimi mutsuz hissediyorum.
- Dinlenmeden çalışmak strese girmeme neden oluyor.
- Bakım esnasında sürekli duygularımı kontrol altında tutmak beni yoruyor.
- Hastanın sağlık durumundaki değişimleri fark edememe korkusuyla sürekli dikkatli olmak beni strese sokuyor.
- Ekip olarak iş birliği içinde çalışmak hasta bakımımı olumlu etkiliyor.
- Ekip olarak iş birliği içinde çalışmak kendimi iyi hissettiriyor.
- Ekip arkadaşlarımla hatalarını düzeltmek beni kızdırıyor.
- İşimle ilgili sıkıntılarımla paylaştığım bir meslektaş grubum var.
- Hemşirelik mesleğindeki rol belirsizlikleri nedeniyle yaşanan çatışmalar strese girmeme neden oluyor.
- Yaptığımız iş karşılığında, hemşirelere gereken değerin verilmemesi beni umutsuzluğa sürüklüyor
- Vardiyalı / nöbetli çalışmak tüm yaşantımı olumsuz etkiliyor.
- İş çıkışı başka uğraşlara vakit ayırmak için yeterli enerjim oluyor.
- Sağlık sistemi yüzünden kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- Hasta ve yakınlarının olumsuz bazen şiddet içeren yaklaşımları beni mutsuz ediyor.
- Hasta ve hasta çevresinin olumsuz davranış ve tutumları verdiğim bakım kalitesini etkiliyor
- İşimin hiç bitmeyecek gibi görünmesinden dolayı kendimi bıkmış hissediyorum.
- Yoğun bakım ve palyatif bakım hastalarıyla çalışmak istemiyorum.
- Bazen hasta/ hasta yakınlarının sorularını farkında olmadan yüksek sesle cevaplıyorum.
- Mesleğimi sadece para kazanma aracı olarak görüyorum.
- Yönetim tarafından çalışmalarımın takdir edilmesi iş motivasyonumu artırır.

- Yönetim tarafından düzenlenen sosyal etkinliklere katılmak beni mutlu ediyor.
- Çalışma koşullarının yoğunluğundan sürekli kendimi yorgun hissediyorum
- Çalışma koşullarının yoğunluğundan yaşam kalitem olumsuz etkileniyor
- şeklinde literatüre paralel verilere ulaşıldı (Figley 2002; Joinson 1992; Coetzee ve Klopper 2010; Yoder 2010; Sabo;2011; Mchholm 2006).
- Literatür taraması ve odak grup görüşmeleri doğrultusunda fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi belirtilere ilişkin oluşturulan temalardan tasarlanan aday ölçek ifadeleri;
- İş yükü nedeniyle yaşadığım yorgunluktan dolayı kendi öz bakımım olumsuz etkileniyor
- Son zamanlarda mide- barsak şikayetlerim arttı.
- Cihazların alarm sesini sürekli kulağımda hissettiğimden uykumda bile dinlenemiyorum
- Bakım verdiğim hastalarının yaşadığı deneyimleri düşündükçe uykum kaçıyor.
- Kendimi iyi hissetmek için çay, kahve vb. madde kullanırım.
- Çalışma koşullarından dolayı sigara içme sıklığımı artırdım.
- Çok sık ağrı sorunu yaşıyorum (Baş ağrısı, kas ağrısı, eklem ağrısı, vb.)
- Çalışma şartlarından dolayı bel ve sırt ağrılarım arttı.
- Bakım verdiğim hastaların acı, ağrı, ölümlerine tanıklık etmek depresif olmama neden oldu.
- İş yoğunluğundan dolayı algılamamda azalma olduğu için bir işe odaklanmakta zorlanıyorum.
- Kendimi mutlu hissediyorum.
- Bakım verdiğim hastaların acı, ağrı, ölümleri vb. kötü anlarını hatırlamaktan kaçınırım.
- Bakım verdiğim hastaların deneyimlerine benzer durumlar rüyama giriyor.
- Hastaların son anlarında huzurlu bir şekilde ölmelerine yardımcı olmak vicdanımı rahatlatıyor
- Çalışırken güldüğümde suçluluk duygusu yaşıyorum.

- Bakım verdiğim hastalar iyileşmediğinde kendimi başarısız hissediyorum.
- İşimi severek yapıyorum.
- Hastalarımın yaşadıklarını hatırlamak beni üzüyor
- Yaptığım iş nedeniyle kendimi tükenmiş hissediyorum.
- Hastalarımın yaşadığım deneyimleri hatırlatan her şeyden uzak duruyorum.
- Çalışma hayatına atıldığımdan itibaren diğer insanlarla görüşme isteğim azaldı.
- Palyatif bakım alan hastalarla çalışmak hayat enerjimi yükseltti
- Sık sık izin alarak işten uzak kalmaya çalışırım.
- Ölümle sık karşılaşmam sonucu ölüm gibi diğer insanlar için travmatize edici olaylar bana sıradan geliyor
- Hastaların ölüm, ağrı, acılarına tanıklık etmek beni duyarsızlaştırdı
- Hastaların baş etmek zorunda olduğu sıkıntılara tanıklık etmek, insanlarla etkileşimimi olumsuz etkileyerek içe kapanmama neden oldu.
- Hastaların baş etmek zorunda olduğu sıkıntılara tanıklık etmek, insanlarla etkileşimimde hoşgörölü olmamı sağladı
- Hastaların baş etmek zorunda olduğu sıkıntılara tanıklık etmek beni sosyal ilişkilerimde yalnızlığa itti.
- Hastanede yaşadığım olaylar sosyal ilişkilerimi olumsuz etkiledi.
- İş stresinden kurtulmak için çeşitli hobilerim var.
- Hastalarımın yaşadığım deneyimler, manevi duygularımı (İbadet etme, dua etme...) kuvvetlendiriyor.
- Hastalarla yaşadığım stresli iş deneyimlerini kimse ile paylaşamıyorum.
- Hastalarımın ağrı, acı, ölümüne tanıklık etmek hayata karşı isyankâr olmama neden oldu.
- İş stresinden kurtulmak için daha çok sosyal etkinlik yapmaya çalışıyorum
- şeklinde literatüre paralel veriler elde edildi (Coetzee ve Klopper 2010, McHolm 2006, Potter 2010, Dikmen ve Aydın 2016, Aycok ve Boyle 2009; Coetzee ve Klopper 2010; Gök 2015).

4.2.NİCEL YÖNTEME İLİŞKİN BULGULAR

MERY Ölçeği'ni geliştirmek amacıyla nicel araştırma aşamasında elde edilen veriler, katılımcıların nitelikleri sosyo-demografik ve mesleki özellikler ile mesleki deneyimler olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Nicel yöntem kullanılarak geliştirilen ölçüm aracının geçerlik ve güvenirlik çalışma bulguları olmak üzere iki aşamada sunulmaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler bir bilgisayar programı aracılığı (SPSS 25,0) ile analiz edildi. Veriler değerlendirilirken normallik testleri, tanımlayıcı istatistikler, kapsam geçerlik testleri, KMO ve Barlett Testi, açımlayıcı faktör analizi (AFA), en yüksek olabilirlik (Maksimum Likelihood), varimax rotasyonu, Pearson Korelasyonu ve iç tutarlık katsayı analizleri kullanıldı.

Tablo 6. MERY Ölçeği'nin Geliştirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler

İstatistik Adı	Analizler	
Tanımlayıcı istatistikler	sayı, yüzde, ortalama, standart sapma	
Normallik	Histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile; çarpıklık ve basıklık, varyasyon katsayısı	
Geçerlik	Kapsam Geçerliği	KGO- KGİ
	Yapı Geçerliği	Pilot çalışma
		Açımlayıcı Faktör Analizi
		KMO ve Barlett Testi
		Maksimum likelihood
Güvenirlik		Varimax döndürme
	Ölçüt Geçerliği	Pearson Korelasyon Katsayısı
	İç Tutarlılık	Cronbach Alpha, Omega katsayısı
		Madde toplam korelasyonları
	Madde analizleri	Alt-üst %27'lik grup
	Bağımsız örneklem t-testi.	
	Test- Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik)	Pearson'un momentler çarpımı korelasyon katsayısı

Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılması amacıyla grafiksel yöntemler ve test yöntemlerinden yararlanıldı. Grafiksel yöntemlerde Q-Q grafiği, histogram ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri, normallik testleri de Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnow uyum iyiliği testleri ile değerlendirildi (Hayran ve Hayran, 2011). Verilerin

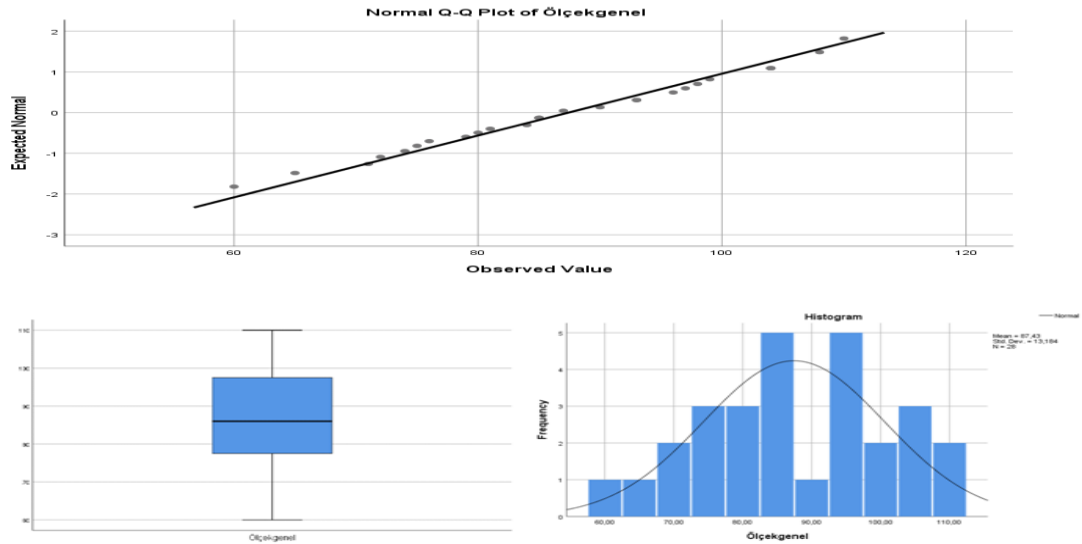
normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov Smirnov p istatistiki anlamlılık değerinin 0.05' ten büyük, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ise (+2), (-2) aralığında değer alma koşulu arandı (Tablo 7).

Tablo 7. Normallik Testleri Analiz Sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Ölçek Genel	,092	28	,200*	,979	28	,823
Faktör1	,080	28	,200*	,989	28	,990
Faktör2	,184	28	,017	,818	28	,000
Faktör3	,106	28	,200*	,958	28	,305
Faktör4	,077	28	,200*	,986	28	,956
Faktör5	,163	28	,055	,939	28	,107
MerhametYorgunluğu	,127	28	,200*	,946	28	,154
İkincil Travma	,099	28	,200*	,957	28	,297
Mesleki Tükenmişlik	,108	28	,200*	,962	28	,390

*p<0.05

Normallığın sağlanması için gereken koşullar saçılma diyagramında verilerin 45 derecelik doğruya yakınlık göstermesi, kutu-çizgi grafiğinde (box plot) kutunun ortanca çizgisinin ortalanarak konumlanması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2016). Normallik dağılımı belirlenirken grafik testlerine uygunluk koşulları ve basıklık çarpıklık değer kontrolleri de yapılarak tüm dağılımların normal olduğu görüldü.



Şekil 10.1. Ölçek Normal Dağılımını Gösteren Q-Q Plot Grafiği ve Histogramı

4.2.1. Çalışmanın Nicel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %45'inin 26-31 yaş aralığında, %72,8'inin kadın, %27,2'sinin erkek,

%73,5'inin lisans mezunu, %56,5'inin evli olduğu, %62,9'unun çocuğunun olmadığı, %82,1'inin sağlık sorununun olmadığı, %86,3'ünün sağlık sorununun yaşantısını etkilemediği belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n=313)

Sosyo-demografik Özellikleri			Sayı	Yüzde
Yaş	20-25		81	25,9
	26-31		141	45,0
	32-37		45	14,4
	38-43		21	6,7
	44-49		25	8,0
Cinsiyet	Kadın		228	72,8
	Erkek		85	27,2
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi		40	12,8
	Lisans		230	73,5
	Yüksek Lisans		41	13,1
	Doktora		2	0,6
Medeni durum	Evli		177	56,5
	Bekâr		136	43,5
Çocuk sayısı	Yok		197	62,9
	1		75	24,0
	2		38	12,1
	3 ve üzeri		3	1,0
Sağlık durumu	Sağlık Sorunum var		56	17,9
	Sağlık sorunum yok		257	82,1
Sağlığının hayatını etkileme durumu	Yaşantımı etkiliyor		43	13,7
	Yaşantımı etkilemiyor		270	86,3

Katılımcıların, %58,8'inin 1-7 yıl arası çalışma deneyimi, %39'unun 6 ay-3 yıl arasında YB/Palyatif/Onkoloji servisinde çalıştığı, %65,2'sinin YB/Palyatif/Onkoloji servisinde isteyerek çalıştığı ve %87,5'inin bu servislerde çalışmaktan memnun olduğu tespit edildi. Katılımcıların %40,3'ünün haftalık 40-48 saat çalıştığı, %58,8'inin ortalama 3-4 hastaya bakım verdiği, %82,1'inin çalışma koşullarını zor olarak değerlendirdiği, %66,1'inin işini sevdiği, %47,3'ünün işini kısmen isteyerek seçtiği, %54'ünün koşullar uygun olsa mesleği bırakacağı belirlendi (Tablo 9).

Tablo 9. Hemşirelerin Mesleki Durumlarına İlişkin Bulgular (n=313)

		Sayı	Yüzde
Çalışma deneyimi	1-7	184	58,8
	8-14	74	23,6
	15-21	28	8,9
	22-28	22	7,0
	29 ve üzeri	5	1,6
Kaç yıldır YB/Palyatif Bakım Veriyorsunuz?	6 ay-3 yıl	122	39,0
	4-6 yıl	104	33,2
	7-9	46	14,7
	10 yıl ve üzeri	41	13,1
YB*/Palyatif Bakım hastaları ile çalışma nedeni	İsteyerek	204	65,2
	Eleman yetersizliği	22	7,0
	Rastlantı sonucu	72	23,0
	Diğer	15	4,8
YB*/Palyatif Bakım hastaları ile çalışmaktan memnuniyet durumu	Evet	274	87,5
	Hayır	39	12,5
Haftalık Çalışma saati	40-48	126	40,3
	49-56	72	23,0
	57-64	58	18,5
	65 ve üzeri	57	18,2
Bakım verilen Ortalama Hasta Sayısı	1-2	88	28,1
	3-4	184	58,8
	5-6	18	5,8
	7-8	14	4,5
	9 ve üzeri	9	2,9
Çalışma koşullarını değerlendirme	Zor Koşullar	257	82,1
	Olması Gerektiği Gibi	54	17,3
	Çok İyi Koşullar	2	0,6
İşini Sevme Durumu	Evet	207	66,1
	Kararsızım	90	28,8
	Hayır	16	5,1
Mesleği Seçme Durumu	İsteyerek	130	41,5
	Kısmen İsteyerek	148	47,3
	İstemeyerek	35	11,2
Koşullarınız uygun olsa mesleği bırakır mısınız?	Evet	169	54,0
	Kararsızım	100	31,9
	Hayır	44	14,1

YB Yoğun Bakım Ünitesi*

Katılımcıların çalışma ortamında travmatize edici bir olaya karşı verecekleri tepkiler incelendiğinde, %59,1'inin elinden geleni yaptığını, %39,3'ünün benimde başıma gelebilir, %38'inin doğal bir olay, %30'unun keşke daha iyisini yapabilseydim, %26,2'sinin kader yapacak bir şey yok, %5,1'inin Allah'ın bir cezası olarak düşündüğü ve %11,8'inin umursamadığı belirlendi.

Katılımcıların son yıllarda olumsuz bir deneyim yaşama durumları incelendiğinde, %58,8'inin herhangi bir sıkıntı yaşamadığı, %31,3'ünün sözlü saldırıya uğradığı tespit edildi. Çalışma ortamında yaşadığı travmalardan dolayı %90,1'inin destek

almadığı, %2,2'sinin psikolog desteği aldığı %56,2'sinin sosyal aktivitelere katıldığı, %33,9'unun yorgunluk, %32,9'unun zaman olmaması nedeniyle sosyal aktivitelere katılmadığı belirlendi (Tablo 10).



Tablo 10. Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular (n=313)

		Sayı	Yüzde
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda doğal bir olay olarak görürüm	Evet	119	38,0
	Hayır	194	62,0
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda kader yapacak bir şey yok diye düşünürüm	Evet	82	26,2
	Hayır	231	73,8
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda Allah'ın bir cezası olarak düşünürüm	Evet	16	5,1
	Hayır	297	94,9
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda umursamam	Evet	37	11,8
	Hayır	276	88,2
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda elimden geleni yaptığımı düşünürüm	Evet	185	59,1
	Hayır	128	40,9
ÇO travma edici bir olayla karşılaştığınızda keşke daha iyisini yapabilseydim	Evet	94	30,0
	Hayır	219	70,0
ÇO*travma edici bir olayla karşılaştığınızda benimde başıma gelebilir	Evet	123	39,3
	Hayır	190	60,7
Son yıllarda olumsuz bir deneyim yaşadınız mı? (Fiziksel saldırıya uğradım-Sözlü saldırıya uğradım- Herhangi bir sıkıntı yaşamadım-Diğer)	Fiziksel	23	7,3
	Sözlü	98	31,3
	S. Yaşamadım	184	58,8
	Diğer	8	2,5
İş yaşamında yaşadığınız travmalardan dolayı destek alıyor musunuz?	Evet	31	9,9
	Hayır	282	90,1

Tablo 10. Hemşirelerin Mesleki Deneyimlerine İlişkin Bulgular Devam Tablosu(n=313)

		Sayı	Yüzde
Kimden Destek alıyorsunuz	Destek almıyorum	288	92,0
	Ailemden	9	2,9
	Arkadaşımdan	9	2,9
	Psikolog desteği	7	2,2
İş dışında sosyal aktivitelere katılıyor musunuz?	Evet	176	56,2
	Hayır	137	43,8
Sosyal aktivitelere yorgunluktan katılamıyorum	Evet	106	33,9
	Hayır	207	66,1
Sosyal aktivitelere ekonomik sorunlardan katılamıyorum	Evet	69	22,0
	Hayır	244	78,0
Sosyal aktivitelere zaman olmadığından katılamıyorum	Evet	103	32,9
	Hayır	210	67,1
Sosyal aktivitelere isteksizlik nedeniyle katılamıyorum	Evet	40	12,8
	Hayır	273	87,2
ÇO* Çalışma Ortamı			

Geçerlik ve güvenirlik analizlerinin öncesinde, MERY Ölçeği'nin maddelerinin yanıtlanma oranları hesaplandı (EK8) Yanıtsız bırakılan 3 anket geçerlik ve güvenirlik analizi değerlendirilmesine dahil edilmeyerek (3 adet) 313 anket çalışmaya dahil edildi.

4.3. MERY ÖLÇEĞİ'NİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BULGULANMASI

Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelerle yapılan odak grup görüşmeleri, kompozisyon yazımı ve ilgili bilimsel literatür analizi sonucunda toplam 81 maddeden oluşan Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Aday Ölçek havuzu oluşturuldu. Oluşturulan aday ölçek üzerinden geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı.

4.3.1. Geçerlik Çalışmaları:

MERY Ölçeği'nin geçerliğinin sağlanması amacı ile kapsam, yüzey, yapı ve ölçüt bağıntılı geçerlik analizleri yapıldı.

1. Kapsam (İçerik) Geçerliği: MERY Ölçeği için oluşturulan madde havuzunda bulunan ifadelerin ölçülmek istenen durumu doğru, tutarlı ve kararlı bir şekilde temsil edip etmediğini belirlemek üzere kapsam geçerliği değerlendirildi. Madde havuzunu oluşturan 81 maddelik ölçeğin, kapsam geçerliliğinin sağlanması için, uzman görüşlerini içeren nitel çalışmaları, nicel çalışmalara çeviren istatistiksel süreçler kullanıldı. Hazırlanan madde havuzunun KGO'sunu belirlemek amacıyla Lawshe tekniğine uygun olarak geliştirilen “Uzman Değerlendirme Formu” kullanıldı. Uzman görüşleri için merhamet yorgunluğu konusunda çalışmış, ölçek geliştirme konusunda alanda yeterlilik sahibi olan ve palyatif bakım/ yoğun bakım servislerinde çalışan hemşireler tercih edildi. Belirlenen 30 uzmana hazırlanan form mail yoluyla gönderildi. Maile dönen 20 uzman görüşü ile kapsam geçerlik analizi gerçekleştirildi. Merhamet yorgunluğu üzerine ve ölçek geliştirme konusunda alanda yeterlilik sahibi olan ölçme değerlendirme (3), hemşire (6), öğretim üyesi (10), psikolojik danışman ve rehber (1) olmak üzere toplam 20 uzman görüşüne sunuldu. Uzmanların değerlendirmeleri bilgisayar programına aktararak, her bir madde için “gerekli”, “düzeltilmeli”, “çıkarılmalı” şeklindeki görüşlerinin frekansları belirlendi. Her madde için KGO, G: “Gerekli” diyen uzman sayısı ve N: “toplam uzman sayısı” olmak üzere $KGO = [G/(N/2)] - 1$ eşitliği kullanılarak saptandı. Bu eşitliğe göre uzmanların yarısı maddelerdeki ifadelerin kullanımına yönelik “gerekli” görüş bildirirse KGO=0, yarısından fazlası “gerekli” görüş bildirirse KGO>0 ve uzmanların yarısından fazlası “gerekli değil” şeklinde görüş bildirirse KGO<0 olarak değerlendirilmektedir. İlk olarak kapsam geçerlik oranı “0” ya da KGO<0 olarak

saptanan ifadeler madde havuzundan elendi. Pozitif KGO'su belirlenen maddeler, belirli yanılma ve anlamlılık seviyesine sahip ölçüt tablodaki değerler ile karşılaştırıldı. Bu çalışmaya katılan 20 adet uzman görüşü 0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyinde değerlendirilerek en küçük KGO değeri $p=0,42$ olarak belirlendi (Alpar 2018). Yapılan kapsam geçerliliği sonucunda $p=0,42$ 'den küçük olduğu belirlenen 8 madde (9,14,15,2,22,25,30,63) madde havuzundan çıkarıldı (McKenzie vd. 1999)(Ek 1).

Tablo 11. Kapsam Geçerlik Oranı Ölçüt Değerleri

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

* $p<0,05$

Ölçeklere ilişkin KGİ değerlendirilmesinde madde havuzda kalan ifadelerin KGO ortalama değerinin 0,67'den daha büyük olması istenmektedir (Alpar 2018). Bu çalışmada KGİ=0,79 olarak hesaplandı. $KGİ \geq KGO$ veya $KGİ / KGO \geq 0$ 'i ($0,79 \geq 0,42$) sağladığında kapsam (içerik) geçerliği $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunarak kapsam (içerik) geçerliği gerçekleştirildi. Kapsam geçerliği sonucunda 81 ifadeden oluşan ölçek maddeleri, görüş bildiren uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ve araştırmacılar tarafından yeniden düzenlendi. Sonuç olarak, aday ölçekte 45 maddenin kullanılmasına karar verildi. Ayrıca kapsam geçerliği çalışmasından önce madde havuzunda bulunan 23 ters maddeden, 10 ters madde aday ölçek formunda yer aldı.

KGO ve KGİ hesaplandıktan sonra, araştırmacılar tarafından tüm ölçek maddeleri yeniden değerlendirmeye tabi tutularak, ölçeğe son şekil verildi. Aday ölçek, bakım (15 madde), çalışma koşulları (6madde), fiziksel etki (7 madde), psikolojik etki (10 madde), sosyal- manevi etki (7 madde) olmak üzere 5 boyut ve 45 sorudan oluşturuldu(EK 9). Aday ölçekte yer alan 10 ifade ters madde olarak belirlendi

(3,5,7,12,16,17,20, 21,29,32,36,37,40,41,42,45).

2. Yüzey Geçerliliği (Uzman Görüşü Alma): Yüzey geçerliliği, belirlenen konu ile ilgili geliştirilecek ölçeğin, araştırılan yapıyı doğru, kararlı ve tutarlı olarak ölçüp ölçmediğini analiz etmek amacıyla yapılır. “Mantıksal geçerlik” olarak da adlandırılan yüzey geçerliliğinin ilk aşaması araştırmacılar tarafından yapıldı. MERY Ölçeği’nde yüzey geçerliliğinin sağlanması için, ilk olarak tüm maddeler, uzmanlardan gelen tavsiyelerde göz önünde bulundurularak, araştırmacılar tarafından anlaşılabilirlik ve ifade yönünden incelenerek, değerlendirildi. İkinci olarak, pilot çalışma gerçekleştirildi. Pilot çalışma için SEAH, KÜEAH ve SDH’nde çalışan 30 hemşire ile yürütüldü. Pilot çalışma sonrasında yapılan analiz sonucunda uygulanan aday ölçek formunun Cronbach Alfa değeri 0.845 olarak hesaplandı. Pilot çalışma sırasında çalışmaya katılan hemşirelerin aday ölçek maddelerini “cümlelerin uzunluğu, düzgünlük, terimlerin anlaşılabilirliği, okunurluk, anlamlılık, anlamın açıklığı ve netliği” gibi yönlerden de değerlendirmeleri istendi. Uygulanan pilot çalışma ile aynı zamanda aday ölçeğin cevaplayıcılarının eğitim düzeylerine, kültürel yapılarına ve yeteneklerine uygun olup olmadığı da değerlendirildi. Bu aşamadan sonra ölçekteki her bir madde “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” şeklinde 5’li likert tipinde düzenlenerek, aday ölçeğin son şekli verildi. Aday MERY Ölçeği’nin son şekli araştırma evrenini oluşturan SEAH, KÜEAH ve SDH’de onkoloji, palyatif ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere uygulandı.

3. Yapı Geçerliliği: Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulamasından önce, verilerin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulandı.

Tablo 12. KMO ve Bartlett Testine İlişkin Analiz Bulguları

KMO		0,769
Bartlett Küresellik Testi	Ki-Kare$\chi^2(351)$	2771,598
	p	0.001

Aday MERY Ölçeği’nin analizi sonucunda KMO değeri 0,769, Bartlett Küresellik testi ise $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ki kare değeri $\chi^2(351) = 2771,598$ olarak belirlendi. Analiz sonuçları değerlendirildiğinde ki kare değerinin kabul edilebilir

düzeyde ve p değerinin anlamlı olduğu görüldü.

Tablo 13. MERY Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

İfadeler	Faktörler				
	Fiziksel Etki	Çalışma Koşulları	Bakım	Psikolojik Etki	Sosyal Manevi Etki
MY24	0,811				
MY25	0,692				
MY22	0,666				
MY23	0,642				
MY26	0,547				
MY21	0,542				
MY28	0,489				
MY16		0,830			
MY17		0,727			
MY9		0,590			
MY20		0,531			
MY19		0,471			
MY18		0,447			
MY4			0,669		
MY3			0,633		
MY5			0,614		
MY7			0,548		
MY15			0,505		
MY11			0,474		
MY35				0,728	
MY38				0,587	
MY37				0,511	
MY36				0,500	
MY41					0,758
MY45					0,511
MY42					0,463
MY40					0,394
Alfa	0,827	0,750	0,754	0,700	0,613
Omega	0,832	0,774	0,757	0,703	0,620
Açıklanan Varyans	12,643	9,143	8,588	5,920	5,129
Öz Değer (λ)	4,798	3,346	2,210	1,989	1,989
KMO= 0,769; $\chi^2(351) = 2771,598$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000					
Toplam Alfa=0,782, Omega=0,781 CR=0,830					

KMO değerinin (0,769) AFA'ya uygun olduğu tespit edildi. Normal dağılıma uygunluk gösteren ölçeğin faktör yapısını belirleyebilmek için faktörleştirme metotlarından en yüksek olabilirlik (maximum likelihood) analizi ve maksimum

likelihood yöntemine ilişkin yanlılık eleştirilerini bertaraf etmek için temel bileşenler analizi uygulandı. Döndürme yöntemi olarak dik döndürme metotlarından biri olan “Varimax” yöntemi kullanıldı. Ölçekte faktör yapısı için araştırmacı tarafından nitel yöntem ve literatür yardımıyla oluşturulan boyutlara uygunluk esas alınarak beş faktöre zorlanan yapıda, boyutlar dışında kalan, binişiklik gösteren ve faktör yükü 0,30’dan düşük olan maddeler analiz dışı bırakıldı. Binişik olan maddeler başta olmak üzere tek tek madde çıkarma işlemi yapıldı. Maddeler çıkarıldıktan sonra Tablo 13’deki faktör deseni elde edildi. Fiziksel etki ve çalışma koşulları alt boyutunda çıkarılan madde olmadı. Psikolojik etki alt boyutunda 27,29,30,31,32,33,34 maddeler, bakım alt boyutunda 1,2,6,8,10,12,13,14, sosyal-manevi etki alt boyutunda 39,43,44. maddeler faktör yükünün 0.30’un altında olması ve maddelerin binişik olması nedeniyle analiz dışına çıkarıldı. Faktörlerin toplam varyansa yaptığı katkı sırası ile %12,643; %9,143; %8,588; %5,902; %5,129 olarak hesaplandı. Açıklanan varyans değerinin %41,423 olduğu belirlendi. Ölçekte ters madde tespit edilmedi.

Temel Bileşenler analizi sonuçlarına göre ölçeğin beş faktörlü halinin ideal olduğu ve kabul edilebilir sınırlar dahilinde olduğu görüldü. Analiz sonucunda çıkan faktörler toplam varyansın %52,003 açıklamaktadır. Çok faktörlü yapılarda, AFA’nın %50’nin üzeri olması yeterli koşul olarak görülmektedir. Faktörlerin toplam varyansa yaptığı katkı sırası ile %14,777; %11,127; %10,822; %7,973; %7,305 olarak analiz edildi.

3. Ölçüt-Bağımlı Geçerlilik (Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği): Bu çalışmada eş zamanlı ölçek geçerliliği yapmak üzere Adams ve ark. (2006) tarafından geliştirilen daha önce bu konu ile ilgili birçok çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan MY-KÖ kullanıldı. Dinç ve Ekinci (2019) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan MY-KÖ’sü hemşireler üzerinde gerçekleştirildi.

Bu çalışmada MY-KÖ’nün Cronbach Alfa değerleri ölçek genelinde 0,899, İkincil Travma 0,777, Mesleki Tükenmişlik 0,859 olarak belirlendi.

Tablo 14. MERY Ölçeği ile MY-KÖ Arasında Ölçüt Bağıntılı Geçerlik Analizine İlişkin Bulgular

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-MERY	1								
2-Fiziksel Etki	0,788**	1							
3-Çalışma Koşulları	0,472**	0,172**	1						
4-Bakım	0,528**	0,237**	-00,043	1					
5-Psikolojik Etki	0,527**	0,321**	00,104	0,130*	1				
6-Sosyal-Manevi Etki	0,327**	0,130*	0,146**	-00,050	-0,031	1			
7-MY-KÖ	0,484**	0,528**	0,103	0,348**	0,234*	-0,111	1		
8-İkincil Travma	0,372**	0,409**	0,075	0,306**	0,127*	-0,085	0,9**	1	
9-Mesleki Tükenmişlik	0,506**	0,550**	0,111	0,340**	0,278*	-0,116*	0,963*	0,750**	1

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

Korelasyon katsayıları 0,00-0,19 önemsenmeyecek, 0,20-0,39 zayıf (düşük), 0,40-0,69 orta, 0,70-0,89 kuvvetli (yüksek), 0,90-1,00 çok kuvvetli düzeyde ilişki olarak yorumlandı (Alpar 2018). MERY Ölçeği toplam puanları ile MY-KÖ puanları ($r=0,484$; $p<0,01$) ve MY-KÖ alt boyut puanlarından mesleki tükenmişlik ($r=0,372$; $p<0,01$) ve ikincil travma ($r=0,506$; $p<0,01$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki belirlendi (Tablo 14).

MERY Ölçeği alt boyutlarından fiziksel etki puanları ile MY-KÖ alt boyut puanlarından mesleki tükenmişlik puanları ($r=0,550$; $p<0,01$) ve ikincil travma ($r=0,409$; $p<0,01$) ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki analiz edildi (Tablo 14).

MERY Ölçeği alt boyutlarından çalışma koşulları puanları ile MY-KÖ puanları ($r=0,013$; $p>0,01$), MY-KÖ alt boyut puanlarından ikincil travma ($r=0,075$; $p>0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak çalışma koşulları puanları ile MY-KÖ alt boyut puanlarından mesleki tükenmişlik ($r=0,111$; $p>0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 14).

MERY Ölçeği alt boyutlarından bakım puanları ile MY-KÖ puanları ($r=0,348$; $p<0,01$), MY-KÖ alt boyut puanlarından ikincil travma ($r=0,306$; $p<0,01$), mesleki tükenmişlik ($r=0,340$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki

belirlendi (Tablo 14).

MERY Ölçeği alt boyutlarından psikolojik etki puanları ile MY-KÖ puanları ($r=0,234$; $p<0,01$), MY-KÖ alt boyut puanlarından ikincil travma ($r=0,127$; $p<0,01$), mesleki tükenmişlik ($r=0,278$; $p<0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 14).

MERY Ölçeği alt boyutlarından sosyal manevi etki puanları ile MY-KÖ puanları ($r=0,111$; $p>0,01$), MY-KÖ alt boyut puanlarından ikincil travma ($r=-0,085$; $p>0,05$), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak sosyal manevi etki puanları MY-KÖ alt boyut puanlarından mesleki tükenmişlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki belirlendi ($r=0,116$; $p<0,01$). MERY Ölçeği ile MY-KÖ arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p\leq 0,01$) (Tablo 14).

4.3.2. Güvenirlik Çalışmaları

Ölçme aracındaki değişmezlik ve tutarlılık, aracın yinelemeli ölçümlerde benzer sonuç verme, doğruluk ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini gösterir (Erdoğan, Nahcıvan ve Esin 2017). MERY Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmalarına yönelik olarak;

- 1- Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı/Madde Analizi
- 2- İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplama
- 3- Zamana Karşı Değişmezlik Analizi (Test-Tekrar Test) analizleri ile değerlendirildi.

1-Madde Analizi / Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayısı: Ölçek maddesinin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansının karşılaştırılarak aralarındaki ilişkinin incelenmesi için madde analizi yöntemi kullanıldı.

Tablo 15. MERY Ölçeği Madde Analizine İlişkin Bulgular

		Grup	Ort±SS	r	t değeri	p değeri
FİZİKSEL ETKİ	M21	Üst grup	3,32±1,25	0,517	11,677	0,000 *
		Alt grup	1,52±0,68			
	M22	Üst grup	4,59±0,54	0,608	12,877	0,000 *
		Alt grup	2,78±1,18			
	M23	Üst grup	4,36±0,7	0,601	14,929	0,000 *
		Alt grup	2,28±1,08			
	M24	Üst grup	4,28±0,7	0,703	22,179	0,000 *
		Alt grup	1,84±0,74			
	M25	Üst grup	4,12±0,84	0,658	17,487	0,000 *
		Alt grup	1,86±0,85			
	M26	Üst grup	3,96±1,06	0,520	13,088	0,000 *
		Alt grup	1,95±0,94			
	M28	Üst grup	4,41±0,54	0,411	10,825	0,000 *
		Alt grup	2,64±1,41			
ÇALIŞMA KOŞULLARI	M16	Üst grup	4,87±0,34	0,673	10,583	0,000 *
		Alt grup	3,64±1,02			
	M17	Üst grup	4,71±0,53	0,581	9,904	0,000 *
		Alt grup	3,54±0,95			
	M18	Üst grup	4,74±0,49	0,410	15,496	0,000 *
		Alt grup	2,84±1,02			
	M19	Üst grup	4,59±0,56	0,445	10,487	0,000 *
		Alt grup	3,13±1,15			
	M20	Üst grup	4,71±0,53	0,446	11,141	0,000 *
		Alt grup	3,22±1,11			
	M9	Üst grup	4,62±0,51	0,459	8,440	0,000 *
		Alt grup	3,51±1,11			
BAKIM	M3	Üst grup	4,06±0,84	0,507	15,951	0,000 *
		Alt grup	1,81±0,99			
	M4	Üst grup	3,39±1,13	0,581	14,656	0,000 *
		Alt grup	1,34±0,61			
	M5	Üst grup	3,18±1,03	0,497	13,473	0,000 *
		Alt grup	1,44±0,61			
	M7	Üst grup	2,79±1,16	0,471	10,611	0,000 *
		Alt grup	1,33±0,52			
	M11	Üst grup	3,12±0,96	0,443	11,460	0,000 *
		Alt grup	1,6±0,76			
	M15	Üst grup	3,81±0,88	0,475	13,690	0,000 *
		Alt grup	1,88±0,96			
PSİKOLOJİK ETKİ	M35	Üst grup	4,32±0,71	0,539	12,850	0,000 *
		Alt grup	2,48±1,11			
	M36	Üst grup	4,28±0,59	0,410	14,411	0,000 *
		Alt grup	2,65±1,18			
	M37	Üst grup	4,07±0,69	0,501	18,589	0,000 *
		Alt grup	1,91±0,83			
SOSYAL MANEVLİYETKİ	M38	Üst grup	4,21±0,73	0,489	14,672	0,000 *
		Alt grup	2,26±0,99			
	M40	Üst grup	4,09±0,63	0,367	9,921	0,000 *
		Alt grup	2,84±0,99			
	M41	Üst grup	4,27±0,56	0,496	17,965	0,000 *
		Alt grup	2,25±0,87			
	M42	Üst grup	4,32±0,52	0,389	10,505	0,000 *
		Alt grup	2,98±1,06			
	M45	Üst grup	4,16±0,86	0,330	11,995	0,000 *
		Alt grup	2,54±0,91			

$n = 313$, $n_1 = n_2 = 85$; * $p < 0,05$ için anlamlı değerler. ; t : Alt % 27**-Üst %27** istatistik değeri
 p : Alt % 27**-Üst %27** olasılık değeri; r : Madde Toplam Puan Korelasyonu

Ölçekte bulunan maddelerin tamamının ayırt edicilik potansiyellerini belirten bağımsız grup t-testi ve madde toplam korelasyon analiz sonuçlarına yer verildi. Madde-toplam test korelasyonunun kabul edilebilir seviyede olması için gerekli koşullar; $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinin sağlanması ve r değerinin en az 0,30 olması gerekmektedir. Dolayısıyla madde korelasyonlarını incelediğimiz aday ölçekte r değeri 0,30'un altında kalan maddeler analize dahil edilmedi. Çalışmada tüm ifadelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,330 ile 0,673 arasında değişkenlik gösterdiği ve madde-toplam test korelasyon sonucunda tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edildi. Aday ölçekte bulunan maddelerin ayırt edicilik güçlerinin saptanması amacıyla aday ölçekten elde edilen puanlar küçükten büyüğe doğru sıralanarak, üst %27 ve alt %27'lik grupta yer alan maddelerin puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonucunda üst ve alt grup madde puan ortalamaları arasında $p < 0,05$ düzeyi baz alınarak anlamlı fark olduğu tespit edildi. Buradan hareketle aday MERY Ölçek maddelerinin, istenen konunun niteliğini ölçmesi açısından ayırt edici olduğu belirlendi (Tablo 15).

3-İç tutarlılık güvenirlik katsayısı hesaplama: Güvenirlik analizleri ölçek maddelerinde bulunan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini, konunun niteliklerini yeterince ölçüp ölçmediğini test etmek amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006). Ölçek ve alt boyutlarının güvenirlikleri tek tek analiz edildiğinde, güvenirlik katsayıları ölçeğin geneli ve boyutları için alfa katsayısı 0,613 ile 0,827; omega katsayısı 0,620 ile 0,832; birleşik güvenirlik katsayısı (CR) 0,660 ile 0,830 arasında olduğu belirlendi. Cronbach Alfa katsayısının 0,60 düzeyinin üstünde olması kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu; 0,80 seviyesinin üstünde olması ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 2003). Bu çalışma için kullanılan ölçeğin iç tutarlılıklarının oldukça güvenilir olduğu tespit edildi (Tablo 16).

Tablo 16. MERY Ölçeği İç Tutarlılık Katsayı Analizine İlişkin Bulgular

Güvenirlik Katsayısı	Fiziksel Etki	Psikolojik Etki	Bakım	Sosyal Manevi Etki	Çalışma Koşulları	Merhamet Yorgunluğu
Alfa	0,827	0,750	0,754	0,700	0,613	0,782
Omega	0,832	0,774	0,757	0,703	0,620	0,781
(CR)	0,760	0,660	0,720	0,830	0,670	0,830

4.Test- Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik) Güvenirliği: Bir ölçeğin zamana karşı değişmezliği ölçeğin kararlılığını göstermektedir ve ölçek kararlılığı için test-tekrar test yöntemi kullanılır. Alpar (2018) kağıt kalem kullanılarak yapılan testlerde, ikinci testin uygulama süresinin hatırlatma etkisini minimum seviyeye indirecek ve gerçek puanında değişikliğe sebep olmayacak bir ara verilmesinin önemli olduğu belirtmektedir. İkinci testin 15 gün sonra uygulanmasının genel eğilim olduğu bildirmektedir. Literatür bilgileri ışığında MERY Ölçeği'ne ilk test uygulandıktan iki hafta sonra ikinci test uygulaması gerçekleştirildi. Zamana göre değişmezlik ölçütünün analizi için Pearson'un momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanıldı (Tablo 17).

Tablo 17. Test-Tekrar Test Ortalama, Standart Sapma, t-test, Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

	Ölçüm Sırası	Ort±SS	t test / p	Korelasyon / p
Fiziksel etki	1	22,32±5,67	0,512 / 0,613	0,756 / 0,000**
	2	21,93±5,92		
Çalışma Koşulları	1	24,07±4,14	-1,343 / 0,190	0,849 / 0,000**
	2	24,64±4,05		
Bakım	1	14,29±4,97	0,441 / 0,663	0,733 / 0,000**
	2	14,0±4,24		
Psikolojik Etki	1	12,71±3,48	-2,012 / 0,054	0,499 / 0,007**
	2	14,04±3,46		
Sosyal Manevi Etki	1	14,04±1,99	0,583 / 0,565	0,521 / 0,004**
	2	13,79±2,54		
Merhamet Yorgunluğu	1	87,43±13,18	-618 / 0,542	0,805 / 0,000**
	2	88,39±13,25		

$p < 0.05$ * $p < 0.01$ **

Aradan geçen zaman içinde ölçeğin kararlılık gösterip göstermediği test tekrar test ile incelendi. Sonuçlar incelendiğinde ölçeğin birinci ölçümleri ve ikinci ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve birinci ölçümleri ile ikinci ölçümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi. Bu sonuçlara göre ölçeğin kararlı olduğu söylenebilir ($p < 0.05$).

Tablo 18. MERY Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri İstatistik Analiz Tablosu

İstatistik Adı			Analizler			
Tanımlayıcı istatistikler			Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma			
Normallik			Histogram, Q-Q grafiği ve kutu- çizgi (box-plot) grafikleri ile normallik testleri		Normal dağılım	
Geçerlik	Kapsam	KGO- KGİ	KGİ≥KGO		0.79≥0.42	
	Geçerliği		KGİ / KGO ≥ 0			
		KMO ve Barlett Testi	0,70-0,79	orta	0.769	Faktör analizi için uygun
			düzey	ve	p	P=0.01
			anlamli			
	Yapı Geçerliği	Maksimum Likelihood	Faktör	yükleri	0.432-0.809	Kabul edilebilir düzey
		Varimax döndürme	0.30		%41,498	
			AFA%40	ile		
		%60				
	Ölçüt	PearsonKorelasyon			0.484	
	Geçerliği					
Güvenirlik	İç Tutarlılık	Cronbach Alpha,	0.70 ve üstü		0.782	Ölçek tutarlı
		Omega katsayısı			0.781	
		CR			0.830	
		Maddetoplamlankorelasyon	0.30		0,330-0,673	Maddeler istenen niteliği ölçmede ayırt edici
		u				
	Madde analizleri	Alt-üst %27’lik grup	p<0.05		p<0.01	
		Bağımsız örneklem t- testi.				
	Test- Tekrar Test	Pearson’un momentler çarpımı	p<0.05		p<0.01	Ölçek kararlı

5. TARTIŞMA

Yaşam sonu bakım uygulamalarının gerçekleştiği özellikle yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji hemşirelerinde bakımın bedeli olarak tanımlanan merhamet yorgunluğunun daha fazla yaşandığı bilinmektedir. Buna rağmen onkoloji, yoğun bakım ve palyatif bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğunu belirleyen hemşirelere özgü bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu gereksinimi karşılamak amacıyla geliştirilen MERY Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliklerinin yapıldığı bu çalışmada, elde edilen bulgular ve literatür doğrultusunda konu iki başlık altında tartışılacaktır.

- YBPBVHMY Ölçeğinin Nitel Verilerinin Tartışılması
- YBPBVHMY Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

5.1. MERY ÖLÇEĞİ'NİN NİTEL VERİLERİN TARTIŞILMASI

Araştırmada onkoloji, yoğun bakım ve palyatif bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu kavramına ilişkin algıları, anlayışları, bakış açıları nitel araştırma yöntemi kullanılarak derinlemesine incelenmeye çalışıldı. Creswell (2019)'in de belirttiği üzere nitel araştırmaların amacı bir kavram hakkında öykü, hikaye ve deneyimlerden faydalanarak daha fazla bilgi edinmektir. Çalışmanın nitel bölümünde, hemşirelerde merhamet yorgunluğunun oluşumuna etki eden faktörler belirlenmeye çalışıldığı gibi, hemşirelerin yaşam kalitelerine etkilerini içeren merhamet yorgunluğunun sonuçları da değerlendirildi. Merhamet yorgunluğunun neden olan bakım ve çalışma koşullarının sonucunda oluşan fiziksel, psikolojik ve sosyal manevi etkiler adı altında merhamet yorgunluğunun hemşirelerin yaşam kalitelerine etkileri değerlendirildi. Sonuç olarak, nitel çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerde merhamet yorgunluğu bakım, işin doğası, fiziksel etki, psikolojik etki ve sosyal- manevi etki olarak 5 kategori altında incelendi. Ayrıca belirlenen kategoriler altında merhamet yorgunluğuna ilişkin örgütsel etkiler ve baş etme yöntemleri de ele alınmaya çalışıldı.

Solomon et al (2019) yaptığı sistematik derlemede hemşirelik mesleğinin ve çalışma ortamının merhamet stresine neden olduğunu ve kontrol edilemediği takdirde psikososyal stresör kaynağı olduğunu tespit etmektedir. Hemşirelerin iş ortamından kaynaklanan streslerinden nasıl korunacağını öğrenmesi gerektiği ve merhamet

yorgunluğunu belirtilerine karşı dikkatli olmaları gerektiğini bulgulamaktadır. Ayrıca merhamet yorgunluğu ile baş etme yöntemlerinden semptomların fark edilmesi, iş-yaşam dengesinin sağlanması ve aktif kişisel bakım stratejilerinin uygulanması gerekliliği çalışmada vurgulanmaktadır. Perez Garcia et al (2020)'nın çalışmasında ise hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamalarına neden olan temel faktörler hemşirelerin kapsamlı bakım sağlamak için zaman bulamaması ve kaynak eksikliği olarak tespit edilmektedir. Çalışmada, merhamet yorgunluğunun sonuçları olarak kaygı, stres ve mesleği bırakma isteği gibi duyguların hemşirelerin yaşam kalitelerini etkilediği, aile ve özel hayata olumsuz yansımaları belirlenmektedir.

Literatürde merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılan nitel çalışmalar incelendiğinde; Gustafsson and Hemberg (2022)'in yaptığı çalışmada hem kişisel hem de profesyonel olarak merhamet yorgunluğunun hemşireler üzerindeki etkileri incelenmektedir. Merhamet yorgunluğunun 5 kategoride ele alındığı çalışmada, empati, merhamet yorgunluğunun hemşireler üzerindeki profesyonel/özel etkileri, yaşanan kriz olarak merhamet yorgunluğunun etkileri, öz bakım ve kendine odaklanma, yaşamın kendisinden kaynaklanan çok yönlü faktörler olarak kategorize edilmektedir. Heyi et al (2021) ise merhamet yorgunluğunu araştıran nitel çalışmalardan yaptığı meta analizde iç faktörler, dış faktörler, öz düzenleme ve dış destek beklentisi olarak 4 tema belirlemektedir. Berg (2016) ise işin olumlu yönleri, stres tetikleyicileri, stres belirtileri ve stresle başa çıkmayı içeren 4 kategori belirlemektedir. İşin olumlu yönlerinde, ekip üyeleri ile paylaşımlar “hayat kurtarmak”, “bir fark yarattığınızı bilmek” ve “bir aile üyesine dokunmak; stres tetikleyicileri, ekip üyeleri ve hasta yakınları ile olumsuz ilişkiler, çocuk ve yaşlı istismarları; stres belirtileri rahatsız edici flaş anılar, travmatik olayların kendisinin, çocuklarının veya aile üyelerinin başına gelme endişesi, bu endişe nedeniyle onların hayatlarını kısıtlama durumu; stresle başa çıkma yöntemleri olarak grup veya kişisel başa çıkma yöntemleri tespit edilmektedir.

Literatürde merhamet yorgunluğu kavramının bakımın ve çalışma koşullarının sonucunda oluştuğu ve hemşirelerin kişisel ve profesyonel yaşam kalitelerini bozduğu görülmektedir. Sonuçlar bu çalışmayı destekler niteliktedir. Literatürden farklı olarak odak grup görüşmesinde hemşirelerin yaşadıkları etik ikilemelerinde merhamet yorgunluklarını etkilediği hemşireler tarafından ifade edildi. Örneğin;

hasta tespit etmenin kendilerini rahatsız hissetmelerine neden olduğunu belirttiler. Bu nedenle merhamet yorgunluğu ve etik ikilem ilişkisinin araştırılması önemli görülmektedir.

5.2. MERY ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

MERY Ölçeği'nin psikometrik özelliklerini incelendiği çalışmada geçerlik analizinde kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği, ölçüt bağıntılı geçerlik, güvenirlikte ise madde toplam korelasyon katsayısı, iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleri analiz sonuçları tartışıldı.

5.2.1. MERY Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması

Geçerlik, belirli bir evren veya örneklemle yürütülen bilimsel çalışmalarda kullanılan ölçme araçlarının inandırıcılığı ve genellenebilmesi için önemli bir ölçüttür (Basham and Sedlacek, 2009; Yıldırım ve Şimşek 2013; Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Geçerlik çalışmalarında özen gösterilmesi gereken önemli bir nokta; tutarlılıktır. Ölçülmesi planlanan konunun özellikleri ile geliştirilmek istenen ölçek arasındaki ilişkinin tutarlı olması oldukça önemlidir (Yeşilyurt ve Çapraz 2018). Bu çalışmada MERY Ölçeği'nin, gerçekten ölçülmek istenen özelliği saptayıp saptayamadığı, ölçülmek istenen özelliğe yeteri kadar yansıtıp yansıtmadığı ve ölçümün belirli kurallara göredogru bir şekilde yapılıp yapılmadığını belirlemek amacıyla geçerliği incelendi (Baştürk 2013, Alpar2018). MERY Ölçeği'nin, geçerliliği için kapsam, yüzey, yapı ve ölçüte bağıntılı geçerlik yöntemlerine başvuruldu.

1. Kapsam (İçerik) Geçerliği: MERY Ölçeği'nin kapsam geçerliliğinin sağlanması için uzman görüşlerini içeren nitel çalışmaları, nicel çalışmalara dönüştüren bir süreç izlendi (Yurdugül 2005). Kapsam geçerliği belirlenmeden önce oluşturulan maddeler ölçek geliştirilen konunun bütün yönlerini ve niteliğini kapsayacak şekilde yazılmalı (Seçer 2018) ve çalışılan konuyu temsil etme gücü yüksek olmalıdır. Ayrıca ölçek maddelerinde etkili ifadeler yer vermeye çalışılmalıdır (Ayre ve Scally, 2014). Bu amaçla önce odak grup görüşmeleri, kompozisyon ve literatür doğrultusunda 81 maddeden oluşan “aday ölçek formu” hazırlandı (Ek 1). Kapsam geçerliğini sağlamak amacıyla yeterli sayıda uzman görüşünün alınması gerekmektedir. Literatürde bu sayı 5-40 olarak belirtilmektedir (Ayre and Scally2014; Lawshe 1975; Veneziano and Hooper1997; Wilson et al. 2012). Uzman sayısının yeterli olması

ölçeğin geçerliğinin yüksek olması, uzmanların uzmanlık güçleri ise sonuçların tutarlı ve tarafsız olması açısından önemlidir (Büyüköztürk, 2016; Yurdugül, 2005). Bu doğrultuda 20 uzmanın Lawshe tekniği kullanılarak görüşleri alındı (EK2). Aday ölçek maddelerinden KGO değerleri “0” veya negatif değer içeren maddeler aday ölçekten çıkarıldıktan sonra, KGO değerleri pozitif olan maddelerin, KGÖ’ne göre istatistiksel olarak anlamlılık yönünden değerlendirildi. KGO için $\alpha=0.05$ anlamlılık seviyesinde en düşük KGO değeri 0,42 olarak belirlendi (Alpar 2018)(Tablo 4). Uzman görüşleri ve KGO değeri sonucu araştırmacılar tarafından yapılan değerlendirmede 45 madde ile aday ölçek formu oluşturuldu (Ek 3). MERY Ölçeği’nin geçerliliği için kapsam geçerlik oranı $KGİ (0,79) \geq KGO (0,42)$ veya $KGİ/KGO \geq 0$ ’i sağladığından kapsam (içerik) geçerliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu analizler sonucunda MERY Ölçeği’nin kapsam geçerliği açısından gerekli kriterleri karşıladığı ve ölçülmek istenen alanı temsil ettiği söylenebilir (Ek 2 Lawshe Tekniği).

2. Yüzey Geçerliği (Uzman Görüşü Alma):Yüzey geçerliği, geliştirilen bir ölçme aracının, araştırılan yapıyı ölçme düzeyini belirlemek için yapılan istatistiksel analiz yöntemidir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006).Uzmanlar tarafından aday ölçek maddelerinin her birinin anlaşılabilirliği, özgünlüğü değerlendirilmeli ve en önemlisi de konuyu ölçme gücüne ilişkin görüşleri alınmalıdır (De Vellis 2014). Bazen bir maddenin yapıyı ölçme gücü iyi olmasına karşın sorunlu bir ifade içermesi güvenilirliğe zarar verebilir. Bu tarz maddeler uzman görüşleri doğrultusunda düzeltilerek ölçek içerisinde kullanılmalıdır. Bazen de uzmanların önerisi ölçek geliştirme ilkelerine uymayabilir (De Vellis 2014). Dolayısıyla uzman görüşleri doğrultusunda maddenin kabul veya red kararı araştırmacının kendisi tarafından yapılması gerekmektedir, çünkü sorumluluk araştırmacıya aittir (Şencan 2005, De Vellis 2014). Ölçeğin iç geçerliliğini ve maddelerin her birinin ölçeğin bütünü ile olan uyumunu ortaya çıkarmak amacıyla kısaca madde seçimi için ölçek geliştirme çalışmalarında pilot uygulama yapılması gereklidir (Seçer, 2015). Ölçeğin gerçek koşullara uygun, gerçek örnekleme benzeyen örneklem yapısıyla pilot uygulama gerçekleştirilmesi, geliştirilen ölçeğin değerlendirilmesi ve gerekli görülen düzenlemelerin yapılması için olanak sağlar (Seçer 2018). Pilot çalışma için örneklem büyüklüğü konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Evcı ve Aylar (2017)

hedef kitlenin yaklaşık %5'lik bölümüne ulaşılmasının yeterli olacağını belirtirken, Şeker ve Gençdoğan (2014) hedef kitleyi temsil eden 30 ila 50 arasında katılımcının yeterli olduğunu bildirmektedirler. Pilot çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,70 ve üzerinde olması tavsiye edilmektedir.

MERY Ölçeği'nin tüm ifadeleri, ilk olarak uzmanlar tarafından değerlendirilerek, her ifadenin konuyu ölçme gücüne ilişkin görüşleri alındı, daha sonra pilot çalışma ile gerçekleştirilerek uzmanlardan gelen görüşler ve pilot çalışma sonucunda gerekli düzenlemeler yapılarak aday ölçeğe son şekli verildi.

3. Yapı Geçerliği: Faktör analizi, değişkenler içerisinde birbiri ile ilişkilendirilenleri bir gruba toplayarak esas değişkenleri veya faktörleri belirleyerek değişken sayısını indirmek amacıyla yapılmaktadır. Keşfedici faktör analizi ise değişkenler arasındaki korelasyonlardan hareketle faktör oluşturmayayan analizlerdir (Büyüköztürk 2016). Açıklayıcı faktör analizi (AFA) bir ölçme aracında yer alan maddelerin/değişkenlerin kaç faktör altında toplanabileceği ve birbirleri arasındaki ilişki türünü belirlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir (Seçer 2018).

Ölçek geliştirilirken elde edilen verilerin AFA'ya uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testi ile açıklanabilir (Çokluk, Şekercioğlu, Büyüköztürk, 2012). KMO değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelmektedir. KMO ölçümünde sıfır ile bir arasında değerler alabilen ve bire yakın değerler örneklemin faktör analizi için uygun olduğu sonucunu göstermektedir. Değerlerin sıfıra yakın çıkması değişkenler arasındaki ilişkinin dağınıklık olduğunu gösterir. Ancak istenilen durum korelasyon deseninin sıkı olmasıdır (Field 2005). KMO testi sonucunda, p anlamlılık değerinin 0,50'den az olması halinde geliştirilen ölçeğin faktör analizine uygun olmadığı ve bu analize devam edilmemesi şeklinde yorumlanmaktadır (Çokluk ve ark. 2012). Faktör analizi yapabilmek ve iyi sonuçlar almak için KMO'nun 0,80 üzerinde değer alması gerekliliği belirtilirken, 0,70-0,79 orta seviye, 0,60'ın üzerinde olması ise genellikle yeterli görülmektedir (Alpar 2018). Büyüköztürk (2016), veri setinin faktör analizine uygunluk değerlendirmesi için KMO katsayısına bakılması gerekliliğini belirterek faktörleşebilirlik için KMO değerinin 0,60'dan yüksek çıkmasının beklendiğini belirtmektedir. KMO test değerinin 0,50'nin altında çıkması durumunun faktörleşme

için kabul edilemez olduğunu ve 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 mükemmel olduğunu bildirmektedir (Büyüköztürk, 2016). KMO değeriyle ilgili Kaiser(1974), 0,5 oranının biraz zorlayarak kabul edilebilir bir değer ölçütü olarak ifade etmekte, 0,5-0,7 arasını orta, 0,7-0,8 arasını iyi, 0,8-0,9 arasını çok iyi ve 0,9 üzerini mükemmel şeklinde sınıflandırmaktadır. Barlett's Küresellik Testi'nin $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olarak belirlenmesi, ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyonun yüksek olduğu diğer bir söyleyişle veri setinin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (Çokluk ve ark. 2012). Bu çalışmanın analiz sonucunda KMO değeri 0,769 olarak bulundu. Bartlett Küresellik test sonuçları $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde $\chi^2(351)=2771,598$ olarak belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusundaki kare değerinin kabul edilebilir ve p değerinin anlamlı olduğu görülerek veri setinin faktör analizine uygun olduğu kararına varıldı.

AFA'da ölçekte yer alan maddelerin faktörleştirilmesinde ve madde sayısının indirgenmesinde, her bir maddenin faktör yük değerinin 0,30'dan yüksek olmasına, maddelerin tek bir faktör altında yüksek yük değerine, diğer faktörlerde ise düşük yük faktörüne sahip olmasına dikkat edilmelidir. Bunun yanında ölçeği oluşturan maddeler herhangi bir faktör altında birlikte yer alıyorsa, açıkladıkları ortak faktör varyansının yüksek olmasına dikkat edilmesi gerekliliği literatürde yer almaktadır (Kalaycı 2017). Bir madde iki faktör altında yer alıyorsa ve faktör yük değerleri 0,30'dan yüksek ise o maddenin yüksek yük değeri verdiği faktör ile diğer bir faktörün değeri arasında farkın en az 0,10 olması (binişik madde), maddenin ortak faktör varyanslarının bire yakın veya 0,66'nın üzerinde olması istenmektedir (Tavşancıl 2014; Büyüköztürk 2016). Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi ve alan yazınına dayanılarak ölçek 5 faktör olarak tasarlandı ve yapı geçerliğini ve faktör yapısını analiz etmek için AFA kullanıldı. Ölçekte yer alan tüm maddelerin faktör yükleri 0,30'un üstünde olduğu belirlendi ve en düşük 0,394 faktör yükü ile 5 faktör altında dağılım sergilediği tespit edildi.

Bu ölçeğin AFA'sını incelemek amacıyla en yüksek olabilirlik testi ve Varimax rotasyonu uygulandı. En yüksek olabilirlik (maksimum likelihood) yöntemin iki avantajı bulunmaktadır. İlk olarak diğer faktör çıkartma yöntemlerinden farklı olarak faktörler için anlamlılık testi imkanı sağlar. Böylelikle araştırmacı hipotezinde ölçeği kaç faktör altında oluşturacağını belirlediyse, en yüksek olabilirlik testi ile bu

hipotezini sınaıma imkanı bulmuş olur. Modelin uyumluluk oranının hesaplanması ise ikinci avantaj olarak görölmektedir (Fabrigar vd. 1999). En yüksek olabirlik tekniğini kullanabilmek için evrenin iki önemli özelliğinin olması gereklidir. İlk olarak, örneklem büyüklüğünün giderek evrene yaklaşmasından dolayı bu teknik evrende yakınsamada en yüksek olasılığa sahiptir. İkinci olarak, ön görülen parametrelerin örneklem içerisinde en tutarlı minimum varyanslı değişkenler olmasıdır. Ancak bu tekniğın yanlı sonuçlar doğurabileceğı belirtilmektedir(Gorsuch, 2008, Karaman 2015).Dolayısıyla bu yanlılığı ortadan kaldırmak amacıyla bu çalışmada temel bileşenler analizi de uygulandı. Bu çalışmada, veri seti normal dağılım gösterdiği için faktörleştirme yöntemi olarak en yüksek olabirlik yöntemi olan maximum likelihood analizi kullanıldı. En yüksek olabirlik analizi sonucunda çıkan faktörler toplam varyansın %41,498ve temel bileşenler analizi sonucu açıklanan varyans oranı %52,003 açıkladığı belirlendi.

Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %50'nin üzeri olması yeterli olarak kabul edilir. Tavşancıl (2014), ölçek yapısının gücünü faktör analizi sonucunda elde edilen varyans oranlarının yüksek olması ile açıklarken, Büyüköztürk (2016), çok faktörlü yapılarda açıklanan toplam varyansın %40 ile %60 arasında olmasını kabul edilebilir düzey olduğunu belirtmektedir.

Ölçeğın faktör matriksini oluşturmak ve faktörlerin birbiri ile ilişkisini belirlemek amacıyla “dik açılı” ve “eğik açılı” olmak üzere iki tür döndürme yöntemi kullanılır. Faktörlerin birbiri ile ilişki olduğu düşünölüyorsa “eğik açılı” döndürme yöntemi kullanılır (Şencan 2005). Dik açılı döndürme ise birbirinden bağımsız/ ilişkisiz alt ölçekler yaratmak veya öngörülen ilişkisiz faktörler yapısının ölçeğe yansayıp yansımadığını görmek için kullanılan döndürme yöntemidir (Alpar 2018). Dik açılı döndürme yöntemi faktör yapılarını yorumlanmakta kolaylık sağlamakta ve çalışmalarda sık olarak kullanılmaktadır (Tavşancıl; 2014; Büyüköztürk, 2016).Faktör analizinde döndürme tekniğı olarak “Varimax” dik döndürme yöntemi tercih edildi.

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi ve alan yazınına dayanılarak ölçek 5 faktör olarak tasarlandı. Yapı geçerliğini ve faktör yapısını analiz etmek için AFA kullanıldı. Ölçekte yer alan tüm maddelerin faktör yükleri 0,30'un üstünde olduğu belirlendi ve en düşük 0,394 faktör yükü ile 5 faktör altında dağılım sergilediğı tespit

edildi. En yüksek olabilirlik analizi sonucunda çıkan faktörler toplam varyansın %41,498 açıkladığı görüldü. Sonuç olarak ölçeğin beş faktörlü halinin ideal olduğu ve kabul edilebilir sınırlar dahilinde olduğu belirlendi.

3. Ölçüte bağıntılı geçerlik: Bu geçerlik analiz yönteminde geçerliği test edilen ölçek puanının, ölçülen kavramla ilişkilendirilmiş, bilinen bazı dış ölçütlerle geçerliliği test edilmiş başka bir ölçekle korelasyonuna bakılır. Kısaca aynı kavramı ölçen iki testin benzer sonuçları verme yeteneği incelenir (Erdoğan, Nahcivan, Esin 2018). Geçerlilik katsayısı -1.00 ile +1,00 arasında değer alır ve araştırılan kavrama ilişkin ölçeğin ölçme gücünün ve doğruluğunun göstergesidir. Ölçekler arası ilişki katsayısı +1 değere yaklaştıkça, ölçeğin ölçülecek davranış veya tutumu belirleme ve istenen amaca ulaşma düzeyine yönelik iyi bir ölçme aracı olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Geçerlik katsayısının -1 değere yaklaşması ölçme aracının ölçme gücünün zayıf olduğunun göstergesidir. Bu durum sadece ölçekten elde edilen değerlerle ölçüt değerleri arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olmasından kaynaklanmaz, elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin de tam olmamasından da kaynaklanabilir. Bu nedenle geçerlilik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanması gereklidir (Hergüner 2010). MERY Ölçeği'nin geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla ölçüt bağıntılı geçerlik tekniğinden de yararlanıldı. MERY Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri 0,899 olarak ve MY-KÖ arasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü, orta seviyede ve ileri derecede anlamlı bir korelasyon olduğu belirlendi. MERY Ölçeği'nin ile alt boyutlarından fiziksel etki, bakım, psikolojik etki ile MY-KÖ arasında anlamlı ilişki belirlenirken, çalışma koşulları ve sosyal-manevi etki puanları ile MY-KÖ puanları arasında anlamlı ilişki belirlenmedi.

MERY Ölçeği'nin alt boyutlarından çalışma koşulları puan ortalamaları ile MY-KÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde çalışılan birimin merhamet yorgunluğunu etkilemediğini bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (Denk ve Koçkar 2018; Kara 2018; Koca 2019). Hemşirelerde merhamet yorgunluğunu ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada kurumdaki görev tanımı, bakılan hasta sayısı, gece nöbet tutma durumu, bir vardiyadaki çalışma saati haftalık çalışma saati gibi diğer çalışma koşullarına yönelik değişkenlerle merhamet yorgunluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde fark saptanmadığı belirtilmektedir (Koca 2019). Başka bir çalışmada ise çalışılan klinik, çalışma pozisyonu ve hemşireliği isteyerek seçip seçmeme parametreleri ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir (Adanır 2019).Akyüz (2015), çalışma ortamından kaynaklanan fiziksel ve ruhsal sorunlar nedeniyle oluşan tükenmişliğin özellikle insanlarla birebir etkileşimde bulunan çalışanlarda daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Ancak araştırma kapsamında yapılan değerlendirme sonucunda; çalışılan bölümün seçim nedeni, bölümde alınan görev, çalışma şekli, haftalık ortalama çalışma süreleri, işyerine ulaşım şekli ve günde ortalama olarak bakılan hasta sayıları ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark belirlenmediğini belirtmektedir. Oktay (2020) hemşirelerin çalışma şekli ile (gündüz-gece çalışma saatleri) merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmektedir. Bu sonuçlar çalışmayı destekler niteliktedir.

MERY Ölçeği'nin alt boyutlarından sosyal manevi etki puanları ile merhamet yorgunluğu kısa ölçek puanları ($r=0,111$; $p>0,01$ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Koca (2019) sosyal aktivitelere katılma durumu ile merhamet yorgunluğu, mesleki tatmin ve tükenmişlik arasında bir ilişki görülmediğini belirtmektedir. Ertümer ve Kaya (2022)'nin sağlık profesyonelleri ile yürüttüğü çalışmada MY-KB'nin alt boyutlarından mesleki tükenmişlik ve ikincil travma orta düzeyin altında bulunduğu görülmektedir. Bu durum sağlık profesyonellerinin işini severek yapmaları, kaybettikleri hastalar olduğu gibi yaşam geri döndürdükleri hastalar olması şeklinde yorumlanmaktadır. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Dolayısıyla geliştirilen MERY Ölçeği'nin ölçüt bağıntılı geçerliği sağladığı söylenebilir.

5.2.2. MERY Ölçeği Güvenirlik Çalışması

Bir testin aynı bireylere çalışması birden çok uygulanması durumunda testten beklenen şey; uygulama sonuçlarının benzer olmasıdır. Güvenirlikle ilgili ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlardaki tutarlılık, bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık ve zamana göre değişmezlik gibi tanımlamalar görülmektedir (Alpar 2018). Geliştirilecek ölçekle yapılan bağımsız ölçüm sonuçlarının birbiri ile benzerlik ve kararlılık göstermesi ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstergesidir

(Büyüköztürk 2016). Bu çalışmada MERY Ölçeği'nin güvenirliğinin belirlenmesinde, madde analizi/madde toplam puan korelasyon katsayısı, iç tutarlılık katsayısı ve zamana karşı değişmezlik için test-tekrar test güvenirliği yapıldı.

Madde analizi/ madde toplam puan korelasyon katsayısı:

Madde analizi, cevaplayıcıların ölçme aracındaki maddelere verdikleri tepkileri ölçerek, elde edilen verilere dayanarak maddenin ölçülmek istenen özelliği ölçüp ölçmediğinin belirlenmesidir (Hasançebi ve ark. 2020). Ölçülmek istenen konuyu ölçmede herhangi bir maddenin ölçme gücünü belirlemek ve bu bilgilerden yararlanarak ölçeği daha güvenilir bir duruma getirebilmek için yararlanılacak istatistiklerden biri; her bir madde için bu madde dışındaki maddelerin toplanması ile elde edilen yeni değişken arasındaki korelasyon katsayılarının hesaplanmasıdır (Alpar 2018). Bu amaçla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu yöntemi uygulanmaktadır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile elde edilen r değeri +1'e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir. Madde-toplam puan analizi güvenirlik olduğu kadar, geçerlik (iç tutarlılık) göstergesi olarak da kabul edilmekte ve ölçeğin yapı geçerliliğini de yansıttığı bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005). Literatürde farklı değerle olmasına rağmen genellikle en alt seviye olarak 0,20 alınmakta, güvenirlik katsayısı 0.30-0,40 arasında olan maddelerin iyi 0,40'ın üzerinde olan maddelerin çok iyi düzeyde ayırt edici olduğu ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2014). Ölçekte yer alan her bir ifadenin ayırt edici özelliğinin belirlenmesi ölçek geçerliği için kullanılan yöntemlerden biridir. Maddenin ayırt ediciliğinin ya da madde geçerliğini belirlemek amacıyla ölçek puanına göre en büyükten en küçüğe doğru puanlar sıralanır, sıralandıktan sonra üstten ve alttan %27'lik grupları belirleyerek ölçekteki maddeleri bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırma yöntemi kullanılabilir (Tezbaşaran 1996). Madde ayırt ediciliği açısından bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli çıkması ve t değerlerinin (-) işaretli olmaması istenir (Alpar 2018). MERY Ölçeği'ni oluşturan maddelerin birbiri ile ve ölçeğin bütünü ile ne derece ilişkili olduğunu ve her maddenin ayırt edici gücü belirlemek amacıyla madde analizleri, madde toplam puan korelasyonları ve Alt-Üst %27'lik gruplara ilişkin madde ortalamalarının karşılaştırılması yapıldı. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildiğinden ölçeğin maddelerinin istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir.

İç Tutarlılık Katsayısı

Güvenirlik analizi ölçeklerde bulunan ifadeler arasında tutarlılık olup olmadığını ve ifadelerin tümünün konuyu ölçüp ölçmediğini test etmek amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2021: 286, Kalaycı 2017). Güvenirlik ölçütlerinden biri olan iç tutarlığın temel varsayımı, ölçme aracında yer alan birbirinden bağımsız maddelerden oluşan ölçeğin, belirlenen amaca hizmet etmek için bütün içinde birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bu varsayım nedeniyle iç tutarlık ölçek maddeleri arasında homojenliğin bir göstergesi olarakta düşünülebilir. Alan yazınında farklı durumlar için farklı katsayıların tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Kula Kartal, Mor Dirlik 2016). Cronbach alfa katsayısı, ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlılıklarına odaklanmıştır. Cronbach alfa katsayısı madde sayısına bağlıdır, madde sayısı az olduğunda güvenilirliği etkileyerek güvenilirlik düzeyini azalatacaktır. Cronbach Alfa katsayısının 0,60'tan büyük olması ölçeğin güvenilir olduğunu, bu katsayının 0,80'den büyük çıkması ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğunun göstergesidir (Özdamar, 2003). Cronbach Alfa katsayısına alternatif olarak geliştirilen omega katsayısı faktör analiz modeli üzerinde temellendirilmektedir (Kan 2004). Maddelere ait faktör yükleriyle hesaplanmaktadır. Omega katsayısı Cronbach Alfa katsayısına eşit veya daha yüksek değerler vermektedir (Kula Kartal, Mor Dirlik 2016). Birleşik güvenilirlik, benzer heterojen olan özelliğe ilişkin belirli bir ögenin güvenilirliğinin ölçülmesinde kullanılır. Bir ölçeğin toplam varyansına göre tahmini gerçek puan farkının oranını temsil etmesi nedeniyle kavramsal olarak Cronbach Alfa'ya benzemektedir. Ancak heterojen madde-yapı ilişkileri olasılığını kabul eder ve madde puan yüklerinin matristeki bir fonksiyonu olarak gerçek puan farkını tahmin etmesiyle Cronbach Alfa'dan farklılaşır (Geldhof vd, 2014). Cronbach Alfa çok sayıda değişken olduğunda yüksek değerler verme eğiliminde olan bir istatistik olduğundan CR değeri alfa değerine bir alternatif olarak ya da bir kontrol aracı olarak kullanılmaktadır. Birleşik güvenilirlik değerleri de tıpkı Cronbach alfa katsayısı gibi 0,70'in üzerinde iyi güvenilirliği işaret etmektedirler (Yaşlıoğlu 2017). Geliştirilen MERY Ölçeği'nin güvenilirliğinin hesaplanmasında iç tutarlık değeri olan Cronbach's Alfa Katsayısı, Omega Katsayısı

ve CR güvenilirlik katsayılarına bakıldı. Güvenirlik katsayıları boyutlar ve ölçeğin geneli için alfa katsayısı 0,613 ile 0,827; omega katsayısı 0,620 ile 0,832; CR değeri 0,660 ile 0,830 arasındadır. Sonuç olarak geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık katsayılarına bakıldığında, ölçeğin oldukça güvenilir olduğu belirlenmektedir.

Test-Tekrar Test:

Güvenirlik katsayısının kestiriminde kullanılan yöntemlerden biri de test-tekrar test yöntemidir. Bu yöntem bir ölçme aracının aynı bireylere, benzer şartlarda ancak belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmasına dayalıdır. Bu şekilde ölçme aracının iki uygulama arasında tutarlı sonuçlar vermesi istenir ve bu durum ölçeğin zamana göre değişmezlik gücünün göstergesidir. Zamana göre değişmezlik özelliği için test ve tekrar test uygulamalarının arasında belirli bir uyum olması beklenir. Ölçeklerin tutarlılığı için yapılan test-tekrar test yönteminde, iki ölçüm arasında en az iki, en fazla altı haftalık bir süre olması ve ölçüme katılan kişi sayısının en az 30 olması önerilmektedir (Alpar 2018;Gözüm ve Aksayan, 2003).Her iki uygulamada da gözlemi yapan araştırmacı, uygulanan işlemler, zaman ve mekan gibi unsurlar benzer olmalıdır (Şencan, 2005). İki test uygulama aralığının kısa olması bir önceki cevapların yeniden hatırlanmasına neden olabilir, bu durum güvenilirliğin gerçekte ilişkili olmadan yüksek çıkmasına neden olabilir. Zaman aralığının uzun olması durumunda ise, uygulamada benzer şartların oluşturulması, bireyin test ile ilgili farklı odaklardan bilgi edinmesi ve birinci uygulamadaki test üzerinde pratik yapmış olma ihtimali ikinci uygulamadaki sonucu farklılaşmasına neden olabilir ve test sonucunu etkileyebilir. Dolayısıyla bu durum da güvenilirlik ölçütünün sonucunu değiştirebilir. Bu nedenle iki test arasındaki zaman aralığının iki haftadan az, dört haftadan fazla olmaması önerilir (AksayanveGözüm, 2003).Bir ölçüm aracının kararlılık derecesini belirlemek için korelasyon katsayısına bakılmalıdır. İki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı +1'e ne kadar yakınsa güvenilirlikte o kadar yüksektir yorumu yapılır. Alan yazınında test-tekrar test korelasyon katsayısı en az 0,80 olması istenir. Bazı bilim adamları ise 0,70'in yeterli olabileceğini bildirmektedirler (Şencan 2005; Aksayan ve Gözüm 2003).Bu bilgiler doğrultusunda, MERY Ölçeği'nin birinci ve ikinci ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki ve korelasyon belirlendi. Bu durum ölçeğin tutarlı sonuçlar verebilme ve zamana göre değişmezlik gücünün iyi olduğu

şeklinde yorumlanabilir. İki uygulama arasında korelasyon belirlendiği için ölçeğin kararlı olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

- Katılımcılar %45'inin 26-31 yaş aralığında, %72,8'inin kadın, %73,5'inin lisans mezunu, %56,5'inin evli, %62,9'unun çocuğu olmadığı, %82,1'inin sağlık sorunu olmadığı, %86,3'ünün sağlık sorununun yaşantılarını etkilemediği belirlendi.
- Katılımcıların, %58,8'inin 1-7 yıl arası çalışma deneyimleri, %39'unun 6 ay-3 yıl arasında YB/Palyatif/ Onkoloji servisinde çalıştığı, %65,2'sinin YB/Palyatif/Onkoloji servisinde isteyerek çalıştığı ve %87,5'inin bu servislerde çalışmaktan memnun olduğu belirlendi.
- Katılımcıların %40,3'ünün haftalık 40-48saat çalıştığı, %58,8'inin ortalama 3-4 hastaya bakım verdiği, %82,1'inin çalışma koşullarını zor olarak değerlendirdiği, %66,1'inin işini sevdiği, %47,3'ünün işini kısmen isteyerek seçtiği, %54'ünün koşullar uygun olsa mesleği bırakacağı görülmektedir.
- AFA sonucunda ölçeğin toplam varyansının maksimum likelihood yöntemi ile %41,498, temel bileşenler analizi sonucu %52,003 olduğu belirlendi. Ayrıca ölçeğin 5 faktörlü yapısı kabul edildi. Fiziksel etki %12,643, çalışma koşulları %9,143, bakım %8,588, psikolojik etki %5,902, sosyal-manevi etki %5,129 boyutlarının toplam varyansa etkisi belirlendi.
- Ölçeğin iç tutarlık analizlerinde Cronbach alfa katsayı 0,782; omega katsayısı 0,781 ve birleşik güvenirlik katsayısı 0,830 olduğu belirlenerek ölçeğin güvenilir olduğu gösterildi.
- MERY Ölçeği ile MY-KÖ arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,484$ $p<0,001$). Bu korelasyon güvenirlik analizi ile değerlendirildiğinde ölçüt bağıntılı geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.
- Ölçeğin birinci ölçümleri ve ikinci ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,805$ $p=0,000$) ve birinci ölçümleri ile ikinci ölçümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($t=-618$, $p=0,542$) belirlendi. Bu sonuçlara göre ölçeğin kararlı olduğu edildi.

- Madde ayırt edicilik analizleri sonucunda maddelerden elde edilen puanların tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,330 ile 0,673 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edildi. Alt- Üst %27'lik grupların karşılaştırılması sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p < 0.01$).
- Sonuç olarak ölçek 27 madde ve fiziksel etki (7), çalışma koşulları (6), bakım boyutu (6), psikolojik etki (4), sosyal- manevi etki (4) olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluştuğu belirlendi.
- Yukardaki geçerlik analizlerine bakılarak MERY Ölçeği geçerli bir ölçek olarak belirlenerek H_1 hipotezi kabul edildi.
- MERY Ölçeği güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi ve H_2 hipotezi kabul edildi.

6.2.ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- MERY Ölçeği onkoloji, yoğun bakım ve palyatif bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumlarının belirlenmesi ve merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejilerinin ve programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir
- Ölçekte örneklem grubu yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji servislerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirildi. Ölçek, transplantasyon üniteleri, hematoloji ve diğer kronik hastalıklarla mücadele eden ve yaşam sonu bakım veren kliniklerde de uygulanabilir.
- Yaşlı nüfusunun hızla artmasına paralel olarak acil birimi başvurusu ve acilde ölüm oranları hızla artmaktadır. Odak noktasını canlandırma ve hayat kurtarmanın oluşturduğu acil servise başvuran bireylerin bir bölümünün palyatif bakıma ihtiyaçları vardır. Bu nedenle acilde çalışan hemşirelere de bu ölçeğin uygulanması önerilebilir.

- Hasta bakım kalitesine etkisi olduğu ortaya konan merhamet yorgunluğu kavramının belirlenmesi, hasta bakım kalitesini arttırmak isteyen kurumlarca yaşam sonu bakım veren hemşirelere uygulanması ve sonuçlara göre destekleyici ve önleyici faaliyetler yapılması önerilebilir,
- Çalışma için yapılan nitel görüşmelerde yoğun bakım ve palyatif bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamalarında etik ikilemlerinde etkisi olduğu belirlendi. Bu nedenle merhamet yorgunluğu ve etik ikilem arasındaki ilişkinin ortaya konulması açısından merhamet yorgunluğu ve etik ikilem ilişkisinin araştırılması önerilebilir.
- Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini, farklı ve daha büyük örneklemelerde test eden çalışmalar yapılması önerilir.
- Geliştirilen ölçeğin tüm hemşirelerdeki merhamet yorgunluğunu ölçebilmesi amacıyla geliştirilmesi önerilebilir.
- Yöneticiler için hemşirelerin merhamet yorgunluğunu belirlemeleri ve bu anlamda hemşireleri destekleyici çalışmalar gerçekleştirebilmeleri için veri sağlamak amacıyla kullanılabilir.

7.KAYNAKLAR

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103–108.
- Adanır, A. (2019). Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi (Tez No. 56350). Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Ed: Erefe, İ., Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, 1. Baskı, Odak Ofset, İstanbul, 169-187.
- Aksayan S, Gözümlü S. (2003).Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1);9-14.
- Akyüz İ.(2015). Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(1);21-34
- Alpar R. (2018). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik- Güvenirlik Kitabı. (5. Baskı). Detay Yayıncılık. Ankara
- Aycock N, Boyle D. (2009).Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin J Oncol Nurs*. 13(2):183-91.
- Ay F, Gençtürk N. (2013). Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak Grup Çalışması, 21(3);164-171
- Ayre, C.,& Scally A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47 (1), 79–86.
- Baqeas, MH, Davis J, Copnell B. (2021).Palliative Care Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: A scoping review. 20:88<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>
- Bakker AB, Le Blanc PM, Scahaufeli WB.(2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*.51(3):276–87.
- Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? . Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5 (2) , 368-388.

- Basham A, & Sedlacek, W. E. (2009). Validity In American Counseling Association (Ed.), The ACA encyclopedia of counseling (p. 557). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Baştürk S, Dönmez G, Dicle AN.(2013). Geçerlik ve Güvenirlik. S. Baştürk (Ed.), Bilimsel Araştırma Yöntemleri (161-196). Ankara.Vize Yayıncılık.
- Beck CT. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review, Archives of Psychiatric Nursing, 25 (1);1-10.
- Berg GM, Harshbarger JL, Ahlers-Schmidt CR, Lippoldt DMBA. (2016). Exposing Compassion Fatigue and Burnout Syndrome in a Trauma Team, Journal of Trauma Nursing, 23 (1) 3-10.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. Research on Social Work Practice, 14, 27–35.
- Büyüköztürk, Ş. (2016). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık
- Büyükeksi, C. Çolakoğlu, Ö. M. (2014). Türkiye’de Eğitim Araştırmalarında Kullanılan Faktör Analizi Tekniğinin İncelenmesi. Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi, 2 (2) , 158-167.
- Cerit GN, AykalG, GüzelA, Kara İ. (2016).Bir hastanede çalışan yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Klin / Anadolu Kliniği Mayıs. 21(2). 109-118.
- Circenis K, Millere I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 30:2042–46.
- Claire Chambers, Elaine Ryder.(2009). Compassion and caring in nursing, Radcliffe: Oxford, 217.
- Chitura D, Chitura M. (2014). Burnout syndrome in intensive care unit nurses in Zimbabwe. ESJ.10(10). 436–57.
- Coetzee SK, Kloppe HC. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. Nurs Health Sciences.12(2):235–43.
- Creswell, JW. (2014). Nitel, nicel ve karma yöntem yaklaşımları araştırma deseni (Çev. Ed. S. B. Demir).Ankara: Eğiten Kitap.

- Creswell JW.(2019). Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş. (Çev. Ed. M Sözbilir) 2. Baskı Pegem Akademi. Ankara.
- Çevik Aktura S, Özden G. (2020).“Salgının psikolojik etkileri: Covid-19 hemşireleri”. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 13(73), 1146-1151.
- Çınarlı T. (2019). Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler. Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. (2011). A Qualitative interview method: Focus group interview. Journal of Theoretical Educational Science, 4 (1) , 95-107.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Debus M. (2003). Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı. Marmara Sağlık Eğitim Araştırma Vakfı.
- Denk T, Koçkar Ç.(2018).Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi.2(4), 237-245.
- DeVellis, R. F. (2014). Ölçek geliştirme, kuram ve uygulamalar (Çev. Ed. Tarık Totan). Ankara: Nobel.
- Dikmen Y, Aydın Y. (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne yapmalı? Jhum Rhythm.1(1):13-21.
- Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P.(2016). Compassion fatigue: a study of critical care nurses in Turkey. Journal of Human Sciences. 13(2): 2879-2884.
- Dinç L.(2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 74-82.
- Dinç S, Ekinci M. (2019). Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 11: 192-20.
- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3) , 211-216.
- Erdoğan S, Nahcivan N, Esin. (2017). Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitapevi. 3. Baskı. İstanbul.

- Evci, N., Aylar, F. (2017). Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(10), 389-412.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., ve Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Fernández-Ruiz MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. 29(21-22):4321-4330.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage Publication.
- Figley C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: BrunnerRoutledge.
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric Review of Compassion Fatigue Self-Test. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation* (pp. 127-130).
- Figley CR. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 58:1433-41.
- Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. (2013). Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs* 39(6):547-52.
- Fleming K, Mazzatta GR, Matarese K, Eberle J. (2020). Compassion fatigue and the ART model. *Nursing Research*. 50(3):58-61.
- Ford JK, MacCallum, RC, Tait M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel Psychology*, 39(2), 291-314.
- Franza F, Basta R, Pellegrino F, Solamita B, 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(1);10-14.

- Geldhof, G. J., Preacher, K. J., & Zyphur, M. J. (2014). Reliability Estimation in A Multilevel Confirmatory Factor Analysis Framework. *Psychological Methods*. 19(1):72-91.
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–138). New York: Brunner-Routledge.
- Gikonyo CW, Onsongo L, Ogutu JO.(2021).Professional Quality of Life amongNurses Caring for Cancer Patients. Stanford Peer Reviewed Journals and Book Publishing Journal of Medicine, Nursing & Public Health.. 4(3):13-29.
- Godsil BP, Kiss JP, Spedding M, Jay TM. (2013). The Hippocampal Prefrontal Pathway: The Weak Link in Psychiatric Disorders? *European Neuropsychopharmacology: The Journal of The European College of Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1165-1181.
- Golitaleb B, Abadeh HZ, Ali Jadidi, Majdabadi FH, Harorani M. (2021). Investigating the impact of airway management training on the moral distress and compassion fatigue of nurses working in intensive care units.*Turk J Intensive Care*.
- Gómez-Urquiza, J.L.;De la Fuente-Solana, E.I.; Albendín-García, L.; Vargas-Pecino, C.; Ortega-Campos, E.; Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017).Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit. Care Nurse*, 37(9);e1-9.
- Gök GA. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*;20(2):299-313.
- Gorsuch, R. L. (2008). *Factor Analysis. (Second Edition)*. New York: Psychology Press.
- Gustafsson T, Hemberg J.(2022). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses. *Nursing Ethics*.29(1):157-170.
- Gülcan C. (2021).Nitel Bir Veri Toplama Aracı: Odak (focus) Grup Tekniğinin Uygulanışı ve Geçerliliği Üzerine bir Çalışma. *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü e-Dergisi*. 4(2);94-109.

- Jung MY, Matthews AK. (2021). Understanding Nurses' Experiences and Perceptions of End-of-Life Care for Cancer Patients in Korea: A Scoping Review. *J Palliat Care*. 36(4):255-264.
- Hasançebi B, Terzi Y, Küçük Z.(2020). Madde Güçlük İndeksi ve Madde Ayırt Edicilik İndeksine Dayalı Çeldirici Analizi. *Gümüşhane Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.10(1):224-240.
- Hayran M, Hayran M. (2011). Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. (Birinci Basım), Ankara: Omega Araştırma.
- Hergüner S.(2010).Ölçme Araçlarının Kullanımı İle İlgili Temel Kavramlar. <https://www.researchgate.net/profile/Sabri-Herguener2/.pdf>. Erişim Tarihi 09.03.2022).
- Heeter C, Lehto R, Allbritton M, Day T, Wiseman M.(2017). Effects of a technology-assisted meditation program on healthcare providers', interoceptive awareness, compassion fatigue, and burnout. *J Hospice Palliat Nurs*.19(4):314 –22. 21.
- He Yi-qing, Zhou Hong, Gao Zu-mei. (2021).Qualitative Research on Compassion Fatigue in Nurses: A meta Synthesis. *Journal of Nursing*.28(6);33-37.
- Hiçdurmaz D, Üzar Özçetin YS.(2020). “Covid-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi”.*HUHEMFAD-JOHUFON*. 7; 1- 7.
- Hilliard RE. (2006). The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *Arts Psychother*. 33(5):395 –401.
- Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. (2016). Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: a systematic review of psychosocial interventions. *Palliat Med*. 30(9):825 –33.
- Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA et al. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*. 36(5): 420-427.

- İnci F, Öz F.(2012). Palliative Care and Death Anxiety. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry 4: 178.
- Jenkins B, Warren NA.(2012). Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. Crit Care NursQ.35:388–395.
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. Nursing. 22:116, 118-9, 120.
- Jones J, Winch S, Strube P, Mitchell M, Henderson A.(2016). Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. J Adv Nurs.72:3137–46.
- Kabalak AA. (2012).Terminal dönemin son 48 saatinde palyatif bakım.Türkiye Klinikleri J Anest Reanim.10(3):168-76.
- Kaiser, H.F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. Psychometrika, 39, 31-36.
- Kahriman İ.(2014).Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2014;5(2):77-83.
- Karaman, H. Atar B, Çobanoğlu Aktan D. (2015). Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması. GEFAD / GUJGEF 37(3): 1173 – 1193.
- Kalaycı, Ş. (2017). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Dinamik Akademi Yayın Dağıtım.
- Kan, A. (2006). Klasik Test Teorisine ve Örtük Özellikler Teorisine Göre Kestirilen Madde Parametrelerinin Karşılaştırılması Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(2): 227-235.
- Kara D. Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Karakoç AGDFY, Dönmez PDL.(2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 13(40): 39-49.
- Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10;(2)56-60.

- Katran, HB, Gür S, Arpag N, Çavuşlu M. (2021). COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 25 (2) , 42-50.
- Katz, A. (2019). Compassion in practice: Difficult conversations in oncology nursing. Canadian Oncology Nursing Journal, 29(4), 255–257.
- Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected..a key to my survival”. JAMA. 301(11):1155–1164.
- Kekeç D, Tan M. (2021).Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. OTSBD.6(1);64-72.
- Kelly L, Runge J, Spencer C. (2015).Predictors of compassion fatigue and compassionsatisfaction in acute care nurses. Journal of Nursing Scholarship, 47: 522–528.
- Keskin GÜ. (2005).Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 21:2 125-134.
- Kılıç D, Bakan AB, Aslan G, Uçar F. (2020).Onkoloji birimleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde etik duyarlılık ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 4(1); 20-29.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. Bmj, 311(7000), 299-302.
- Koca F. (2018). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Koku F, Ateş M. (2016). Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerinölüme ilişkin deneyim ve tutumları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi.2 (3);99-104.
- Kula Kartal, S. Mor Dirlik, E. (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alfa katsayısı. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 16 (4) , 1865-1879.

- Labrague LJ, de Los Santos JAA.(2021). Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res.*61:151476.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). "Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019". *JAMA Network Open*, 3(3).1-12
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- Lombardo B, Eyre C. (2010). Compassion fatigue:A nurse's primer.*Online Journal of Issues in Nursing.* 16(1):3.
- Lundgren SM, Berg L. (2011). The meanings and implications of receiving care. *Scand J. Caring Sci.*25,235–242.
- Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N.(2022). The Impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Basel).*13;10(2):364.
- Lynch SH, Lobo ML. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: A Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 68(9): 2125-2134.
- McCaffrey, G.,& McConnell, S. (2015). Compassion: A critical review of peer-reviewed nursing literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 3006–3015.
- Maunder, RG., Lancee, WJ., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S, Hunter, JJ.(2006). "Long term psychological and occupational effects of providing hospital health care during SARS outbreak". *Emerging Infectious Diseases*, 12 (12); 1924-1932.
- Macdonald M. (2007).Origins of difficulty in the nurse patient encounter. *Nursing Ethic*, 14(4):510-521.
- McHolm F. (2006). Rx For compassion fatigue. *Journal Of Christian Nursing (JCN): A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 23(4): 12-19.

- McVicar, A., Pettit, A., Knight-Davidson, P., & Shaw-Flach, A. (2021). Promotion of professional quality of life through reducing fears of compassion and compassion fatigue: Application of the compassionate mind model to specialist community public health nurses (health visiting) training. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 101–112.
- Miles MB, Huberman AM.(1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. New York: Sage Publications, Inc.
- Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *J Health Psychol*, 14:267–77.
- Neuman WL, Robson K. (2014). *Basics Of Social Research*. Toronto: Pearson Canada.
- Nolte AGW, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 26:4364–4378.
- Okgün Alcan A, Yıldız K.(2021). Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği: Algılanan Stresin Merhamet Yorgunluğuna Etkisi. *Forbes J Med*, 2(3):175-181.
- Oktay D. (2018). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu, etkileyen etmenler ve başetme stratejilerinin saptanması. *Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa*.
- Olgun N. (2017). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*.4. Baskı. Akademisyen Kitapevi. Ankara.
- Orlovsky C. (2006). Compassion fatigue. *Prairie Rose*. 75:13.
- Ordos ALR, MacIsaac L, Everson J, Hui J, Ellaway RH.(2019). A pattern language of compassion in intensive care and palliative care contexts. *Roze des Ordons et al. BMC Palliative Care*.18:15.
- Ortega- Campos E, Vargas-Roman K, Velando- Soriano A, Suleiman-Martos N, Cañadas-De la Fuente, Albendin- Garcia L, Gómez-Urquiza, J.L. (2020). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Sustainability*, 12(1), 72.
- Özdamar, K. (2003), *SPSS İle Biyoistatistik*, Kaan Kitabevi, Eskişehir.

- Pehlivan T, Güner P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 9(2): 129-134.
- Perez-Garsia E, Ortega-Galan AM, Ibanez-Masero O, Ramos-Pichardo JD. (2020). Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. *International journal of Mental Health Nursing*, 30(2);469-478.
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(2), 91–105.
- Peters E. (2020). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4);466-480.
- Polat FN, Erdem R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*. 26(1):291-312.
- Ribeiro VF, Filho CF, Valenti VE, Ferreira M, de Abreu LC, de Carvalho TD. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7:22-8.
- Resmi Gazete (2007). 2 Mayıs 2007 Tarihli 5634 Sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspxhome=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502>.
- Roach MS.(2007). *Caring: The human mode of being*. Canada: CHAPresses de l' ACS.
- Sabo BM. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract*, 12:136–42.
- Sanso N, Laura Galiana L, Oliver A, Pascual A. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage* 50: 200-207.
- Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35: 32-44.

- Schantz ML. (2007). Compassion: A concept analysis. *Nurs Forum*. 42(2): 48-55.
- Sharp S, McAllister M ve Broadbent M. (2016). "The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience personcentred care". *Contemporary Nurse*. 52 (2-3): 300-312.
- Stamm BH. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developing history of the compassion satisfaction and fatigue test. Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue* New York: Brunner-Routledge; 2002. p. 107-19.
- Seer İ. (2018). Psikolojik Test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 2. Baskı. Anı Yayıncılık.
- Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochinov HM. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences and preferences. *Palliat Med* 31(5):437-447.
- Solomon, J. (2014). Nurses' coping strategies with compassion fatigue: A Literature Review Degree Programme in Nursing Social Services, Health and Sports. Bachelor's Thesis
- Şeker, H., Gençdoğan, B. (2014). Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme (2. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik, Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ, Ankara, 499-559.
- Şirin M, Yurttaş A. (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: Merhamet yorgunluğu. *DEUHFED*. 8:123-30.
- Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Terzi B, Kaya N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1: 21-5.
- Tezbaşaran, A. (1996). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.
- Torun P. (2019). Dünyada palyatif bakımın gelişimi, Palyatif Bakım ve Tıp Kitabı. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. İstanbul. Ed. Akçakaya A.

- Uğurlu AK, Eti Aslan F. (2017). Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet ölçülebilir mi? Türkiye Klinikleri J.9(3):233-8.
- Ural A, Kılıç İ. (2021). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Detay Yayıncılık. 6. Baskı.
- Üstün B, Partlak Günüşen N. (2018). Terminal Hastalıklı Hastaların Hemşiresi Olmak: Güçlü Kalabilir miyiz? Cimete G, editör. Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; .127-32.
- Varadarajan A, Rani J.Compassion fatigue, compassion satisfaction and coping between male and female intensive care unit nurses IIndian Journal of Positive Psychology 2021, 12(1), 49-52.
- Veneziano L, Hooper J. (1997). A method for quantifying content validity of health-relatedquestionnaires. American Journal of Health Behavior, 21 (1), 67-70.
- Yaşlıoğlu MM.(2017).Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46, Özel Sayı; 74-85.
- Yeşilyurt S, Çapraz C.(2018).A Road map for the content validity used in scale development studies. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1);251-264.
- Yıldırım A, Şimşek H. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 6. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 99-252.
- Yoder EA.(2010). Compassion fatigue in nurses. Applied Nursing Research, 23(4):191-197.
- Yu, H., Jiang, A. ve Shen, J. (2016). “Prevalance and Predictors of CompassionFatigue, Burnout and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses: ACross-Sectional Survey”. International Journal of Nursing Studies, 57;28-38.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Denizli.

Yoğun Bakım Ünitesi Standartları Genelgesi 2008. www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html.

Erişim Tarihi 24.01.2022.

Wentzel D, Brysiewicz P.(2014). The consequence of caring too much: compassion fatigue and the trauma nurse. *Journal of Emergency Nursing: JEN*: 40:95–97, Work Organisation & Stress-World Health organization. http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf. (Erişim tarihi 24.01.2022).

Wanging W, Chen L, Feng F, Okoli TC, Tang P, Zeng I, Jin M, Zhang Y, Wang J.(2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among Nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 120.

Wilson, F. R., Pan, W., & Schumsky, D. A. (2012). Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45, 197–210.

Williams G, Bost N, Chaboyer W, Fulbrook P, Alberto I, Thorsteinsdottir R, Chan, D. (2015). Critical care nursing organizations and activities: A third worldwide review. *International Nursing Review*, 59(1), 73.