



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNDE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYİ VE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN
BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serdal BOLAT

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN

TOKAT - 2026

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN danışmanlığında hazırlamış olduğum “Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun Bakım Davranışlarına Etkisi” adlı tezimdaki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

Serdal BOLAT

17.06.2026

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Serdal BOLAT tarafından hazırlanan “**Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun Bakım Davranışlarına Etkisi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 17.06.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından oy birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Esasları Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Danışman): Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN

.....

Üye (Başkan): Doç.Dr. Fatma TOK YILDIZ

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Şeyda KAZANÇ

.....

ONAY

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

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tezimin her aşamasında bilgi ve becerisiyle yol gösterip, eğitimime katkı sağlayan, desteklerini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN'a,

Eğitim dönemi içerisinde destek ve katkılarını esirgemeyen saygı değer hocalarıma,

Bu süreçte desteğini esirgemeyen canım eşim Şeyda BOLAT'A,

Eğitim hayatımın her döneminde yanımda olan, her zaman ve her koşulda beni destekleyen değerli aileme,

Araştırmaya katılım sağlayan başta kendi ekibim olmak üzere bütün palyatif bakım hemşirelerine teşekkür ederim.

Serdal BOLAT

ÖZET

PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BAKIM DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Bolat, Serdal

Yüksek Lisans, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Şahizer Eraydın

Haziran, 2026, xiii + 103 Sayfa

Bu araştırmada, palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı kesitsel ve ilişki arayıcı türdedir. Araştırma Tokat, Amasya, Çorum ve Sivas illerindeki toplam 20 palyatif bakım kliniğinde çalışan 168 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri; “Hemşire Bilgi Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, “Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği” ve “Bakım Davranışları Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması 32.34 ± 6.74 yıl olup, %66.1'i kadın, %66.1'i evli, %63.7'si lisans mezunu ve %79.2'si nöbet veya dönüşümlü çalışma sisteminde görev yapmaktadır. Hemşirelerin mesleki deneyim süresi ortalama 9.58 ± 7.03 yıl, palyatif bakımda çalışma süresi ise 4.33 ± 2.83 yıl olarak belirlenmiştir. Tükenmişlik düzeylerinin orta, merhamet yorgunluğu düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Mesleki tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu arasında çok güçlü pozitif ilişki bulunmuştur ($r=0.956$). İkincil travma ile merhamet yorgunluğu arasında da çok güçlü pozitif ilişki belirlenmiştir ($r=0.866$). Mesleki tükenmişlik ile bakım davranışları toplam puanı arasında negatif yönlü ilişki bulunurken ($r=-0.310$), kişisel başarısızlık ile bakım davranışları arasında orta düzeyde negatif ilişki saptanmıştır ($r=-0.559$). Merhamet yorgunluğunun bakım davranışlarının tüm alt boyutlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Regresyon analizinde yaştan bir birim artmasının duygusal tükenme puanını 0.35 birim azalttığı ($p=0.038$), çalışma saatinin bir birim artmasının mesleki tükenmişlik

puanını 0.145 birim artırdığı ($p=0.003$) bulunmuştur. Eğitim durumu lisansüstü olan hemşirelerin kişisel başarısızlık puanlarının lise mezunu hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($\beta=-3.026$; $p=0.043$). Eğitim düzeyi ve çalışma şeklinin güvence verme davranışını olumlu etkilediği, nöbet ve dönüşümlü çalışan hemşireler ile sorumlu hemşirelerin saygılı olma boyutunda daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Ayrıca kişisel başarısızlık puanındaki bir birimlik artışın bağıllık puanını 0.085 birim azalttığı belirlenmiştir ($p<0.001$).

Araştırma sonucunda palyatif bakım hemşirelerinde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun bakım davranışları ile yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerindeki artışın bakım davranışlarını olumsuz etkilediği, özellikle kişisel başarısızlık algısının bakımın bağıllık, güvence ve saygılı olma boyutlarında azalmaya yol açtığı görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından riskli gruplar erken dönemde belirlenebilir ve koruyucu müdahaleler uygulanabilir. Empatik iletişim, stres yönetimi ve duygusal dayanıklılık becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler yaygınlaştırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hemşirelik, Tükenmişlik, Merhamet Yorgunluğu, Bakım Davranışı

ABSTRACT**THE EFFECT OF BURNOUT AND COMPASSION FATIGUE LEVELS ON THE
CARE BEHAVIORS OF PALLIATIVE CARE NURSES**

Bolat, Serdal

Master's Thesis, Department of Nursing, Fundamentals of Nursing

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Şahizer Eraydın

June, 2026, xiii + 103

The aim of this study was to examine the relationship between burnout levels, compassion fatigue, and care behaviors among nurses working in palliative care units. The study is descriptive, cross-sectional, and exploratory in nature. The study was conducted with 168 nurses working in a total of 20 palliative care clinics in the provinces of Tokat, Amasya, Çorum and Sivas data for the study were collected using the “Nurse Information Form,” the “Maslach Burnout Inventory,” the “Compassion Fatigue—Short Form,” and the “Care Behavior Scale.”

The average age of the participants was 32.34 ± 6.74 years; 66.1% were female, 66.1% were married, 63.7% held a bachelor's degree, and 79.2% worked on a shift or rotating work schedule. The nurses' average years of professional experience were 9.58 ± 7.03 years, and their average years of experience in palliative care were 4.33 ± 2.83 years. Burnout levels were found to be moderate, while compassion fatigue levels were high. A very strong positive correlation was found between professional burnout and compassion fatigue ($r=0.956$). A very strong positive correlation was also found between secondary trauma and compassion fatigue ($r=0.866$). While a negative correlation was found between professional burnout and the total score for caregiving behaviors ($r = -0.310$), a moderate negative correlation was found between personal failure and caregiving behaviors ($r = -0.559$). It was determined that compassion fatigue negatively affects all subdimensions of caregiving behaviors. In the regression analysis, it was found that a one-unit increase in age reduced the emotional exhaustion score by 0.35 units ($p=0.038$),

and a one-unit increase in working hours increased the professional burnout score by 0.145 units ($p=0.003$). It was determined that nurses with a graduate degree had lower personal failure scores compared to nurses with a high school diploma ($\beta = -3.026$; $p = 0.043$). It was found that educational level and work arrangement positively influenced reassurance behavior; nurses working on shifts or rotating schedules, as well as charge nurses, scored higher on the respectfulness dimension. Furthermore, it was determined that a one-unit increase in the personal failure score reduced the commitment score by 0.085 units ($p<0.001$).

The study concluded that burnout and compassion fatigue among palliative care nurses are closely related to care behaviors. It was observed that an increase in levels of burnout and compassion fatigue negatively affects care behaviors; in particular, the perception of personal failure leads to a decrease in the dimensions of commitment, assurance, and respectfulness in care. Based on these findings, high-risk groups for compassion fatigue and burnout can be identified at an early stage, and preventive interventions can be implemented. Training programs aimed at developing empathetic communication, stress management, and emotional resilience skills can be expanded.

Keywords: Palliative Care, Nursing, Burnout, Compassion Fatigue, Care Behavior

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.2.Araştırmanın Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Palyatif Bakım	8
2.2. Dünyada Palyatif Bakım	11
2.3. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	13
2.4. Palyatif Bakım Hemşireliği	14
2.5. Tükenmişlik	16
2.6. Hemşirelerde ve Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik	18
2.7. Merhamet Kavramı	22
2.8. Merhamet Yorgunluğu.....	24
2.9. Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu	26
2.10. Bakım Kavramı.....	28
3. YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Türü.....	33
3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	34
3.5. Çalışmanın Dışlanma Kriterleri	34
3.6. Verilerin Toplanması	34
3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri	35

3.8.	Hemşire Bilgi Formu	35
3.9.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	35
3.10.	Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği (MY-KÖ)	36
3.11.	Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ- 24).....	37
3.12.	Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.13.	Araştırma etiği	38
3.15.	Araştırmanın Olanak ve İmkânları	39
4.	BULGULAR	40
5.	TARTIŞMA.....	59
6.	SONUÇ.....	69
7.	ÖNERİLER	73
7.1.	Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	73
7.2.	Eğitime Yönelik Öneriler.....	73
7.3.	Araştırmaya Yönelik Öneriler	74
	KAYNAKÇA.....	75
	EKLER.....	88
	Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	88
	Ek 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	89
	Ek 3: Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği	90
	Ek 4: Bakım Davranışları Ölçeği	91
	Ek 5: Bakım Davranışları Ölçeği-24 Ölçek izni	92
	Ek 6: Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği (MY-KÖ) Ölçek İzni	93
	Ek 7: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Ölçek İzni	94
	Ek 8: Etik Kurul İzni	95
	Ek 9: Kurum İzni.....	96
	Ek 10: Kurum İzni.....	97
	Ek 11: Kurum İzni.....	98
	Ek 12: Kurum İzni.....	99
	Ek 13: Kurum İzni.....	100
	Ek 14: Kurum İzni.....	101
	Ek 15: Gönüllü Katılım Formu	102

ÖZGEÇMİŞ	103
----------------	-----



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri (n=168).....	40
Tablo 4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği Puanları	41
Tablo 4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
Tablo 4.5. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutları ve Merhamet Yorgunluğu Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi	49
Tablo 4.6. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi	51
Tablo 4.7. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1. Palyatif Bakım Süreci.....	8
--	---



KISALTMALAR LİSTESİ

- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- BDÖ-24:** Bakım Davranışları Ölçeği-24



1. GİRİŞ

Palyatif latince örtü, pelerin anlamına gelen palliare kelimesinden kökenini alır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk kez 1990 yılında yapılan tanıma göre palyatif bakım “Tedavisi olmayan (tedaviye yanıt vermeyen) hastalığı olan bireyin bütüncül bakımıdır” (DSÖ, 1990). DSÖ 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiştir; Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken saptanarak ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yoluyla artıran bir yaklaşımdır (DSÖ, 2002; Ferrell ve ark., 2018; Sleeman ve ark, 2019) Palyatif bakımın amacı ise; hastanın yaşam kalitesini artırmak, semptomların kontrolü, hastanın ve ailenin psikososyal destek alması ve karar süreçlerine katılımı gibi alt başlıklar ile ifade edilebilir (Çelik ve Koç, 2021; Madenoğlu Kıvanç, 2017; Yıldırım, 2022). Bu tanımlar ve amaçlar doğrultusunda palyatif bakımın etkili biçimde sürdürülebilmesi, sağlık profesyonellerinin özellikle de hemşirelerin bakım sürecindeki rollerini önemli hale getirmektedir.

Palyatif bakım, ciddi hastalıkların semptomlarını ve hastalığın oluşturduğu stresi azaltmayı amaçlayan, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaya odaklanan uzmanlaşmış bir sağlık hizmetidir (Çelik ve Koç, 2021). Bu süreçte palyatif bakım hemşireleri; hekim, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği içinde kapsamlı bakım sunmaktadır (Radbruch ve ark., 2020). Palyatif bakım hemşireliğinin temel özelliklerinden biri bütüncül bakım yaklaşımıdır. Hemşireler; ağrı, mide bulantısı ve nefes darlığı gibi fiziksel semptomların yanı sıra anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların yönetiminde de görev almaktadır (Rosa ve ark., 2020).

Semptom kontrolünde farmakolojik tedavilerin yanında masaj, gevşeme teknikleri ve diğer tamamlayıcı yöntemlerden de yararlanılmaktadır (Devik ve ark., 2020; Dehghani ve ark., 2020). Palyatif bakım hemşireleri, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerini dikkate alarak bakım planlamakta ve hastaların yaşamlarının kalan kısmını daha rahat ve huzurlu geçirmelerine destek olmaktadır. Palyatif bakım hemşirelerinin bu çok yönlü sorumlulukları, bakım sürecinin yalnızca klinik değil, aynı zamanda yoğun duygusal ve psikososyal yükler içeren bir alan olduğunu göstermektedir.

Palyatif bakımda çalışan hemşirelerin terminal dönem hasta bakması, bakım verdiği hastaların çoğunluğunun kronik hastalıklara sahip olması ve hastada iyileşme, hastalığı atlatma oranı düşük olduğu için iş doyumu yaşamakta zorlanmaktadır. Yoğun iş stresi, çalışma saatleri ve iş doyumsuzluğu gibi durumlar tükenmişliği tetikleyebilir (Cross, 2019; Hunsaker ve ark., 2015; Peters, 2018; Ruiz-Fernández ve ark., 2020). Tükenmişlik; tükenmişlik kendini hissettirmeden zamanla oluşur ve zihinsel, duygusal, fiziksel yorgunluk hallerini yansıtır. Maslach'a göre iş stresinin uzun sürmesi ve devamlı hale gelmesi tükenmişliğe yol açar. Maslach tanımlamasına göre tükenmişlik; işin amacına uygun icra edilmemesi ve hizmet sunulan insanlarla gerçekten ilgilenilmemesidir. Tükenmişliğin hizmet verilen bireylere karşı duyarsızlaşma, duygusal olarak tükenme ve kendini yetersiz hissetme olmak üzere farklı alt boyutları mevcuttur (Uzun ve Mayda, 2020). Meksika'da 185 palyatif bakım hemşiresinde yapılan çalışmada hemşirelerin %37.3'ünün yüksek duygusal tükenme, %35.1'inin yüksek duyarsızlaşma ve %37.8'inin düşük kişisel başarı deneyimledikleri saptanmıştır. Tükenmişlik iş yaşam kalitesi düşüklüğü ile ilişkili bulunmuştur (Rizo-Baeza ve ark., 2018). Dijkhoorn ve ark. tarafından yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasında 2008-2020 yılları arasında

yapılan 59 araştırma incelenmiş ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinde farklı ölçekler kullanılarak incelenen tükenmişlik düzeyinin %3 ila %66 arasında değiştiği saptanmıştır (Dijxhoorn ve ark. 2021). Ülkemizde 47 hemşire üzerinde yapılan çalışmada dahiliye, nöroloji servisleri ve palyatif bakım çalışanlarda tükenmişlik düzeyi farklılık göstermemiştir (Tertemiz ve Tüylüoğlu, 2020). Tükenmişlik palyatif bakım hemşireleri için önemli bir mesleki risk olmakla birlikte, bu alanda çalışan hemşirelerin karşılaşılabileceği duygusal zorlanmalardan biri de merhamet yorgunluğudur.

Merhamet, diğer insanların verdiği tüm zorluklara, kusurlara, acılara, yaşattığı üzüntülere rağmen onlara bakma ve sıkıntılı durumlarda o kişilere yardım etme arzusunun bir sonucudur (Raustøl ve Tveit, 2023). Hastalar, bakım hizmeti veren kişilerde ve sağlık çalışanlarında duygusal, entelektüel, bedensel veya toplumsal stres yaratmaktadır (Ekinci, 2023). Merhamet yorgunluğu literatürde “compassion fatigue” olarak, Türkçede ise “şefkat yorgunluğu”, “merhamet yorgunluğu” ile “eş duyum yorgunluğu” anlamlarıyla bilinmektedir. Bu kavram ilk kez kullanımı 1992’de Carla Joinson tarafından “sekonder travmatik stres bozukluğu” kavramı içerisinde değerlendirilmiş, acil servislerde bulunan hemşirelerin acil hasta durumlarıyla tekrar tekrar karşılaşmaları sonrasında yaşanan olumsuzluğun tanımı adına kullanılmıştır (Joinson, 1992). Merhamet yorgunluğu, bakım vericiyi çaresizlik, umutsuzluk, yorgunluk ve bunalmış bir ruh haline sokabilen fiziki, duygusal, ruhsal ve sosyal tükenme durumu olarak ifade edilmektedir (McHolm, 2006). Merhamet yorgunluğunun en çok görüldüğü servisler ise yoğun bakım üniteleri, çocuk servisleri, acil, onkoloji ve palyatif servisleridir (Najjar ve ark.2009, Hooper ve ark. 2010). Merhamet yorgunluğunun kavramsal çerçevesi, özellikle palyatif

bakım gibi sürekli empatik etkileşim gerektiren klinik alanlarda bu durumun daha görünür hale gelebileceğini düşündürmektedir.

Palyatif bakım birimlerinde yapılan bir çalışma da hemşirelerin de yer aldığı (%33.2) 387 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, palyatif bakım kliniklerinde çalışanların orta seviye merhamet yorgunluğu yaşadıklarını bildirmiştir (Sansó ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %51.5'inin yüksek riskte merhamet yorgunluğuna sahip olduğu belirlenmiştir (Adanır, 2019). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu hemşirelerin psikolojik iyi oluşunu etkileyebilmekle birlikte, bu durumların bakımın niteliği ve bakım davranışları üzerindeki yansımalarının da ele alınması gerekmektedir.

Bakım, “insanların temel gereksinimlerini karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine yardım etmek amacıyla özenle yapılan işlemler” olarak tanımlanmaktadır (Dinç, 2010; Hadadian-Chaghaei ve ark., 2022; Juanamasta ve ark., 2021). Hemşirelik bakımı, hemşirenin; psikolojik, fiziksel veya sosyal sağlık sorunları olan bireyin bakım gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek, bireyi kendi gereksinimlerini karşılayabilecek yeterliliğe ulaştırmak amacıyla kurduğu amaçlı bir etkileşim, etik ve yasal sorumluluk olarak tanımlanmaktadır (Baykara, 2014; Kıskaç ve Babaoğlu, 2022; Özdelikara ve Babur, 2020; Wei ve Watson, 2019;). Hemşirelik bakımının bu etik, yasal ve profesyonel boyutu, bakım davranışlarının hangi bileşenlerden oluştuğunun ve hangi faktörlerden etkilendiğinin açıklanmasını gerekli kılmaktadır.

Bakım davranışının temel bileşenleri, hasta-hemşire ilişkisinin kurulması, tedavi ve bakım sürecinde uygulanacak girişimlerin bireye özgü ve doğru olarak seçilmesi ve tüm girişimlerin etik ilkelere uygun olmasıdır (Gül, 2019). Hemşirenin hasta ve sağlıklı birey ile kurduğu amaçlı ve yardım edici iletişim, bireyi rahatlatma, varlığını ve değerlerini yargılamadan kabul etme, dikkatli bir şekilde dinleme ve duyarlı olma, kaygılarından ve endişelerinden kurtarma, göz temasında bulunma, terapötik dokunma, danışmanlık sağlama, eğitim verme ve bilgilendirme girişimleri bakım davranışlarını oluşturmaktadır (Kıskaç ve Babaoğlu, 2022; Zabolypour ve ark., 2016). Bakım davranışlarının iş yükü, zaman eksikliği, personel sorunları, uygun yönetim eksikliği, iş tatmini, iş stresi, mesleğe ilgi, hemşirelerin özellikleri, çalışma ortamı sorunları ve hastanın tanısı gibi faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Kaakinen ve ark., 2018). Bakım davranışlarının çok sayıda bireysel, mesleki ve kurumsal faktörden etkilenmesi, palyatif bakım hemşireliğinde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile birlikte değerlendirilmesini önemli hale getirmektedir.

Palyatif bakım hemşireliği; yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasını içeren çok yönlü ve yoğun bir bakım sürecini kapsamaktadır (DSÖ, 2020). Bu süreçte hemşireler yalnızca semptom kontrolü ve fiziksel bakım uygulamalarını yerine getirmemekte, aynı zamanda hasta ve ailesine psikososyal destek sağlayarak bakımın sürekliliğinde önemli bir rol üstlenmektedir (Rosa ve ark., 2020). Ancak terminal dönem hastalarla sürekli çalışılması, ölüm ve kayıp süreçlerine sık maruz kalınması, yoğun iş yükü ve duygusal emek gerektiren bakım uygulamaları hemşirelerde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (Cross, 2019; Peters, 2018). Tükenmişlik ve

merhamet yorgunluğunun hemşirelerin mesleki doyumunu azaltarak bakım davranışlarını olumsuz etkileyebileceği, buna bağlı olarak sunulan bakımın niteliğinin de zarar görebileceği düşünülmektedir (Ruiz-Fernández ve ark., 2020). Bu nedenle palyatif bakım hemşirelerinde tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkinin birlikte incelenmesi, hem literatürdeki boşluğun giderilmesi hem de bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Literatür incelendiğinde palyatif bakım alanında tükenmişlik ya da merhamet yorgunluğunu ele alan çalışmaların bulunduğu görülmekle birlikte, bu değişkenlerin bakım davranışları ile ilişkisini birlikte değerlendiren çalışmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle ülkemizde palyatif bakım hemşirelerinde tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışlarının bir arada incelendiği araştırmaların yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Oysa hemşirelerin bakım davranışlarının; iş yükü, çalışma koşulları, duygusal zorlanma ve mesleki stres gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir (Kaakinen ve ark., 2018).

1.1. Amaç: Bu araştırmada, palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Soruları

1. Palyatif bakım hemşirelerinin demografik ve mesleki özellikleri nedir?
2. Palyatif bakım hemşirelerinde tükenmişlik ne düzeydedir?
3. Palyatif bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ne düzeydedir?
4. Palyatif bakım hemşirelerinin bakım davranışları algıları ne düzeydedir?

5. Palyatif bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?
6. Palyatif bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi ve merhamet yorgunluğunun bakım davranışı ile ilişkisi var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden ya da yaşamı sınırlandıran hastalıklarla karşı karşıya olan bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan, bütüncül ve multidisipliner bir bakım yaklaşımıdır. DSÖ palyatif bakımı; hastalığın erken dönemlerinden itibaren başlayan ve ağrı ile diğer fiziksel, psikososyal ve spiritüel sorunların önlenmesi ve giderilmesini hedefleyen bir bakım süreci olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2020). Bu tanım, palyatif bakımın yalnızca yaşamın son dönemine özgü olmadığını, tanı anından itibaren uygulanması gereken aktif bir bakım modeli olduğunu ortaya koymaktadır (Radbruch ve ark., 2020; Sailian ve ark., 2024; Storm ve ark., 2025). Palyatif bakım sürecinin bir bütün olduğu aşağıda yer alan Şekil 2.1’de gösterilmektedir.



Şekil 2. 1. Palyatif Bakım Süreci(Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015; 4(2))

Palyatif bakımın temel felsefesi, hastalığı tedavi etmekten ziyade bireyin yaşam kalitesini korumaya ve geliştirmeye odaklanmasıdır. Bu yaklaşımda ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilmekte; yaşamın ne uzatılması ne de kısaltılması amaçlanmaktadır (DSÖ, 2020). Bunun yerine palyatif bakım, hastanın mümkün olan en yüksek düzeyde konfor, onur ve anlam duygusuyla yaşamını sürdürmesini

desteklemektedir. Bu yönüyle palyatif bakım, biyomedikal modelin ötesine geçerek insanı fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarıyla ele alan bütüncül bir anlayışı benimsemektedir (DSÖ, 2020; Sepúlveda ve ark., 2002)

Palyatif bakım kapsamında sunulan hizmetler; ağrı ve semptom kontrolü, psikolojik destek, sosyal gereksinimlerin karşılanması, spiritüel danışmanlık ve hasta ile ailesinin karar verme süreçlerine aktif katılımının sağlanmasını içermektedir (Kelley ve Morrison, 2015). Özellikle kronik ve ilerleyici hastalıklarda görülen ağrı, nefes darlığı, yorgunluk, anksiyete ve depresyon gibi semptomların etkili biçimde yönetilmesi, palyatif bakımın temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Mahler ve ark., 2010; Yakar ve ark., 2021; Yürüyen ve ark., 2018; DSÖ, 2020).

Palyatif bakım sürecinde yalnızca hasta değil, aynı zamanda aile bireyleri de bakımın odağında yer almaktadır. Hastalık sürecinin aile üyeleri üzerindeki duygusal ve sosyal yükü dikkate alınarak, ailelerin bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve yas sürecine hazırlanması palyatif bakımın önemli amaçları arasındadır (Ferrell ve ark., 2018). Bu yönüyle palyatif bakım, hasta–aile–sağlık ekibi arasındaki iş birliğini güçlendiren bir bakım yaklaşımıdır. (Aslan, 2020; Menekli ve ark., 2021)

Hemşirelik, palyatif bakımın temel yapı taşlarından biridir. Hemşireler, palyatif bakım sürecinde hastayla en uzun süreli ve yakın teması kuran sağlık profesyonelleri olarak, bakımın sürekliliğini ve bütüncüllüğünü sağlamada kritik bir rol üstlenmektedir. Hemşireler; semptom değerlendirmesi, ağrı yönetimi, hasta ve aile eğitimi, duygusal destek ve bakım koordinasyonu gibi birçok alanda aktif sorumluluk almaktadır (Ferrell

ve ark., 2018). Bu süreçte hemşirelerin empatik iletişim becerileri ve insani yaklaşımı, palyatif bakımın kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Palyatif bakımın insani ve duygusal yönü, hemşirelerin bakım sürecine yüksek düzeyde empatiyle katılmasını gerektirmektedir. Ancak bu durum, uzun vadede hemşireler için duygusal yük ve tükenme riskini de beraberinde getirebilmektedir. Literatürde, palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin, hastaların acılarına ve ölüme sürekli tanıklık etmeleri nedeniyle merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından daha yüksek risk altında oldukları bildirilmektedir (Peters, 2018; Ruiz-Fernández ve ark., 2020). Bu nedenle palyatif bakım, hem bakım verilen bireyler hem de bakım veren hemşireler açısından dikkatle ele alınması gereken bir alan olarak değerlendirilmektedir.

Palyatif bakımın etkinliği, yalnızca klinik müdahalelerle değil, aynı zamanda bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarının korunmasıyla da yakından ilişkilidir. Sağlık kurumlarında palyatif bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için, hemşirelerin duygusal yüklerini tanıyabilecekleri, destek alabilecekleri ve baş etme becerilerini geliştirebilecekleri kurumsal mekanizmaların oluşturulması önem taşımaktadır (Kelley ve Morrison, 2015). Aksi takdirde, palyatif bakımın merkezinde yer alan insani yaklaşımın zayıflaması ve bakım kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olabilmektedir.

Literatüre bakıldığında hemşirelik bakımının merkezinde yer alan palyatif bakım, yalnızca semptom yönetimini değil, aynı zamanda merhamet, empati ve insan onuruna saygıyı temel alan bir bakım felsefesini yansıtmaktadır. Bu bağlamda palyatif bakım, hem sağlık hizmetlerinin niteliği hem de bakım verenlerin mesleki ve psikolojik iyilik hâli

açısından kritik bir öneme sahiptir. (DSÖ, 2020; Radbruch ve ark., 2020; Sailian ve ark., 2024; Storm ve ark., 2025)

2.2. Dünyada Palyatif Bakım

Modern palyatif bakım anlayışının temelleri, 1960'lı yıllarda İngiltere'de Cicely Saunders tarafından başlatılan hospis hareketine dayanmaktadır. Bu yaklaşım, hastanın yalnızca fiziksel ve biyolojik semptomlarının değil; psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin de ele alınmasını savunmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, yalnızca yaşamın son dönemine özgü bir hizmet olmaktan çıkmış; hastalığın erken evrelerinden itibaren tedavi edici yaklaşımlarla birlikte uygulanabilen bütüncül bir bakım modeli haline gelmiştir (Ferrell ve Paice, 2019). Zaman içerisinde palyatif bakım anlayışı, hospis kavramının ötesine geçerek hastaneler, evde bakım hizmetleri ve uzun süreli bakım kurumları gibi farklı sağlık ortamlarına entegre edilmiştir (Knaul ve ark., 2018; Liu ve ark., 2024).

Dünya genelinde palyatif bakım, yaşamı tehdit eden ve kronik hastalıkların artışıyla birlikte giderek daha fazla önem kazanan bir sağlık hizmeti alanı olarak değerlendirilmektedir. DSÖ, palyatif bakımı temel bir insan hakkı olarak tanımlamakta ve tüm sağlık sistemlerine entegre edilmesini önermektedir (DSÖ, 2020). Gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetleri; hastaneler, hospis merkezleri, evde bakım hizmetleri ve toplum temelli bakım modelleri aracılığıyla sunulmaktadır. Bu ülkelerde multidisipliner ekip anlayışı benimsenmiş olup, hekimler, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve manevi danışmanlar ekip içinde aktif rol almaktadır. Yapılan uluslararası çalışmalar, palyatif bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasının;

hastanede kalış süresini azalttığını, semptom kontrolünü iyileştirdiğini ve hasta ile aile memnuniyetini artırdığını göstermektedir (Knaul ve ark., 2018).

Bununla birlikte palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi dünya genelinde bölgesel farklılıklar göstermektedir. Avrupa’da palyatif bakım sistemleri büyük ölçüde sağlık sistemlerine entegre edilmiş olup, özellikle Batı Avrupa ülkelerinde yaygın ve erişilebilir hizmet modelleri bulunmaktadır (Centeno ve ark., 2013). Kuzey Amerika’da palyatif bakım, hastane temelli konsültasyon ekipleri ve hospis hizmetleri aracılığıyla güçlü bir kurumsal yapıya kavuşmuş, erken dönem entegrasyonu teşvik eden bakım modelleri geliştirilmiştir (Ferrell ve Paice, 2019). Asya kıtasında palyatif bakım hizmetleri son yıllarda önemli ilerleme kaydetmiş olmakla birlikte, hizmetlerin erişilebilirliği ülkeler arasında farklılık göstermektedir; Japonya, Güney Kore ve Tayvan gibi ülkelerde ulusal palyatif bakım politikalarının geliştirilmesi hizmetlerin yaygınlaşmasını desteklemiştir (Lynch ve ark., 2013). Afrika’da palyatif bakım daha çok toplum temelli ve evde bakım modelleri üzerinden yürütülmekte olup, özellikle HIV/AIDS ve kanser hastalarına yönelik hizmetler ön plandadır; buna karşın kaynak yetersizliği ve sağlık altyapısındaki sınırlılıklar hizmetlerin yaygınlaşmasını güçleştirmektedir (Clark ve ark., 2020). Latin Amerika’da ise palyatif bakım hizmetleri gelişim sürecinde olup, son yıllarda ulusal politikaların oluşturulması ve opioid erişiminin artırılmasına yönelik girişimler sayesinde hizmet kapsamı giderek genişlemektedir (Knaul ve ark., 2018).

Küresel ölçekte değerlendirildiğinde, palyatif bakım ihtiyacının özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla arttığı, ancak hizmetlere erişimde önemli eşitsizliklerin devam ettiği bildirilmektedir (DSÖ, 2020; Sleeman ve ark., 2019). Buna karşın, düşük ve orta gelirli ülkelerde palyatif bakım hizmetlerine erişim sınırlı olup, bu alanda önemli

eşitsizlikler bulunmaktadır. DSÖ verilerine göre dünya genelinde palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin büyük bir kısmı bu hizmetlere erişememektedir (DSÖ, 2020).

2.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri, sağlık sistemine görece geç dahil olmuş olmakla birlikte son yıllarda önemli bir gelişim göstermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen politikalar ve projeler kapsamında, palyatif bakım merkezlerinin sayısı artırılmış ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Özellikle 2014 yılından sonra palyatif bakım, ulusal sağlık politikalarında daha görünür hale gelmiştir (Ekinci ve Bölüktaş, 2023).

Palyatif bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik yasal düzenlemeler, hizmet organizasyonu ve kurumsal yapılanmalar incelendiğinde, bu alanda standartlaşma ve yaygınlaştırma yönünde çeşitli girişimlerin bulunduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın palyatif bakım hizmetlerine ilişkin düzenlemeleri doğrultusunda hastane temelli palyatif bakım birimlerinin sayısının artırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmekte; bu süreçte palyatif bakım hizmetlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim gereksinimi vurgulanmaktadır (Ekinci ve Bölüktaş, 2023).

Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri büyük ölçüde hastane bünyesinde yapılandırılmış palyatif bakım merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır. Bu merkezlerde bakım hizmetlerinin temel yürütücüleri çoğunlukla hekimler ve hemşireler olup, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen gibi farklı disiplinlerin sürece katılımının kurumlar arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (Tiryaki ve Güdücü Tüfekçi,

2023). Türkiye’de palyatif bakım uygulamalarına yönelik yapılan araştırmalar, hizmet sunumunda kurumsal farklılıkların bulunduğunu, multidisipliner ekip yaklaşımının her merkezde yeterince yerleşmediğini ve bakım süreçlerinde standartlaşma ihtiyacının devam ettiğini ortaya koymaktadır (Ekinci ve Bölüktaş, 2023). Ayrıca, palyatif bakım alanında görev yapan sağık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitim gereksiniminin sürdüğü, bu durumun bakım kalitesi üzerinde belirleyici bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Uygun ve Özakgöl, 2024).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında palyatif bakım hemşireliği üzerine yapılan araştırmaların sayısı son yıllarda artış gösterdiği görölmektedir. Bu çalışmalar, palyatif bakım hizmetlerinin hemşirelerin palyatif bakım konusundaki bilgi düzeyinin, iletişim becerilerinin ve psikososyal destek uygulamalarındaki yeterliliklerinin önemli bir etken olduğunu ortaya koymaktadır (Uygun ve Özakgöl, 2024; Haylı ve ark., 2024; Turan ve Turan, 2024; Taş ve ark., 2021; Menekli ve ark., 2021). Ayrıca palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin, yoğun duygusal yük ve stres nedeniyle tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından risk altında oldukları bildirilmektedir (Adanır ve Özden, 2024). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri gelişme aşamasında olup, hizmetlerin niteliğinin artırılması için eğitim, insan gücü planlaması ve kurumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

2.4. Palyatif Bakım Hemşireliği

Palyatif bakım hemşireliği, palyatif bakım ekibinin temel bileşenlerinden biridir ve hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanmasında merkezi bir role sahiptir. Palyatif bakım hemşireleri; ağrı ve semptom yönetimi, hasta ve aile eğitimi, psikososyal destek

sağlama ve yaşam sonu bakım süreçlerinin koordinasyonunda aktif görev alırlar (Ferrell ve Paice, 2019).

Ülkemizdeki araştırmalar incelendiğinde, yapılan araştırmalar palyatif bakım hemşirelerinin bilgi düzeylerinin ve bakım uygulamalarının hizmet kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada Türkiye’de palyatif bakım uygulayan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve bu bilgi düzeyinin bakım davranışları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Turan ve Turan, 2024). Benzer şekilde hemşirelerin palyatif bakım konusundaki teorik bilgi düzeylerinin gelişmesinin hem uygulamada hem de hasta bakımında olumlu sonuçlara katkı sağladığı vurgulanmaktadır (Damak ve Karakoç Kumsar, 2020). Palyatif bakım sürecine katılan hemşirelerin ölüm ve kayıp deneyimleri ile duygusal yükleri, bu bireyleri psikolojik açıdan daha kırılgan hale getiren faktörler arasında yer almaktadır; bu durum, bakım kalitesini etkileyen önemli bir unsur olarak gösterilmektedir (Alıncak, ve ark., 2022).

Uluslararası literatürde yer alan çalışmalar, palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin bakım sürecinde yoğun düzeyde duygusal emek harcadıklarını ortaya koymaktadır. Özellikle yaşam sonu bakımında hastaların ve ailelerin fiziksel, psikolojik ve manevi gereksinimlerine eşlik etmenin, uzun vadede hemşirelerde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu riskini artırdığı bildirilmektedir (Cross, 2019; Baqeas ve ark., 2021; Ghafarzadegan ve ark., 2026).

Ayrıca yapılan araştırmalar, hemşirelerinin sürekli olarak ağır hastalık ve ölümler karşı karşıya kalmalarının duygusal yükü artırdığını, bunun zamanla empati becerisinde azalma, duygusal olarak tükenme ve bakım kalitesinde düşüşe sebep olabildiğini

göstermektedir (Ruiz-Fernández ve ark., 2020; Gómez-Urquiza ve ark., 2020). Palyatif bakım hizmet sunucularını kapsayan kapsamlı bir derleme çalışmasında, sürekli ölüm ve kayıpla karşılaşmanın hemşirelerin duygusal yükünü artırdığı ve bu durumun mesleki iyi oluş üzerinde olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Baqeas ve ark., 2021).

2.5. Tükenmişlik

Tükenmişlik, bireyin ruhsal ve fiziksel enerjisinde azalma ile karakterize edilen, uzun süreli iş stresi ve örgütsel baskıların bir sonucu olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Bu durum, bireyin yalnızca iş yaşamını değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerini ve genel yaşam doyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Tükenmişlik, bireysel performansın düşmesine neden olmasının yanı sıra, hizmet sunulan bireylerin aldığı bakım ve hizmet kalitesini de doğrudan etkilemektedir (Arı ve Bal, 2008).

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanmış ve özellikle insanlarla yoğun etkileşim gerektiren meslek gruplarında yaygın olarak görülen bir sorun olarak ele alınmıştır. (Knaul ve ark., 2018) Freudenberger, tükenmişliği bireyin içsel motivasyonunda azalma yaşaması ve gereksinimlerini karşılayacak enerjiyi kendinde bulamaması durumu olarak ifade etmiştir. Bu tanımlama, tükenmişliğin yalnızca fiziksel yorgunlukla sınırlı olmadığını, aynı zamanda duygusal ve zihinsel boyutlar içerdiğini ortaya koymuştur. (Maslach ve Leiter, 2016; Salvagioni ve ark., 2017).

Freudenberger'in çalışmalarını takiben Maslach ve Jackson (1981), tükenmişlik kavramını sistematik bir çerçeveye oturtmuş ve günümüzde en yaygın kabul gören tanıımı geliştirmiştir. Maslach'a göre tükenmişlik; bireyin çalışma yaşamında yoğun ve sürekli kişilerarası etkileşim içinde olması, karşısındaki bireylerin sürekli talepkâr olması ve bu

taleplere uzun süre maruz kalması sonucunda ortaya çıkan bir sendromdur. Bu süreç, bireyde yorgunluk, yaptığı işe ve çevresindeki insanlara karşı olumsuz tutumlar geliştirme ve mesleki yeterliliğini sorgulama gibi sonuçlara yol açmaktadır (Maslach ve Leiter, 2016). Maslach Tükenmişlik Modeli'nde tükenmişlik üç temel boyutta ele alınmaktadır: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı durumu. Bu boyutlar, tükenmişliğin farklı yönlerini açıklamakta ve birbirleriyle etkileşim hâlinde ilerleyen bir süreci temsil etmektedir (Pelit ve Bozdoğan, 2014).

Duygusal tükenme, tükenmişliğin en temel ve en erken ortaya çıkan boyutu olup, bireyin kendisini duygusal açıdan yıpranmış ve tükenmiş hissetmesiyle karakterizedir. Özellikle karşılıklı iletişimin yoğun olduğu çalışma ortamlarında, birey karşılamak istemediği taleplerle sürekli karşı karşıya kaldığında, fiziksel ve duygusal yorgunluk yaşamaktadır. Bu süreçte kişi kendisini öfkeli, kaygılı ve verimsiz hissedebilmekte; zamanla işe gitme isteğinde azalma ve kaçınma davranışları gelişebilmektedir (Arı ve Tuncay, 2010). Duygusal tükenme ilerledikçe, birey baş etme yöntemi olarak kişilerarası ilişkilerini sınırlandırma eğilimi göstermekte ve bu durum duyarsızlaşmanın temelini oluşturmaktadır (Maslach ve Leiter, 2016; Salvagioni ve ark., 2017; Koutsimani ve ark., 2019).

Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade etmekte olup, bireyin hizmet verdiği ya da birlikte çalıştığı kişilere karşı olumsuz, mesafeli ve tepkisiz tutumlar geliştirmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu boyutta birey, duygularını geri plana iterek çevresine karşı küçümseyici, alaycı ve ilgisiz davranışlar sergileyebilmektedir. Duyarsızlaşma yaşayan birey, çoğu zaman bu davranışlarından rahatsızlık duymamakta, aksine kendisini duygusal olarak koruduğunu düşünmektedir (Budak ve Sürvegil, 2005;

Kaçmaz, 2005.; Pradas-Hernández ve ark., 2021; Woo ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2022).

Kişisel başarı durumu, tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil etmektedir. Bu boyutta birey, yaptığı işte yetersiz olduğunu, çabalarının karşılığını alamadığını ve mesleki anlamda ilerleyemeyeceğini düşünmektedir. İşe odaklanmakta güçlük yaşanması, umutsuzluk hissi ve mesleki özgüvende azalma bu boyutun temel göstergeleri arasındadır (Aküzüm ve Özmen, 2014). Literatürde, tükenmişlik düzeyi yüksek bireylerde kişisel başarı algısının düşük olduğu vurgulanmaktadır (Alexaki ve ark., 2025; Edú-Valsania ve ark., 2022; Güner ve İl, 2020; Maslach ve Leiter, 2016)

Literatürde tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ile sıklıkla birlikte ele alınmakla birlikte, bu iki kavramın aynı olmadığı vurgulanmaktadır. Tükenmişlik daha çok iş ortamı, örgütsel yapı ve çalışma koşullarıyla ilişkiliyken; merhamet yorgunluğu, başkalarının acılarına uzun süreli empatik maruziyet sonucunda ortaya çıkmaktadır (Figley, 2002; Peters, 2018). Ancak özellikle bakım verme temelli mesleklerde, bu iki olgunun birbirini besleyerek birlikte görülebildiği belirtilmektedir (Yeşil ve Polat, 2023; Sorenson ve ark., 2017).

2.6. Hemşirelerde ve Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik

Hemşirelik mesleği; yüksek sorumluluk, yoğun iş yükü ve sürekli insan etkileşimi gerektirmesi nedeniyle tükenmişlik açısından yüksek risk taşıyan meslek grupları arasında yer almaktadır. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalarla en uzun süreli ve yakın teması kuran sağlık profesyonelleri olarak, yalnızca fiziksel bakım değil, aynı zamanda yoğun duygusal emek de sunmaktadır (Dall'Ora ve ark., 2020; Woo ve ark.,

2020). Bu durum, uzun vadede hemşirelerin psikolojik ve duygusal kaynaklarının tükenmesine zemin hazırlayabilmektedir (Gómez-Urquiza ve ark., 2017; Peters, 2018; Woo ve ark., 2020; Jun ve ark., 2021).

Hemşirelerde tükenmişliğin en belirgin boyutu duygusal tükenme olarak bildirilmektedir. Sürekli hasta bakımı, ağır iş temposu, vardiyalı çalışma sistemi ve personel yetersizliği gibi faktörler, hemşirelerin kendilerini kronik olarak yorgun ve bitkin hissetmelerine neden olmaktadır (Maslach ve Leiter, 2016). Duygusal tükenme, özellikle palyatif bakım gibi ortamlarda yalnızca iş yükünden değil, aynı zamanda bakımın insani ve varoluşsal boyutlarından da beslenmektedir.

Duyarsızlaşma (depersonalizasyon), hemşirelerde tükenmişliğin bir diğer önemli boyutudur. Duyarsızlaşma boyutu, zamanla hemşirelerin hastalara karşı mesafeli, mekanik ve duygusal olarak kopuk bir tutum geliştirmesiyle kendini gösterebilmektedir (Gómez-Urquiza ve ark., 2017; Maslach ve Leiter, 2016; Salvagioni ve ark., 2017). Yoğun duygusal maruziyet karşısında hemşireler, kendilerini koruyabilmek amacıyla hastalarla aralarına duygusal mesafe koyma eğilimi gösterebilirler (Hooper ve ark., 2010). Ancak palyatif bakımın doğası gereği empati ve insani temasın temel bir bileşen olması, duyarsızlaşma yaşayan hemşirelerde mesleki çatışma ve suçluluk duygularını da artırabilmektedir.

Kişisel başarıda azalma, tükenmişliğin farklı bir önemli göstergesidir. Hemşireler sundukları bakımın yeterli olmadığını düşünmeye başladıklarında mesleki yeterlilik algıları zayıflamakta ve iş doyumları azalmaktadır (Ruiz-Fernández ve ark., 2020). Özellikle palyatif bakımda iyileşme kavramının çoğu zaman mümkün olmaması ve

hastanın durumunda klinik olarak gözle görülür bir iyileşme kaydedilememesi, hemşirelerde "yetersizlik" ve "etkisizlik" algısının gelişmesine yol açarak motivasyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Yapılan çalışmalarda özellikle yoğun bakım, acil servis, onkoloji ve palyatif bakım gibi klinik alanlarda çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Galanis ve ark., 2021; Al Maqbali ve ark., 2021; Labrague ve de Los Santos, 2021). Palyatif bakım hemşireleri, yaşamı tehdit eden veya sınırlayan hastalıklarla mücadele eden bireylere bakım sunarken en yüksek risk grubunda yer almaktadır (Adanır ve Özden, 2024; Gómez-Urquiza ve ark., 2020). Hastaların kronik ağrılarına, ilerleyici hastalık süreçlerine, ölüm ve yas deneyimlerine sürekli tanıklık etmek, bu alandaki hemşirelerin duygusal kaynaklarını zorlamakta; hem duygusal tükenmeyi hem de duyarsızlaşmayı artırabilmektedir (Kelley ve Morrison, 2015).

Tükenmişliğin gelişiminde bireysel faktörlerin yanı sıra örgütsel unsurlar da belirleyicidir. Personel yetersizliği, uzun çalışma saatleri, sınırlı dinlenme olanakları ve duygusal destek mekanizmalarının eksikliği tükenmişliği tetikleyen başlıca unsurlardır (Maslach ve Leiter, 2016). Ayrıca, palyatif bakım hizmetlerinin sıklıkla sadece fiziksel bakım odaklı görülmesi ve hemşirelerin sunduğu duygusal emeğin "görünmez" kalması bu riski pekiştirmektedir.

Palyatif bakım ortamında tükenmişlik, sıklıkla merhamet yorgunluğu ile ilişkilendirilse de literatür bu iki kavramı birbirinden ayırmaktadır. Merhamet yorgunluğu, başkalarının acılarına empatik maruziyet sonucu oluşurken; tükenmişlik, daha çok uzun süreli iş stresi ve örgütsel koşullarla ilişkilidir (Figley, 2002; Peters, 2018).

Ancak bu iki durum sıklıkla birbirini besleyerek birlikte görülmektedir. Hemşirelerde tükenmişlik, bireysel bir sorundan ziyade sağlık sisteminin bütününe etkileyen yapısal bir problemidir. Literatürde, tükenmişliğin bakım kalitesi ve hasta güvenliği üzerinde ağır olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Hall ve ark., 2016; Pereira ve ark., 2011; Van Mol ve ark., 2015; Whitebird ve ark., 2013). Tükenmişlik düzeyi yüksek hemşirelerde; hata yapma riskinin arttığı, dikkat dağınıklığı ve motivasyon kaybının yaşandığı, bakım girişimlerinde gecikmelerin görüldüğü, hasta memnuniyetinin azaldığı ve işten ayrılma niyetinin yükseldiği bildirilmektedir (Hooper ve ark., 2010). Bu durum, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini tehdit ederek palyatif bakımın temel hedefi olan yaşam kalitesinin artırılmasını zorlaştırmaktadır (Jun ve ark., 2021; Li ve ark., 2024).

Hemşirelerde tükenmişlik hem bireysel ruhsal sağlık hem de bakım kalitesi açısından kritik öneme sahip, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma ile karakterize çok boyutlu bir sendromdur (Maslach ve Leiter, 2016; Salyers ve ark., 2017). Literatürde, tükenmişliğin bakım hatalarını artırdığı ve hasta güvenliğini doğrudan tehlikeye attığı vurgulanmaktadır (Hall ve ark., 2016; Wei ve ark., 2020). Mesleğin sürdürülebilirliği açısından, özellikle kronik ağrı, kayıp ve yas süreçlerinin yoğun yaşandığı ve duygusal yükün ağır olduğu palyatif bakım gibi alanlarda tükenmişliğin erken dönemde tanınması büyük önem taşımaktadır (Gómez-Urquiza ve ark., 2020; Kelley ve Morrison, 2015). Bu bağlamda, hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını artıracak önleyici stratejilerin geliştirilmesi ve kurumsal psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin korunması adına hayati bir gerekliliktir (Hooper ve ark., 2010; Peters, 2018).

2.7. Merhamet Kavramı

Merhamet, bireyin başkalarının yaşadığı acı, sıkıntı ve zorlukları fark etmesi, bu duruma duygusal olarak yanıt vermesi ve söz konusu acıyı hafifletmeye yönelik bir motivasyon geliştirmesi sürecini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Etimolojik olarak Latince *compassio* sözcüğünden türeyen merhamet, “birlikte acı çekmek” anlamına gelmekte ve kavramın temelinde başkasının yaşantısına duyarlı olma yer almaktadır (Strauss ve ark., 2016). Bu yönüyle merhamet, yalnızca duygusal bir tepki değil, aynı zamanda bilişsel ve davranışsal bileşenler içeren aktif bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Gilbert, 2019; Seppälä ve ark., 2017; Sinclair ve ark., 2021).

Psikoloji alanında yapılan çalışmalarda merhamet, empati ve sempati kavramlarıyla ilişkili ancak bu kavramlardan farklı bir yapı olarak ele alınmaktadır. Empati, başkalarının duygularını anlama ve paylaşma becerisini ifade ederken; merhamet, bu duygusal farkındalığın ötesine geçerek acıyı azaltmaya yönelik bir eylem eğilimini de içermektedir (Gilbert, 2019). Bu bağlamda merhamet, pasif bir duygusal durumdan ziyade, bireyi yardım etmeye yönelten aktif bir motivasyon olarak tanımlanmaktadır. (Goetz ve ark., 2010; Negi, 2019).

Strauss ve arkadaşları (2016), merhameti beş temel bileşenden oluşan bir süreç olarak açıklamaktadır: acının fark edilmesi, acının evrensel bir insan deneyimi olarak kabul edilmesi, acı çeken bireyle duygusal bağ kurulması, acıya tahammül edebilme kapasitesi ve acıyı azaltmaya yönelik eylem motivasyonu. Bu yaklaşım, merhametin yalnızca duygusal bir duyarlılık değil; bilişsel değerlendirme ve davranışsal yönelim içeren bütüncül bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır (Strauss ve ark., 2016).

Merhamet kavramı, yalnızca kişilerarası ilişkiler bağlamında değil, bireyin kendisiyle kurduğu ilişki açısından da ele alınmaktadır. Öz-merhamet (self-compassion), bireyin yaşadığı zorluklar ve başarısızlıklar karşısında kendisine karşı anlayışlı, kabul edici ve destekleyici bir tutum sergilemesini ifade etmektedir (Neff, 2003). Öz-merhamet düzeyi yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha güçlü olduğu, stresle baş etme becerilerinin arttığı ve ruhsal iyilik hâllerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Gilbert, 2019; MacBeth ve Gumley, 2012; Mantzios ve Giannou, 2021; Zhao ve ark., 2022)

Felsefi ve etik yaklaşımlar da merhameti temel bir ahlaki değer olarak ele almaktadır. Merhamet, bireyin yalnızca duygusal bir tepkisi değil, aynı zamanda toplumsal sorumluluk ve etik eylem kapasitesinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu perspektife göre merhamet, bireylerin başkalarının acılarına karşı kayıtsız kalmamasını sağlayan ve toplumsal dayanışmayı güçlendiren bir erdemdir (Feldman, 2022; Nussbaum, 2001; Menkin ve Slote, 2020; Waring ve Furlong, 2021).

Son yıllarda yapılan nöropsikolojik ve evrimsel çalışmalar, merhametin biyolojik temellerine de dikkat çekmektedir. Araştırmalar, merhamet deneyiminin belirli beyin bölgeleri ve nörokimyasal süreçlerle ilişkili olduğunu ve merhametin sosyal bağları güçlendiren adaptif bir özellik olarak evrimleşmiş olabileceğini göstermektedir (Gilbert, 2019; Goetz ve ark., 2010). Bu bulgular, merhametin yalnızca öğrenilmiş bir tutum değil, aynı zamanda insan doğasının temel bileşenlerinden biri olduğunu desteklemektedir (Klimecki ve ark., 2021; Lamm ve ark., 2022; Yao ve ark., 2023).

Merhamet, başkalarının acılarını fark etme, bu acılara duygusal olarak yanıt verme ve acıyı azaltmaya yönelik davranış geliştirme süreçlerini kapsayan, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Merhamet; bireysel psikolojik iyilik hâlinin, sağlıklı kişilerarası ilişkilerin ve toplumsal dayanışmanın temel belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu yönüyle merhamet kavramı, özellikle bakım verme ve yardım temelli meslekler açısından kuramsal ve uygulamalı düzeyde önemli bir yer tutmaktadır. (Strauss ve ark., 2016; Goetz ve ark., 2010; Gilbert, 2019; Sinclair ve ark., 2017).

2.8. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu, bireyin başkalarının yaşadığı acı, travma ve kayıplara uzun süreli ve yoğun biçimde maruz kalması sonucunda ortaya çıkan, duygusal, zihinsel ve fiziksel tükenme ile karakterize bir durumdur. Bu kavram, ilk kez Figley tarafından sistematik biçimde ele alınmış ve merhamet yorgunluğu, travmaya doğrudan maruz kalmayan ancak travma yaşamış bireylerle çalışan kişilerde görülen ikincil travmatik stresin özel bir biçimi olarak tanımlanmıştır (Figley, 2002). Figley'e göre, empati kurma kapasitesi yüksek olan bireyler, bakım verdikleri kişilerin acılarını içselleştirdikçe, zamanla kendi psikolojik kaynaklarını tüketmekte ve bu durum merhamet yorgunluğuna zemin hazırlamaktadır (Cieslak ve ark., 2022; Meadors ve Lamson, 2021; Newell ve MacNeil, 2021).

Merhamet yorgunluğu, ani bir tükenme hâlinen ziyade, çoğu zaman fark edilmeden ilerleyen bir süreçtir. Başlangıçta birey, yardım etme ve destek olma motivasyonunu sürdürürken, zamanla duygusal geri çekilme, isteksizlik ve içsel boşluk hissi yaşamaya başlayabilmektedir. Merriam-Webster (2023), merhamet yorgunluğunu

“acı çeken bireylere bakım vermenin sonucu olarak gelişen derin duygusal ve zihinsel tükenme” şeklinde tanımlamakta; bu tanım, kavramın yalnızca iş yüküyle değil, yoğun duygusal emekle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde merhamet yorgunluğu, çoğu zaman tükenmişlik ile birlikte ele alınmakla birlikte, bu iki kavramın aynı olmadığı vurgulanmaktadır. Tükenmişlik daha çok iş ortamına ve örgütsel faktörlere bağlıken; merhamet yorgunluğu, bireyin başkalarının yaşadığı acılara empatik olarak tanıklık etmesiyle ilişkilidir (Peters, 2018). Bu yönüyle merhamet yorgunluğu, bakım verme sürecinin insani ve duygusal boyutuyla doğrudan bağlantılıdır (Sorenson ve ark., 2017; Yeşil ve Polat, 2023).

Merhamet yorgunluğu yaşayan bireylerde; empati kurmada güçlük, duygusal uyuşma, çaresizlik, umutsuzluk ve anlam kaybı gibi belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca bireyler, bakım verdikleri kişilerle aralarına duygusal mesafe koyma eğilimi gösterebilmekte ve bu durum, yardım ilişkilerinin niteliğini zayıflatabilmektedir (Hooper ve ark., 2010). Merhamet yorgunluğu, bakım davranışı sırasında uzun süreli empati becerisi kullanımının, doğru yönetilememesi durumunda yıkıcı sonuçların ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. (Storm ve Chen, 2021).

Merhamet yorgunluğu yalnızca bireyin ruhsal iyilik hâlini değil, aynı zamanda sunduğu hizmetin niteliğini de etkilemektedir. Özellikle bakım verme, danışmanlık ve destek sunma gibi mesleklerde, merhamet yorgunluğu; hizmet kalitesinde düşüş, mesleki doyumun azalması ve işten ayrılma niyetinin artması gibi sonuçlara yol açabilmektedir (Peters, 2018). Bu nedenle, merhamet yorgunluğunun yalnızca bireysel bir sorun olmadığı, örgütsel destek, çalışma koşulları ve kurumsal yapı ile yakından ilişkili olduğu;

bu nedenle profesyonel ve kurumsal düzeyde ele alınması gereken önemli bir olgu olduğu belirtilmektedir (Xie ve ark., 2025; Khobrani ve ark., 2024; Zhang ve ark., 2025)

2.9. Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu

Hemşirelik mesleği; doğası gereği yüksek düzeyde empati, sürekli duygusal emek ve kesintisiz insan etkileşimi gerektiren yapısı nedeniyle, merhamet yorgunluğu açısından literatürde en riskli meslek grupları arasında tanımlanmaktadır (Figley, 2002; Peters, 2018; Stamm, 2010; Zhang ve ark., 2025). Bakım süreçlerinde hastaların ağrı, acı, kayıp ve ölüm gibi zorlayıcı yaşantılarına sürekli olarak tanıklık eden hemşirelerin duygusal dayanıklılıkları zaman içerisinde azalabilmektedir. Peters (2018), hemşirelerin hastaların travmatik deneyimlerine uzun süre maruz kalmasının, merhamet yorgunluğunun (compassion fatigue) gelişiminde temel bir etken olduğunu vurgulamaktadır.

Yapılan araştırmalar, merhamet yorgunluğunun hemşireler arasında bireysel bir istisna değil, yaygın ve sistematik bir mesleki sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Hooper ve ark., 2010; Peters, 2018). Özellikle yoğun bakım, acil servis, onkoloji ve palyatif bakım gibi birimlerde çalışan hemşirelerin, diğer klinik alanlara kıyasla daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığı bildirilmektedir (Hooper ve ark., 2010). Zhang ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği meta-analiz çalışmasında, hemşirelerde merhamet yorgunluğu görülme sıklığının %52,55 olduğu saptanmıştır. Bu birimlerdeki yüksek hasta yükü, zaman baskısı ve sık ölüm deneyimleri, hemşirelik bakımının “duygusal bedeli” olarak tanımlanmakta ve merhamet yorgunluğu mesleğin kaçınılmaz bir riski olarak değerlendirilmektedir (Storm ve Chen, 2021).

Hemşirelerde merhamet yorgunluğu; bakım verme isteğinde azalma, empati kurmakta güçlük, hastalara karşı tahammül düzeyinde düşüş ve kaçınma davranışları ile kendini göstermektedir. Ruiz-Fernández ve arkadaşları (2020), merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin hasta–hemşire etkileşimlerinde duygusal mesafe geliştirdiğini ve bunun bakım sürecinin insani boyutunu zayıflatarak hasta memnuniyetinde azalmaya yol açtığını belirtmektedir. Literatürde merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik arasında güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu; merhamet yorgunluğu arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı, buna karşılık mesleki doyumun azaldığı vurgulanmaktadır (Aktaş ve ark., 2025).

Bu durumun yansımaları hasta güvenliği ve bakım kalitesine kadar uzanmaktadır. Hamilton (2008) ile Hooper ve arkadaşları (2010), merhamet yorgunluğunun karar verme süreçlerini bozarak tıbbi hata yapma riskini artırdığını ifade etmektedir. Şirin ve Yurttaş (2015) ise bu tablodaki hemşirelerin bakım girişimlerini geciktirebildiğini veya ihmal edebildiğini, bunun da "karşılanmayan hemşirelik bakımı" olgusuna yol açarak sağlık hizmetlerinin genel niteliğini tehdit ettiğini savunmaktadır (Peters, 2018; Ruiz-Fernández ve ark., 2020).

Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen, fiziksel, psikososyal ve spiritüel sorunların giderilmesini amaçlayan bütüncül bir süreçtir (DSÖ, 2020). Bu yaklaşım, hastayı biyolojik bir varlıktan öte, tüm boyutlarıyla bir bütün olarak ele almayı gerektirir (Kelley ve Morrison, 2015). Bu anlayış gereği palyatif bakım hemşireleri, semptom yönetiminden duygusal desteğe kadar her aşamada merkezi bir rol üstlenerek hastalarla en uzun süreli ve yakın teması kuran profesyonellerdir (Ferrell ve ark., 2018).

Ancak bu yoğun duygusal katılım ve hastaların acılarına sürekli tanıklık edilmesi, merhamet yorgunluğunun gelişmesine zemin hazırlayan temel faktördür (Ruiz-Fernández ve ark., 2020). Bu bağlamda palyatif bakım, merhametin en yoğun deneyimlendiği alanlardan biri olurken, merhamet yorgunluğunun da en sık görüldüğü klinik branşlar arasında yer almaktadır.

Hemşirelerde merhamet yorgunluğu hem bireysel ruhsal sağlık hem de bakım kalitesi açısından kritik öneme sahip çok boyutlu bir olgudur. Özellikle palyatif bakım gibi duygusal yükün ağır olduğu alanlarda, bu durumun erken dönemde tanınması ve önleyici stratejilerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sorun, sadece bireysel baş etme becerileriyle değil; kurumsal destek mekanizmaları, süpervizyon grupları ve mesleki politikalar çerçevesinde ele alınması gereken temel bir mesleki risk olarak değerlendirilmelidir (Figley, 2002; Peters, 2018; Ruiz-Fernández ve ark., 2020).

2.10. Bakım Kavramı

Bakım, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan ve mesleği diğer sağlık disiplinlerinden ayıran en temel kavramlardan biridir. (Gül, 2019, Leininger, 2002). Hemşirelik literatüründe bakım; bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik planlı, bilinçli ve etik temellere dayalı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, yalnızca hastalığın tedavisine odaklanmakla sınırlı olmayıp, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarını kapsayan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir (Watson, 2008).

Bakım kavramı tarihsel süreç içerisinde farklı biçimlerde ele alınmış olsa da, modern hemşirelik anlayışında bakım; insani değerler, etik sorumluluk ve profesyonel

bilgi temelli bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na göre bakım, insanın insana sunduğu ahlaki bir eylem olup, sevgi, saygı, empati ve merhamet gibi temel insani değerler üzerine inşa edilmektedir (Watson, 2008). Bu yaklaşımda bakım, yalnızca yapılan bir iş değil; hemşirenin hastayla kurduğu anlamlı ve iyileştirici ilişkinin merkezinde yer almaktadır.

Bakım süreci, hastanın gereksinimlerinin fark edilmesi, bu gereksinimlere duyarlı olunması ve uygun bakım girişimlerinin zamanında uygulanmasını içermektedir. Bu süreçte hemşirenin bilgi ve teknik becerilerinin yanı sıra, etik duyarlılığı ve insani yaklaşımı da büyük önem taşımaktadır. Calero (2022), bakımın teknik uygulamalarla sınırlı olmadığını, aksine insan onuruna saygı ve hasta merkezli yaklaşımın bakımın ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgulamaktadır.

Bakım, hasta sonuçları üzerinde doğrudan etkili bir kavramdır. Literatürde bakımın niteliğinin artmasıyla birlikte hasta memnuniyetinin yükseldiği, tedaviye uyumun arttığı ve hastaların psikolojik iyilik hâlinin olumlu yönde etkilendiği bildirilmektedir (Kaba ve Zyga, 2023). Bu durum, bakımın yalnızca klinik bir gereklilik değil, aynı zamanda iyileştirici bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

Ancak bakım süreci, hemşireler açısından yoğun bir duygusal emek gerektirmektedir. Sürekli hasta acısına tanıklık etmek, empatik bir ilişki sürdürmek ve insani duyarlılığı korumak, zamanla hemşirelerin duygusal kaynaklarını zorlayabilmektedir. Bu bağlamda bakım, hemşireler için hem mesleki bir değer hem de psikolojik açıdan risk barındıran bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Peters, 2018).

Bu bağlamda bakım, hemşirelik mesleğinin merkezinde yer alan, insani ve profesyonel boyutları bir araya getiren temel bir kavramdır. Bakımın sürdürülebilirliği hem hastaların yaşam kalitesinin artırılması hem de hemşirelerin mesleki iyilik hâlinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır. (İbrahim ve Allawy, 2021, Smith, 2018).

2.11. Hemşirelikte Bakım Davranışı

Hemşirelik uygulamasının kalitesini belirleyen temel bir unsur olan bakım davranışı, hemşirelerin hastalara yönelik tutum, davranış ve uygulamalarının bütünüdür (Gezgin, 2019). Bu kavram; hem teknik becerileri hem de hastaya saygı, empati ve destek gibi insani boyutları kapsayan, hastaların güvenliğini, sağlık sonuçlarını ve genel memnuniyetini doğrudan etkileyen bütünlük bir süreçtir (Aiken ve ark., 2012; McCance ve ark., 2011; Watson, 2008). Profesyonel hemşirelik uygulamasında bakım davranışı; bireye yönelik olumlu eylem, dikkat ve şefkat gösterme biçimi olarak tanımlanmakta; fiziksel ihtiyaçların karşılanması ile psikososyal desteğin sunulmasını bir arada barındırmaktadır (Nazari ve ark., 2025).

Literatürde bakım davranışının bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri kapsayan üç temel boyutu üzerinde durulmaktadır:

1. İnsan Eylemi ve Müdahale: Hastanın ihtiyaçlarını sistematik ve etkili şekilde karşılamaya yönelik davranışlar.
2. Duygusal İçerik: Empati, ilgi, dikkat ve hasta güvenliği ile ilgili duygusal paylaşımlar.
3. Etik ve Profesyonel Bakış: Mesleki değerler ışığında insan onuruna ve haklarına duyarlılık (Kol ve Boz, 2020; Kaba ve Zyga, 2023; Yakıt, 2020).

Bakım davranışı hem hasta hem de hemşire açısından kritik sonuçlar doğurur. Hastalar bu davranışı olumlu algıladıklarında güven duygusu, memnuniyet, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumda anlamlı iyileşmeler görülmektedir (McCormack ve McCance, 2017; Papastavrou ve ark., 2011). Hemşireler açısından ise bakım davranışı, profesyonel tatmin ve mesleki öz yeterlilik algısı ile pozitif ilişkilidir. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na göre bakım, yalnızca teknik bir uygulama değil, hemşirenin hasta ile kurduğu "ilişkisel süreç" üzerinden anlam kazanan merhamet temelli bir etkileşimdir (Alikari ve ark., 2022; Watson, 2008). Türkiye'de yapılan araştırmalar da benzer şekilde, empatik iletişim ve hasta merkezli yaklaşımın bakım davranışlarını olumlu yönde şekillendirdiğini doğrulamaktadır (Doğan ve ark., 2023).

Bakım davranışının kalitesi; hemşirenin kişisel özellikleri, mesleki deneyimi ve eğitim düzeyinin yanı sıra kurum kültürü, iş yükü ve hemşire-hasta oranı gibi örgütsel faktörlerden etkilenmektedir (Aiken ve ark., 2012). Destekleyici bir yönetim anlayışı bu süreci teşvik ederken, yüksek iş yükü ve yetersiz kaynaklar bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Laschinger ve ark., 2009).

Özellikle palyatif bakım gibi yoğun duygusal emek gerektiren alanlarda, bakım davranışı yaşam kalitesinin korunması için hayati önem taşır. Ancak hemşirelerin merhamet ve empati temelli bu yaklaşımları uzun vadede duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğu riskini beraberinde getirmektedir (Calero, 2022; Nazari ve ark., 2025). Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde hastalarla kurulan ilişkilerde duygusal mesafenin arttığı ve bakım davranışlarının mekanikleştiği gözlemlenmektedir (Kaba ve Zyga, 2023; Peters, 2018).

Bakım davranışı, hemşirelik mesleğinin özünü oluşturan bilişsel, duygusal ve etik boyutların sentezidir. Başarılı bir bakım süreci için bu davranışın sürekli güçlendirilmesi elzemdir (Swanson, 1991). Bakım davranışının insani niteliğinin korunması ve sürdürülebilirliği, hemşirelerin psikososyal olarak desteklenmesi, bireysel baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve kurumsal destek mekanizmalarının etkinleştirilmesiyle doğrudan ilişkilidir (Nazari ve ark., 2025; Watson, 2008).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel ve ilişki arayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Bu araştırmanın verileri, 20.07.2025-30.09.2025 tarihleri arasında Tokat, Amasya, Çorum ve Sivas illerindeki hastanelerin palyatif bakım servislerinde görev yapan hemşirelerden toplanmıştır. Araştırma kapsamında Tokat ilinde: Erbaa Devlet Hastanesi, Niksar Devlet Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Turhal Devlet Hastanesi ve Zile Devlet Hastanesinden veriler toplanmıştır. Amasya ilinde: Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Suluova Devlet Hastanesi ve Taşova Devlet Hastanesinden veriler toplanmıştır. Çorum ilinde: Alaca Devlet Hastanesi, Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Osmancık Devlet Hastanesi ve Sungurlu Devlet Hastanesi veriler toplanmıştır. Sivas ilinde: Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi, Gürün Devlet Hastanesi, Kangal Devlet Hastanesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi ve Yıldızeli Devlet Hastanesinden veriler toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tokat, Amasya, Çorum, Sivas il merkez ve ilçe hastanelerinde palyatif bakım servisinde görev yapmakta olan hemşirelerle yapılmıştır. Örneklem hacmi hesaplamasında; G-Power 3.1.9.7 paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın örneklem

hacmi belirlenirken; Yaman ve Özdelikara'nın (2023) Palyatif ve Onkoloji birimlerinde merhamet yorgunluğu ile ilgili yaptıkları çalışma verilerinden yararlanılmıştır (Yaman ve Özdelikara 2023). Test gücü minimum $(1-\beta) = 0.80$, Tip I hata oranı 0.05'dir. Etki büyüklüğü örnek çalışma sonucu verilerine göre 0.22 olacak şekilde hesaplama yapıldığında; toplam örneklem sayısına minimum 165 bireyin alınması yeterli bulunmuştur. Araştırma 168 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- Palyatif bakım servisinde en az 6 aydır çalışıyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

3.5. Çalışmanın Dışlanma Kriterleri

- Palyatif bakım servisinde 6 aydan az süredir çalışıyor olmak
- 6 aydan fazla süre raporlu veya izinli olmak
- Çalışmaya katılmak istememek

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, palyatif bakımda çalışan hemşireler üzerinde yüz yüze anket formu ile toplanmıştır. Çalışma ortamında hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış ve onamları alındıktan sonra anket formları verilmiştir. Anketlerin doldurulması 20-30 dakika sürmüştür.

3.7. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Araştırmanın verileri “Hemşire Bilgi Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” “Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24” ile toplanmıştır.

3.8. Hemşire Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması (Aznik, 2025; Fidan, 2026; Sarıoğlu, 2024) ve uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. 11 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ilk 5 maddesi; hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumunu içeren sosyodemografik özelliklerini, son 6 maddesi; mesleki çalışma yılı, palyatif bakımda çalışma yılı, çalışma şekli, hangi pozisyonda çalıştığı, çalışma saati, palyatif bakımda istekli çalışmayı içeren mesleki tanıtıcı sorularıdır.

3.9. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson (1981), tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Envanteri 3 alt boyuttan ve 22 adet maddeden oluşan 7’li likert tipli bir ölçek olup bireylerin mesleğe ilişkin tükenmişlik düzeylerini belirlemek için kullanılan bir ölçektir. Duygusal Tükenme dokuz (9), Duyarsızlaşma beş (5), Kişisel Başarı alt boyutlarında sekiz (8) maddelik ölçekler bulunmaktadır. Maslach Tükenmişlik Envanterinde bulunan ölçek maddeleri “1 hiçbir zaman” ve “7 her zaman” şeklinde puanlanmaktadır. Ergin (1993), Türkçeye çevrilen ölçek “0 hiçbir zaman” ve “4 her zaman” olarak 5’li likert tipli ölçeğe dönüştürülerek kullanıma sunulmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde, Duygusal Tükenmişlik alt boyutunu ele alan maddelere (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) ve

Duyarsızlaşma alt boyutunu ele alan maddelere (5, 10, 11, 15, 22) verilen puanlar ne kadar yüksekse ve Kişisel Başarı alt boyutunu ele alan maddelere (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) verilen puanlar ne kadar düşük ise, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Çapri, 2006). Yapılan güvenirlik analizine göre Cronbach Alpha katsayısı; Duygusal Tükenme boyutu için 0.83, Duyarsızlaşma boyutu için 0.65 ve Kişisel Başarı boyutu için 0.72 olarak bildirilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarına ilişkin tekrar-test tekrar güvenirlik katsayılarına bakıldığında Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.72, Kişisel Başarı için 0.67 olarak bildirmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği için genel toplam puanı bulunmamaktadır (Ergin, 1993). Bizim çalışmamızda yapılan güvenirlik analizine göre Cronbach Alpha katsayısı; Duygusal Tükenme boyutu için 0.894, Duyarsızlaşma için 0.749, Kişisel Başarı için 0.717 olarak bulunmuştur.

3.10. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği (MY-KÖ)

Adams ve ark. (2006) tarafından sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yoğunluğunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Adams ve ark., 2006). Dinç ve Ekinci (2019) tarafından sağlık çalışanlarında merhamet yoğunluğunu ölçmek amacıyla Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, katılımcılardan her bir ölçek maddesinin deneyimlerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini isteyen bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçek, ikincil travma ve mesleki tükenmişlik olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki "c, e, h, j, l" maddeleri ikincil travmayı; "a, b, d, f, g, i, k, m" maddeleri mesleki tükenmişliği ölçen maddelerdir. Orijinal ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayıları, 0.80'den 0.90'a kadar değişmekte ve yeterli iç güvenirlik

göstermektedir. Dinç ve Ekinci (2019) ise çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısını ikincil travma alt boyutu için 0.48; mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0.852 ve toplam ölçek için 0.876 olarak bulmuştur. Ölçekten en düşük 13 ve en yüksek 130 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır. Bu çalışmada, Cronbach' s Alpha katsayısını ikincil travma alt boyutu için 0.780; mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0.887 ve toplam ölçek için 0.907 olarak bulunmuştur (Dinç ve Ekinci, 2019). Bizim çalışmamızda yapılan güvenilirlik analizine göre Cronbach Alpha katsayısı İkincil Travma için 0.751, Mesleki Tükenmişlik için 0.865 ve Merhamet Yorgunluğu genel toplam puanı için Cronbach Alpha 0.891 olarak bulunmuştur.

3.11. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ- 24)

Wu ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen BDÖ- 24 formunun ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık olmak üzere 4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşmaktadır. BDÖ-24, Güvence (8 madde: 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24), Bilgi-Beceri (5 madde: 9, 10, 11, 12, 15), Saygılı Olma (6 madde: 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve Bağlılık (5 madde: 2,4,7,8,14) ölçen maddelerdir. BDÖ-24'ün yanıtları için altılı likert tipi bir skala (1: Asla, 2: Hemen hemen asla, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Çoğu zaman, 6: Her zaman) kullanılmaktadır (Kurşun ve Kanan, 2012). Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir. Ölçek puan değerinin yüksekliği bakım kalitesini algılama düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (Kurşun ve Kanan, 2012). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında toplam ölçek ve alt boyutlar hesaplanan Cronbach

alfa değerinin 0.80'nin üzerinde olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.952 olarak bulunmuş ve ölçeğin tüm alt boyutları Cronbach alfa değerinin 0.80'nin üzerinde tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda yapılan güvenilirlik analizine göre Cronbach Alpha katsayısı güvence için 0.920, bilgi-beceri için 0.832, saygılı olma için 0.864, bağlılık için 0.867 ve bakım davranışları genel toplam puanı için Cronbach Alpha 0.962 olarak bulunmuştur.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler R programı V4.1.1 ve IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Nicel verilerin gösteriminde ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum: maksimum) kullanıldı. Kategorik veriler frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyonu kullanıldı. Normal dağılıma uyan değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyonu kullanıldı. Normal dağılıma uymayan bağımlı değişkene etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde MASS paketi kullanılarak Robust Regresyon Analizi kullanıldı. Normal dağılıma uyan bağımlı değişkene etki eden bağımsız değişkenlerin belirlenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanıldı. nem düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

3.13. Araştırma etiği

Araştırma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu izni (Ek 8 karar no: 01-121 tarih: 29.05.2025) alınmıştır. Çalışmaya katılacak tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam (Ek 15) alınmıştır. Çalışmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler (Ek 9, Ek 10, Ek11, Ek 12,

Ek 13, Ek 14) alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uyulmuştur.

3.14. Çalışmanın Sınırlıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın yapılması planlanan iki kurumdan izin alınamamış olmasıyla birlikte 20 hastane ve 168 hemşire ile sınırlanmaktadır. Veriler öz bildirim temelli ölçeklerle toplanmıştır; bu durum, hemşirelerin kendi algı ve değerlendirmelerine dayalı yanıtların sonucu etkileme ihtimalini beraberinde getirmektedir. Bunun yanı sıra, araştırma kesitsel tasarım ile gerçekleştirilmiş olup, değişkenler arasındaki nedensel ilişkiyi belirlemeyi sınırlamaktadır.

3.15. Araştırmanın Olanak ve İmkânları

Araştırma süresi boyunca gerekli olan malzemeler araştırmacı ve danışman tarafından sağlanmış olup herhangi bir kurum veya yapıdan yardım alınmamıştır.

4. BULGULAR

Bulgular bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları, ölçek puanlarının karşılaştırmaları ve ölçek ilişkilerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri(n=168)

	ORT ± S.S	Ortanca (MİN: MAX)
Yaş	32.34 ± 6.74	30 (24: 54)
Mesleki yıl	9.58 ± 7.03	8 (1: 35)
Palyatif yıl	4.33 ± 2.83	4 (1: 13)
Çalışma saat	188.32 ± 27.43	180 (160: 280)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	111	66.1
Erkek	57	33.9
Medeni durum		
Bekar	57	33.9
Evli	111	66.1
Çalışma şekli		
Gündüz	35	20.8
Nöbet	66	39.3
Dönüşümlü	67	39.9
Pozisyonu		
Hemşire	152	90.5
Sorumlu hemşire	16	9.5
Palyatifte Çalışma İsteği		
Evet	138	82.1
Hayır	30	17.9
Eğitim durumu		
Lise	11	6.6
Önlisans	23	13.7
Lisans	107	63.7
Lisansüstü	27	16.1
Çocuk sayısı (var-- yok)		
0	83	49.4
1	39	23.2
2	35	20.8
3	9	5.4
4	2	1.2

Tablo 4.1 'de tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.34±6.74 olup yaşları 24-54 arasında değişmektedir. Mesleki çalışma yılı

ortalama 9.58 ± 7.03 , ortanca değer 8 olarak elde edilmiştir. Palyatifte çalışma yılı ortalaması 4.33 ± 2.83 , ortanca değer 4 olarak elde edilmiştir. Çalışma saati ortalama 188.32 ± 27.43 , ortanca değer 180 olarak elde edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde %66.1'inin kadın, %33.9'unun erkek olduğu, %33.9'unun bekar iken, %66.1'inin evli olduğu elde edilmiştir. Çalışma şekli verisinde gündüzlerin oranı %20,8, nöbetlerin oranı %39.3 ve dönüşümlülerin oranı %39.9 olarak elde edilmiştir. Çalışma pozisyonuna göre, klinik hemşirelerin oranı %90.5, sorumlu hemşirelerin oranı %9.5 olarak elde edilmiştir. İstekli çalışanların oranı %82.1 iken, isteksiz çalışanların oranı %17.9 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların Eğitim durumuna göre liselerin oranı %6.6 iken, önlisansların oranı %13.7, lisansların oranı %63.7 ve lisansüstülerin oranı %16.1 olarak elde edilmiştir. Çocuk sayısı dağılımları incelendiğinde çocuğu olmayanların oranı %49.4, 1 çocuğu olanların oranı %23.2, 2 çocuğu olanların oranı %20.8, 3 çocuğu olanların oranı %5.4, 4 çocuğu olanların oranı %1.2 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği Puanları

	ORT $\pm$ SS	Ortanca (minimum: maksimum)
Duygusal tükenme	20.42 ± 7.12	19.5 (3: 36)
Duyarsızlaşma	7.27 ± 4	7 (0: 20)
Kişisel başarısızlık	11.97 ± 4.53	11.5 (0: 24)
Merhamet yorgunluğu	61.27 ± 23.01	62 (13: 118)
toplam		
İkincil travma	22.32 ± 9.22	22 (5: 47)
Mesleki tükenmişlik	38.95 ± 15.71	40 (8: 74)
Bakım davranışları toplam	5.05 ± 0.79	5.21 (2.08: 6)
Güvence	5.01 ± 0.89	5.13 (2: 6)
Bilgi-beceri	5.37 ± 0.71	5.6 (2.8: 6)
Saygılı olma	4.95 ± 0.87	5.17 (1.83: 6)
Bağlılık	4.91 ± 0.92	5 (1.6: 6)

ORT: ortalama

SS: standart sapma

Tablo 4.2 ‘de ölçeklerin toplam puanları, alt boyut puanları ve güvenilirlik analizleri yer almaktadır. Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutu 20.42 ± 7.12 , duyarsızlaşma alt boyutu 7.27 ± 4 , Kişisel başarısızlık alt boyutu 11.97 ± 4.53 olarak saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu toplam puanı 61.27 ± 23.01 ’dir. İkincil travma alt boyutu 22.32 ± 9.22 , Mesleki tükenmişlik alt boyutu ortalama 38.95 ± 15.71 olarak saptanmıştır. Bakım davranışları toplam puanı 5.05 ± 0.79 , güvence alt boyutu 5.01 ± 0.89 , bilgi-beceri alt boyutu 5.37 ± 0.71 , saygılı olma alt boyutu 4.95 ± 0.87 ve bağlılık alt boyutu 4.91 ± 0.92 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği, Bakım Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Duygusal tükenme	Duyar-sızlaşma	Kişisel başarısızlık	İkincil travma	Mesleki tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu toplam	Güvence	Bilgi-beceri	Saygılı olma	Bağlılık
Duyar-sızlaşma	r	0.534 ^x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	p	<0.001 ^x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kişisel başarısızlık	r	0.312 ^x	0.448 ^x	—	—	—	—	—	—	—	—
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	—	—	—	—	—	—	—	—
İkincil travma	r	0.341 ^x	0.497 ^x	0.270 ^x	—	—	—	—	—	—	—
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	—	—	—	—	—	—	—
Mesleki tükenmişlik	r	0.642 ^x	0.552 ^x	0.421 ^x	0.682 ^y	—	—	—	—	—	—
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^y	—	—	—	—	—	—
Merhamet yorgunluğu toplam	r	0.590 ^x	0.587 ^x	0.400 ^x	0.866 ^y	0.956 ^y	—	—	—	—	—
	p	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^y	<0.001 ^y	—	—	—	—	—
Güvence	r	-0.245 ^x	-0.414 ^x	-0.545 ^x	-0.165 ^x	-0.355 ^x	-0.318 ^x	—	—	—	—
	p	0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.033 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	—	—	—	—
Bilgi-beceri	r	-0.045 ^x	-0.212 ^x	-0.458 ^x	-0.126 ^x	-0.236 ^x	-0.206 ^x	0.681 ^x	—	—	—
	p	0.567 ^x	0.006 ^x	<0.001 ^x	0.104 ^x	0.002 ^x	0.007 ^x	<0.001 ^x	—	—	—
Saygılı olma	r	-0.180 ^x	-0.404 ^x	-0.507 ^x	-0.123 ^x	-0.272 ^x	-0.242 ^x	0.861 ^x	0.681 ^x	—	—
	p	0.020 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.112 ^x	<0.001 ^x	0.002 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	—	—
Bağlılık	r	-0.183 ^x	-0.406 ^x	-0.492 ^x	-0.131 ^x	-0.261 ^x	-0.233 ^x	0.839 ^x	0.633 ^x	0.921 ^x	—
	p	0.018 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.091 ^x	<0.001 ^x	0.002 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	—
Bakım Davranışları Genel	r	-0.204 ^x	-0.407 ^x	-0.559 ^x	-0.145 ^x	-0.310 ^x	-0.274 ^x	0.951 ^x	0.769 ^x	0.955 ^x	0.935 ^x
	p	0.008 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	0.062 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x	<0.001 ^x

^xSpearman’s rho korelasyonu;

^yPearson korelasyonu

İkincil travma ile merhamet yorgunluğu toplam arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif çok güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.866$; $p<0.001$). Mesleki tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu toplam arasında ($r=0.956$, $p<0.001$) pozitif çok güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Güvence ile saygılı olma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif çok güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.861$; $p<0.001$). Güvence ile bağlılık arasında ($r=0.839$, $p<0.001$) pozitif çok güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Güvence ile bakım davranışları genel arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif çok güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.951$; $p<0.001$). Saygılı olma ile bağlılık arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif çok güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.921$; $p<0.001$). Saygılı olma ile bakım davranışları genel arasında ($r=0.955$, $p<0.001$) pozitif çok güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bağlılık ile bakım davranışları genel arasında ($r=0.935$, $p<0.001$) pozitif çok güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal tükenme ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.642$; $p<0.001$). İkincil travma ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.682$; $p<0.001$). Güvence ile bilgi-beceri arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif güçlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.681$; $p<0.001$). Bilgi-beceri ile saygılı olma arasında ($r=0.681$, $p<0.001$) pozitif güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bilgi-beceri ile bağlılık arasında ($r=0.633$, $p<0.001$) pozitif güçlü anlamlı bir

ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bilgi-beceri ile bakım davranışları genel arasında ($r=0.769$, $p<0.001$) pozitif güçlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.534$; $p<0.001$). Duygusal tükenme ile merhamet yorgunluğu toplam arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.590$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile kişisel başarısızlık arasında ($r=0.448$, $p<0.001$) pozitif orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma ile ikincil travma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.497$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.552$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile merhamet yorgunluğu toplam arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.587$; $p<0.001$). Kişisel başarısızlık ile mesleki tükenmişlik arasında ($r=0.421$, $p<0.001$) pozitif orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal tükenme ile kişisel başarısızlık arasında ($r=0.312$, $p<0.001$) pozitif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygusal tükenme ile ikincil travma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0.41$; $p<0.001$). Kişisel başarısızlık ile ikincil travma arasında ($r=0.270$, $p<0.001$) pozitif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarısızlık ile merhamet yorgunluğu toplam arasında ($r=0.400$, $p<0.001$) pozitif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal tükenme ile güvence arasında ($r=-0.245$, $p=0.001$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygusal tükenme ile saygılı olma arasında ($r=-0.180$, $p=0.020$) negatif çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duygusal tükenme ile bağlılık arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif çok zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.183$; $p=0.018$). Duygusal tükenme ile bakım davranışları genel arasında ($r=-0.204$, $p=0.008$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma ile güvence arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.414$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile bilgi-beceri arasında ($r=-0.212$, $p=0.006$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Duyarsızlaşma ile saygılı olma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.404$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile bağlılık arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.406$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma ile bakım davranışları genel arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.407$; $p<0.001$). Kişisel başarısızlık ile güvence arasında ($r=-0.545$, $p<0.001$) negatif orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarısızlık ile bilgi-beceri arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.458$; $p<0.001$). Kişisel başarısızlık ile saygılı olma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.507$; $p<0.001$). Kişisel başarısızlık ile bağlılık arasında ($r=-0.492$, $p<0.001$) negatif orta şiddette anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişisel başarısızlık ile bakım davranışları genel arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif

orta şiddette bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.559$; $p<0.001$). İkincil travma ile güvence arasında ($r=-0.165$, $p=0.033$) negatif çok zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tükenmişlik ile güvence arasında ($r=-0.355$, $p<0.001$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tükenmişlik ile bilgi-beceri ($r=-0.236$, $p=0.002$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tükenmişlik ile saygılı olma arasında ($r=-0.272$, $p<0.001$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tükenmişlik ile bağlılık arasında ($r=-0.261$, $p<0.001$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Mesleki tükenmişlik ile bakım davranışları genel arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.310$; $p<0.001$). Merhamet yorgunluğu toplam ile güvence arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.318$; $p<0.001$). Merhamet yorgunluğu toplam ile bilgi-beceri arasında ($r=-0.206$, $p=0.007$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu toplam ile saygılı olma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.242$; $p=0.002$). Merhamet yorgunluğu toplam ile bağlılık arasında ($r=-0.233$, $p=0.002$) negatif zayıf anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu toplam ile bakım davranışları genel arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=-0.274$; $p<0.001$).

Duygusal tükenme ile bilgi-beceri arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0.045$; $p=0.567$). İkincil travma ile bilgi-beceri arasında ($r=-0.126$, $p=0.104$) anlamlı bir ilişki göstermediği tespit edilmiştir. İkincil travma ile saygılı olma arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0.123$; $p=0.112$). İkincil travma ile bağlılık arasındaki ilişki ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var olmadığı gözlemlenmiştir ($r=-0.131$; $p=0.091$). İkincil travma ile bakım davranışları genel arasında ($r=-0.145$, $p=0.062$) anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıttıcı Özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Duyusal Tükenme	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	21.772 (11.372 - 32.172)	5.264	---	4.136	<0.001	---
Yaş	-0.35 (-0.679 - -0.02)	0.167	-0.364	-2.097	0.038	6.030
Çocuk sayısı	-0.508 (-1.988 - 0.972)	0.749	-0.078	-0.678	0.499	2.649
Mesleki yıl	0.216 (-0.097 - 0.529)	0.159	0.235	1.363	0.175	5.928
Palyatif yıl	0.183 (-0.235 - 0.601)	0.212	0.078	0.866	0.388	1.624
Çalışma saat	0.038 (0.001 - 0.075)	0.019	0.160	2.030	0.044	1.247
Cinsiyet (Erkek)	-0.819 (-2.949 - 1.311)	1.078	-0.060	-0.760	0.449	1.233
Medeni durum (Evli)	0.394 (-1.946 - 2.735)	1.185	0.029	0.333	0.740	1.480
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	0.815 (-3.638 - 5.268)	2.254	0.043	0.362	0.718	2.786
Lisans	-0.186 (-4.104 - 3.733)	1.983	-0.014	-0.094	0.926	4.251
Lisansüstü	0.188 (-4.174 - 4.55)	2.208	0.011	0.085	0.932	3.020
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.124 (-2.858 - 3.106)	1.509	0.009	0.082	0.935	2.548
Dönüşümlü	1.294 (-1.644 - 4.233)	1.487	0.097	0.870	0.386	2.494
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-6.039 (-9.659 - -2.419)	1.832	-0.279	-3.296	0.001	1.434
İstek (Hayır)	1.938 (-0.565 - 4.441)	1.267	0.113	1.529	0.128	1.088
Duyarsızlaşma	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	6.254 (0.178 - 12.331)	3.076	---	2.034	0.044	---
Yaş	-0.115 (-0.308 - 0.079)	0.098	-0.212	-1.170	0.244	6.182
Çocuk sayısı	0.18 (-0.684 - 1.043)	0.437	0.049	0.411	0.682	2.682
Mesleki yıl	0.034 (-0.15 - 0.218)	0.093	0.065	0.363	0.717	6.017
Palyatif yıl	0.01 (-0.23 - 0.25)	0.121	0.008	0.085	0.933	1.605
Çalışma saat	0.024 (0.003 - 0.046)	0.011	0.183	2.243	0.026	1.263
Cinsiyet (Erkek)	0.484 (-0.756 - 1.724)	0.628	0.062	0.772	0.442	1.231
Medeni durum (Evli)	-0.694 (-2.061 - 0.674)	0.692	-0.089	1.002	0.318	1.489
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	-1.919 (-4.47 - 0.632)	1.291	-0.180	1.486	0.139	2.777
Lisans	-0.65 (-2.902 - 1.602)	1.140	-0.085	-0.570	0.570	4.173
Lisansüstü	0.901 (-1.614 - 3.415)	1.273	0.089	0.708	0.480	2.971
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.445 (-1.293 - 2.183)	0.880	0.059	0.506	0.614	2.549
Dönüşümlü	0.501 (-1.21 - 2.211)	0.866	0.066	0.578	0.564	2.485
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-2.082 (-4.203 - 0.039)	1.074	-0.169	-1.939	0.054	1.430
İstek (Hayır)	0.697 (-0.753 - 2.148)	0.734	0.072	0.950	0.344	1.084
Kişisel Başarısızlık	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	14.091 (7.063 - 21.119)	3.557	---	3.961	<0.001	---
Yaş	-0.175 (-0.398 - 0.048)	0.113	-0.281	-1.554	0.122	6.071
Çocuk sayısı	0.318 (-0.682 - 1.319)	0.506	0.076	0.629	0.530	2.672
Mesleki yıl	0.072 (-0.139 - 0.284)	0.107	0.121	0.678	0.499	5.924
Palyatif yıl	0.004 (-0.276 - 0.284)	0.142	0.003	0.028	0.978	1.608
Çalışma saat	0.029 (0.004 - 0.054)	0.013	0.187	2.270	0.025	1.251
Cinsiyet (Erkek)	0.449 (-0.985 - 1.883)	0.726	0.050	0.619	0.537	1.231
Medeni durum (Evli)	-1.076 (-2.653 - 0.501)	0.798	-0.120	-1.348	0.180	1.476
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	-2.161 (-5.148 - 0.827)	1.512	-0.176	-1.429	0.155	2.796

Tablo 4.4. (Devamı) Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Lisans	-1.237 (-3.87 - 1.396)	1.333	-0.141	-0.928	0.355	4.264
Lisansüstü	-3.026 (-5.958 - -0.093)	1.484	-0.262	-2.038	0.043	3.056
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	-0.342 (-2.373 - 1.69)	1.028	-0.040	-0.332	0.740	2.614
Dönüşümlü	-1.395 (-3.401 - 0.611)	1.016	-0.162	-1.373	0.172	2.580
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-2.492 (-4.985 - 0.001)	1.262	-0.175	-1.975	0.050	1.450
İstek (Hayır)	1.32 (-0.366 - 3.006)	0.853	0.118	1.547	0.124	1.080

Duygusal Tükenme Puanı için: $F=3.34$; $p<0.001$; $R^2=0.2341$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Duyarsızlaşma Puanı için: $F=2.562$; $p=0.003$; $R^2=0.1899$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Kişisel Başarısızlık Puanı için: $F=2.294$; $p=0.007$; $R^2=0.1735$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Tablo 4.4'te duygusal tükenme puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.34$; $p<0.001$). Yaşın bir birim artması duygusal tükenme puanını 0.35 birim azaltmaktadır ($p=0.038$). Çalışma saatinin bir birim artması duygusal tükenme puanını 0.038 birim artırmaktadır ($p=0.044$). Pozisyonu sorumlu hemşire olanların duygusal tükenme puanı hemşirelerden 6.039 birim daha azdır ($p=0.001$). Diğer bağımsız değişkenlerin duygusal tükenme puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4'te duyarsızlaşma puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2.562$; $p=0.003$). Çalışma saatinin bir birim artması Duyarsızlaşma puanını 0.024 birim artırmaktadır ($p=0.026$). Diğer bağımsız değişkenlerin Duyarsızlaşma puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4'te kişisel başarısızlık puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($F=2.294$; $p=0.007$). Çalışma saatinin bir birim artması kişisel başarısızlık puanını 0.029 birim artırmaktadır ($p=0.025$). Eğitim durumu lisansüstü olanların kişisel başarısızlık puanı eğitim durumu lise olanlardan 3,026 birim daha azdır ($p=0.043$). Diğer bağımsız değişkenlerin kişisel başarısızlık puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.5. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıttıcı Özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutları ve Merhamet Yorgunluğu Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

İkincil Travma	β^1 (% 95 GA)	S. hata	β^2	Test istatistiği	p	Zero-Order	Partial	Part	VIF
Sabit	24.524 (8.208: 40.839)	8.258	---	2.97	0.003	---	---	---	---
Yaş	-0.158 (-0.674: 0.358)	0.261	-0.116	-0.606	0.546	-0.152	-0.049	-0.047	6.056
Çocuk sayısı	0.22 (-2.067: 2.508)	1.158	0.024	0.19	0.849	-0.148	0.015	0.015	2.645
Mesleki yıl	0.089 (-0.4: 0.579)	0.248	0.068	0.361	0.719	-0.129	0.029	0.028	5.926
Palyatif yıl	-0.254 (-0.885: 0.377)	0.319	-0.078	-0.794	0.428	-0.118	-0.064	-0.062	1.594
Çalışma saat	0.038 (-0.02: 0.096)	0.029	0.113	1.294	0.198	0.085	0.104	0.1	1.257
Cinsiyet (Erkek)	-1.774 (-5.078: 1.53)	1.672	-0.091	-1.061	0.29	-0.096	-0.085	-0.082	1.233
Medeni durum (Evli)	-3.339 (-6.975: 0.297)	1.84	-0.172	-1.814	0.072	-0.207	-0.145	-0.141	1.493
Eğitim durumu (Referans: Lise)									
Önlisans	-2.773 (-9.651: 4.104)	3.481	-0.104	-0.797	0.427	-0.069	-0.064	-0.062	2.816
Lisans	-1.932 (-8.011: 4.146)	3.077	-0.101	-0.628	0.531	-0.001	-0.051	-0.049	4.304
Lisansüstü	-0.922 (-7.685: 5.841)	3.423	-0.037	-0.269	0.788	0.045	-0.022	-0.021	3.107
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)									
Nöbet	0.082 (-4.569: 4.733)	2.354	0.004	0.035	0.972	-0.023	0.003	0.003	2.599
Dönüşümlü	0.884 (-3.695: 5.463)	2.318	0.047	0.381	0.703	0.091	0.031	0.03	2.532
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-0.367 (-6.089: 5.355)	2.897	-0.012	-0.127	0.899	-0.066	-0.01	-0.01	1.421
İstek (Hayır)	0.337 (-3.499: 4.172)	1.941	0.014	0.173	0.862	0.024	0.014	0.013	1.087
Mesleki Tükenmişlik	β^1 (% 95 GA)	S. hata	β^2	Test istatistiği	p	Zero-Order	Partial	Part	VIF
Sabit	30.874 (4.387: 57.36)	13.407	---	2.303	0.023	---	---	---	---
Yaş	-0.317 (-1.155: 0.521)	0.424	-0.136	-0.748	0.456	-0.224	-0.06	-0.055	6.056
Çocuk sayısı	-1.681 (-5.395: 2.032)	1.88	-0.107	-0.894	0.373	-0.21	-0.072	-0.066	2.645
Mesleki yıl	0.275 (-0.52: 1.07)	0.402	0.123	0.684	0.495	-0.19	0.055	0.051	5.926
Palyatif yıl	-0.778 (-1.803: 0.246)	0.519	-0.14	-1.501	0.136	-0.151	-0.12	-0.111	1.594
Çalışma saat	0.145 (0.052: 0.239)	0.047	0.254	3.062	0.003	0.219	0.24	0.226	1.257
Cinsiyet (Erkek)	-2.588 (-7.952: 2.775)	2.715	-0.078	-0.953	0.342	-0.051	-0.077	-0.07	1.233
Medeni durum (Evli)	-0.061 (-5.964: 5.841)	2.988	-0.002	-0.021	0.984	-0.13	-0.002	-0.002	1.493
Eğitim durumu (Referans: Lise)									
Önlisans	-5.321 (-16.486: 5.844)	5.652	-0.117	-0.942	0.348	-0.03	-0.076	-0.07	2.816
Lisans	-6.24 (-16.108: 3.627)	4.995	-0.192	-1.249	0.213	-0.032	-0.1	-0.092	4.304
Lisansüstü	-3.613 (-14.592: 7.365)	5.557	-0.085	-0.65	0.517	0.026	-0.052	-0.048	3.107
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)									
Nöbet	-1.796 (-9.347: 5.755)	3.822	-0.056	-0.47	0.639	-0.048	-0.038	-0.035	2.599

Tablo 4.5. (Devamı) Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutları ve Merhamet Yorgunluğu Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Lineer Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Dönüşümlü	2.44 (-4.993: 9.873)	3.762	0.076	0.649	0.518	0.182	0.052	0.048	2.532
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-7.415 (-16.705: 1.874)	4.702	-0.139	-1.577	0.117	-0.215	-0.126	-0.117	1.421
İstek (Hayır)	-1.262 (-7.489: 4.965)	3.152	-0.031	-0.4	0.689	0.001	-0.032	-0.03	1.087
Merhamet Yorgunluğu	β^1 (% 95 GA)	S. hata	β^2	Test istatistiği	p	Zero-Order	Partial	Part	VIF
Sabit	55.397 (15.985: 94.81)	19.95	---	2.777	0.006	---	---	---	---
Yaş	-0.475 (-1.721: 0.771)	0.631	-0.139	-0.753	0.453	-0.214	-0.061	-0.057	6.056
Çocuk sayısı	-1.461 (-6.987: 4.065)	2.797	-0.064	-0.522	0.602	-0.202	-0.042	-0.039	2.645
Mesleki yıl	0.365 (-0.818: 1.547)	0.599	0.111	0.609	0.543	-0.181	0.049	0.046	5.926
Palyatif yıl	-1.032 (-2.557: 0.493)	0.772	-0.127	-1.337	0.183	-0.151	-0.107	-0.1	1.594
Çalışma saat	0.183 (0.044: 0.323)	0.071	0.218	2.594	0.01	0.184	0.205	0.195	1.257
Cinsiyet (Erkek)	-4.362 (-12.343: 3.619)	4.04	-0.09	-1.08	0.282	-0.073	-0.087	-0.081	1.233
Medeni durum (Evli)	-3.401 (-12.184: 5.382)	4.446	-0.07	-0.765	0.445	-0.172	-0.062	-0.057	1.493
Eğitim durumu (Referans: Lise)									
Önlisans	-8.094 (-24.708: 8.52)	8.41	-0.121	-0.962	0.337	-0.048	-0.078	-0.072	2.816
Lisans	-8.173 (-22.856: 6.511)	7.432	-0.171	-1.1	0.273	-0.022	-0.089	-0.083	4.304
Lisansüstü	-4.535 (-20.872: 11.801)	8.269	-0.073	-0.548	0.584	0.036	-0.044	-0.041	3.107
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)									
Nöbet	-1.714 (-12.95: 9.522)	5.687	-0.036	-0.301	0.764	-0.042	-0.024	-0.023	2.599
Dönüşümlü	3.324 (-7.736: 14.385)	5.599	0.071	0.594	0.554	0.161	0.048	0.045	2.532
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	-7.782 (-21.606: 6.041)	6.997	-0.1	-1.112	0.268	-0.174	-0.09	-0.084	1.421
İstek (Hayır)	-0.925 (-10.19: 8.34)	4.69	-0.015	-0.197	0.844	0.011	-0.016	-0.015	1.087

İkincil Travma puanı için $F=0.94$; $p=0.517$; $R^2= \%7.9$; Düzeltmiş $R^2= \%0.5$; Durbin-Watson=1.914; ¹ Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ² Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95 GA: Güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Mesleki Tükenmişlik Puanı için: $F=2.151$; $p=0.012$; $R^2= \%16.40$; Düzeltmiş $R^2= \%8.8$; Durbin-Watson=1.671; ¹ Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ² Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95 GA: Güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Merhamet Yorgunluğu Toplam için: $F=1.74$; $p=0.053$; $R^2= \%13.7$; Düzeltmiş $R^2= \%5.8$; Durbin-Watson=1.725; ¹ Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ² Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95 GA: Güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Tablo 4.5'te ikincil travma puanına etki eden bağımsız değişkenler Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0.94$; $p=0.517$).

Tablo 4.5'te mesleki tükenmişlik puanına etki eden bağımsız değişkenler Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($F=2.151$; $p=0.012$). Çalışma saatinin bir birim artması mesleki tükenmişlik puanını 0.145 birim artırmaktadır ($p=0.003$). Diğer bağımsız değişkenlerin mesleki tükenmişlik puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5'te merhamet yorgunluğu toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler Lineer Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=1.74$; $p=0.053$).

Tablo 4.6. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıttıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Güvence Puanı	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	3.484 (2.128 - 4.839)	0.686	---	5.077	<0.001	---
Yaş	0.034 (-0.008 - 0.076)	0.021	0.289	1.589	0.114	6.067
Çocuk sayısı	-0.042 (-0.233 - 0.148)	0.096	-0.053	-0.440	0.661	2.668
Mesleki yıl	-0.023 (-0.063 - 0.018)	0.020	-0.199	-1.104	0.271	5.947
Palyatif yıl	-0.004 (-0.056 - 0.048)	0.026	-0.016	-0.170	0.865	1.589
Çalışma saat	-0.001 (-0.006 - 0.003)	0.002	-0.045	-0.541	0.590	1.250
Cinsiyet (Erkek)	-0.092 (-0.367 - 0.182)	0.139	-0.054	-0.665	0.507	1.223
Medeni durum (Evli)	0.178 (-0.125 - 0.48)	0.153	0.106	1.161	0.247	1.512
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	0.907 (0.318 - 1.496)	0.298	0.394	3.042	0.003	3.075
Lisans	0.534 (0.01 - 1.058)	0.265	0.321	2.012	0.046	4.643
Lisansüstü	0.738 (0.162 - 1.315)	0.292	0.342	2.529	0.012	3.349
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.503 (0.115 - 0.89)	0.196	0.306	2.565	0.011	2.597
Dönüşümlü	0.391 (0.01 - 0.773)	0.193	0.239	2.026	0.045	2.537
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	0.606 (0.137 - 1.076)	0.238	0.226	2.551	0.012	1.442
İstek (Hayır)	-0.449 (-0.77 - -0.128)	0.163	-0.213	-2.760	0.007	1.092
Bilgi Beceri Puanı	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	4.772 (3.791 - 5.753)	0.497	---	9.607	<0.001	---
Yaş	0.024 (-0.006 - 0.055)	0.016	0.292	1.569	0.119	5.924
Çocuk sayısı	-0.075 (-0.213 - 0.063)	0.070	-0.133	-1.071	0.286	2.638
Mesleki yıl	-0.014 (-0.043 - 0.016)	0.015	-0.169	-0.914	0.362	5.856
Palyatif yıl	0.03 (-0.007 - 0.068)	0.019	0.153	1.590	0.114	1.584
Çalışma saat	-0.002 (-0.005 - 0.002)	0.002	-0.095	-1.110	0.269	1.249
Cinsiyet (Erkek)	-0.03 (-0.233 - 0.173)	0.103	-0.025	-0.290	0.772	1.248
Medeni durum (Evli)	0.16 (-0.061 - 0.381)	0.112	0.134	1.434	0.154	1.481
Eğitim durumu (Referans: Lise)						

Tablo 4.6. (Devamı) Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Önlisans	0.083 (-0.338 - 0.503)	0.213	0.051	0.388	0.699	2.946
Lisans	-0.068 (-0.442 - 0.306)	0.189	-0.058	-0.360	0.719	4.483
Lisansüstü	0.014 (-0.398 - 0.426)	0.208	0.010	0.069	0.945	3.280
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.289 (0.001 - 0.576)	0.146	0.248	1.982	0.049	2.675
Dönüşümlü	0.308 (0.026 - 0.589)	0.142	0.266	2.161	0.032	2.592
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	0.319 (-0.025 - 0.662)	0.174	0.170	1.833	0.069	1.464
İstek (Hayır)	0.025 (-0.21 - 0.26)	0.119	0.017	0.209	0.835	1.081
Saygılı Olma Puanı	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	3.473 (2.218 - 4.729)	0.635	---	5.466	<0.001	---
Yaş	0.028 (-0.011 - 0.068)	0.020	0.259	1.423	0.157	6.131
Çocuk sayısı	-0.045 (-0.223 - 0.134)	0.090	-0.060	-0.497	0.620	2.698
Mesleki yıl	-0.018 (-0.055 - 0.02)	0.019	-0.167	-0.927	0.356	6.053
Palyatif yıl	-0.01 (-0.059 - 0.039)	0.025	-0.037	-0.394	0.694	1.596
Çalışma saat	-0.001 (-0.006 - 0.003)	0.002	-0.044	-0.539	0.591	1.239
Cinsiyet (Erkek)	-0.038 (-0.295 - 0.218)	0.130	-0.024	-0.296	0.768	1.229
Medeni durum (Evli)	0.208 (-0.074 - 0.49)	0.143	0.131	1.458	0.147	1.496
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	1.007 (0.468 - 1.547)	0.273	0.467	3.687	<0.001	2.972
Lisans	0.426 (-0.056 - 0.909)	0.244	0.273	1.748	0.083	4.515
Lisansüstü	0.704 (0.173 - 1.234)	0.269	0.346	2.620	0.010	3.238
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.564 (0.201 - 0.927)	0.184	0.364	3.069	0.003	2.613
Dönüşümlü	0.605 (0.248 - 0.962)	0.181	0.392	3.349	0.001	2.542
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	0.57 (0.132 - 1.008)	0.222	0.227	2.569	0.011	1.445
İstek (Hayır)	-0.219 (-0.518 - 0.08)	0.151	-0.111	-1.446	0.150	1.088
Bağlılık Puanı	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	3.409 (2.025 - 4.793)	0.701	---	4.866	<0.001	---
Yaş	0.031 (-0.012 - 0.075)	0.022	0.264	1.415	0.159	6.125
Çocuk sayısı	-0.002 (-0.199 - 0.194)	0.099	-0.003	-0.023	0.982	2.676
Mesleki yıl	-0.022 (-0.063 - 0.02)	0.021	-0.190	-1.024	0.307	6.039
Palyatif yıl	0.008 (-0.046 - 0.062)	0.027	0.029	0.299	0.765	1.596
Çalışma saat	-0.001 (-0.006 - 0.004)	0.002	-0.034	-0.398	0.691	1.242
Cinsiyet (Erkek)	-0.046 (-0.329 - 0.236)	0.143	-0.027	-0.324	0.746	1.231
Medeni durum (Evli)	0.169 (-0.14 - 0.478)	0.156	0.099	1.080	0.282	1.480
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	0.824 (0.225 - 1.423)	0.303	0.354	2.716	0.007	2.984
Lisans	0.319 (-0.217 - 0.856)	0.272	0.190	1.176	0.241	4.590
Lisansüstü	0.519 (-0.072 - 1.11)	0.299	0.237	1.736	0.085	3.276
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.507 (0.109 - 0.905)	0.201	0.305	2.515	0.013	2.585
Dönüşümlü	0.527 (0.135 - 0.918)	0.198	0.319	2.659	0.009	2.530
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	0.57 (0.088 - 1.052)	0.244	0.212	2.336	0.021	1.439
İstek (Hayır)	-0.156 (-0.484 - 0.173)	0.166	-0.074	-0.936	0.351	1.087
Bakım Davranışı Genel Toplam Puanı	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	3.699 (2.546 - 4.851)	0.583	---	6.340	<0.001	---
Yaş	0.031 (-0.005 - 0.067)	0.018	0.305	1.681	0.095	6.092
Çocuk sayısı	-0.03 (-0.193 - 0.133)	0.083	-0.044	-0.364	0.717	2.691

Tablo 4.6. (Devamı) Palyatif Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik/Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Mesleki yıl	-0.02 (-0.054 - 0.015)	0.017	-0.203	-1.129	0.261	5.983
Palyatif yıl	0.001 (-0.043 - 0.046)	0.023	0.005	0.058	0.954	1.594
Çalışma saat	-0.002 (-0.006 - 0.002)	0.002	-0.067	-0.812	0.418	1.247
Cinsiyet (Erkek)	-0.053 (-0.287 - 0.182)	0.119	-0.036	-0.446	0.656	1.231
Medeni durum (Evli)	0.188 (-0.07 - 0.445)	0.130	0.130	1.441	0.152	1.497
Eğitim durumu (Referans: Lise)						
Önlisans	0.823 (0.323 - 1.322)	0.253	0.420	3.252	0.001	3.076
Lisans	0.421 (-0.027 - 0.87)	0.227	0.295	1.856	0.065	4.677
Lisansüstü	0.613 (0.121 - 1.105)	0.249	0.332	2.462	0.015	3.356
Çalışma şekli (Referans: Gündüz)						
Nöbet	0.478 (0.145 - 0.811)	0.169	0.339	2.836	0.005	2.630
Dönüşümlü	0.453 (0.126 - 0.781)	0.166	0.322	2.737	0.007	2.563
Pozisyon (Sorumlu hemşire)	0.518 (0.117 - 0.919)	0.203	0.226	2.551	0.012	1.446
İstek (Hayır)	-0.32 (-0.593 - -0.048)	0.138	-0.178	-2.325	0.021	1.088

Güvence için: $F=2.138$; $p=0.013$; $R^2 = \%16.36$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bilgi-Beceri Puanı için: $F=1.274$; $p=0.229$; $R^2 = \%10.44$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Saygılı Olma Puanı için: $F=2.312$; $p=0.007$; $R^2 = \%17.46$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bağlılık Puanı için: $F=1,613$; $p=0,081$; $R^2 = \%12,86$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bakım Davranışı Genel Toplam Puanı için: $F=2.263$; $p=0.008$; $R^2 = \%17.16$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Tablo 4.6’da güvence puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon

Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2.138$; $p=0.013$). Eğitim durumu önlisans olanların güvence puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.907 birim daha fazladır ($p=0.003$). Eğitim durumu lisans olanların güvence puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.534 birim daha fazladır ($p=0.046$). Eğitim durumu lisansüstü olanların güvence puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.738 birim daha fazladır ($p=0.012$). Çalışma şekli nöbet şeklinde olanların güvence puanı çalışma şekli gündüz

olanlardan 0.503 birim daha fazladır ($p=0.011$). Çalışma şekli dönüşümlü olanların güvence puanı çalışma şekli gündüz olanlardan 0.391 birim daha fazladır ($p=0.045$). Pozisyonu sorumlu hemşire olanların güvence puanı pozisyonu hemşire olanlardan 0.606 birim daha fazladır ($p=0.012$). İsteği hayır olanların güvence puanı isteği evet olanlardan 0.449 birim daha azdır ($p=0.007$). Diğer bağımsız değişkenlerin güvence puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.050$).

Tablo 4.6'da bilgi-beceri puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=1.274$; $p=0.229$).

Tablo 4.6'da saygılı olma puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2.312$; $p=0.007$). Eğitim durumu önlisans olanların saygılı olma puanı eğitim durumu lise olanlardan 1.007 birim daha fazladır ($p<0.001$). Eğitim durumu lisansüstü olanların saygılı olma puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.704 birim daha fazladır ($p=0.010$). Çalışma şekli nöbet olanların saygılı olma puanı çalışma şekli gündüz olanlardan 0.564 birim daha fazladır ($p=0.003$). Çalışma şekli dönüşümlü olanların saygılı olma puanı çalışma şekli gündüz olanlardan 0.605 birim daha fazladır ($p=0.001$). Pozisyonu sorumlu hemşire olanların saygılı olma puanı pozisyonu hemşire olanlardan 0.57 birim daha fazladır ($p=0.011$). Diğer bağımsız değişkenlerin saygılı olma puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da bağıllık puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=1.613$; $p=0.081$).

Tablo 4.6’da bakım davranışı genel puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2.263$; $p=0.008$). Eğitim durumu önlisans olanların bakım davranışı genel puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.823 birim daha fazladır ($p=0.001$). Eğitim durumu lisansüstü olanların bakım davranışı genel puanı eğitim durumu lise olanlardan 0.613 birim daha fazladır ($p=0.015$). Çalışma şekli nöbet olanların bakım davranışı genel puanı çalışma şekli gündüz olanlardan 0,478 birim daha fazladır ($p=0.005$). Çalışma şekli dönüşümlü olanların bakım davranışı genel puanı çalışma şekli gündüz olanlardan 0.453 birim daha fazladır ($p=0.007$). Pozisyonu sorumlu hemşire olanların bakım davranışı genel puanı pozisyonu hemşire olanlardan 0.518 birim daha fazladır ($p=0.012$). İsteği hayır olanların bakım davranışı genel puanı isteği evet olanlardan 0.32 birim daha azdır ($p=0.021$). Diğer bağımsız değişkenlerin bakım davranışı genel puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Güvence	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	6,122 (5,751: 6,493)	0,188	---	32,576	<0,001	---
Duyusal tükenme	0,024 (0,004: 0,044)	0,010	0,219	2,398	0,018	2,278
Duyarsızlaşma	-0,052 (-0,085: -0,018)	0,017	-0,261	-3,044	0,003	2,012
Kişisel başarısızlık	-0,082 (-0,106: -0,058)	0,012	-0,465	-6,696	<0,001	1,321
İkincil travma	0,019 (0,004: 0,034)	0,008	0,223	2,549	0,012	2,107
Mesleki tükenmişlik	-0,016 (-0,027: -0,005)	0,005	-0,323	-2,983	0,003	3,217
Bilgi-Beceri	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	6,01 (5,706: 6,314)	0,154	---	39,052	<0,001	---
Duyusal tükenme	0,028 (0,012: 0,045)	0,008	0,345	3,388	0,001	2,339
Duyarsızlaşma	-0,008 (-0,036: 0,019)	0,014	-0,056	-0,597	0,551	1,970
Kişisel başarısızlık	-0,06 (-0,081: -0,04)	0,010	-0,446	-5,859	<0,001	1,305

Tablo 4.7. (Devamı) Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği Alt Boyutlarının Bakım Davranışları Alt Boyutları ve Bakım Davranışları Genel Toplam Puanı Üzerindeki Etkisinin Robust Regresyon Analizi ile İncelenmesi

İkincil travma	0.007 (-0.005: 0.019)	0.006	0.112	1.155	0.250	2.110
Mesleki tükenmişlik	-0.014 (-0.023: -0.005)	0.005	-0.374	-3.077	0.003	3.333
Saygılı Olma	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	5.952 (5.602: 6.303)	0.177	---	33.544	<0.001	---
Duygusal tükenme	0.022 (0.003: 0.041)	0.010	0.207	2.328	0.021	2.284
Duyarsızlaşma	-0.07 (-0.102: -0.039)	0.016	-0.363	-4.384	<0.001	1.978
Kişisel başarısızlık	-0.083 (-0.106: -0.06)	0.012	-0.486	-7.190	<0.001	1.319
İkincil travma	0.02 (0.006: 0.034)	0.007	0.240	2.778	0.006	2.144
Mesleki tükenmişlik	-0.009 (-0.019: 0.001)	0.005	-0.186	-1.754	0.081	3.256
Bağlılık	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	5,96 (5,571: 6,348)	0,197	---	30,308	<0,001	---
Duygusal tükenme	0,02 (0: 0,041)	0,011	0,175	1,935	0,055	2,251
Duyarsızlaşma	-0,079 (-0,114: -0,045)	0,018	-0,381	-4,489	<0,001	1,978
Kişisel başarısızlık	-0,085 (-0,11: -0,059)	0,013	-0,457	-6,614	<0,001	1,313
İkincil travma	0,018 (0,003: 0,034)	0,008	0,204	2,337	0,021	2,101
Mesleki tükenmişlik	-0,007 (-0,018: 0,005)	0,006	-0,125	-1,164	0,246	3,183
Bakım Davranışları Genel	β^1 (%95 GA)	S. Hata	β^2	Test istatistiği	p	VIF
Sabit	6.206 (5.907: 6.505)	0.152	---	40.942	<0.001	---
Duygusal tükenme	0.013 (-0.003: 0.028)	0.008	0.129	1.579	0.116	1.921
Duyarsızlaşma	-0.045 (-0.074: -0.017)	0.014	-0.257	-3.160	0.002	1.915
Kişisel başarısızlık	-0.087 (-0.108: -0.067)	0.010	-0.558	-8.427	<0.001	1.273
Merhamet yorgunluğu toplam	0 (-0.005: 0.005)	0.002	-0.009	-0.110	0.912	1.835

Güvence Puanı için: $F=22.46$; $p<0.001$; $R^2 =\%40.94$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bilgi-Beceri Puanı için: $F=12.731$; $p<0.001$; $R^2 =\%28.21$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Saygılı Olma Puanı için: $F=25,296$; $p<0,001$; $R^2 =\%43,84$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bağlılık Puanı için: $F=22.544$; $p<0.001$; $R^2 =\%41.03$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü
 Bakım Davranışları Genel Puanı için: $F=31.709$; $p<0.001$; $R^2 =\%43.76$; ¹: Standartlaştırılmamış beta kat sayısı; ²: Standartlaştırılmış beta kat sayısı; %95GA: Bootstrap güven aralığı; VIF: Varyans Şişirme Faktörü

Tablo 4.7’de güvence puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon

Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=22.46$; $p<0.001$). Duygusal tükenme puanının bir birim artması güvence puanını 0.024 birim artırmaktadır ($p=0.018$). Duyarsızlaşma puanının bir birim artması güvence puanını 0.052 birim azaltmaktadır ($p=0.003$). Kişisel başarısızlık puanının bir birim artması güvence puanını 0.082 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). İkincil travma puanının bir birim artması

güvence puanını 0.019 birim artırmaktadır ($p=0.012$). Mesleki tükenmişlik puanının bir birim artması güvence puanını 0.016 birim azaltmaktadır ($p=0.003$).

Tablo 4.7’de bilgi-beceri puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=12.731$; $p<0.001$). Duygusal tükenme puanının bir birim artması bilgi-beceri puanını 0.028 birim artırmaktadır ($p=0.001$). Kişisel başarısızlık puanının bir birim artması bilgi-beceri puanını 0.06 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). Mesleki tükenmişlik puanının bir birim artması bilgi-beceri puanını 0,014 birim azaltmaktadır ($p=0.003$). Diğer bağımsız değişkenlerin bilgi-beceri puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de saygılı olma puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=25.296$; $p<0.001$). Duygusal tükenme puanının bir birim artması saygılı olma puanını 0.022 birim artırmaktadır ($p=0.021$). Duyarsızlaşma puanının bir birim artması saygılı olma puanını 0.07 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). Kişisel başarısızlık puanının bir birim artması saygılı olma puanını 0.083 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). İkincil travma puanının birim artması saygılı olma puanını 0.02 birim artırmaktadır ($p=0.006$). Diğer bağımsız değişkenlerin saygılı olma puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de bağlılık puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=22.544$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma puanının bir birim artması bağlılık puanını 0.079 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). Kişisel başarısızlık puanının bir birim artması bağlılık puanını

0.085 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). İkincil travma puanının bir birim artması bağıllık puanını 0.018 birim artırmaktadır ($p=0.021$). Diğer bağımsız değişkenlerin bağıllık puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de bakım davranışı genel puanına etki eden bağımsız değişkenler Robust Regresyon Analizi ile incelenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=31.709$; $p<0.001$). Duyarsızlaşma puanının bir birim artması bakım davranışı genel puanını 0.045 birim azaltmaktadır ($p=0.002$). Kişisel başarısızlık puanının bir birim artması bakım davranışı genel puanını 0.087 birim azaltmaktadır ($p<0.001$). Diğer bağımsız değişkenlerin bakım davranışı genel puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkiler çok boyutlu olarak incelenmiş; elde edilen bulgular hem bireysel hem de örgütsel değişkenler bağlamında değerlendirilmiştir. Bulgularımız, palyatif bakım ortamının doğası gereği yüksek düzeyde duygusal emek gerektirdiğini ve bu durumun hemşirelerin psikolojik iyi oluşu ile bakım kalitesi üzerinde belirleyici bir rol oynadığını açık biçimde ortaya koymaktadır. Mevcut çalışmalarda da palyatif bakım hemşirelerinin en yüksek risk grubunda yer aldığı ve sürekli ölüm, acı ve kayıp deneyimlerine maruz kalmanın tükenmişliği artırdığı vurgulanmaktadır (Peters, 2018; Sinclair ve ark., 2017; Whitebird ve ark., 2013; Henson ve ark., 2020; Khamisa ve ark., 2016). Bu bulgu, palyatif bakım ortamının yalnızca klinik bir bakım alanı olmadığını, aynı zamanda yoğun duygusal etkileşimlerin ve varoluşsal deneyimlerin yaşandığı bir bakım bağlamı olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle palyatif bakım, hemşirelerin yalnızca mesleki becerilerini değil, aynı zamanda duygusal dayanıklılıklarını ve psikolojik baş etme kapasitelerini de sürekli olarak zorlayan bir alan olarak değerlendirilebilir.

Palyatif bakım sürecinde hemşirelerin yalnızca hastaların fiziksel gereksinimlerini karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda hasta ve ailelerinin duygusal gereksinimlerine de yanıt vermesi, bu alandaki duygusal yükün artmasına neden olmaktadır. Bu durum, hemşirelerin empatik katılımını artırırken, uzun vadede duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğu riskini yükseltmektedir (Figley, 2002; Maslach ve Leiter, 2016; Moss ve ark., 2016; Woo ve ark., 2020). Bu noktada özellikle empatik katılımın çift yönlü bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Bir yandan bakımın kalitesini artıran ve hasta memnuniyetini

yükselten bir unsur olarak öne çıkarken, diğer yandan hemşirenin duygusal kaynaklarını tüketerek tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunu besleyen bir risk faktörü haline gelebilmektedir. Bu ikili yapı, palyatif bakım hemşireliğinin doğasında yer alan temel paradokslardan biri olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada elde edilen bulgular, tükenmişlik düzeylerinin orta seviyede olmasına rağmen merhamet yorgunluğunun daha yüksek düzeyde seyrettiğini göstermektedir (Tablo 4.2). Bu durum, palyatif bakımın yalnızca iş yükü açısından değil, aynı zamanda yoğun duygusal etkileşim açısından da zorlayıcı bir alan olduğunu düşündürmektedir. Özellikle merhamet yorgunluğunun hemşireler arasında yaygın ve sistematik bir sorun olduğu, hatta bazı çalışmalarda görülme oranının %50'nin üzerinde olduğu bildirilmektedir (Hunsaker ve ark., 2015; Sinclair ve ark., 2017; Ruiz-Fernández ve ark., 2020; Woo ve ark., 2020). Bu bağlamda araştırma bulguları, mevcut literatürle güçlü biçimde örtüşmektedir. Ayrıca merhamet yorgunluğunun uzun vadede tükenmişliğe dönüşebileceği ve bu durumun hemşirelerin iş doyumunu azaltabileceği ifade edilmektedir (Peters, 2018; Alharbi ve ark., 2020). Bu sonuç, merhamet yorgunluğunun yalnızca geçici bir duygusal durum değil, zaman içerisinde kronikleşerek mesleki tükenmişliğe evrilebilen bir süreç olduğunu göstermektedir.

Korelasyon analizleri incelendiğinde, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin son derece güçlü olduğu görülmektedir. Özellikle mesleki tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu arasındaki pozitif ilişki, bu iki kavramın klinik pratikte iç içe geçtiğini göstermektedir (Tablo 4.3). Bununla birlikte literatürde, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun sıklıkla birlikte ele alınmasına rağmen birbirinden farklı kavramlar olduğu da vurgulanmaktadır (Cavanagh ve ark., 2020; Figley,

2002; Sorenson ve ark., 2017; Stamm, 2010; Zhang ve ark., 2022). Tükenmişlik daha çok iş ortamı, örgütsel yapı ve çalışma koşullarına bağlı olarak gelişirken; merhamet yorgunluğu, başkalarının acılarına uzun süreli empatik maruziyetin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Figley, 2002; Peters, 2018). Ancak özellikle bakım verme temelli mesleklerde bu iki olgunun birbirini besleyerek eş zamanlı biçimde görülebildiği ifade edilmektedir (Yeşil ve Polat, 2023; Sorenson ve ark., 2017; Sinclair ve ark., 2021). Benzer şekilde ikincil travma ile merhamet yorgunluğu arasındaki güçlü ilişki, hemşirelerin hastaların yaşadığı travmatik süreçlere dolaylı olarak maruz kaldığını ve bunun ciddi psikolojik sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.3). Bu durum Figley'nin merhamet yorgunluğu kuramı ile uyumlu olup, empatik maruziyetin zamanla tükenmişlik süreçlerini tetiklediğini göstermektedir (Figley, 2002; Sinclair ve ark., 2021). Ayrıca literatürde ikincil travmatik stresin sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve duygusal yıpranmayı artırdığı belirtilmektedir (Cocker ve Joss, 2016; Sacco ve ark., 2015; Dall'Ora ve ark., 2020).

Bununla birlikte regresyon analizinde yaşı'nın duygusal tükenme üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu ve yaşı'nın bir birim artmasının duygusal tükenme puanını azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu durum, yaş ilerledikçe hemşirelerin mesleki deneyimlerinin, baş etme becerilerinin ve duygusal dayanıklılıklarının artabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de genç hemşirelerin mesleki stres, duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğu açısından daha yüksek risk altında olduğu; deneyim arttıkça ise psikolojik dayanıklılığın güçlenebildiği bildirilmektedir (Maslach ve Leiter, 2016; Woo ve ark., 2020; Peters, 2018). Özellikle palyatif bakım gibi yoğun duygusal emek

gerektiren alanlarda deneyimin, ölüm ve kayıp süreçleriyle baş etmede koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın en önemli bulgularından biri, tükenmişlik ile bakım davranışları arasındaki negatif yönlü ilişkidir. Özellikle kişisel başarısızlık ile bakım davranışları arasında negatif ilişki bulunması, hemşirelerin kendilerini yetersiz hissetmelerinin bakım kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir (Tablo 4.3). Aynı şekilde kişisel başarıda azalma, tükenmişliğin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hemşireler sundukları bakımın yeterli olmadığını düşünmeye başladıklarında mesleki yeterlilik algıları zayıflamakta ve buna bağlı olarak iş doyumlarında azalma görülmektedir (Ruiz-Fernández ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2022). Özellikle palyatif bakımda iyileşmenin çoğu zaman mümkün olmaması ve hastanın durumunda belirgin bir klinik ilerleme gözlenememesi, hemşirelerde “yetersizlik” ve “etkisizlik” algısını güçlendirerek motivasyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Mesleki tükenmişlik ile bakım davranışları genel puanı arasındaki negatif ilişki, tükenmişliğin bakımın bütüncül yapısını zayıflatıldığını ortaya koymaktadır (Tablo 4.3). Bu bulgular, tükenmişliğin hasta güvenliği ve bakım kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koyan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Hall ve ark., 2016; Panagioti ve ark., 2018; Tawfik ve ark., 2019; Vahey ve ark., 2004). Ayrıca tükenmişliğin artmasıyla birlikte hemşirelerin hasta ile iletişim kalitesinin düştüğü ve bakımın daha mekanik hale geldiği bildirilmektedir (Dyrbye ve ark., 2020; Wei ve ark., 2020).

Bununla birlikte regresyon analizinde eğitim durumu lisansüstü olan hemşirelerin kişisel başarısızlık puanlarının, eğitim durumu lise olan hemşirelerden daha düşük olduğu

belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin mesleki yeterlilik algılarının, problem çözme becerilerinin ve klinik karar verme süreçlerinin güçlenebileceğini düşündürmektedir. Literatürde de yüksek eğitim düzeyinin mesleki özgüveni artırdığı, mesleki stresle baş etme becerilerini geliştirdiği ve tükenmişlik düzeylerini azaltabildiği bildirilmektedir (Maslach ve Leiter, 2016; Woo ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2022). Ayrıca lisansüstü eğitim alan hemşirelerin iletişim, liderlik ve profesyonel farkındalık düzeylerinin daha yüksek olmasının, kişisel başarısızlık algısının azalmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bakım davranışlarının alt boyutları incelendiğinde, bu boyutlar arasında oldukça güçlü ilişkiler olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Özellikle güvence ile bakım davranışları genel puanı arasındaki güçlü ilişki, bakım davranışının merkezinde “güvence verme” boyutunun yer aldığını göstermektedir (Tablo 4.3). Ayrıca güvence ile saygılı olma ve bağlılık arasındaki yüksek ilişkiler, bakımın bilişsel ve duygusal bileşenlerinin birbirini destekleyen bütüncül bir yapı oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.3). Bu durum, bakım davranışının yalnızca teknik bir süreç değil, aynı zamanda etik ve insani bir yaklaşım olduğunu vurgulayan kuramsal yaklaşımlarla örtüşmektedir (Turkel ve ark., 2018; Watson, 2008; Wei ve ark., 2019). Ayrıca hasta merkezli bakım yaklaşımının hemşirelik bakımının temelini oluşturduğu ve bu yaklaşımın empati, saygı ve güvence boyutlarını kapsadığı belirtilmektedir (McCormack ve McCance, 2017).

Güvence boyutuna ilişkin analizler, eğitim düzeyi ve çalışma şeklinin önemli belirleyiciler olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6). . Eğitim düzeyi arttıkça güvence verme davranışının arttığı, nöbet ve dönüşümlü çalışan hemşirelerin bu boyutta daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça güvence verme

davranışının güçlendiğini ve nöbet usulü çalışan hemşirelerin hastaya daha fazla zaman ayırmaları nedeniyle daha güven verici ve ilgili bakım sunabildiklerini düşündürmektedir. Regresyon analizinde eğitim durumu önlisans olan hemşirelerin güvence puanlarının eğitim durumu lise olan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde eğitim durumu lisans olan hemşirelerin, eğitim durumu lisansüstü olan hemşirelerin ise daha yüksek güvence puanına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin iletişim becerileri, mesleki özgüvenleri ve hasta merkezli bakım yaklaşımlarının güçlenebileceğini göstermektedir. Literatürde de yüksek eğitim düzeyinin bakım kalitesini, hasta ile terapötik iletişimi ve profesyonel bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (McCormack ve McCance, 2017; Watson, 2008; Wei ve ark., 2019). Ayrıca çalışma şekli nöbet usulünde olan hemşirelerin güvence puanlarının gündüz çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu durum, nöbet usulü çalışan hemşirelerin hastalarla daha uzun süre vakit geçirmeleri ve bakım sürecini daha yakından takip etmeleri nedeniyle hastaya güven verme davranışlarının daha fazla gelişebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte yoğun çalışma temposunun uzun vadede tükenmişlik riskini artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durum, yoğun klinik deneyimin bakım sürecinde güven verme becerisini artırabileceğini düşündürmektedir. Ancak isteksiz çalışan bireylerde güvence puanının düşmesi, motivasyonun bakım kalitesi üzerindeki belirleyici rolünü açıkça ortaya koymaktadır (Tablo 4.6). Çalışma isteği olmayan hemşirelerde bakım davranışlarının genel düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, hemşirelerin iş doyumu ve motivasyon düzeylerinin bakım kalitesi ve performans ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (Dor ve Halperin, 2022; Krepi ve ark., 2023).

Bununla birlikte regresyon analizinde çalışma şekli nöbet usulünde olan hemşirelerin saygılı olma puanlarının gündüz çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Benzer şekilde çalışma şekli dönüşümlü olan hemşirelerin saygılı olma puanlarının gündüz çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu durum, nöbet ve dönüşümlü çalışan hemşirelerin hastalarla daha uzun süre iletişim halinde olmaları ve bakım sürecine daha yoğun katılım göstermeleri nedeniyle hasta ile daha yakın terapötik ilişki geliştirebildiklerini düşündürmektedir. Ayrıca pozisyonu sorumlu hemşire olan bireylerin saygılı olma puanlarının hemşire pozisyonunda çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Bu durum, yönetsel sorumluluk üstlenen hemşirelerin iletişim, liderlik ve profesyonel farkındalık düzeylerinin daha gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de mesleki deneyim ve liderlik rolünün profesyonel bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Wei ve ark., 2019; McCormack ve McCance, 2017).

Bakım davranışları alt boyutlarına yönelik regresyon analizlerine bakıldığında bilgi-beceri boyutunda duygusal tükenmenin pozitif etkisinin bulunması, ilk bakışta çelişkili gibi görünse de bu durum şu şekilde yorumlanabilir (Tablo 4.7). Duygusal olarak daha fazla yük hisseden hemşireler, bakım sürecinde daha dikkatli ve kontrollü davranarak teknik becerilerini artırma eğilimi gösterebilir. Buna karşılık kişisel başarısızlık ve mesleki tükenmişliğin bilgi-beceri üzerinde negatif etkisinin bulunması, tükenmişliğin belirli bir eşik aşıldığında performansı düşürdüğünü göstermektedir (Tablo 4.7). Bu bağlamda bilgi ve beceri düzeyindeki azalmanın mesleki tükenmişliği artırabileceği de değerlendirilebilir. Bu durum, tükenmişliğin erken aşamalarında

performansın korunabileceği ancak ileri aşamalarda bakım kalitesinin düşebileceğini ortaya koyan çalışmalarla uyumludur (Maslach ve Leiter, 2016).

Saygılı olma boyutunda ise daha karmaşık bir yapı ortaya çıkmaktadır. Duygusal tükenmenin bu boyutu artırması, hemşirelerin duygusal yük altında dahi profesyonel tutumlarını korumaya çalıştığını düşündürmektedir (Tablo 4.7). Bu durum, saygılı bakım davranışı sergileyen hemşirelerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşayabildiği şeklinde de yorumlanabilir. Ancak duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlığın bu boyutu azaltması, tükenmişliğin ilerleyen aşamalarında bakımın insani boyutunun zayıfladığını göstermektedir (Tablo 4.7). Bu bulgulara bakıldığında duyarsızlaşma düzeyindeki artışın saygılı olma davranışını azaltıcı etkisi bulunmaktadır (Tablo 4.7). Bu durum literatürde merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde empatik ilişkinin zayıfladığına yönelik bulgularla uyumludur (Sinclair ve ark., 2017; Peters, 2018).

Merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, bakım davranışlarının tüm alt boyutları ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). Özellikle güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık boyutlarında merhamet yorgunluğu arttıkça bakım davranışları puanlarının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu bulgular, merhamet yorgunluğunun hemşirelerin yalnızca psikolojik iyi oluşunu değil, aynı zamanda bakımın niteliğini de olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde de merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde empatik ilişkinin zayıfladığı, hasta ile iletişim kalitesinin azaldığı ve bakım davranışlarının daha mekanik bir yapıya dönüştüğü bildirilmektedir (Figley, 2002; Cocker ve Joss, 2016; Hunt ve ark., 2017; Xie ve ark., 2021). Araştırmamızdan elde edilen bulgular da bu çalışmaları desteklemekte olup, merhamet yorgunluğu düzeyi

artıkça bakım davranışlarının tüm boyutlarında anlamlı bir azalma meydana geldiğini ortaya koymaktadır (Tablo 4.7). Bu sonuç, palyatif bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun yalnızca bireysel iyi oluş açısından değil, sunulan bakımın kalitesinin sürdürülebilirliği açısından da önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, araştırma sonuçları palyatif bakım hemşirelerinin yüksek düzeyde duygusal ve mesleki yük altında çalıştığını açıkça ortaya koymaktadır (Peters ve ark., 2022; Xie ve ark., 2021). Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu, yalnızca bireysel bir sorun değil, aynı zamanda bakım kalitesini doğrudan etkileyen sistemik bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Cocker ve Joss, 2016; Zhang ve ark., 2018). Buna rağmen bakım davranışlarının görece yüksek kalması, hemşirelerin mesleki etik değerlerinin güçlü olduğunu göstermektedir (Rushton, 2022; Watson, 2008). Ancak bu durumun uzun vadede sürdürülebilir olmadığı ve gerekli önlemler alınmadığı takdirde bakım kalitesinde düşüş yaşanabileceği açıktır (Cavanagh ve ark., 2020; Dall'Ora ve ark., 2020).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, palyatif bakım hemşirelerinde tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışlarının birbirinden bağımsız yapılar olmadığını, aksine birbiriyle etkileşim içinde bulunan ve bakım sürecini birlikte şekillendiren unsurlar olduğunu göstermektedir. Özellikle tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerindeki artışın bakım davranışları üzerinde olumsuz etkiler oluşturması, hemşirelerin duygusal ve mesleki deneyimlerinin bakımın niteliği açısından önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte yaş, eğitim düzeyi ve çalışma özelliklerine ilişkin bulgular, bireysel ve mesleki faktörlerin bu süreçte belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Araştırma sonuçları, palyatif bakım ortamında çalışan hemşirelerin psikolojik ve mesleki iyi oluşlarının bakım

davranışlarının sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından önemli bir unsur olduğunu destekleyen literatür ile uyumludur (McCormack ve McCance, 2017; Peters, 2018; Watson, 2008; Woo ve ark., 2020).



6. SONUÇ

Bu araştırmada palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkiler çok boyutlu olarak incelenmiş; elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda sistematik biçimde değerlendirilmiştir. Bu bağlamda sonuçlar, hem tanımlayıcı hem de ilişkisel düzeyde önemli bulgular ortaya koymuştur.

- Araştırmanın birinci sorusu doğrultusunda palyatif bakım hemşirelerinin demografik ve mesleki özellikleri incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının genç-orta yetişkinlik döneminde yoğunlaştığı ($32,34 \pm 6,74$), mesleki deneyimlerinin orta düzeyde olduğu ($9,58 \pm 7,03$) ve yarıdan fazlasının lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu (%63,7) belirlenmiştir. Hemşirelerin önemli bir kısmının nöbetli (%39,3) ve dönüşümlü (%39,9) çalışma sisteminde görev yaptığı görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların büyük çoğunluğunun palyatif bakımda çalışmayı isteyerek tercih ettiği belirlenmiştir (%82,1).
- Araştırmanın ikinci sorusu kapsamında hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, genel tükenmişlik düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek olduğu (duygusal tükenme: $20,42 \pm 7,12$; duyarsızlaşma: $7,27 \pm 4$), kişisel başarı algısının ise görece düşük düzeyde seyrettiği görülmüştür (kişisel başarısızlık: $11,97 \pm 4,53$).

- Araştırmanın üçüncü sorusu doğrultusunda hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri incelendiğinde, merhamet yorgunluğunun yüksek olduğu belirlenmiştir (merhamet yorgunluğu toplam: $61,27 \pm 23,01$). Özellikle ikincil travma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($22,32 \pm 9,22$).
- Araştırmanın dördüncü sorusu kapsamında bakım davranışları incelendiğinde, hemşirelerin bakım davranışları genel puanının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir ($5,05 \pm 0,79$). Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde, bilgi-beceri boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu ($5,37 \pm 0,71$), bunu güvence ($5,01 \pm 0,89$), saygılı olma ($4,95 \pm 0,87$) ve bağlılık ($4,91 \pm 0,92$) boyutlarının izlediği görülmüştür. Bakım davranışları alt boyutları arasındaki güçlü ilişkiler olduğu belirlenmiştir (bilgi-beceri ile saygılı olma: $r=0,681$; $p<0,001$; saygılı olma ile bağlılık: $r=0,921$; $p<0,001$; bağlılık ile bakım davranışları genel: $r=0,935$; $p<0,001$).
- Araştırmanın beşinci sorusu doğrultusunda tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, yaşın tükenmişlik üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu (duygusal tükenme: $p=0,038$); çalışma saatlerinin ise tükenmişliği artırdığı belirlenmiştir (duygusal tükenme: $p=0,044$; duyarsızlaşma: $p=0,026$; kişisel başarısızlık: $p=0,025$; mesleki tükenmişlik: $p=0,003$). Eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerde kişisel başarısızlık düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (lisansüstü eğitim: $p=0,043$). Sorumlu hemşire

pozisyonunda olan hemşirelerin daha düşük tükenmişlik düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (duygusal tükenme: $p=0,001$).

- Araştırmanın altıncı ve en temel sorusu kapsamında tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve bakım davranışları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, birbirini etkileyen sonuçlara ulaşılmıştır. Tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu arasında çok güçlü pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,956$; $p<0,001$). Ayrıca ikincil travma ile merhamet yorgunluğu arasında güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,866$; $p<0,001$). Bununla birlikte tükenmişlik ile bakım davranışları arasında negatif yönlü ilişkiler olduğu belirlenmiştir (duygusal tükenme ile bakım davranışları genel: $r=-0,204$; $p=0,008$; duyarsızlaşma ile bakım davranışları genel: $r=-0,407$; $p<0,001$; kişisel başarısızlık ile bakım davranışları genel: $r=-0,559$; $p<0,001$; mesleki tükenmişlik ile bakım davranışları genel: $r=-0,310$; $p<0,001$). Kişisel başarısızlık ile bakım davranışları arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,559$; $p<0,001$). Mesleki tükenmişlik ile bakım davranışları arasındaki negatif ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,310$; $p<0,001$). Merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkiler incelendiğinde de tüm alt boyutlarda negatif yönlü ilişkiler olduğu belirlenmiştir (güvence: $r=-0,318$; $p<0,001$; bilgi-beceri: $r=-0,206$; $p=0,007$; saygılı olma: $r=-0,242$; $p=0,002$; bağlılık: $r=-0,233$; $p=0,002$; bakım davranışları genel: $r=-0,274$; $p<0,001$). Bakım davranışlarının genel düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($5,05\pm0,79$).
- Palyatif bakım hemşireliğinde bakım davranışlarının güçlü kaldığı belirlenmiştir (bakım davranışları genel: $5,05\pm0,79$). Tükenmişlik ve

merhamet yorgunluğu düzeylerinin bakım kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir (merhamet yorgunluğu toplam: $61,27 \pm 23,01$; duygusal tükenme: $20,42 \pm 7,12$; duyarsızlaşma: $7,27 \pm 4$; kişisel başarısızlık: $11,97 \pm 4,53$).



7. ÖNERİLER

Araştırma bulguları doğrultusunda hem uygulamaya hem eğitime hem de gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

7.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin çalışma saatleri düzenlenmeli, aşırı iş yükü azaltılabilir.
- Sağlık kurumlarında hemşirelerin duygusal yüklerini azaltmaya yönelik psikososyal destek programları (danışmanlık, süpervizyon, destek grupları) oluşturulabilir.
- Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından riskli gruplar erken dönemde belirlenebilir ve koruyucu müdahaleler uygulanabilir.
- Kurumlarda çalışanların karar alma süreçlerine katılımı artırılarak mesleki kontrol algısı güçlendirilebilir.
- Palyatif bakım birimlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı güçlendirilerek bakım yükü paylaşılabilir.

7.2. Eğitime Yönelik Öneriler

- Hemşirelere yönelik hizmet içi eğitimlerde tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve baş etme stratejileri konularına yer verilebilir.
- Lisans ve lisansüstü eğitim programlarına palyatif bakım ve psikolojik dayanıklılık içerikleri eklenebilir.

- Empatik iletişim, stres yönetimi ve duygusal dayanıklılık becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler yaygınlaştırılabilir.

7.3. Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Farklı bölgelerde ve daha geniş örneklemelerle benzer çalışmalar yapılarak sonuçların genellenebilirliği artırılabilir.
- Boylamsal çalışmalarla tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun zaman içindeki değişimi incelenebilir.
- Müdahale temelli çalışmalarla (örneğin psikolojik destek programları) tükenmişliğin azaltılmasına yönelik uygulamaların etkinliği değerlendirilebilir.
- Nitel araştırmalar ile hemşirelerin palyatif bakım sürecindeki deneyimleri derinlemesine incelenebilir.

KAYNAKÇA

- 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(1), 103-108.
- Adanır, A. (2019). *Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Adanır, A., & Özden, D. (2024). Onkoloji palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(2), 185–197.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2012). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 42(10 Suppl.), S45–S51.
- Aktaş, B., Karakulak, A., Yıldırım, J. G., & Yılmaz, M. (2025). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(3), 453–458.
- Aküzüm, C., & Özmen, F. (2014). Eğitim örgütlerinde tükenmişlik: Kavramsal bir inceleme. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(51), 69–88.
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of burnout among nurses during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Reports*, 11(3), 626–638.
- Alexaki, P.-S., Antonopoulou, H., Gkintoni, E., Adamopoulos, N., & Halkiopoulos, C. (2025). Psychological dimensions of professional burnout in special education: A cross-sectional behavioral data analysis of emotional exhaustion, personal achievement, and depersonalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(9), 1420.
- Alıncak, G., Acavut, G., Soyaslan, B. D., & Zengin, H. (2022). Hemşirelerin palyatif bakım ve ölüme ilişkin görüşleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 69–76.
- Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131–148.
- Arı, G. S., & Tuncay, A. (2010). Akademisyenlerde tükenmişlik ve iş doyumu. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 213–236.

- Aslan, Y. (2020). Türkiye'de ve dünyada palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19–27.
- Aznik, S. (2025). *Hemşirelerde sessiz istifanın bakım davranışına etkisi* (Tez No. 956811) [Yüksek lisans tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Baqeas, M. H., Davis, J., & Copnell, B. (2021). Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 20(1), Article 88.
- Budak, G., & Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95–108.
- Calero, F. D. C. (2022). Caring behavior of nurses: A concept analysis. *Health Notions*, 6(7), 201–207.
- Cavanagh, S. J., Dawson, D., & Das, S. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 752–764.
- Centeno, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J., & Clark, D. (2013). *EAPC atlas of palliative care in Europe 2013*. European Association for Palliative Care.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2022). A meta-analysis of the relationship between secondary traumatic stress and professional quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 361–375.
- Clark, D., Baur, N., Clelland, D., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Connor, S., & Centeno, C. (2020). Mapping levels of palliative care development in 198 countries: The situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 794–807.
- Cross, L. A. (2019). Compassion fatigue in palliative care nursing: A concept analysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 21–28.
- Çapri, B. (2014). Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 62-77.
- Çelik, M., & Koç, A. (2021). Ülkemizdeki palyatif bakım modeli ve ölçüm araçlarının kullanımının değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 30–41.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, Article 41.

- Devik, S. A., Munkeby, H., Finnanger, M., & Moe, A. (2020). Nurse managers' perspectives on working with everyday ethics in long-term care. *Nursing Ethics*, 27(8), 1669–1680.
- Dijxhoorn, A.-F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. H. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6–26.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 74–82.
- Dinç, S., & Ekinci, M. (2019). Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 192–202.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). *Palyatif bakım*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Dyrbye, L. N., Major-Elechi, B., Hays, J. T., Fraser, C. H., Buskirk, S. J., & West, C. P. (2020). Relationship between organizational leadership and health care employee burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(4), 698–708.
- Edú-Valsania, S., Laguía, A., & Moriano, J. A. (2022). Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1780.
- Ekinci, G., & Bölüktaş, R. P. (2023). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonuna yönelik bir değerlendirme. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 19–27.
- Ergin, C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ferrell, B. R., & Paice, J. A. (Eds.). (2019). *Oxford textbook of palliative nursing* (5th ed.). Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National Consensus Project clinical practice guidelines for quality palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684–1689.
- Fidan, E. (2026). Cerrahi yoğun bakım hemşirelerinde alarm yorgunluğunun hasta merkezli bakım yetkinliğine etkisinin incelenmesi (Tez No. 1009801) [Yüksek lisans tezi, Aksaray Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4408.
- Gezgin, E. (2019). *Örgüt adaleti, iş doyumu ve hemşirelik* [Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi]. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ghafarzadegan, R., Vanaki, Z., Mohammadi, E., Gharacheh, M., Hajinezhad, M. E., & Haghani, H. (2026). Compassion fatigue in palliative care nurses: From empathy to emotional detachment. *BMC Nursing*, 25, Article 57.
- Gilbert, P. (2019). Exploring compassion: A meta-analysis of the nature and functions of compassion. *Current Opinion in Psychology*, 28, 108–114.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374.
- Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M. J., & Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in palliative care nurses: Prevalence and risk factors—A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7672.
- Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Vargas, C., & De la Fuente-Solana, E. I. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9.
- Gül, Ş. (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 129–134.
- Güner, F., & İl, S. (2020). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve kişisel başarı algısı. *Sağlık ve Toplum*, 30(1), 45–54.
- Hadadian-Chaghaei, F., Abbaszadeh, A., Janani, L., & Borhani, F. (2022). An analysis of nursing care concept. *Journal of Nursing Research*, 30(2), e197.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015.
- Haylı, Ç. M., Demir, D., Ataman Bor, N., & Güler, R. (2024). Türkiye ve KKTC'de çalışan hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin karşılaştırılması ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(2), 241–257.

- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905–914.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194.
- Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 3048–3057.
- Ibrahim, H. M., & Allawy, E. A. M. (2021). Relation between nurses' caring behaviors and satisfaction of patients with COVID-19. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(4), 373–380.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121.
- Juanamasta, I. G., Aungsuroch, Y., & Gunawan, J. (2021). A concept analysis of quality nursing care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(4), 430–441.
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Robinson, M., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F. A. Davis Company.
- Kaba, E., & Zyga, S. (2023). Perceptions of caring behaviors among patients and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 396.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Dergisi*, 14(1), 29–32.
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *The New England Journal of Medicine*, 373(8), 747–755.
- Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2016). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 538–545.

- Khobrani, A. M. M., Hamidhi, W. A. A., Alnami, L. A., Zakri, R. A. Z., Swadi, S. O., Shwia, R. A. L., Ajeebi, M. I. A., Ajeebi, H. I. A., Sanby, L. A. I., & Zalah, M. A. (2024). Compassion fatigue in nurses: Recovery strategies in high-stress environments. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 7(4), 961–980.
- Kıskaç, N., & Babaoğlu, E. (2022). Hemşirelerin hastaların özbakım gereksinimlerine yönelik uygulanan hemşirelik müdahalelerine bakış açılarının kalitatif olarak incelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 49–60.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2021). Functional neural plasticity and the social brain: Effects of compassion training on brain and behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16(7), 673–689.
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., & Rajagopal, M. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—An imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454.
- Kol, E., & Boz, İ. (2020). Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 32–38.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 284.
- Kurşun, Ş., & Kanan, N. (2012). Bakım davranışları ölçeği 24'ün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 229-235.
- Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 395–403.
- Lamm, C., Rütgen, M., & Wagner, I. C. (2022). Imaging empathy and compassion: Neurobiological mechanisms and clinical applications. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(2), 112–129.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., & Wilk, P. (2009). New graduate burnout: The impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. *Nursing Economics*, 27(6), 377–383.
- Leininger, M. M. (2002). *Care: The essence of nursing and health* (Rev. ed.). Wayne State University Press.

- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. D. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2442117.
- Liu, X., Chang, Y.-C., & Hu, W.-Y. (2024). The effectiveness of palliative care interventions in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 14(7), 700.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global view. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094–1106.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132–135.
- Mahler, D. A., Selecky, P. A., Harrod, C. G., Benditt, J. O., Carrieri-Kohlman, V., Curtis, J. R., Manning, H. L., Mularski, R. A., Varkey, B., Campbell, M., Carter, E. R., Chiong, J. R., Ely, E. W., Hansen-Flaschen, J., O'Donnell, D. E., Waller, A., & American College of Chest Physicians. (2010). American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*, 137(3), 674–691.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). Academic Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), Article 1.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12–19.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2021). Compassion fatigue and secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4861–4874.
- Menekli, T., Dolu, S., Coşkun, Ö., & Torun, M. (2021). Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 84–94.

- Menkin, D., & Slote, M. (2020). Compassion as an ethical motivator: Contemporary perspectives. *Ethics*, 130(4), 682–701.
- Merriam-Webster. (2023). Compassion fatigue. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved October 15, 2023.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113.
- N., & Karakoç Kumsar, A. (2020). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve iyi ölüme yönelik algıları. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 3(1), 1–14.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–277.
- Nazari, A. M., Bakhtiari-Dovvombaygi, H., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Gholami, M., & Bakhshalizadeh Rashti, S. (2025). The relationship between ethical sensitivity, caring behavior and quality of care in nurses: A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1), Article 329.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Negi, L. T. (2019). A model for cognitively-based compassion training: Theoretical underpinnings and proposed mechanisms. *Social Theory & Health*, 17(2), 125–150.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2021). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, 17(2), 57–77.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge University Press.
- Özdelikara, A., & Babur, S. (2020). Hemşirelik bakımının önemi ve bakım davranışlarının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(3), 320–327.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1354–1366.

- Pelit, E., & Bozdoğan, İ. (2014). Tükenmişlik sendromu: Kavramsal çerçeve ve boyutları. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 2, 89–112.
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 20(5), 519–529.
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466–480.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., & Morphet, J. (2022). How death anxiety impacts nurses' caring for patients in palliative care settings: A systematic review. *Palliative Medicine*, 36(2), 239–251.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(2), e0245279.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knäul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q. T., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M. R., Spence, D., Spruijt, O., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J., & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care: A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764.
- Raustøl, A., & Tveit, B. (2023). Compassion, emotions and cognition: Implications for nursing education. *Nursing Ethics*, 30(1), 145–154.
- Rizo-Baeza, M., Mendiola-Infante, S. V., Sepehri, A., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. F., & Cortés-Castell, E. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 19–25.
- Rosa, W. E., Ferrell, B. R., & Wiencek, C. (2020). Increasing critical care nurse engagement of palliative care during the COVID-19 pandemic. *Critical Care Nurse*, 40(6), e28–e36.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8080.
- Rushton, C. H. (2022). Moral resilience and ethical practice in nursing. *American Journal of Nursing*, 122(2), 54–61.

- Sarioğlu, E. (2024). Yoğun bakım hemşirelerinde alarm yorgunluğunun tıbbi hata yapma eğilimine olan etkisinde iş yükünün aracı rolü (Tez No: 921920) [Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Sailian, S. D., Salifu, Y., & Preston, N. (2024). Dignity enhanced through faith and family support in palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23, Article 142.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & de Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), e0185781.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475–482.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207.
- Seppälä, E. M., Simon-Thomas, E., Brown, S. L., Worline, M. C., Cameron, C. D., & Doty, J. R. (Eds.). (2017). *The Oxford handbook of compassion science*. Oxford University Press.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96.
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2017). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 16, Article 24.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2021). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(3), 595–605.
- Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering requiring palliative care by 2060. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883–e892.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.

- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 1–9.
- Storm, E., Bergdahl, E., Tranvåg, O., Korzhina, Y., Linnanen, C., Blomqvist, H., & Hemberg, J. (2025). Palliative nurses' experiences of alleviating suffering and preserving dignity. *Nursing Ethics*, 32(7), 2018–2032.
- Storm, J., & Chen, H. C. (2021). The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3–4), 443–453.
- Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, 47, 15–27.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166.
- Taş, F., Soylu, D., & Soylu, A. (2021). Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgileri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 375–381.
- Tertemiz, O. F., & Tüylüoğlu, E. (2020). Palyatif bakım çalışanlarında tükenmişlik ve stres belirtileri diğer klinik çalışanlarında farklı mı? *Ağrı*, 32(2), 79–84.
- Tiryaki, E., & Güdücü Tüfekçi, F. (2023). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu ve ilgili düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 312–320.
- Turan, M., & Turan, E. (2024). Palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(3), 283–291.
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring science or science of caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71.
- Uygun, E. T., & Özakgöl, A. (2024). Türkiye’de palyatif bakım ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin çalışma yöntemi ve hemşirelik uygulamaları açısından analizi. *Bezmialem Science*, 12(3), 384–391.
- Uzun, L. N., & Mayda, A. S. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Medical Journal*, 12(1), 137–143.
- Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLOS ONE*, 10(8), e0136955.

- Waring, T., & Furlong, M. (2021). The social ethics of compassion: Implications for professional practice. *Journal of Moral Education*, 50(3), 275–291.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17–23.
- Wei, H., Kifner, H., Dawes, M. E., Wei, T. L., & Boyd, J. M. (2020). Self-care strategies to combat burnout among pediatric critical care nurses and physicians. *Critical Care Nurse*, 40(2), 44–53.
- Whitebird, R. R., Asche, S. E., Thompson, G. L., Rossom, R., & Heinrich, R. (2013). Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5), 693–702.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20.
- Wu, Y., Larrabee, J. H., & Putman, H. P. (2006). Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing research*, 55(1), 18–25.
- Xie, D., Zhu, X., Zhang, X., Jiang, Z., & Liu, T. (2025). The impact of support from emergency nurse organizations on compassion fatigue: The mediating role of psychological capital. *Frontiers in Public Health*, 13, 1551381.
- Xie, W., Wang, X., Zhang, J., & Wang, Y. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103823.
- Yakar, B., Batbaş, C. S., & Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136–143.
- Yakıt, E. (2020). *Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin merhamet ve bakım davranışlarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi]. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Yaman, E., & Özdelikara, A. (2023). Onkoloji ve palyatif bakım servisinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun iş ve yaşam doyumuna etkisi. *Journal of Nursology*, 26(1), 54–59. <https://doi.org/10.5152/JANHS.2023.22155>
- Yao, S., Li, P., & Fan, L. (2023). Evolutionary perspectives on compassion: Adaptive functions in human sociality. *Evolution and Human Behavior*, 44(2), 101–112.

- Yeşil, A., & Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC Nursing*, 22, Article 12.
- Yıldırım, A. (2022). Palyatif bakımda psikososyal yaklaşımlar. *Perspectives in Palliative and Home Care*, 1(1), 15–22.
- Yürüyen, M., Tevetoğlu, İ. Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., Okuturlar, Y., & diğerleri. (2018). Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 10(1), 74–80.
- Zabolypour, S., Dastan, K., Ghorbani, S., Anbari, A., & Mohammadi, S. (2016). Investigating the quality of caring behaviors of nurses and patient satisfaction in Shahid Beheshti Hospital of Yasuj. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 13(1), 25–31.
- Zhang, H., Xia, Z., Yu, S., Shi, H., Meng, Y., & Dator, W. L. (2025). Interventions for compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress in nurses: A systematic review and network meta-analysis. *Nursing & Health Sciences*, 27(1), e70042.
- Zhang, X., Tai, D., Pforsich, H., & Lin, V. W. (2022). United States registered nurse workforce report card and shortage forecast: A revisit. *American Journal of Medical Quality*, 37(3), 229–236.
- Zhang, Y., Han, W., Qin, W., Yin, H., Zhang, C., Kong, C., & Wang, H. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A correlative meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 371–382.

EKLER**Ek 1: Kişisel Bilgi Formu**

Sosyodemografik Özellikler

Yaş:

Cinsiyet: () 1.Kadın () 2.Erkek

Medeni Durum: () 1.Bekar () 2. Evli

Çocuk sayısı:

Eğitim Durumu: () 1. Lise () 2.Önlisans () 3. Lisans () 4. Lisans Üstü

Mesleki çalışma yılınız:

Palyatif bakımda çalışma süreniz?

Çalışma şekliniz:

() 1. Gündüz (Sekiz Saat)

() 2.Nöbet (.....Saat)

() 3.Dönüşümlü

Hangi pozisyonda çalışıyorsunuz? () 1.Hemşire () 2.Sorumlu Hemşire

Aylık çalışma saatiniz:

Palyatif bakımda kendi isteğinizle mi çalışıyorsunuz?

() 1. Evet

() 2. Hayır

Ek 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz;

	MADDELER	Hiç ir zama n (0)	Çok nadir (1)	Bazen (2)	Çoğu zaman(3)	Her zaman (4)
1.	İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.	İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3.	Sabahları, yeni bir iş gününe başlarken, yorgunluk hissediyorum.					
4.	Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.					
5.	Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.					
6.	Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.					
7.	Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.					
8.	İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.					
9.	Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.					
10.	Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.					
11.	Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.					
12.	Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13.	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14.	İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.					
15.	Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.					
16.	İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.	Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.					
18.	Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissediyorum.					
19.	İşimde birçok önemli şey yaptım.					
20.	Sabırımın tükendiğini hissediyorum.					
21.	İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22.	Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.					

Ek 3: Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği

Siz en uygun olan puanı veriniz;

Asla/Nadiren

Çok Sık

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	MADDELER	Verilen Puan
1.	İşim yüzünden kapana sıkışmış hissediyorum.	
2.	Hayattaki hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.	
3.	Hastalarım ile ilgili olarak geçmiş durumları anımsadığım oluyor.	
4.	İşimde “başarısız” olduğumu hissediyorum.	
5.	Hastalarımın deneyimlediklerine benzer sıkıntılı rüyalar görüyorum.	
6.	Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.	
7.	Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum	
8.	Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.	
9.	İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.	
10.	Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.	
11.	İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum.	
12.	Bir hasta ile ilgili travmatik deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.	
13.	İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.	

Ek 4: Bakım Davranışları Ölçeği

Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz;

	MADDELER	Asla (1)	Hemen Hemen Asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu Zaman (5)	Her Zaman (6)
1.	Hastayı dikkatli dinleme						
2.	Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3.	Hastaya bir birey olarak davranma						
4.	Hastaya zaman ayırma						
5.	Hastaya destek olma						
6.	Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7.	Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8.	Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9.	Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.	Hastaya güven verme						
11.	Profesyonelce/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.	Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.	Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.	Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.	Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.	Hastaya istekle gitme						
17.	Hastayla konuşma						
18.	Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.	Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.	Hastanın çağrısına hemen yanıt verme						
21.	Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.	Hastaya ilgi gösterme						
23.	Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24.	Hastanın semptomlarını hafifletme						

Ek 5: Bakım Davranışları Ölçeği-24 Ölçek izni**Ynt: Ölçek izni**

Merhaba Serdal,
Bakım Davranışları Ölçeği-24'ü tez çalışmanızda kaynak kurallarına uygun şekilde kullanabilirsiniz. Ekte BDÖ-24 ölçek maddeleri yer almaktadır. Tez çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Şerife KURŞUN KURAL

serdal bolat <[REDACTED]>, 10 Şub
2025 Pzt, 19:00 tarihinde şunu yazdı:

İyi günler ben Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Lisansüstü Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları yüksek lisans tez dönemi
öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız
"Bakım Davranışları Ölçeği 24'ü" tez çalışmamda
kullanmak için sizden izninizi arz ediyorum.

Saygılarımla
Serdal BOLAT

Ek 6: Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği (MY-KÖ) Ölçek İzni**Ynt: Ölçek izni**

Sayın Serdal Bolat,
Öncelikle ölçeğe göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür ederiz. Ölçeği tez çalışmanızda kullanabileceğinizi belirtmek istiyorum. Makalenin sonunda ölçek ve ölçek alt boyutlarına ilişkin bilgiler ve puanlama yönergesi de yer almaktadır. Ölçekte herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça tanımlanan merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır ve herhangi bir ters madde içermemektedir. Ölçekle ilgili sormak istediğiniz bir konu olursa memnuniyetle yanıtlarım. Çalışmanızda başarılar dilerim.

İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla.

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi DİNÇ
Hemşirelik Bölüm Başkan Yardımcısı
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Ek 7: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Ölçek İzni

Ynt: Ölçek izni

Merhaba Değerli Arkadaşım,
İlgili ölçme aracının kısa ve uzun formlarını ekte
gönderiyor çalışmada başarılar diliyorum...

serdal bolat <[REDACTED]>, 11 Şub
2025 Sal, 12:44 tarihinde şunu yazdı:

Değerli hocam 2006 yılında yaptığınız ölçeği iznini

Alıntılanmış Metni Göster

Tel: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

--

Prof. Dr. Burhan ÇAPRI
Mersin University, Faculty of Education,
Department of Education Sciences

Mersin /Turkey

[REDACTED]

Ek 8: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.06.2025-582896

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARLARI	Doküman No	TOGÜ.FRM.185
		İlk Yayın Tarihi	02.08.2024
		Revizyon Tarihi	20.01.2025
		Revizyon No	01
		Sayfa No	1/1

Birim Adı	Genel Sekreterlik
Kurul/ Komisyon Adı	TOGÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Toplantı Tarihi	Oturum No	Karar No
29.05.2025	08	01-121

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Tuğba KILIÇER Başkanlığında toplandı.

KARAR 08.14- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü 25.04.2025 tarih ve 565011 sayılı yazısı görüşüldü.

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

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun, Bakım Davranışlarına Etkisi
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN Serdal BOLAT (Hemşirelik Ana Bilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Tuğba KILIÇER
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Elif BOYRAZ
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Ümran ÇEVİK GÜNER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

* Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi ilgili yönetmelik ve yönergeler gereğince hazırlanmıştır.

Bu dokümanın basılı hali kontrolsüz doküman kabul edilmektedir. Lütfen web sitesinden en son versiyonuna ulaşınız.

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.07.2025-595803



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü
Yazı İşleri ve Evrak Kayıt Birimi



Sayı : E-21979232-044-595803
Konu : Anket İzni

04.07.2025

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : , 03.07.2025 tarihli ve bila sayılı yazı.

Tarafınızca yapılması planlanan "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun, Bakım Davranışlarına Etkisi" başlıklı çalışmanın Hastanemiz Palyatif Bakım Servisinde çalışan hemşirelerle 20.07.20025-20.08.2025 tarihleri arasında anket olarak yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı

Dağıtım:
Dr. Öğr. Üyesi Şahin ERAYDIN
Serdar BOLAT

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BDA955FNC32 Pn Kodu: 40172

Adı: [Redacted]
T.C. Kimlik No: [Redacted]
E-Posta Adresi: [Redacted]
Kısaltma: [Redacted]

Belge Takip Adresi: https://belge.gov.tr/belge/5K=7c0f8d4c0-4050/017N0_V32k0e-997001

Belge Kimliği: 1327 M300000
Ünvan: Sağlık Fakültesi



Bu belge güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Ek 10: Kurum İzni



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Dışılık Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-76728045-644-284428030
Konu : Anket Çalışması

06.08.2025

Seyit Sırdal BOLAÇ
(Tokat Gazi Osmangazi Üniversitesi)

İlgi : 21.07.2025 tarihli ve 599561 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ve ekinde gönderilen belgeleri incisinden, "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenninlik Dilişisi ve Mehmet Verginbeyimcan Bakan Davranışlarına Etkisi" konulu anket çalışmasını, 20.07.2025-30.09.2025 tarihleri arasında anket yapılabilmesi Zira Devlet Hastanesi tarafından uygun görülmüştür. Sivas Numune Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Yıldızlı Devlet Hastanesi, Kangal Devlet Hastanesi, Güzin Devlet Hastanesi ve Dörtiçi Devlet Hastanesinde yapılabilmesi uygun görülmüş olup, bu konudaki Anketin Öm İzin Belgeleri ektektir.

Bilgilerinize rica ederim.

Suri DAŞTAN
İl Sağlık Müdürü e.
Başkan Yardımcısı

Ek:

- 1 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 2 - Cüt Yarı
- 3 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 4 - Cüt Yarı
- 5 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 6 - Cüt Yarı
- 7 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 8 - Cüt Yarı
- 9 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 10 - Cüt Yarı
- 11 - Anketin Öm İzin Belgesi
- 12 - Cüt Yarı
- 13 - Cüt Yarı

Bu belgeyi güvenli elektronik imza ile onaylamıştır.

Bu belgeyi güvenli elektronik imza ile onaylamıştır.



13 - Cüt Yarı

Ek 11: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.07.2025-587280



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-91596471-010.01-587280
Konu : İzin talebi

16.07.2025

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Şahiner ERAYDIN

İlgi : 04.07.2025 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli yazınıza istinaden "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun, Bakım Davranışlarına Etkisi" konulu çalışmanın uygulamasını Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemizin Palyatif Bakım Kliniğinde çalışan hemşirelerimize yapılması talebiniz değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılacağı kişilerde izinin alınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Bu belge güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.
Belge Elektronik E-imza: 50701 E-İmza: 87112 Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/sgs/sgs-uzak-durum-izni>



Ek 12: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.08.2025-608575
Tarih ve Sayı: 06.08.2025-607388



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044-284253764
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Serdal BOLAT

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 24.07.2025 tarihli ve 56314351-044.001.001-E.602537 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Serdal BOLAT'ın (Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Şahin ERAYDIN) Zile, Turhal, Erbaa ve Niksar Devlet Hastaneleri Palyatif Bakım Servislerinde çalışan Hemşirelere yapmayı planladığı "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun Bakım Davranışlarına Etkisi" isim tez çalışması Müdürlüğümüzce incelenmiş yapılmış yönünde izin verilmiştir.

Bu kapsamda; Başvuru formu içinde yer alan araştırmacıya ait protokol gereği çalışma sonuçları çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2(iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporları Müdürlüğümüze yayım izni için başvurusu gerekmekte olup, durum hakkında ilgili araştırmacı ve danışman bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Can Gökay YILDIZ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bu belge, gizli değilken ınca ile kullanılmalıdır.
Belge dağıtılma kodu: C3C2750-2CC3-4380-40 18-B.3060 10 0000
Belge dağıtılma adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakimligi-ol>

Sayı



Ek 13: Kurum İzni



T.C.
AMASYA VALİRLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-91196320-604.01-281602599
Konu : Askeri İmza Sıralı BÖLÜT

10.07.2025

Sayın Sıralı BÖLÜT
(Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Taşlı Çiftlik Yerleşkesi TOKAT)

İlgi : 04.07.2025 tarihli ve E.68724985-000-281120974 sayılı dilekçeniz.

Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenniylik Düzeyi ve Merhamet Yönelimlerinin Bakım Davranışlarına Etkisi" konulu araştırma talebiniz 08.07.2025 tarihinde Bilimsel Araştırma Danışma Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Bölgelerimiz sunular.

Dr. Dursun KOÇ
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 1700002025-1170-4748-0410-000000000000

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik/bakanligi-efes>

Fakülte: [Redacted]

İstanbul: [Redacted]

Adres: [Redacted]

Kayıt Adresi: [Redacted]



Ek 14: Kurum İzni

 **T.C.
CORUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü** 

Sayı : E-85322798-770-283277919
Konu : Bilimsel Çalışma On İzin (Serdal BOLAT)

28.07.2025

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığı Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Serdal BOLAT'ın araştırmacılığında "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükennemlilik Düzeyi ve Mehmet Yorgunluğunun Bakım Davranışlarına Etkisi" isimli araştırmaya Başkanlığımıza bağlı Erat Olçuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Özümanlı Devlet Hastanesi, Alaca Devlet Hastanesi, Sungurlu Devlet Hastanesi, Atıf Hoca Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servislerinde yapılabilmesi için on izin verilmesi hakkındaki 23.07.2025 E-85601924-000-282940906 sayılı talep yazısı, On İzin Formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje On İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Molga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091.010.4683 sayılı yazısında, yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilerin ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonuçların kurumun bilgisi dışında ilanı edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya On İzin verilmesi tarafımıza uygun görülmüştür.

Makamınıza uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hüseyin GÖKSAL
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

Dr. İlker BİRTEK
Sağlık Hizmetleri Başkan Vekili
Üye

Hasan KASIM
Destek Hizmetleri Başkanı
Üye

OLUR
Dr. Hüseyin GÖKSAL
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan V.



Ek 15: Gönüllü Katılım Formu

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ Sosyal ve Beşeri Bilimler Gönüllü Katılım Formu	Doküman No	TOGÜ FRM 428
		İlk Yayın Tarihi	15.11.2024
		Revizyon Tarihi	07.04.2025
		Revizyon No	01
		Sayfa No	1/1

Sizi "Palyatif Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğunun, Bakım Davranışlarına Etkisi" başlıklı bilimsel araştırmaya davet ediyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu nedenle çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmaya karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

Araştırmanın amacı palyatif bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ve merhamet yorgunluğunun bakım davranışlarına etkisi incelenecektir.

Araştırma palyatif bakım servislerinde çalışan hemşireler üzerinde gerçekleştirilecektir. Araştırma kapsamında size/sizinle tahmini olarak 5 dakika sürecek bir anket uygulanacaktır.

Araştırma süresince sizden beklenen, kimseyle baskısı veya telkini altında olmadan size en uygun gelen cevapları vermenizdir. Araştırma sürecinde kimliğiniz ve toplanan veriler tamamen gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, elde edilecek bilgiler bilimsel amaçla kullanılacak ve çalışma tamamlandıktan sonra imha edilecektir. Araştırma katılımcılar üzerinde herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Bununla birlikte çalışmanın herhangi bir aşamasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmadan çekilmek istediğinizde bu durumu uygulamayı yapacak araştırmacıya söylemeniz yeterlidir. Araştırmayla ilgili sormak istediğiniz konu ve sorular hakkında aşağıda iletişim bilgileri verilen araştırmacı/araştırmacılar ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Araştırma ekibinin			
Adı ve soyadı	Telefon numarası	E-posta	İletişim adresi
Serdar BOLAT	[Redacted]	[Redacted]	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tıp Fakültesi, 60250 TOKAT / TÜRKİYE

Bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmanın kapsamı ve riskleri hakkında araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Araştırma esnasında verilerin ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmasına izin veriyorum. Kayıt altına alınan verilerin ve verdiğim bilgilerin anonimleştirilerek bilimsel amaçlı çalışmalarda kullanılmasını kabul ediyorum.

..... (Tarih)

Katılımcının Adı-Soyadı

İmzası

* Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi ilgili yasal mevzuat ve yönergeler gereğince hazırlanmıştır.
Bu dokümanın baskılı hali kontrolde tutulmuş kabul edilmektedir. Tutarlı web sitesinden erişim veritabanına alınmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Öğrenim Bilgileri

İş Deneyimi
