

## A Study on Compassion Fatigue in Health Workers During the COVID-19 Pandemic\*

Mehmet Akif Çakmak<sup>a</sup>  Tahsin İlhan<sup>b</sup> 

<sup>a</sup> *Psychologist, Ministry of Health, Tokat, Türkiye, mehmet\_akif89@hotmail.com*

<sup>b</sup> *Prof. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa University, Tokat, Türkiye, tahsin.ilhan@gop.edu.tr*

### ABSTRACT

The aim of this study is to examine compassion fatigue and its sub-dimensions in healthcare professionals on the basis of personal and professional information. The study designed as survey research involved 697 health professionals from a range of professions, mainly nurses, doctors, and midwives. The Compassion Fatigue-Short Scale and Personal Information Form prepared by the researchers were used as data collection instruments. The research data were collected through a digitally created questionnaire form. IBM SPSS 25.0 was used for data analysis. Independent groups *t*-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and Kruskal-Wallis H-test were used to answer the problems put forward in the research questions. It was found that compassion fatigue and its subscale scores differed significantly according to gender, education level, occupation, working time (night shift - day shift), intention to leave the job, perceived workload, and job stress. On the other hand, marital status and length of service did not lead to a significant difference in compassion fatigue and subscale scores. The results were discussed in light of the existing research, and recommendations were presented in the final section as part of the findings.

**Article Type**  
Research

**Article Background**  
Received:  
10.07.2023  
Accepted:  
15.02.2024

**Keywords**  
COVID-19, Compassion  
Fatigue, Burnout,  
Secondary Traumatic  
Stress, Healthcare  
Workers

**To cite this article:** Çakmak, M. A. & İlhan, T. (2024). A study on compassion fatigue in health workers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Turkish Education Sciences*, 12 (2), 584-612. <https://doi.org/10.46778/goputeb.1325100>

**Corresponding Author:** Mehmet Akif Çakmak, e-mail: [mehmet\\_akif89@hotmail.com](mailto:mehmet_akif89@hotmail.com)

\* This article is based on the master's thesis completed by the first author under the supervision of the second author

## Introduction

Today's world has brought many diversifications and innovations to healthcare services. The prolonged duration of treatment and care for both patients and healthcare workers leads to more suffering for patients and necessitates employees to be with them more throughout this process (Meadors & Lamson, 2008). As a result, the challenges and risks in healthcare become more striking (Volpe et al., 2014).

The relationship between caregivers and patients, the pain experienced and witnessing that pain are stress factors for healthcare personnel, making it difficult to provide appropriate care to patients (Dalgali & Gürses, 2018). Healthcare professionals who are exposed to intense job stress, excessive demands, and pressure may develop negative reactions to their work over time (Leka et al., 2003). Feelings of burnout and inefficiency, work avoidance, and tardiness can be given as examples (Bolivar et al., 2007). One of the reactions that caregivers develop due to intense job stress is compassion fatigue, and this concept is described as the cost of caring (Figley, 1995). Decreased ability to help, prolonged stress, and, most importantly, burnout are some examples of the cost of caring (Figley, 2002).

Compassion fatigue is a relatively new concept formed by the combination of the words *compassion* and *fatigue* (Coetzee & Klopper, 2010). The first word, *compassion*, is described as a mental orientation that allows one to recognize pain, understand the universality of human suffering, and face one's pain with empathy, calmness, and patience (Feldman & Kuyken, 2011). Compassion is a fundamental quality that promotes healthy interaction between caregivers and care recipients and provides a successful healing environment (Murphy, 2014). In this context, compassion has a direct impact on the quality of care (Kret, 2011) and contributes to the establishment of mutual trust in this process (Petleski, 2013). However, empathy and compassion-based relationships with patients may lead to negative consequences in terms of emotional integrity, quality of care, patient safety, and caregiver satisfaction over time (Bao & Taliaferro, 2015). It is at this point that the second word of the concept comes to the fore.

The second word of the concept, *fatigue*, is defined in the dictionary as "the decrease in the level of efficiency of the individual in terms of mental and physical activities due to reasons such as work, exhaustion" (Turkish Language Association [TDK], 2022). It refers to the stage where the caregiver is out of the healing process and cannot provide the necessary compassionate care to meet the patient's needs (Petleski, 2013). In this context, the stress, difficulty, and distress caused by caring for someone with psychological or physical problems is explained by the concept of compassion fatigue (Thomas & Wilson, 2004).

The caregiver's intense exposure to the care recipient's distress becomes an occupational hazard threatening mental health over time (Adams et al., 2006). Helping professionals may become traumatized over time depending on their empathic and compassionate behaviors, resulting in inadequate self-care, increased self-sacrifice in the workplace (Lombardo & Eyre, 2011), and barriers to helping (Aycock & Boyle, 2009). In addition, examples include appearing reluctant and unpleasant when providing care, feeling unwell, and lack of interest in individuals (Jenkins & Warren, 2012). This range of negative outcomes points to the concepts of compassion fatigue, vicarious trauma, emotional contagion, secondary trauma, and burnout (Huggard, 2004; Bride et al., 2007; Sabo, 2006).

There is growing interest in the literature on the disturbing effects of healthcare professionals witnessing patient trauma (Huggard, 2004). Bellolio et al. (2014), in a study of emergency medicine residents, found that night shift workers were more vulnerable to the risk of compassion fatigue and had higher levels of burnout. Baird and Jenkins (2003) found that burnout and secondary trauma symptoms were more prevalent in young counselors, citing low job satisfaction, increased turnover, absenteeism, and deterioration of service care as examples. In a study of certified intensive care nurses, Maiden et al. (2011) reported higher levels of compassion fatigue among those intending to resign. In addition, studies of compassion fatigue conducted with individuals who are not healthcare professionals also have an important place in the literature. Robinson (2005) examined compassion fatigue among 184 public school teachers, counselors, and administrators and found that 33% were at a relatively high risk of compassion fatigue. A study of secondary traumatic stress in lawyers dealing with domestic violence cases reported that 47% of participants showed symptoms of traumatic stress (Slattery & Goodman, 2009).

From a health systems perspective, an uncontrollable process such as a pandemic is recognized as a major source of stress for health professionals (De los Santos & Labrague, 2020). In this regard, healthcare workers who were at the forefront of the COVID-19 pandemic faced serious physical threats as well as mental health problems (Lai et al., 2020; Adams & Walls, 2020). In fact, the pandemic process has led to increased levels of anxiety, stressful workload, stress reactions, and compassion fatigue among healthcare workers (Franza et al., 2020). Excessive workload and stress-related symptoms have made healthcare workers particularly vulnerable to psychological distress (Xiang et al., 2020). Furthermore, healthcare workers who played an active role in the pandemic were found to continue to show symptoms of PTSD, depression, anxiety, and stress after the emergency had ended (Li et al., 2020).

In this context, the study aimed to investigate compassion fatigue in healthcare workers during a global pandemic such as COVID-19, based on personal and professional variables. In this context, answers were sought to the following research questions.

1. Do the participants' compassion fatigue total score and subscale scores (secondary traumatic stress and burnout) differ significantly according to some demographic variables (gender, marital status, education level)?
2. Do the participants' compassion fatigue total score and subscale scores differ significantly according to some occupational variables (profession, length of service, working time, intention to leave, perceived workload, job stress level)?

## Method

### Research Model

The survey research methodology was used in this study. In this research design, a survey is conducted in a universe consisting of a large number of elements on the entire universe or a group of samples selected from it in order to make general judgments about the universe (Karasar, 2007). In the current study, this method was employed to address whether compassion fatigue differs regarding personal and professional information.

## **Working Group**

The study involved healthcare professionals in Türkiye. To mitigate the challenges and risks posed by COVID-19, participants were contacted through their personal mobile phones and social media accounts, including Facebook, WhatsApp, and Telegram. Of the total participants, 74.5% (n=519) were female and 25.5% (n=178) were male. The majority of participants (n=576; 82.6%) held a bachelor's degree or higher. Based on professional information, nurses had the highest participation rate in the study at 31.7% (n=221), while physiotherapists had the lowest at 3.2% (n=22). Additionally, midwives (n=86) accounted for 12.3%, health officers (n=26) for 3.7%, physicians (n=130) for 18.7%, ATT-paramedics (n=24) for 3.4%, health technicians (n=81) for 11.6%, medical secretaries (n=24) for 3.4%, and psychologists (n=30) for 4.3%. The study found that 33.7% (n=235) of the participants had a length of service of 20 years or more, while 9% (n=63) had a length of service of one year or less. Additionally, 37.7% (n=263) of the personnel work during night shifts.

## **Data Collection Instruments**

Personal information form including various demographic variables and The Compassion Fatigue-Short Scale (CF-SS) were used as data collection instruments.

### *Personal Information Form*

It includes several questions about participants' personal characteristics (gender, marital status, education level) and professional status (profession, length of service, working time, intention to leave, perceived workload, job stress level).

### *The Compassion Fatigue-Short Scale*

Adams, Boscarino, and Figley (2006) developed a self-report assessment scale that asks participants to rate their experiences on a 10-point Likert-type scale ranging from never (1) to very often (10). The scale comprises two subscales: secondary trauma and occupational burnout. The sentences and paragraphs create a logical flow of information with causal connections between statements. The scale does not have a scoring algorithm or cut-off point. The lowest score is 13, and the highest score is 130. The higher the score, the higher the individual's level of compassion fatigue. The scale was adapted into Turkish by Dinç and Ekinçi (2019). The subscales of the scale had Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.80 to 0.90, which is considered sufficient for internal reliability (Adams et al., 2006). The study found Cronbach's alpha coefficients of .80 for the secondary trauma subscale, .87 for the occupational burnout subscale, and .90 for the entire scale.

## **Data Collection**

The study data were collected between February and March 2021, based on the relevant letter from the Tokat Gaziosmanpaşa University Graduate School of Education Directorate and the ethics committee decision dated 05.02.2021 and numbered 01-18. The link to the Google Drive Forms, along with a brief explanation of the research's purpose, confidentiality principles, and voluntary participation, was sent to individuals in the study group via personal messaging applications and shared in social media groups (Facebook, WhatsApp, and Telegram), requesting their participation in the research. The method was chosen to ensure participant comfort, sincere responses, minimal distractions, and to avoid risking participant health during the epidemic. The first page of the form stated the principles of confidentiality and voluntariness, and an informed consent form was presented to participants.

## Data Analysis

Statistical analyses were conducted using the IBM SPSS 25.0. The significance level was set at .05. Normality assumptions were determined by examining kurtosis-skewness values, histogram graphs, and normal q-q plots. T-tests and ANOVA were used for normally distributed data, while the Kruskal Wallis H test was used for non-normally distributed data. The analysis examined the differences between compassion fatigue and its subscales based on the personal and professional information of the participants.

## Findings

In this section, descriptive statistics and differences in compassion fatigue and subscale scores according to the mentioned variables are included.

Table 1

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Gender*

Variables	Gender	<i>n</i>	$\bar{x}$	sd	df	<i>t</i>	<i>P</i>
Compassion Fatigue	Female	519	69.90	23.92	695	5.00	.000*
	Male	178	59.56	23.58			
Secondary Traumatic Stress	Female	519	26.87	10.13	695	5.46	.000*
	Male	178	22.16	9.32			
Burnout	Female	519	43.04	15.64	695	4.13	.003*
	Male	178	37.40	15.82			

Before conducting the analysis, a normality test was performed. The results showed that the significance value (*p*) was greater than 0.05, the skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a normal distribution. Based on these results, an independent group t-test was conducted. Table 1 shows that there are significant differences in compassion fatigue ( $t_{(695)} = 5.00$ ,  $p < .05$ ), secondary traumatic stress ( $t_{(695)} = 5.46$ ,  $p < .05$ ), and burnout scores ( $t_{(695)} = 4.13$ ,  $p < .05$ ) between male and female healthcare workers. Specifically, female personnel ( $\bar{x} = 69.90$ ;  $\bar{x} = 26.87$ ;  $\bar{x} = 43.04$ ) had higher scores in compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout compared to male personnel ( $\bar{x} = 59.56$ ;  $\bar{x} = 22.16$ ;  $\bar{x} = 37.40$ ).

Table 2

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Marital Status*

Variables	Marital Status	<i>n</i>	$\bar{x}$	sd	df	<i>t</i>	<i>p</i>
Compassion Fatigue	Single	249	66.53	24.84	695	.593	.553
	Married	448	67.66	23.91			
Secondary Traumatic Stress	Single	239	24.93	10.07	695	1.428	.154
	Married	428	26.07	10.16			
Burnout	Single	239	41.60	16.33	695	.005	.996
	Married	428	41.60	15.62			

\* $p < .05$

Prior to conducting the analysis, it was established that the significance value (*p*) in the normality test exceeded 0.05, the skewness and kurtosis values were within the range of -2 to +2, and the histogram and normal q-q plot indicated a normal distribution. Therefore, an independent group t-test was performed. Based on the results presented in Table 2, there is no significant difference in

compassion fatigue ( $t_{695} = .59, p > .05$ ), secondary traumatic stress ( $t_{695} = 1.43, p > .05$ ), and burnout scores ( $t_{695} = .005, p > .05$ ) among healthcare professionals based on their marital status ( $p > .05$ ).

Tablo 3

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Educational Status*

Variables	Groups	n	$\bar{x}$	sd	df	F	p	Significant Difference
Compassion Fatigue	High school (1)	37	66.97	26.27				
	Associate degree (2)	84	62.55	24.45	4			2<4
	Bachelor's degree (3)	422	66.81	24.15	692	2.66	.032*	
	Master's degree (4)	105	73.54	23.22	696			
	PhD (5)	49	65.96	23.56				
Secondary Traumatic Stress	High school	37	25.24	9.84				
	Associate degree	84	24.86	10.76	4			
	Bachelor's degree	422	25.23	10.19	692	2.70	.030*	3<4
	Master's degree	105	28.62	9.48	696			
Burnout	High school	37	41.73	17.57				
	Associate degree	84	37.70	15.19	4			2<4
	Bachelor's degree	422	41.58	15.75	692	2.45	.045*	
	Master's degree	105	44.92	15.55	696			
	PhD	49	41.20	16.35				

\* $p < .05$

Prior to analysis, the normality test showed that the significance value (p) was greater than 0.05, the skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a normal distribution. In this respect, One-way ANOVA was performed. Analyzing the results in Table 3, it can be seen that compassion fatigue differs significantly according to educational status ( $F_{(4, 692)} = 2.66, p < .05$ ). The results of the Bonferroni multiple comparison test indicate that staff with an associate degree ( $\bar{x} = 62.55$ ) had lower scores than staff with a master's degree ( $\bar{x} = 73.54$ ).

Similarly, the scores for secondary traumatic stress varied significantly based on educational status ( $F_{(4, 692)} = 2.70, p < .05$ ). The results of the Bonferroni multiple comparison test indicate that graduates with a bachelor's degree ( $\bar{x} = 25.23$ ) had lower scores than those with a master's degree ( $\bar{x} = 28.62$ ).

Additionally, burnout scores also varied significantly based on educational status ( $F_{(4, 692)} = 2.45, p < .05$ ). The Bonferroni multiple comparison test results indicate that healthcare workers with an associate degree ( $\bar{x} = 37.70$ ) experience lower levels of compassion fatigue than those with a master's degree ( $\bar{x} = 44.92$ ).



Table 4

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Profession*

Variable	Groups	n	Rank Mean	X <sup>2</sup>	df	p	Significant Difference
Compassion Fatigue	Nurse (1)	221	406.4	63.1	9	.00	1> 3,4, 6, 7, 8
	Midwife (2)	86	377.2				2> 3,6, 8
	Health officer (3)	26	236.5				3< 4, 5
	Doctor (4)	130	349.6				4> 8
	Emergency MT (5)	24	422.5				5> 6, 8
	Health Technician (6)	81	305.5				6> 8
	Medical Secretary (7)	24	311.4				-
	Psychologist (8)	30	189.2				8< 9
	Physiotherapist (9)	22	320.6				-
	Other (10)	53	270.0				-
Secondary Traumatic Stress	Nurse	221	406.2	64.5	9	.00	1> 3, 4, 6, 7, 8, 9
	Midwife	86	382.6				2> 3, 6, 7, 8
	Health officer	26	246.0				3< 4, 5
	Doctor	130	355.4				4> 8, 9
	Emergency MT	24	401.2				5> 6, 7, 8
	Health Technician	81	306.7				6> 8
	Medical Secretary	24	283.9				-
	Psychologist	30	176.9				-
	Physiotherapist	22	295.7				-
	Other	53	280.8				-
Burnout	Nurse	221	399.4	48.8	9	.00	1> 3, 4, 6, 8
	Midwife	86	372.3				2> 3, 6, 8
	Health officer	26	244.6				3< 4, 5
	Doctor	130	345.1				4> 8
	Emergency MT	24	422.7				5> 6, 8
	Health Technician	81	310.1				6> 8
	Medical Secretary	24	334.4				-
	Psychologist	30	218.9				-
	Physiotherapist	22	340.0				-
	Other	53	271.6				-

\**p*<.05

Before conducting the analysis, it was observed that the significance value (*p*) in the normality test was less than 0.05, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a non-normal distribution. Therefore, a Kruskal Wallis H test was performed. In all three dimensions, Table 4 shows that psychologists have the lowest mean rank. The results suggest that the levels of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout vary depending on the profession of the personnel (*p*< .05). High scores were observed, particularly among nurses, midwives, and paramedics. There were differences in all three subscales between different professional groups.

Table 5

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Length of Service*

Variables	Groups	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>sd</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Significant Difference
Compassion Fatigue	≤ 1	63	64.43	24.48				-
	2-7	148	66.09	23.60	4			-
	8-13	126	68.72	22.93	692	.799	.526	-
	14-19	125	65.65	24.33	696			-
	20 ≥	235	68.83	25.24				-
Secondary Traumatic Stress	≤ 1	63	24.49	9.74				-
	2-7	148	24.34	9.83	4			-
	8-13	126	25.86	9.66	692	2.129	.076	-
	14-19	125	24.98	10.18	696			-
Burnout	20 ≥	235	27.08	10.56				-
	≤ 1	63	39.94	16.29				-
	2-7	148	41.75	15.50	4			-
	8-13	126	42.87	15.10	692	.493	.741	-
	14-19	125	40.66	15.80	696			-
	20 ≥	235	41.76	16.47				-

\**p*<.05

A normality test was performed prior to the analysis and the results showed that the significance value (*p*) was greater than 0.05, the skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a normal distribution. Based on these results, a one-way ANOVA was conducted. Upon examining the results presented in Table 5, it is evident that there is no significant difference in the levels of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout among healthcare professionals based on their length of service (*p* > .05).

Table 6

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Working Time*

Variables	Working Time	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>sd</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Compassion Fatigue	Night shift	263	71.57	23.57	695	3.69	.000*
	Day shift	434	64.66	24.29			
Secondary Traumatic Stress	Night shift	263	27.49	10.10	695	3.74	.000*
	Day shift	434	24.56	10.01			
Burnout	Night shift	263	44.08	15.20	695	3.24	.001*
	Day shift	434	40.09	16.10			

\**p*<.05

Normality tests were carried out prior to analysis, showing that significance levels (*p*) were above 0.05, skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and histograms and normal q-q plots were normal. On the basis of these results, an independent groups t-test was conducted. Table 6 shows that healthcare professionals' compassion fatigue ( $t_{(695)} = 3.70$ , *p* < .05), secondary traumatic stress ( $t_{(695)} = 3.74$ , *p* < .05), and burnout scores ( $t_{(695)} = 3.24$ , *p* < .05) differ significantly based on their working time. Night shift workers ( $\bar{x} = 71.57$ ;  $\bar{x} = 27.49$ ;  $\bar{x} = 44.08$ ) had higher compassion fatigue, secondary traumatic stress and burnout scores than day shift workers ( $\bar{x} = 64.66$ ;  $\bar{x} = 24.56$ ;  $\bar{x} = 40.09$ ).



Table 7

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Intention to Leave the Job*

Variable	Groups	n	$\bar{x}$	sd	df	F	p	Significant Difference
Compassion Fatigue	Never (1)	288	54.30	21.19	2	114.9	.00*	1<2, 1<3,
	Sometimes (2)	170	68.26	21.21	694			2<3
Mostly (3)	239	82.16	20.72	696	-			
Secondary Traumatic Stress	Never	288	21.26	9.02	2	50.54	.00*	1<2, 1<3,
	Sometimes	170	26.40	9.69	694			2<3
	Mostly	239	29.95	9.86	696			-
Burnout	Never	288	32.63	13.98	2	139.0	.00*	1<2, 1<3,
	Sometimes	170	41.86	13.03	694			2<3
	Mostly	239	52.21	13.02	696			-

\*p<.05

Prior to the analysis, the normality test indicated a normal distribution, as the significance value (p) was greater than 0.05, and the skewness and kurtosis values were between -2 and +2. Therefore, a one-way ANOVA was carried out. Upon examining the analysis results in Table 7, it is evident that the levels of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout among healthcare workers vary significantly based on the intensity of their intention to leave their job (p< .05). To analyze which groups the difference arising as a result of one-way ANOVA originated from, the Bonferroni test was employed, and it was observed that the difference between all response levels was significant (p<.05). Generally when an individual considers leaving their job, their scores for compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout increase significantly.

Table 8

*Comparison of CF-SS and its Subscales by Perceived Workload*

Variable	Groups	n	$\bar{x}$	sd	df	F	P	Significant Difference
Compassion Fatigue	Light (1)	174	51.33	21.26	2	84.00	.000*	1<2,1<3
	Medium (2)	243	65.79	21.23	694			2<3
	Heavy (3)	280	78.44	22.56	696			-
Secondary Traumatic Stress	Light	174	20.17	8.71	2	52.96	.000*	1<2,1<3
	Medium	243	25.15	8.72	694			2<3
	Heavy	280	29.52	9.24	696			-
Burnout	Light	174	31.16	14.18	2	84.23	.000*	1<2,1<3
	Medium	243	40.64	14.10	694			2<3
	Heavy	280	48.92	14.41	696			-

\*p< .05

Before conducting the analysis, a normality test was performed. The results showed that the significance value (p) was greater than 0.05, the skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a normal distribution. One-way ANOVA was conducted to examine the results of the analyses in Table 8. The scores for compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout among healthcare workers were found to differ significantly based on their perception of workload (p< .05). To determine the origin of the difference, a Bonferroni test, one of the Post Hoc tests, was performed for all three dimensions, yielding the same results. The study found that personnel who perceived their workload as light had lower scores for compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout ( $\bar{x}$ = 51.33;  $\bar{x}$ = 20.17;

$\bar{x}$ = 31.16, respectively) compared to those who perceived their workload as medium ( $\bar{x}$ = 65.79;  $\bar{x}$ = 25.15;  $\bar{x}$ = 40.64, respectively) or heavy ( $\bar{x}$ = 78.44;  $\bar{x}$ = 29.52;  $\bar{x}$ = 48.92, respectively). Similarly, personnel who perceived their workload as medium ( $\bar{x}$ = 65.79;  $\bar{x}$ = 25.15;  $\bar{x}$ = 40.64, respectively) scored lower in all three dimensions compared to those who perceived their workload as heavy ( $\bar{x}$ = 78.44;  $\bar{x}$ = 29.52;  $\bar{x}$ = 48.92, respectively).

Table 9

*Comparison of CF-SS and Its Subscales by Job Stress Level*

Variables	Groups	N	$\bar{x}$	sd	df	F	p	Significant Difference
Compassion Fatigue	Low (1)	188	49.21	20.34	2	149.76	.000*	1<2,1<3
	Medium (2)	234	64.40	19.57	694			2<3
	High (3)	275	82.04	20.84	696			-
Secondary Traumatic Stress	Low	188	19.34	8.71	2	91.41	.000*	1<2,1<3
	Medium	234	24.74	8.61	694			2<3
	High	275	30.77	9.58	696			-
Burnout	Low	188	29.87	13.55	2	148.21	.000*	1<2,1<3
	Medium	234	39.66	13.22	694			2<3
	High	275	51.27	13.19	696			-

\* $p < .05$ 

Before conducting the analysis, a normality test was performed. The results showed that the significance value (p) was greater than 0.05, the skewness and kurtosis values were between -2 and +2, and the histogram and normal q-q plot graph indicated a normal distribution. Therefore, one-way ANOVA was conducted to examine the relationship between perceived job stress and the levels of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout among healthcare workers. Table 9 shows a significant difference ( $p < .05$ ) in the levels of these three dimensions based on perceived job stress. To determine the origin of this difference, a Bonferroni test was performed as one of the Post Hoc tests, which yielded the same results for all three dimensions. The study found that personnel who reported low levels of job stress had lower scores for compassion fatigue, secondary traumatic stress, and burnout compared to those who reported medium or high levels of job stress. Similarly, personnel who experienced moderate job stress had lower scores in all three dimensions compared to those who reported high job stress.

## Discussion

The study evaluated the levels of compassion fatigue among healthcare workers during the COVID-19 pandemic, considering various variables. The analysis revealed a significant difference in compassion fatigue and its subscales regarding gender, with women reporting higher averages. It is worth noting that the literature presents conflicting results on this matter. Petleski (2013) investigated the impact of gender on compassion fatigue among emergency nurses and found that male nurses had higher burnout and secondary traumatic stress scores. Howard et al. (2015) conducted a study on individuals working with children in the foster family system and found that women exhibited higher secondary traumatic stress symptoms compared to men. However, Stamm (2010) confirmed that the gender of therapists is not related to secondary trauma and burnout levels. Currently, there is a high level of compassion fatigue among female employees, which suggests that the responsibilities and demands associated with gender roles are complex (Kariuki et al., 2017). It

is commonly believed that women are socially sensitive and susceptible to hurt, while men are strong.

In the study, it was found that the marital status of healthcare professionals did not lead to a difference in the level of compassion fatigue. There are studies that are consistent with this finding (Büyükbodur, 2018; Uslu & Korkmaz, 2020). At first glance, one might think that a healthy family climate motivates employees in the work environment and makes them more adept at managing stress and solving problems. On the other hand, a study of nurses found that being married was a predictor of high levels of compassion fatigue (Ruiz-Fernández et al., 2020). At this point, it can be assumed that married individuals may experience financial difficulties and family conflicts, be exposed to more stress due to family responsibilities, and as a result of the reflection of this in the workplace, the decrease in productivity and quality of communication at work brings the risk of compassion fatigue for healthcare professionals.

The other sub-problem examined in the study was the significant difference in compassion fatigue and its subscales according to educational status. It was found that associate degree graduates had lower scores than master's degree graduates on the compassion fatigue and burnout dimensions. In addition, in the secondary traumatic stress dimension, the average score for bachelor's graduates was significantly lower than that of master's graduates. On the other hand, one study reported that counselors with relatively higher levels of education showed fewer indirect trauma symptoms (Baird & Jenkins, 2003). On the contrary, one study suggests that mental health workers with higher levels of education have higher levels of compassion fatigue and burnout (Sprang et al., 2007). Higher levels of education may lead to an increase in the individual's problems related to the functioning of the workplace and career expectations, and the stress responses that arise within this framework may increase the individual's susceptibility to burnout and compassion fatigue.

The results of the study show that the length of professional service does not lead to a significant difference in compassion fatigue and its subscales. In fact, a study conducted with therapists shows the same result (Craig & Sprang, 2010). On the other hand, there are also studies indicating that nurses with a relatively short length of service experience more compassion fatigue (Sung et al., 2012; Sprang et al., 2007). It has also been suggested that individuals with long work experience learn to enjoy their profession and cope better with occupational stressors, thus developing a more positive perspective (Fulk, 2014).

The study found that the mean scores of those working at night were higher than those working during the day for all three dimensions. Consistent with this finding, one study found that nurses working at night had significantly higher compassion fatigue scores than nurses working only during the day (Ruiz-Fernández et al., 2020). On the other hand, there are also studies that compared the compassion fatigue scores of nurses working only during the day and nurses working day and night and found no significant difference (Oktay, 2018; Abendroth & Flannery, 2006). In this framework, it can be assumed that the disadvantages associated with night shifts are largely eliminated, and a safe and healthy working environment is established.

The study found that as the intensity of the individual's intention to leave their jobs increased, compassion fatigue and its subscale scores also increased significantly. There are mixed results in the literature. One study found that there was no significant difference in the compassion fatigue scores of nurses with regard to resignation (Severn et al., 2012). In another study, nurses who intended to resign reported higher compassion fatigue scores (Maiden et al., 2011). A study of nurses during the MERS pandemic confirmed a significant and positive relationship between PTSD symptoms and intent to quit (Jung et al., 2020). It is an obvious fact that the demand for healthcare

workers has increased significantly during the COVID-19 period. It can be said that the impact of the pandemic has seriously challenged workers both physically and mentally. At this point, people who want to quit their jobs, but feel they cannot find another job and feel obliged to work may be more susceptible to compassion fatigue. Particularly in the early stages, when the disease was spreading very rapidly, working people may have felt more anxious and worried about themselves and their loved ones, given the continuing uncertainty and increase in cases and deaths.

The final sub-problem of the study was to examine the differences between compassion fatigue and its subscales according to perceived job stress and, in simple terms, it was found that individuals with high job stress scored higher on all three dimensions. There are many studies in the literature that support this finding. A study conducted with audiologists reported that compassion fatigue, burnout, and decreased compassion satisfaction were observed as due to job stress (Severn et al., 2012). In general, it is stated that stress is a part of life, and if it is not managed, it can lead to problems such as dissatisfaction with work, absenteeism, intention to quit, reduced productivity, and reduced service quality (Thomas & Wilson, 2004).

### **Conclusion and Recommendations**

The results of this study indicate the role of some personal and professional characteristics of the individual in the development process of compassion fatigue. Marital status and length of service did not lead to a significant difference in compassion fatigue and subscale scores. On the other hand, it was determined that compassion fatigue and subscale scores differed according to gender, education level, occupation, perception of workload, working status (shift-day), job stress, and intention to leave. In the study, the compassion fatigue score of female staff was found to be higher than that of male staff. In this regard, it is thought that it is important to consider characteristics such as gender roles and coping styles as the reason for the differences in terms of gender in order to make different explanations.

In the study, it was determined that compassion fatigue was significantly higher in individuals who thought that the workload was relatively heavy. From this point of view, it can be considered that healthcare workers are more psychologically fragile while performing their duties during events that affect masses of people, such as natural disasters and epidemics. In this respect, ensuring fair and equitable employment and task sharing will be important in terms of protecting the service quality and compassionate caregiving level of healthcare professionals. From this point of view, it is important to analyze the factors that constitute problems and obstacles in terms of protecting the service quality and compassionate caregiving level of healthcare professionals and to develop systematic and continuous policies in this direction.

The study found that personnel working at night had significantly higher compassion fatigue scores. Therefore, it is crucial to protect the well-being of on-call employees by implementing practices that prevent compassion fatigue. For instance, management can organize shift schedules in accordance with human physiology and psychology and ensure adequate staffing levels.

As employees experience increased job stress, their risk of developing compassion fatigue also increases. Therefore, creating a work environment that minimizes stress and enables employees to perform their duties with motivation can help prevent compassion fatigue and burnout. Additionally, developing employees' coping skills for stress can provide protection against compassion fatigue and its subscales.

The study revealed that individuals with high resignation intention had relatively high compassion fatigue scores. However, the reasons for their intention to quit were not investigated as it was not the aim of this study. Future qualitative studies can explore this issue further. Considering that compassion fatigue is a cumulative and progressive process, it is important for employees to be aware of its signs, triggers, and prevention methods to cope with this challenge. Additionally, systematic support mechanisms should be established for staff experiencing compassion fatigue.

The study has some limitations in terms of study group, method, and measurement instruments. Firstly, the sample of the study consists of healthcare professionals and in this respect, it would be useful to conduct the study with other professionals in order to compare the results and increase generalizability. Secondly, since the study is based on survey research, it does not present a cause-and-effect relationship between the dependent and independent variables. An experimental study can be designed to reveal a real cause-and-effect relationship between compassion fatigue and other independent variables. In addition, although valuable results were obtained in terms of literature in this study, there are limitations in providing in-depth data due to the nature of quantitative studies. In this regard, the compassion fatigue of healthcare workers during the COVID-19 pandemic can be explored in depth with qualitative studies.

This study was conducted among health professionals, including psychologists. However, there are many professions that are at risk of compassion fatigue. Psychological counselors working in schools or psychological counseling centers also belong to this group. From this perspective, the study of compassion fatigue and its subscales on the basis of many professionals who are currently in the risk group, including psychological counselors, will contribute to the literature.

**Ethics Committee Approval:** Gaziosmanpaşa University Graduate Education Directorate's letter dated 04.01.2021 and numbered 2 Number of decisions: 01-18

**Author Contributions:** **Mehmet Akif akmak:** Conceptualization, Design, Supervision, Resources, Material, Data Collection and/or Process, Analysis and/or Interpretation, Literature Review, Writing, Critical Review. **Tahsin İlhan:** Conceptualization, Design, Supervision, Data Collection and/or Process, Analysis and/or Interpretation, Literature Review, Writing, Critical Review.

**Conflict of Interest:** The authors declare that there is no potential conflict of interest.

## COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Şefkat Yorgunluğu Üzerine Bir İnceleme\*

Mehmet Akif Çakmak<sup>a</sup>  Tahsin İlhan<sup>b</sup> 

<sup>a</sup> Psikolog, Sağlık Bakanlığı, Tokat, Türkiye, [mehmet\\_akif89@hotmail.com](mailto:mehmet_akif89@hotmail.com)

<sup>b</sup> Prof. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat, Türkiye, [tahsin.ilhan@gop.edu.tr](mailto:tahsin.ilhan@gop.edu.tr)

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarını kişisel ve mesleki bilgiler temelinde incelemektir. Tarama modelinin kullanıldığı araştırmada hemşireler, hekimler ve ebeler başta olmak üzere farklı meslek grubundaki 697 sağlık personeli yer almıştır. Veri toplama aracı olarak Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek ve araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Araştırma verileri, dijital olarak oluşturulmuş anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Veri analizi için IBM SPSS 25.0 kullanılmıştır. Araştırmada öne sürülen problemleri cevaplamak için bağımsız gruplar *t*-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, çalışma durumu (nöbetli-gündüz), işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı ve iş stresine göre anlamlı farklılaştığı belirlenmiştir. Öte yandan medeni durum ve görev süresinin şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür. Bulgular var olan araştırma sonuçlarına dayanarak tartışılmış ve son bölümde sonuçlar çerçevesinde öneriler sunulmuştur.

### MAKALE BİLGİSİ

#### Makale Türü

Araştırma

#### Makale Geçmişi

Gönderim tarihi:

10.07.2023

Kabul tarihi:

15.02.2024

#### Anahtar Kelimeler

COVID-19, Şefkat Yorgunluğu, Tükenmişlik, İkincil Travmatik Stres, Sağlık Çalışanları

**Atıf Bilgisi:** Çakmak, M. A. ve İlhan, T. (2024). COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında şefkat yorgunluğu üzerine bir inceleme. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12 (2), 584-612. <https://doi.org/10.46778/goputeb.1325100>

**Sorumlu yazar:** Mehmet Akif Çakmak, e-posta: [mehmet\\_akif89@hotmail.com](mailto:mehmet_akif89@hotmail.com)

\* Bu makale ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazarın tamamladığı yüksek lisans tezine dayanmaktadır.



## Giriş

Günümüz dünyası, sağlık hizmetlerine birçok farklılaşma ve yenilik getirmiştir. Hem hasta hem de sağlık çalışanı için uzayan tedavi ve bakım süresi, hastaların daha fazla acı duymasına yol açmakta ve çalışanların bu süreçte onlarla daha fazla birlikte olmalarını zorunlu kılmaktadır (Meadors ve Lamson, 2008). Bu nedenle sağlık hizmetlerindeki güçlükler ve riskler daha çarpıcı bir hâl almaktadır. (Volpe ve diğerleri, 2014).

Bakım veren ile hasta arasındaki ilişki, yaşanan acılar ve o acılara tanıklık edilmesi sağlık personeli için stres unsurudur ve hastalara uygun bakım verilmesini güçleştirmektedir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Yoğun iş stresine, aşırı talep ve baskıya maruz kalan sağlık çalışanları bilgi ve becerilerine uygun olmayan tepkiler verebilmektedir (Leka ve diğerleri, 2003). Tükenmişlik ve verimsizlik hissi, işten uzak durma ve işe geç kalma tepkileri buna örnek olarak gösterilebilir (Bolivar ve diğerleri, 2007). Bakım verenin yoğun iş stresine bağlı olarak gelişen tepkilerden biri de şefkat yorgunluğudur ve bu kavram bakım verme bedeli olarak tarif edilmektedir (Figley, 1995). Bakım verenlerde yardım etme yeteneğinde azalma, uzun süreli stres ve en önemlisi tükenmişlik hâli, bakım verme bedeline yönelik birkaç örnektir (Figley, 2002).

Şefkat yorgunluğu *şefkat* ve *yorgunluk* kelimelerinin birlikte kullanımı ile oluşan görece yeni bir kavramdır (Coetzee ve Klopper, 2010). İlk kelime *şefkat* acıyı tanıma, insan ıstırabının evrenselliğini anlama ve kişinin acısını empati, sakinlik ve sabır ile karşılama imkânı tanıyan zihinsel yönelim olarak tarif edilmektedir (Feldman ve Kuyken, 2011). Şefkat, bakım verenler ile bakım görenlerin sağlıklı etkileşimini teşvik eden ve başarılı bir iyileşme ortamı sağlayan temel bir niteliktir (Murphy, 2014). Bu bağlamda şefkatin, bakım verme kalitesine doğrudan etkisi vardır (Kret, 2011) ve bu süreçte karşılıklı güven duygusunun yerleşmesine katkıda bulunur (Petleski, 2013). Ancak hastalarla kurulan empati ve şefkat temelli ilişki zaman içinde duygusal bütünlük, bakım kalitesi, hasta güvenliği ve bakım verenin memnuniyeti açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir (Bao ve Taliaferro, 2015). İşte bu noktada kavramın ikinci kelimesi gündeme gelmektedir.

Kavramın ikinci kelimesi *yorgunluk* sözlükte *çalışma vb. sebeplerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması, bitaplık* diye tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2022). Bakım verenin iyileştirici sürecin dışına çıktığı, hastanın ihtiyaçlarına cevap vermek ve bunlarla ilgilenmek için gerekli ve şefkatli bakımı sağlayamadığı aşamadan bahsedilmektedir (Petleski, 2013). Bu bağlamda psikolojik ya da fiziksel problemi olan birine bakmanın yol açtığı stres, güçlükler ve sıkıntılar şefkat yorgunluğu kavramı ile açıklanmaktadır (Thomas ve Wilson, 2004).

Bakım veren kişinin, bakım görenlerin sıkıntılarına yoğun derecede maruz kalması zaman içinde psikolojik sağlığı tehdit eden mesleki bir riske dönüşmektedir (Adams ve diğerleri, 2006). Yardım mesleği elemanları empati kurma ve şefkat gösterme davranışlarına bağlı olarak zaman içinde travmatize olabilir ve bunun sonucunda yetersiz öz bakım, işyerinde artan özveri (Lombardo ve Eyre, 2011) ve yardım etme becerisinde engeller ortaya çıkabilir (Aycok ve Boyle, 2009). Bunun yanı sıra bakım verirken isteksiz ve keyifsiz görünme, kendini iyi hissetmeme, bireylere yönelik ilgisizlik örnek olarak gösterilebilir (Jenkins ve Warren, 2012). Bu olumsuz sonuçlar dizisi alanyazında şefkat yorgunluğu, dolaylı travma, duygusal bulaşma, ikincil travma ve tükenmişlik kavramları ile ifade edilmektedir (Huggard, 2004; Bride ve diğerleri, 2007; Sabo, 2006).

Alanyazında; sağlık çalışanlarının, hastaların travmalarına tanıklık etmesinin rahatsız edici etkisine yönelik ilgi her geçen gün artmaktadır (Huggard, 2004). Bellolio ve diğerleri (2014) acil tip asistan

hekimleriyle yaptığı çalışmada gece vardiyasında çalışanların şefkat yorgunluğu riskine daha açık olduğunu ve yüksek tükenmişlik seviyesine sahip olduğunu bulmuştur. Baird ve Jenkins (2003) genç danışmanlarda tükenmişliğin ve ikincil travma belirtilerinin daha çok görüldüğünü ifade etmiş ve buna örnek olarak düşük iş tatmini, artan iş devri, devamsızlık ve hizmet-bakımının kötüleşmesi belirtilerini sunmuştur. Maiden ve diğerleri (2011) sertifikalı yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı araştırmada istifa etme niyetinde olanların daha yüksek şefkat yorgunluğu skorları bildirmiştir. Bunların yanı sıra alanyazında şefkat yorgunluğu ile ilgili olarak sağlık çalışanı olmayan bireylerle yapılan araştırmalar da önemli yer tutmaktadır. Robinson (2005), şefkat yorgunluğunu 184 devlet okulu öğretmeni, danışmanı ve idareciler arasında incelemiş ve % 33'ünde şefkat yorgunluğu riskinin görece yüksek olduğu bulunmuştur. Aile içi şiddet davalarına bakan avukatlarda ikincil travmatik stresin incelendiği bir çalışmada katılımcıların % 47'sinin travmatik stres belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Slattery ve Goodman, 2009).

Sağlık sistemleri temelinde değerlendirildiğinde pandemi gibi kontrolü zor bir süreç, sağlık çalışanları için önemli bir stres unsuru olarak kabul edilmektedir (De los Santos ve Labrague, 2020). Bu bakımdan COVID-19 hastalığıyla ön safta mücadele eden sağlık çalışanları ciddi fiziksel tehditlerin yanı sıra ruh sağlığı sorunlarıyla baş başa kalmıştır (Lai ve diğerleri, 2020; Adams ve Walls, 2020). Öyle ki pandemi süreci, sağlık çalışanlarının anksiyete seviyesinin, stresli iş yükünün, strese verilen tepkilerinin ve şefkat yorgunluğu düzeyinin artmasına neden olmuştur (Franza ve diğerleri, 2020). Aşırı iş yükü ve strese bağlı belirtiler sağlık çalışanlarının özellikle psikolojik sıkıntılara daha savunmasız hale gelmesine yol açmıştır (Xiang ve diğerleri, 2020). Dahası, pandemide aktif rol oynayan sağlık çalışanlarının acil durum sona ermesine rağmen TSSB, depresyon, anksiyete ve stres belirtileri göstermeye devam ettiği belirlenmiştir (Li ve diğerleri, 2020).

Bu bağlamda çalışmada COVID-19 gibi tüm dünyayı etkileyen bir pandemi döneminde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, kişisel ve mesleki değişkenler temelinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

1. Katılımcıların şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı demografik değişkenlere (cinsiyet, medeni durum, öğrenim seviyesi) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
2. Katılımcıların şefkat yorgunluğu toplam puan ve alt boyut puanları, bazı mesleki değişkenlere (mesleki durum, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi seviyesi) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

## Yöntem

### Araştırma Modeli

Bu araştırmada genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modeli çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel yargıya varmak amacıyla, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinden yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2007). Bu araştırmada şefkat yorgunluğunun; kişisel ve mesleki bilgilere göre farklılaşma durumu ele alındığı için bu model kullanılmıştır.

## Çalışma Grubu

Araştırmanın katılımcıları Türkiye'deki sağlık personelleridir. COVID-19 sürecinin beraberinde getirdiği zorluklar ve riskler hesaba katılarak katılımcılar ile kişisel cep telefonları ve sosyal medya hesapları (Facebook, WhatsApp, Telegram) üzerinden bağlantı kurulmuştur. Katılımcıların % 74,5'i ( $n=519$ ) kadın; %25,5'i ( $n=178$ ) erkektir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ( $n=576$ ; % 82,6) lisans ve üstü bir programdan mezun olmuştur. Mesleki bilgiler temelinde bakıldığında çalışmaya en yüksek katılımın % 31,7 ile ( $n=221$ ) hemşirelerden; en az katılımın ise % 3,2 ile ( $n=22$ ) fizyoterapistlerden olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra ebeler ( $n=86$ ) % 12,3'lük, sağlık memurları ( $n=26$ ) % 3,7'lik, hekimler ( $n=130$ ) % 18,7'lik, ATT-paramedikler ( $n=24$ ) % 3,4'lük, sağlık teknikerleri ( $n=81$ ) % 11,6'lık, tıbbi sekreterler ( $n=24$ ) % 3,4'lük, psikologlar ( $n=30$ ) % 4,3'lük katılım sağlamıştır. Katılımcıların % 33,7'sinin ( $n=235$ ) 20 yıl ve üstü; % 9'unun ise ( $n=63$ ) bir yıl ve azı görev süresinin olduğu belirlenmiştir. Personelin % 37,7'si ( $n=263$ ) nöbet usulü çalışmaktadır.

## Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, çeşitli demografik değişkenleri içeren Kişisel bilgi formu ve katılımcıların şefkat yorgunluğu düzeylerini ölçmek için Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ) kullanılmıştır.

## Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların kişisel özelliklerine (cinsiyet, medeni hâl, öğrenim durumu) ve mesleki durumlarına (mesleği, görev süresi, çalışma usulü, işten ayrılma düşüncesi, iş yükü algısı, iş stresi seviyesi) ilişkin çeşitli sorular içermektedir.

## Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek

Adams, Boscarino ve Figley (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, öz bildirim değerlendirmesi niteliğinde olup katılımcılardan deneyimlerine göre puan vermeleri istenir. 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. Ölçeğin herhangi bir puanlama algoritması ve kesme noktası yoktur, en düşük puan 13 en yüksek puan 130 olarak belirlenmiştir, puan arttıkça bireyin şefkat yorgunluğu düzeyinin arttığı anlaşılır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Dinç ve Ekinci (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları 0.80'den 0.90'a kadar değiştiği belirlenmiştir ve bu aralık iç güvenilirlik için yeterli olarak yorumlanmaktadır (Adams ve diğerleri, 2006). Bu çalışma için Cronbach alfa katsayıları, ikincil travma alt boyutu için .80, mesleki tükenmişlik altboyutu için .87 ve ölçeğin tümü için .90 olarak bulunmuştur.

## Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri TOĞÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün ilgili yazısı ve 05.02.2021 tarih ve 01-18 karar sayılı etik kurul kararı esas alınarak 2021 yılı şubat-mart aylarında toplanmıştır. Google Drive Formlarda oluşturulan ve araştırmanın hedefine, gizlilik ve gönüllülük ilkesine dair kısa açıklamanın olduğu link, çalışma grubundaki bireylerin gerek kişisel mesajlaşma uygulamalarına iletilerek gerekse sosyal medya gruplarında (Facebook, WhatsApp, Telegram) paylaşarak araştırmaya katılmaları talep edilmiştir. Bu yöntemin seçilmesinde; bireyin katılım esnasında kendisini rahat hissedeceği, daha samimi cevap vereceği, dikkat dağıtıcı unsurların daha az olacağı düşüncesi ve bilhassa salgın sürecinde bireylerin sağlığını riske atmama hassasiyeti etkili olmuştur. Ayrıca katılımcılara, formun ilk sayfasında gizlilik ve gönüllülük ilkesi ifade edilmiş ve kendilerine bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur.

## Verilerin Analizi

Ölçme araçlarından elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık testleri için  $p$  değeri asgari düzey olan .05 olarak kabul edilmiştir. Normallik varsayımlarının tespiti için basıklık-çarpıklık değerleri, histogram grafiği, normal q-q plot incelenmiştir. Normal dağılımın olduğu durumlarda  $t$ -testi ve ANOVA; aksi durumda ise Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır. Analizlerde şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının, katılımcıların kişisel ve mesleki bilgilerine göre farklılaşma durumu incelenmiştir.

## Bulgular

Bu bölümde tanımlayıcı istatistiklere, şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanları bahsi geçen değişkenlere göre farklılaşma durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 1

### MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılığı

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

\* $p < .05$

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin ( $p$ ) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan bağımsız gruplar  $t$ -testi yapılmıştır.

Tablo 1'de görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ( $t_{(695)} = 5.00$ ,  $p < .05$ ), ikincil travmatik stres ( $t_{(695)} = 5.46$ ,  $p < .05$ ) ve tükenmişlik puanları ( $t_{(695)} = 4.13$ ,  $p < .05$ ) cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Kadın personelin şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları sırasıyla ( $\bar{x} = 69.90$ ;  $\bar{x} = 26.87$ ;  $\bar{x} = 43.04$ ) erkek personele göre ( $\bar{x} = 59.56$ ;  $\bar{x} = 22.16$ ;  $\bar{x} = 37.40$ ) daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2

### MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Medeni Hâle Göre Farklılığı

Değişkenler	Medeni Hâl	$n$	$\bar{x}$	ss	sd	$t$	$p$
Şefkat Yorgunluğu	Bekâr	249	66.53	24.84	695	.593	.553
	Evli	448	67.66	23.91			
İkincil Travmatik Stres	Bekâr	239	24.93	10.07	695	1.428	.154
	Evli	428	26.07	10.16			
Tükenmişlik	Bekâr	239	41.60	16.33	695	.005	.996
	Evli	428	41.60	15.62			

\* $p < .05$

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin ( $p$ ) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan bağımsız gruplar t-testi yapılmıştır. Tablo 2'deki sonuçlara göre sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ( $t_{(695)} = .59, p > .05$ ), ikincil travmatik stres ( $t_{(695)} = 1.43, p > .05$ ) ve tükenmişlik puanları ( $t_{(695)} = .005, p > .05$ ) medeni hâle göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ( $p > .05$ ).

Tablo 3

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Öğrenim Duruma Göre Farklılığı*

Değişkenler	Gruplar (öğrenim durumu)	$n$	$\bar{x}$	$ss$	$Sd$	$F$	$p$	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	Lise (1)	37	66.97	26.27				-
	Ön lisans (2)	84	62.55	24.45	4			2<4
	Lisans (3)	422	66.81	24.15	692	2.66	.032*	-
	Yüksek lisans (4)	105	73.54	23.22	696			-
	Doktora (5)	49	65.96	23.56				-
İkincil Travmatik Stres	Lise	37	25.24	9.84				-
	Ön lisans	84	24.86	10.76	4			-
	Lisans	422	25.23	10.19	692	2.70	.030*	3<4
Tükenmişlik	Yüksek lisans	105	28.62	9.48	696			-
	Doktora	49	24.76	9.39				-
	Lise	37	41.73	17.57				-
	Ön lisans	84	37.70	15.19	4			2<4
	Lisans	422	41.58	15.75	692	2.45	.045*	-
	Yüksek lisans	105	44.92	15.55	696			-
	Doktora	49	41.20	16.35				-

\* $p < .05$ 

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin ( $p$ ) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Tablo 3'teki bulgular incelendiğinde şefkat yorgunluğunun öğrenim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ( $F_{(4, 692)} = 2.66, p < .05$ ). Bonferroni çoklu karşılaştırma testi sonuçları ön lisans mezunu personelin ( $\bar{x} = 62.55$ ) yüksek lisans mezunu personele ( $\bar{x} = 73.54$ ) göre daha düşük puan aldığına işaret etmektedir.

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

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

Tablo 4

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Mesleki Duruma Göre Farklılığı*

Değişkenler	Gruplar (meslek)	<i>n</i>	Sıra Ort.	$X^2$	<i>Sd</i>	<i>p</i>	Anlamlı Fark
Şefkat Yorgunluğu	Hemşire (1)	221	406.4	63.1	9	.00	1> 3,4, 6, 7, 8
	Ebe (2)	86	377.2				2> 3,6, 8
	Sağlık memuru (3)	26	236.5				3< 4, 5
	Hekim (4)	130	349.6				4> 8
	Acil tıp teknisyeni (5)	24	422.5				5> 6, 8
	Sağlık teknikeri (6)	81	305.5				6> 8
	Tıbbi sekreter (7)	24	311.4				-
	Psikolog (8)	30	189.2				8< 9
	Fizyoterapist (9)	22	320.6				-
	Diğer (10)	53	270.0				-
İkincil Travmatik Stres	Hemşire	221	406.2	64.5	9	.00	1> 3, 4, 6, 7, 8, 9
	Ebe	86	382.6				2> 3, 6, 7, 8
	Sağlık memuru	26	246.0				3< 4, 5
	Hekim	130	355.4				4> 8, 9
	Acil tıp teknisyeni	24	401.2				5> 6, 7, 8
	Sağlık teknikeri	81	306.7				6> 8
	Tıbbi sekreter	24	283.9				-
	Psikolog	30	176.9				-
Tükenmişlik	Fizyoterapist	22	295.7	-			
	Diğer	53	280.8	-			
	Hemşire	221	399.4	48.8	9	.00	1> 3, 4, 6, 8
	Ebe	86	372.3				2> 3, 6, 8
	Sağlık memuru	26	244.6				3< 4, 5
	Hekim	130	345.1				4> 8
	Acil tıp teknisyeni	24	422.7				5> 6, 8
	Sağlık teknikeri	81	310.1				6> 8
Tıbbi sekreter	24	334.4	-				
Psikolog	30	218.9	-				
Fizyoterapist	22	340.0	-				
Diğer	53	271.6	-				

\**p*<.05

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin (*p*) 0.05'ten küçük olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal olmayan dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan Kruskal Wallis H yapılmıştır. Tablo 4'te görüldüğü üzere üç boyutta da en düşük sıra ortalamasına psikologlar sahiptir. Analizler; şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin personelin hangi mesleği icra ettiğine göre farklılaştığına işaret etmektedir (*p*<.05). Özellikle hemşireler, ebeler ve acil tıp teknisyeni-paramediklerin yüksek puanlar aldıkları ve birçok meslek grubuna göre üç boyutta da farklılaşma olduğu gözlemlenmiştir.



Tablo 5

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Görev Süresine Göre Farklılığı*

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

\* $p < .05$

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin ( $p$ ) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Tablo 5'teki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin görev süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p > .05$ ).

Tablo 6

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının Çalışma Usulüne Göre Farklılığı*

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

\* $p < .05$

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin ( $p$ ) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan bağımsız gruplar t-testi yapılmıştır. Tablo 6'da görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu ( $t_{(695)} = 3.70$ ,  $p < .05$ ), ikincil travmatik stres ( $t_{(695)} = 3.74$ ,  $p < .05$ ) ve tükenmişlik puanları ( $t_{(695)} = 3.24$ ,  $p < .05$ ) nöbet tutup tutmamaya göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Nöbet tutan sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının (sırasıyla  $\bar{x} = 71.57$ ;  $\bar{x} = 27.49$ ;  $\bar{x} = 44.08$ ) gündüz çalışanlara göre ( $\bar{x} = 64.66$ ;  $\bar{x} = 24.56$ ;  $\bar{x} = 40.09$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 7

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İşten Ayrılma Düşüncesine Göre Farklılığı*

Değişkenler	Gruplar (İşten ayrılma)	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>sd</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Anlamli Fark
Şefkat Yorgunluğu	Hiç (1)	288	54.30	21.19	2	114.9	.00*	1<2, 1<3,
	Bazen (2)	170	68.26	21.21	694			2<3
	Çok (3)	239	82.16	20.72	696			-
İkincil Travmatik Stres	Hiç	288	21.26	9.02	2	50.54	.00*	1<2, 1<3,
	Bazen	170	26.40	9.69	694			2<3
	Çok	239	29.95	9.86	696			-
Tükenmişlik	Hiç	288	32.63	13.98	2	139.0	.00*	1<2, 1<3,
	Bazen	170	41.86	13.03	694			2<3
	Çok	239	52.21	13.02	696			-

\**p*<.05

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin (*p*) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Tablo 7'deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin işten ayrılma düşüncesinin yoğunluğuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir (*p*<.05). Tek yönlü ANOVA sonucu ortaya çıkan farklılığın, hangi gruplardan kaynaklandığı Bonferroni testi sonuçları ile incelenmiş ve bütün cevap düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (*p*<.05). Genel ifadeyle bireyin işten ayrılma düşüncesi arttıkça şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanları anlamlı olarak yükselmektedir.

Tablo 8

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Yükü Algısına Göre Farklılığı*

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

\**p*<.05

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin (*p*) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Tablo 8'deki analiz sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanlarının iş yükü algısına göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir (*p*<.05). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Bonferroni

testi yapılmış ve üç boyut için de aynı sonuçları vermiştir. Buna göre hafif düzeyde iş yükü olduğunu düşünen personelin (sırasıyla  $\bar{x}$ = 51.33;  $\bar{x}$ = 20.17;  $\bar{x}$ = 31.16) orta (sırasıyla  $\bar{x}$ = 65.79;  $\bar{x}$ = 25.15;  $\bar{x}$ = 40.64) ve ağır iş yükü olduğunu düşünen personele (sırasıyla  $\bar{x}$ = 78.44;  $\bar{x}$ = 29.52;  $\bar{x}$ = 48.92) göre şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer anlamda orta iş yükü olduğunu düşünen personelin (sırasıyla  $\bar{x}$ = 65.79;  $\bar{x}$ = 25.15;  $\bar{x}$ = 40.64), üç boyuttaki puanları ağır iş yükü olduğunu düşünen personele göre (sırasıyla  $\bar{x}$ = 78.44;  $\bar{x}$ = 29.52;  $\bar{x}$ = 48.92) daha düşüktür.

Tablo 9

*MY-KÖ ve Alt Boyutlarının İş Stresine Göre Farklılığı*

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

\**p*< .05

Analiz öncesinde, normallik testinde anlamlılık değerinin (*p*) 0.05'ten büyük, çarpıklık-basıklık değerlerinin -2 ilâ +2 arasında olduğu ve histogram ile normal q-q plot grafiğinin normal dağılıma işaret ettiği görülmüştür. Bu bakımdan tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Tablo 9'da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeyleri algılanan iş stresine göre anlamlı farklılık göstermektedir (*p*< .05). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit edilmesi amacıyla Post Hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmış ve üç boyut için de aynı sonuçları vermiştir. Bu çerçevede düşük düzeyde iş stresi yaşadığını düşünen personelin orta ve yüksek iş stresi yaşadığını ifade eden personele göre şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer anlamda orta düzeyde iş stresi yaşayan personelin üç boyuttaki puanları yüksek iş stresi yaşadığını ifade düşünen personele göre daha düşüktür.

## Tartışma

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi dönemindeki şefkat yorgunluğu düzeyleri bazı değişkenler açısından ele alınmıştır. Analizde şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve kadınların ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Alanyazında bu bağlamda farklı sonuçlar yer almaktadır. Petleski (2013) acil servis hemşirelerinin şefkat yorgunluğunu ele aldığı çalışmada erkek hemşirelerin, daha yüksek tükenmişlik ve ikincil travmatik stres puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Howard ve diğerleri (2015) ise koruyucu aile sistemi çerçevesinde çocuklarla çalışan bireylerle yapılan araştırmada kadınların erkeklere kıyasen daha yüksek ikincil travmatik stres belirtileri sergilediği belirlenmiştir. Öte yandan Stamm (2010) terapistlerin cinsiyetinin, ikincil travma ve tükenmişlik düzeyleriyle ilişkili olmadığını doğrulamıştır. Bu noktada kadın çalışanlarda şefkat yorgunluğu düzeyininin

yüksek olması cinsiyet rollerinin beraberinde getirdiği sorumluluk ve taleplerin karmaşık olmasına işaret etmektedir (Kariuki ve diğerleri, 2017). Yaygın başka bir inanç; kadının toplumsal anlamda hassas ve incinmeye açık olduğu, erkeğin ise güçlü olduğu yönündedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının medeni durumunun şefkat yorgunluğu düzeyinde bir farklılaşmaya yol açmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç ile tutarlılık arz eden çalışmalar vardır (Büyükbodur, 2018; Uslu ve Korkmaz, 2020). İlk bakışta sağlıklı aile ikliminin, çalışanları iş yeri ortamında motive ettiği ve stres yönetme ve problemleri çözüme anlamında daha becerikli kıldığı düşünülebilir. Öte yandan hemşirelerle yapılan bir çalışma, evli olmanın yüksek şefkat yorgunluğunun yordayıcısı olduğunu belirlemiştir. (Ruiz-Fernández ve diğerleri, 2020). Bu noktada evli bireylerin olası maddi güçlükler ve aile içi çatışmalar yaşaması, aile sorumluluklarına bağlı olarak daha fazla strese maruz kalması ve bunun iş yerine yansımaları sonucu işteki verimliliğin ve kaliteli iletişimin düşmesi, sağlık çalışanları için şefkat yorgunluğu riskini beraberinde getirdiği düşünülebilir.

Araştırmada diğer alt problem olarak şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının, öğrenim durumuna göre anlamlı farklılaşmasına bakılmıştır. Bu bağlamda şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik boyutunda ön lisans mezunlarının yüksek lisans mezunlarına göre daha düşük puan aldığı görülmüştür. Ayrıca ikincil travmatik stres boyutunda lisans mezunlarının ortalaması yüksek lisans mezunlarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Öte yandan bir çalışmada öğrenim düzeyi görece yüksek danışmanların daha az dolaylı travma belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Baird ve Jenkins, 2003). Tersini nitelikte yüksek tahsilli ruh sağlığı çalışanlarında daha yüksek şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik görüldüğünü belirten çalışma da vardır (Sprang ve diğerleri, 2007). Öğrenim durumunun yüksekliği bireyin iş yerindeki işleyişe dair sorunluklarının artmasına ve kariyer beklentilerinin yükselmesine ve bu çerçevede ortaya çıkan stres tepkilerinin, bireyin tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu hassasiyetini artmasına yol açabilir.

Çalışmanın bulguları, mesleki hizmet süresinin şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarında anlamlı farklılaşmaya yol açmadığını göstermektedir. Nitekim terapistlerle yapılan bir çalışma aynı yönde sonuca işaret etmektedir (Craig ve Sprang, 2010). Öte yandan hizmet süresi görece kısa olan hemşirelerin daha fazla şefkat yorgunluğu yaşadığını belirleyen araştırmalar da vardır (Sung ve diğerleri, 2012; Sprang ve diğerleri, 2007). Uzun çalışma deneyimi olan bireylerin, mesleğini icra ederken keyif almayı ve mesleki stres unsurlarıyla daha iyi başa çıkmayı öğrendikleri ve böylece daha olumlu bir bakış açısı geliştirdikleri de ifade edilmektedir (Fulk, 2014).

Araştırmada nöbetli çalışan bireylerin puan ortalamalarının üç boyut için de gündüz çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçla tutarlı olarak bir çalışmada nöbet tutan hemşirelerin sadece gündüz çalışanlara kıyasen şefkat yorgunluğu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir (Ruiz-Fernández ve diğerleri, 2020). Öte yandan sadece gündüz çalışan hemşirelerle gece ve gündüz çalışan hemşirelerin şefkat yorgunluğu puanları karşılaştırıldığı ve anlamlı bir farkın bulunmadığı çalışmalar da vardır (Oktay, 2018; Abendroth ve Flannery, 2006). Bu çerçevede nöbetli çalışan bireylerin vardiyalarının doğasında olan dezavantajların yüksek oranda ortada kaldırıldığı, güvenli ve sağlıklı bir iş yeri ortamı oluşturulduğu düşünülebilir.

Çalışmada bireyin işten ayrılmayı düşünme yoğunluğu yükseldikçe şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının da anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Alanyazında ise bu bağlamda farklı sonuçlar yer almaktadır. Bir çalışmada hemşirelerin istifa etme açısından şefkat yorgunluğu puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur (Severn ve diğerleri, 2012). Başka bir çalışmada ise istifa etme niyeti olan hemşireler daha yüksek şefkat yorgunluğu puanları bildirmiştir (Maiden ve

diğerleri, 2011). MERS salgını sırasında hemşirelerle yapılan bir çalışmada, TSSB belirtileri ile işten ayrılma niyeti arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu doğrulanmıştır (Jung ve diğerleri, 2020). COVID-19 döneminde sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın anlamlı olarak arttığı apaçık bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Pandeminin etki gücü çalışanları fiziksel ve mental anlamda ciddi düzeyde zorladığı söylenebilir. Bu noktada işten ayrılmaya niyetli olan ve fakat farklı iş bulamayacağını düşünen ve kendini çalışmak zorunda hisseden bireyler şefkat yorgunluğu yönünde daha yüksek hassasiyet yaşamış olabilirler. Özellikle hastalığın yayılımının çok hızlı olduğu ilk dönemde belirsizliğin sürmesi, vakaların ve ölümlerin artması hesaba katıldığında çalışan bireyler kendileri ve sevdikleri için daha fazla korku ve kaygıya kapılmış olabilir.

Çalışmada son alt problem olarak şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının iş stresi algısına göre farklılaşma durumu incelenmiş ve basit ifadeyle iş stresi yüksek olan bireyler üç boyutta da daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Alanyazında bu sonucu destekler nitelikte birçok çalışma vardır. Odyologlarla yapılan çalışmada, iş stresinin bir sonucu olarak şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve azalan şefkat doyumunun gözlemlendiğini bildirilmiştir (Severn ve diğerleri, 2012). Genel anlamıyla stresin yaşamın bir parçası olduğu ve yönetilemediği takdirde iş yaşamında memnuniyetsizlik, iş devamsızlığı, işten ayrılma niyeti, üretkenliğin azalması ve hizmet kalitesinde düşme gibi sorunlara yol açabileceğini ifade edilmektedir (Thomas ve Wilson, 2004).

## Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları bireyin kişisel ve mesleki anlamda bazı özelliklerinin şefkat yorgunluğunun gelişim sürecinde oynadığı role işaret etmektedir. Medeni durum ve görev süresinin ise şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmüştür. Öte yandan şefkat yorgunluğu ve alt boyut puanlarının cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, iş yükü algısı, çalışma durumu (nöbet-gündüz), iş stresine ve işten ayrılma düşüncesine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışmada kadın personelin şefkat yorgunluğu puanı erkek personele göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çerçevede cinsiyet açısından farklılaşmanın nedeni olarak cinsiyet rolleri ve başa çıkma tarzları gibi özelliklerin de ele alınması, farklı açıklamalar yapma açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada iş yükünün görece ağır olduğunu düşünen bireylerin şefkat yorgunluğunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle doğal afet ve salgın gibi toplumun geniş kitlesini etkileyen olaylarda sağlık çalışanlarının görevlerini icra ederken psikolojik açıdan daha kırılgan oldukları düşünülebilir. Bu bakımdan, istihdam ve görev paylaşımının adil ve hakkaniyetli sağlanması sağlık çalışanlarının hizmet kalitesinin ve şefkatli bakım verme düzeyinin korunması açısından önemli olacaktır. Bu bakış açısıyla sağlık çalışanlarının hizmet kalitesinin ve şefkatli bakım verme düzeyinin korunması açısından sorun ve engel teşkil eden unsurların çözümlenmesi ve bu yönde sistemli ve süreklilik arz eden politikaların geliştirilmesi önemli görülmektedir.

Çalışmada nöbet usulüyle çalışan personelin şefkat yorgunluğu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çerçevede nöbet tutan çalışanların bireysel iyilik halinin korunması ve böylece şefkat yorgunluğunu engelleyici nitelikte uygulamaların devreye alınması büyük önem arz etmektedir. Söz gelimi nöbet çizelgesinin insan fizyolojisi ve psikolojisine uygun düzenlenmesi ve bu noktada gerekli personel sayısının yönetim tarafından sağlanmış olması büyük rol oynayacaktır.



Çalışanlar için iş stresi yükseldikçe şefkat yorgunluğu düzeyi de artmaktadır. Bu bakımdan iş stresinden olabildiğince uzak iş yeri ortamının tesis edilmesi ve çalışanların görevlerini motive bir şekilde icra edebilecekleri iş yeri ortamının hazırlanması şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin önlenmesine yardımcı olabilir. Çalışanlar özelinde ise bireylerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesi şefkat yorgunluğu ve alt boyutları açısından koruyucu bir nitelik sağlayacaktır.

Çalışmada dikkat çekici sonuçlardan biri de istifa niyeti yüksek olan bireylerin şefkat yorgunluğu puanlarının görece yüksek çıkmasıdır. Fakat mesleklerinden ayrılma niyetinin nedenleri bu çalışmanın bir amacı olmadığı için araştırılmamıştır. İleride bu konuya yönelik nitel çalışmalar yapılabilir. Ayrıca şefkat yorgunluğunun birikimli ve ilerleyici bir süreç olduğu hesaba katıldığında, bu zorlayıcı süreç ile baş etmek için çalışanların şefkat yorgunluğunun işaretleri, tetikleyici unsurları ve nasıl önlenebileceği noktasında farkındalık kazanması önemli görülmektedir. Buna ek olarak bu yönde sorun yaşayan personeller için sistemli destek mekanizmalarının oluşturulması işlevsel olacaktır.

Bu araştırma; çalışma grubu, yöntem ve ölçme araçları açısından bazı sınırlılıklar taşımaktadır. Birincisi, çalışmanın örneklemini sağlık çalışanları oluşturmaktadır ve bu bakımdan çalışmanın başka meslek mensuplarıyla yapılması sonuçların karşılaştırılması ve genellenebilirliğin artırılması açısından faydalı olacaktır. İkincisi, çalışma genel tarama modeline dayalı olduğu için bağımlı ve bağımsız değişken arasında neden-sonuç ilişkisi sunmamaktadır. Şefkat yorgunluğu ile diğer bağımsız değişkenler arasında gerçek anlamda bir neden-sonuç ilişkisini ortaya koymak için deneysel bir çalışma tasarlanabilir. Ayrıca bu çalışmada her ne kadar alanyazın açısından değerli sonuçlara ulaşılsa da nicel çalışmaların doğası gereği derinlemesine veri sağlama konusunda sınırlıklar bulunmaktadır. Bu bakımdan yapılacak nitel çalışmalarla sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisinde şefkat yorgunlukları derinlemesine araştırılabilir.

Bu çalışma psikologların da içinde bulunduğu sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüştür. Ne var ki şefkat yorgunluğu riskiyle baş başa kalan birçok meslek vardır. Okullarda veya psikolojik danışma merkezlerinde hizmet veren psikolojik danışmanlar da bu grupta yer almaktadır. Buradan hareketle şefkat yorgunluğu ve alt boyutlarının psikolojik danışmanlar dâhil olmak üzere bu noktada risk grubunda yer alan birçok meslek mensubu temelinde incelenmesi alanyazına katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Müdürlüğü'nün 04.01.2021 tarih ve 2 sayılı yazısı Karar sayısı: 01-18

**Araştırmacıların Katkı Oranı:** Mehmet Akif Çakmak: Konsept, Tasarım, Denetim, Kaynaklar, Malzemeler, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz ve/veya Yorum, Literatür Taraması, Yazma, Eleştirel İnceleme. **Tahsin İlhan:** Konsept, Tasarım, Denetim, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz ve/veya Yorum, Literatür Taraması, Yazma, Eleştirel İnceleme.

**Çatışma Beyanı:** Yazarlar potansiyel bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

## References

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356. <https://doi.org/10.1097/00129191-200611000-00007>



- 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. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2) 183-191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18, 71-86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>
- Bellolio, M. F., Cabrera, D., Sadosty, A. T., Hess, E. P., Campbell, R. L., Lohse, C. M., & Sunga, K. L. (2014). Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 629. <https://doi.org/10.5811/westjem.2014.5.21624>
- Bao, S., & Taliaferro, D. (2015). Compassion fatigue and psychological capital in nurses working in acute care settings. *International Journal of Human Caring*, 19(2), 35-40. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.19.2.35>
- Bolivar, M. P., Cruz, J. P., & Rodríguez, L. A. (2007). Psychosocial risk in the nursing personnel of a health care provider. <https://proceedings.systemdynamics.org/2017/proceed/papers/P1402.pdf>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Büyükbodur, A. Ç. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi. [Examining of psychological resilience and secondary traumatic stress on social workers]* [Unpublished doctoral dissertation]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Coetsee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Dalgali, B., & Gürses, İ. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. [Nature and importance of compassion in health care] *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 181-204. <https://doi.org/10.30561/sinopusd.426996>
- Dinç, S., & Ekinci, M. (2019) Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. [Turkish adaptation, validity and reliability of compassion fatigue short scale] *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 192-202. <https://doi.org/10.18863/pgy.590616>
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12(1),143-155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fulk, B. L. A. (2014). *Compassion fatigue in clinical psychologists*. [Unpublished doctoral dissertation]. Southern Illinois University at Edwardsville.
- Howard, A. R. H., Parris, S., Hall, J. S., Call, C. D., Razuri, E. B., Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2015). An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers. *Children and Youth Services Review*, 57, 141-148.
- Huggard, P. (2004). Compassion fatigue: how much can I give?. In communication, relationships and care (pp. 204-207). Routledge.
- Jenkins, B., & Warren, N. A., (2012). Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses, *critical care nursing quarterly*, 35: 388- 395. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318268fe09>.
- Jung, H., Jung, S. Y., Lee, M. H., & Kim, M. S. (2020). Assessing the presence of post- traumatic stress and turnover intention among nurses post-Middle East respiratory syndrome outbreak: the importance of supervisor support. *Workplace health & safety*, 68(7), 337-345. <https://doi.org/10.1177/2165079919897693>

- Karasar, N. (2014). Bilimsel araştırma yöntemi, [Scientific research method] Nobel Yayınları.
- Kariuki, J. N., Chege, K., Adeli, S., & James, M. K. (2017). The predictive role of age and gender in the development of compassion fatigue among health care professions in Moi teaching and referral hospital Eldoret–Kenya. *African Journal of Education, Science and Technology*, 4(1), 187-194.
- Kret, D. D. (2011). The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *Medsurg Nursing*, 20(1).
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). Work organisation and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. World Health Organization.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., ... Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- Maiden, J., Georges, J. M., & Connelly, C. D. (2011). Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(6), 339-345. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31822fab2a>.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Murphy, B. S. (2014). Exploring holistic foundations for alleviating and understanding compassion fatigue. *Beginnings*, 34(4), 6-9.
- Oktay D., (2018). *Hemşirelerde merhamet yorgunluğu, etkileyen etmenler ve baş etme stratejilerinin saptanması. [Identification of compassion fatigue in nurses, affecting factors and coping strategies]* [Unpublished master's thesis]. Lefkoşa Yakın Doğu Üniversitesi.
- Petleski, T. A. (2013). Compassion fatigue among emergency department nurses (Capstone Project). Retrieved from Nursing Theses and Capstone Projects. Paper, 82.
- Robinson, B. C. (2005). *Exploring career satisfaction, burnout, and compassion fatigue as indicators of the quality of career engagement of public school educators.* [Unpublished doctoral dissertation]. West Virginia University.
- Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?. *International journal of nursing practice*, 12(3), 136-142.
- Severn, M. S., Searchfield, G. D., & Huggard, P. (2012). Occupational stress amongst audiologists: Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout. *International Journal of Audiology*, 51(1), 3-9. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.602366>
- Slattery, S. M., & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15(11), 1358–1379.
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale. <https://proqol.org/proqol-manual>.
- Sung, K., Seo, Y., & Kim, J. H. (2012). Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in Korean hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1087-1094. <https://10.4040/jkan.2012.42.7.1087>
- TDK, (2020). Türk Dil Kurumu. Şefkat. <https://sozluk.gov.tr/>
- Thomas, R. B., & Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental* 6(2), 81-92.

- Uslu, Y., & Korkmaz, F. D. (2020) Kalp damar cerrahisi yoğun bakım hemşirelerinde şefkat yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. [Compassion fatigue in cardiovascular surgery intensive care nurses and determination of affecting factors] *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 192-197. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.665597>
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 774-781. <https://doi.org/10.1111/jpm.1213>
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)