

ÖZET

Onkoloji, etkileşim gerilimi yüksek ve stres düzeyi çok yoğun bir alandır. Onkoloji alanında çalışmak, bütün sonuçlarla yüzleşecek bir enerjiyi ve kendini adamayı gerektirmektedir. Tükenmişlik, onkoloji alanında bakımverenler [doktor, hemşire ve sosyal hizmet uzmanları (SHU)]'in günlük çalışmalarının doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavide hastalara verilen bakım ve gösterilen ilgi bu personel için en önemli tükenmişlik kaynağıdır. Tükenmişliğin birey ve örgüt kökenli olumsuz sonuçlarının denetlenip kontrol edilebilmesi ve etkili bir şekilde yönetilebilmesi için onkoloji alanında bakımverenleri etkileyen tükenmişlik faktörlerinin tanınması ve tanımlanması büyük bir önem taşımaktadır. Aşağıdaki çalışmada, onkoloji alanında bakımverenlerin yaşadığı tükenmişliğin tanımlanması, nedenleri ve birey ve örgüt üzerindeki olası sonuçları ve tükenmişliğin etkisinin azaltılmasında SHU'nun ne tür çalışmalar yapabileceği tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: *Bakımverenler, onkoloji, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, stres, tükenmişlik.*

ABSTRACT

Oncology is a field which has high tension of interaction and high level of stress. Working in the field of oncology requires an energy and self-devotion to face all the results. Burnout appears as a result of the daily work of caregivers [Physician, nurse, and social workers]. The care and interest given to patients by the personnel is the most important source of exhaustion. Burnout, its negative results and its individual and organizational origins can be controlled and effectively managed if the factors that effect the burnout level of caregivers in the field of oncology are recognized and well described.

ONKOLOJİ ALANINDA BAKIMVERENLERİN TÜKENMİŞLİĞİ

Burnout Among Caregivers in Oncology Settings

Vedat İŞIKHAN*

* H.Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

In this study, definition, causes, and results of burnout on individuals and organizations of caregivers, and what sort of study should be done by social workers to decrease the effects of burnout are discussed.

Key words: *Caregivers, oncology, physician, nurse, social worker, stress, burnout.*

GİRİŞ

Kanser hastalarının bakımı genelde stres dolu bir iş olarak tanımlanmaktadır. Bakımverenler, ölümün hatırlanması, diğer çeşitli kayıplar ve umutsuzluk veya ölüm karşısında başarısız olmanın yarattığı duygular yüzünden hergün stres yaşar. Bu personel stresin duygusal ve fiziksel semptomları nedeniyle yüksek risk altındadır. Onkoloji alanında çalışmak, bütün sonuçlarla baş edilebilecek bir enerjiyi ve kendini adamayı gerektirmektedir. Kanser hastalarına bakımvermek personelde strese, doyumsuzluğa, işten uzaklaşmaya ve tükenmişliğe neden olabilir. Bunun yanında, hastaların olumlu geri bildirimleri bakımverenler için doyum sağlayıcı niteliktedir.

"Tükenmişlik (burnout)", özellikle insan kaynakları yönetimi açısından önemli bir kavramdır. Zira çalışanların kişilikleri, sosyal hayatları ve iş doyumları üzerinde yıkıcı etkileri olabilmektedir. Gerekli önlemler alınmadığı takdirde, zamanla örgüt ve kişinin bünyesini kemiren bir has-

talığa dönüşebilir. Bu yüzden Amerika'da başlatılan araştırmaların büyük bir kısmının, yöneticiler, doktorlar, hemşireler, hukukçular, öğretmenler, polisler ve insanlarla geniş ölçüde ilişki gerektiren meslekler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Catalan ve diğ., 1996: 425-435). Yönetimsel bakış açısıyla tükenmişlik fenomeni değerlendirildiğinde, bunun önemi, sadece çalışanların iyilik halinin sorgulanışında değil bunun yanında örgütlerde yeterli verimliliğin sağlanmaması gerçeğinde aranmalıdır.

Tükenmişlik, yardım edici mesleklerde çalışan personelin algılaması ve tanımlandığında ise tedavi edilmesi gereken bir meslek hastalığıdır. Tükenme sözcüğü, sağlık personeli arasında fiziksel ve duygusal tükenme sendromunu tanımlamada popüler bir kavramdır. Semptomlar, baş ve sırt ağrısı, yorgunluk gibi somatiktir. Bu sendrom şimdi, stresin alt kategorisi olarak görülmektedir. Tükenmişliğin bireyin başa çıkma becerisi ve işyerinin talepleri arasındaki dengesizlikten ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Hastaların sürekli ağrı ve acı çekmesi, hastaların ölmesi, iş yoğunluğu, ücret düşüklüğü, hasta sayısındaki artışlar, olumsuz çalışma koşulları nedeniyle onkoloji alanında bakımverenler çaresizlik yaşamaktadır. Bu yüzden sağlık personelini güçlendirmek ve çalıştırmak, dünyanın birçok bölgesinde özellikle ge-

lişmekte olan ülkelerde temel bir sorun olarak kabul edilmektedir. İş doyumunu yükseltmeyi amaçlayan stratejiler, tükenmişliğin yüksek be-dellerini azaltmaya ve hasta bakım kalitesini yükseltmeye yardımcı olabilmektedir. Çalışanın, yaşadığı bu tükenmişliğin etkilerini en aza indirmesi, onunla mücadele edebilmesi ve belki de tükenmişliği yönetebilmesi için kendisinde tükenmişlik yaratan faktörleri bilmesi ve tanımlayabilmesi büyük önem taşımaktadır.

1. ONKOLOJİ ALANINDA BAKIMVERENLER*

Kanser, günümüzde iyileşme ve şiddetlenme dönemleriyle kronik bir hastalık olarak düşünülmektedir. Kanser, yaşam dengelerini; psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her türlü alanda alt üst edebilen bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular travmatiktir. Bu hastalık, birey için, bugüne kadar kullanmış olduğu uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulması ve sahip olma gücünün yitirilmesi anlamına gelmektedir (Whippen ve Canellos, 1991: 16-20; Wilkinson, 1995: 69-74; Lederberg, 1998: 1035-1048; Tanğ, 2000: 367-370; Işıkhan ve diğ., 2003: 32).

* Bu çalışmada, bakım verenler (caregivers), onkoloji alanında çalışan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanını ifade etmektedir.

Radyoterapi ve kemoterapi, çok fazla nükleer kontaminasyon korkusu yaşatır. Cerrahi müdahale, önemli ve tedavinin başarılı biçimi olarak kalır. Fakat bu, hastada şekil bozukluğu yapar ve aşırı radikaldir. Onkoloji alanında bakımverenler, yapıcı eylemlerle ve gözlenebilir sonuçlarla ilgilenirler. Mevcut yan etkilerle başa çıkmada başarılı olursa bile kanser, doğası gereği hasta ve bakımverenlere sürekli hatırlatıcıdır. Hasta ve ailelerin yaşadığı bazı gerilimler, anksiyete, depresyon ve birçok negatif tepki bakımverenlere yansıtılabilmektedir (Lederberg, 1998: 1035-1048).

!!!

Kanser hastalarına bakımverme, diğer kronik hastalıklarda açık olan çatışmaları ortaya çıkarır. Hastalığın seyrini değiştirmedeki sınırlı tıbbi bilgi becerisi çaresizlik duygusu yaşatır. Bu gerçekler doktor ve hemşireyi, hastayla daha derin ilişkiye yöneltir. Hastanın yaşadıklarına karşı empatik tepki artarken bu durum ilave duygusal yük getirir. Yaygın bir şekilde doktorlar arasında ölüm korkusunun bastırıldığı iddia edilmektedir.

Disiplinlerarası yaklaşım, ekip üyelerinin ayrı ayrı çalışması demek değildir. Ekip üyelerinin doğru değerlendirme yapması ve etkili bakımın bütüncül bakım planına uyması anlamına gelmektedir. Bu süreç boyunca, tıp, bakım, psikososyal ve manevi (spiritual) yaklaşımlarla ilgili

sorunlar ekipteki tüm üyelere elde edilen girdilerle zenginleştirilir. Bakımverenler, diğer ekip üyeleri ile bir orkestra gibi çalışır, haftalık veya düzenli toplantılarla ekibin bu yaklaşımı sürekli geliştirilir. Onkoloji ekibi, her disiplinin uzman olduğu konu ve değerleri saygıyla karşılamak durumundadır. Ancak her ekip çalışmasında olduğu gibi rollerin birbiriyle çatışabileceği ve bu konuda da esnekliğin olması gerektiği kabul edilmektedir (Duyan, 1996: 5-6; Lederberg, 1998: 1035-1048; Işıkhan ve diğ., 1998: 146-152).

Onkoloji alanında bakımverenlerin yaşadığı tükenmişliği anlayabilmek için kısa da olsa tükenmişlik kavramının tanımlanması, ortaya çıkışı, aşamaları, nedenleri ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmamızı gerektirmektedir. Tükenmişlik kavramı literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Araştırmacılar tarafından yapılan her tanım aslında onun bilinmeyen birçok özelliğini ortaya çıkarmaktadır.

2. TÜKENMİŞLİK KAVRAMININ TANIMLANMASI

Tükenmişlik ilk olarak sağlık ve sosyal hizmet alanlarında keşfedilip incelenmiştir. Çünkü bu alanlar, psikolojik ve davranışsal eylemlerin ciddi olarak tükenmişliğe nasıl yol açtığı konusunda doğal gözlemlerin yapılabileceği ortamlardır. Tükenmişliğin, bu meslekte çalışanların üzerinde

nasıl fonksiyonelleştiği de görülebilmektedir.

Bakımvermenin talepleri, bezginliğe, depresyona ve umutsuzluğa neden olabilir. Önleyici adımlar olmadığı veya alınmadığı sürece bakımverenler zamanla tükenmişliğin bir kurbanı olmaya başlayabilir. Stres, zararlı olaylardaki deneyimin sonucunda ortaya çıkan psikolojik bir durumdur. İş talepleri, bilişsel kaynakların zorlanması veya performans becerilerinin zarar görmesi ile sonuçlanır. Tükenmişlik ise iş ortamına özgü bir sendromdur.

Tükenmişlik, özellikle insanlarla yakın ilişkiler kuran insani hizmet örgütlerinde ortaya çıkan bir kavramdır. Maslach (1993: 32), tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olarak tanımlamıştır.

Mesleklerin çoğu "tükenmişlik" ve "stres" kavramlarını birbirlerinin yerine kullanır. Diğerleri bir farklılığa dikkat çekerler. Tükenmişlik, çok sık olarak hoşnutsuzluk, monotonluk, stres, düşük moral ve anksiyete vb. ile ifade edilmektedir. Bazı yazarlar ise tükenmişliği; depresyon gibi klinik bir durum olarak değil, sosyal fenomen olarak tanımlamaktadır (Gibson ve diğ., 1989: 1-16).

Tükenmişlik, insanlarla yoğun ilişkileri gerektiren mesleklerde çalışanları tehdit eden bir sendromdur (Barling

ve Macintyre, 1993:21-28; Astrom ve diğ., 1991: 155-159). Tükenmişlik fenomeni yerine, iş ortamında yaratıcılığın yok olması, meslek elemanlarının iş stresi, aşırı çalışma sendromu ve yılgınlık terimleri kullanılabilir. Maslach (1982: 32-39)'a göre tükenmişlik sendromu, başedilemeyen stresin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik, fiziksel ve psikolojik iş kaynakların tutku haline gelmiş bir başarıma arzusu yüzünden çok çalışma nedeniyle bitip tükenmesidir.

En son ve en özetleyici tanım ise Shiron (1989: 21; akt; Garden, 1991: 188)) tarafından yapılmıştır. Shiron; "geçmiş araştırmalardan çıkarılacak başlıca sonucun, tükenmişliğin ana temasının kişinin enerji kaynaklarının bitmesi durumu" olduğunu belirtir. Tükenmişlik literatürde çok tartışılan fakat çok az anlaşılan bir fenomendir. Bu konu üzerindeki literatürün gelişimi bitmez tükenmez gibi görünüyor.

Sadece iki insan arasındaki ilişkiyi incelemek, tükenmişliği anlamamız açısından yetersiz kalacaktır. Bu ilişkinin bir örgüt bünyesinde gerçekleştiğini unutmamak gerekir. Tükenmişlik riskinin yüksek olduğu işlerin ortak noktasının aşırı iş yükü olduğu gözlenmiştir. Çok sayıda hastanın çok sayıda talebiyle, çok az zamanda ilgilenmek tükenmişliğe prim vermektedir. Vaka yükü veya hasta sayısının çokluğu hastanelerde çalışan

doktorların yaşadığı en önemli streşördür. Kısıtlı olan zamanını hastaları arasında nasıl dağıtacağı konusu, doktorlarda önemli gerginliğe yol açabilmektedir (Tattersal ve diğ., 1999: 109-113).

Özetle tükenmişlik, iş ortamına özgü bir sendrom olup bireylerin iş stresi-ne karşı oluşan tepkilerinde, iş ile ilgili tutum ve davranışlarında ortaya çıkan olumsuz değişiklikler olarak tanımlanabilir.

3. TÜKENMİŞLİĞİN OLUŞUM AŞAMALARI

Tükenmişlik konusunu gündeme getiren ilk araştırmacı olmamakla birlikte, tüm araştırmalarında bu konu üzerinde çalışan ve büyük katkılarda bulunan Maslach olmuştur. Maslach, tükenmişliği "iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı" olarak tanımlamaktadır (Maslach, 1982: 32-39). Maslach tükenmişlik kavramının gelişimini aşağıdaki üç alt boyut ile açıklamaktadır. Bunlar:

a) Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion): Daha çok insanlarla yüzyüze, birebir ilişkinin yoğun olduğu işlerde çalışanlarda görülür. Kişinin yaşadığı aşırı psikolojik ve duygusal yüklenmeden kaynaklanır. Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun başlangıcı ve merkezidir. Duygusal yönden yoğun çalışan

ma temposu içerisinde bulunan kişi, kendisini zorlar ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilir. İşte, duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkar.

b) Duyarsızlaşma (Depersonalization): Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi, diğer insanların sorunlarını çözmede kendini güçsüz ve yetersiz hisseder. Üzerindeki duygusal yükü hafifletmek için sürekli kaçış yolunu kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini, işin yapılabilmesi için gerekli olan minimum düzeye indirir. Bunlar duyarsızlaşmanın ilk belirtileridir. Duyarsızlaşma, insanların kendilerini diğerleriyle anlamlı ilişkiler kurmaktan kopardığı bir aşamadır. Dozu gittikçe artan bu negatif reaksiyon çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranabilir, onların taleplerini göz ardı edebilir veya gerekli yardım ve hizmeti sağlamada başarısız olabilir. Müracaatçılara, hastalara veya işi gereği karşılaştığı insanlara karşı duyarsızlaşır, onlara sanki birer nesneymiş gibi davranır.

c) Düşük Kişisel Başarı (Lack of Personal Accomplishment): Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında da negatif düşünmesine yol açar. Kişi, bu düşünce ve yanlış davranışları nedeniyle kendini suçlu hissedebilir. Kendisini, kimsenin sevmediğine, hastaları veya müracaatçılarıyla ilgilenmede yetersiz kaldığına dair

bir duygu geliştirir. Kendisi hakkında "başarısız" hükmünü verir. İşte, bu noktada tükenmişliğin üçüncü aşaması olan düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkar. Bunun sonucunda kişi kendine olan saygısını kaybedebilir, depresyona girebilir. Kişisel sorunlarını çözümlenebilmek için uzmanlara başvurabilir. Bazıları işlerini değiştirir. İnsanlarla stres verici bir iletişim gerektiren işlerden uzak durur. Çalışanlar, harcadıkları çabanın karşılıksız kaldığını ve başarılarının değerlendirilmediğini algıladıklarında stres ve depresyon belirtileri göstermeye başlarlar. Faaliyetlerinin bir değişikliğe yol açmayacağına inandıklarında ise uğraşmayı bırakırlar (Örmen, 1993: 1-15). Tükenmişlik bir süreçtir. Bu yüzden her dönem, farklı özelliklerine göre değerlendirilmeli ve incelenmelidir. Bu değerlendirmelerin birbirini izlemesi, erken tanı ve önleme çalışmalarında önemlidir (Işıkhhan, 2002: 14-18).

4. TÜKENMİŞLİĞİN NEDENLERİ

Tükenmişliğin bireysel ve örgütsel nedenleri bulunmaktadır. Bireysel tükenmişlik nedenleri olarak; gergin bir kişilik yapısı, A Tipi kişilik özelliği, "hayır" diyememe, kontrolsüzlük, güçsüzlük duygusu, başarısızlık korkusu, engel koyamama, kendi gereksinme ve isteklerine özen göstermeme, çok çalışma, ekonomik sorunlar ve sosyal izolasyon olarak belirtilebilir (Işıkhhan, 2002: 14-18).

Bunun yanında her örgüt, yapılan işe, kullandığı teknolojiye, çevresel koşullara, üyelerinin eğitim ve deneyimlerine, örgüt içi gruplaşmalara, çatışmalara, örgütün yarattığı iklime ve diğer etmenlere göre tükenmişlik faktörleri geliştirir. Örgütlerde ortak olan bu nedenlere bağlı ortaya çıkan faktörlerin yanında, yalnızca o örgüte özgü ya da o işten kaynaklanan tükenmişlik durumları da bulunmaktadır. Aşağıda onkoloji alanında bakımverenlerde tükenmeye yol açan bireysel ve örgütsel odaklı bazı faktörlerin listesi sunulmaktadır (Carayon ve diğ., 1999: 644-663; Janssen ve diğ., 1999: 1360-1369; Demerouti ve diğ., 2000: 454-464; Kilfedder ve diğ., 2001: 383-396; Stordeur ve diğ., 2001: 533-542):

Fiziksel Etmenler: Aşırı fiziksel ve bilişsel iş yüklenmeleri, uzun çalışma saatleri, uygun olmayan çalışma koşulları, fazla mesai, anlaşılması zor yeni teknolojiler ve personel kısıntıları yüzünden artan iş talepleri, nöbetler ve vardiyalı çalışma ve zaman baskısı.

Sosyal Etmenler: Rahatsız edici, talepkar ve güvenilmeyen hastalar, agresif hastalar ve şiddet, anlaşmazlıklar yüzünden davaların açılması, çalışana saygının olmaması, meslektaşlarıyla çatışmalar yaşama, süpervayzırlara güvenilmezlik ve onlara fazlasıyla katlanmak.

Psikososyal Etmenler: Şiddetli hastalıklar ve travmalar, hastaların ölmesi, plan yapmak için zaman yetersizliği, rol belirsizliği ve rol çatışması, sınırlı kariyer fırsatları, iş güvensizliği, kurumlar arasında artan rekabet, başarı/performans geribildirimleri, görevin çeşitliliği, süpervayzırın desteği/ödülleri, karar verme gücünde sorumluluğun olmaması.

Örgüt yapısının genel değerlendirilmesi yapılmadan bir kurum, hastane veya bir klinikte tükenmişlik tam olarak tartışılmış sayılmaz. Değerler, prensipler ve örgütün çeşitli faktörleri personelde ne dereceye kadar tükenmişliğe yol açtığı belirlenmelidir.

5. TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ

Bakımverenlerin tükenmişlik yaşayıp yaşamadıklarını anlamamıza olanak veren bazı belirtileri bulunmaktadır. Yöneticiler bu belirtileri gösteren personele karşı önleyici ve koruyucu müdahale planları geliştirebilir. Onkoloji alanında tükenmişliğin olumsuz etkileri çeşitli yollarla ifade edilebilir. Bu belirtiler bireylerde olduğu kadar örgütler için de önemli sorunlara neden olabilir. Aşağıda bakımverenlerin tükenmişlik koşullarıyla ilgili bazı semptomlar yer almaktadır (Chernis, 1980: 138; Maslach 1976: 80; Astrom ve diğ., 1991: 155-159; Maslach, 1993: 19-32; Beemsterboer ve Baum, 1984: 21-29; Freudenberger, 1974:160, Wessells, 1989: 11-14; Taormina ve

Law, 2000: 89-99; Coyle ve diğ., 2005: 201-211; Mong ve Tam, 2005: 467-483).

İzolasyon, ilgisizlik ve geri çekilme; kızgınlık, gücenme ve istifa, unutkanlık, rol çatışması, kronik yorgunluk, organizasyonda yetersizlik, görev veya rollerle ilgili dağınıklık, belirsizlik, konsantrasyon yetersizliği, çalışanlardan kaçma veya çalışanlara fazla güven duyma, işi ağırdan alma, işe gitmeye yönelik direnç, işe devamsızlık, hastalara gösterilen stereotip davranışlar, hastalardan çıkarlar beklemek, düşüncede katıllıklar ve değişim için direnç, paranoya, davranışların daha çok kontrol edilmesi veya bu kontrolü sağlamak için yatıştırıcı ilaçlar kullanmak, evlilik, sosyal ve aile çatışmaları, mide ve bağırsaklarla ilgili rahatsızlıklar, alkol ve ilaç kullanımının artması, yüksek kolesterol, uyku bozuklukları ve verimlilikte azalma.

6. TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI

Bakımverenler arasında yaşanan tükenmişliğin bireysel sonuçları; sigara ve alkol kullanımında artma, aşırı yemek yeme ya da yemek yememek, uykusuzluk, kaygı ve depresyon şeklinde ortaya çıkarken örgütsel sonuçları ise; performans düşüklüğü, işe devamsızlığın ve personel devir hızı (turnover)'nın artması ve yabancılaşma şeklinde görülmektedir. Tükenmişliğin diğer önemli sonuçları aşağıda sunulmuştur:

Tansiyon, anksiyete veya endişe, kızgınlık, fiziksel yorgunluk, cinsel işlevlerde bozukluk, başağrısı, düşük moral, iletişim zorlukları, düşük enerji, motivasyon yetersizliği, kişilere, birinin işine veya diğer insanlara karşı negatif duygular, saldırganlık, düş kırıklığı, madde bağımlılığı, başarıdaki fark ve bakımda sunulan kalitede azalmalar, düşük motivasyon ve işe karşı sorumluluk, kariyerle ilgili amaç ve iş başarılarını önlemek, aile yaşamına zarar vermek, yorgunluk, karar verme gibi bilişsel değerlendirmelere (dikkat, konsantrasyon yetersizliği) engel olma ve kazalar yer almaktadır (Taormina ve Law, 2000: 89-99; Kilfedder ve diğ., 2001: 383-396)

7. ONKOLOJİ ALANINDA BAKIMVERENLERDE TÜKENMİŞLİK

Stresin bakım personeli için önemli bir sorun olduğu yönündeki araştırmaların sayısı sürekli artış göstermektedir (Kennedy, 1996: 35-37; Barnes, 2001: 248-254; Corner, 2002: 193-199; Clouder ve Sellars, 2004: 262-269; Luecken, 2004: 171-191; Hawkins, 2006). Yapılan son çalışmalar, stresin tükenmişliğe, ruh sağlığı sorunlarına, işe devamsızlığa, işten ayrılmaya ve sağlık bakım kalitesinin düşmesine neden olduğunu göstermektedir (Clouder ve Sellars, 2004: 262-269; Luecken, 2004: 171-191; Hawkins, 2006). Kanser hastaları hastalıklarından

kaynaklanan yorgunluk, acı çekme, halsizlik gibi nedenlerden dolayı bakım personeliyle daha yakın ilişkiye girmektedir. Hastayla kurulan bu etkileşim ve gösterilen yakınlık bakım personelinin hastaya karşı empati geliştirmesine neden olmaktadır. Ancak hastanın ölmesi durumunda bakım personeli, kaybın acı dolu etkileriyle baş başa kalma, hasta ve personelden uzaklaşma eğilimi gösterir (Barnes, 2001: 248-254; Corner, 2002: 193-199).

Bakımverenlerin tükenmişliği, birçok bakımveren için her gün yaşanan bir gerçektir. Bakımvermek, sık sık hastalara çok zaman harcamayı, çaba ve çalışmayı içerir. Bakımverenlerin çoğu, hastalara bakım ve işlerini içeren diğer sorumlulukları arasında sürekli denge kurma yönünde mücadele etmektedir. Bakımverenler, zaman zaman suçluluk, bezginlik ve kızgınlık duyabilir.

Bakımverenler, hastalara bakım verirken yardıma ihtiyaç duyabilir. Bazen diğer aile üyeleri, arkadaşlar veya komşuları onlara yardım edebilir. Araştırmalar (Catalan ve diğ., 1996: 425-428; Whippen ve Canellos, 1991: 16-20; Bram ve Katz, 1989: 555-560; Ullrich ve Fitzgerald, 1990: 1013-1021) bakımverenlerin depresyon ve hastalıklar için risk altında olduğunu; özellikle, aileden, arkadaş ve toplumdan yeterli desteği alamayanların daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir. Bakımverenler

günboynu hastaların gittikçe azalan yetenekleri ve zor, anlaşılmayan davranışları ile başa çıkmak zorundadır. Onkoloji alanında, günlük yaşamın basit aktivitelerini yönetmek bazen bakımverenleri zorlamaktadır.

Bakımverenlerin yaşadığı tükenmişliğin nedeni doğrudan bakımvermenin doğasından kaynaklanmaktadır. Bir yanda görev ve sorumluluklar diğer yandan benlik saygısı, başa çıkma becerileri ve sosyal destek arasındaki dengenin kurulması sırasında tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Bu denge bakımverenlerin yükselen duygusal baskı altında eğilmesini hatta kişinin kendini yaptığı işe adanmasını gerektirir.

Ölüm halindeki hastanın, duygusal, psikolojik, ekonomik ve ailesel endişelerini anlamak ve yardımcı olmak sanıldığı kadar kolay değildir. Çoğu çalışmada, onkoloji alanında bakımverenlerde klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete ya da depresyon ve yüksek oranda tükenmişlik olduğu bildirilmektedir. Catalan ve diğ., (1996: 425-428) tarafından 1996 yılında yapılan araştırmada, onkolojide çalışan personelde tükenmişlik oranı %44, HIV'le çalışan personelde ise %40 olarak bulunmuştur. Whippen ve Canellos (1991:16-20), 1000 Amerikalı onkologda %56 oranında tükenmişlik olduğunu saptamıştır. Hemşirelerin tükenmişlik durumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, onkolojide çalışan

hemşirelerin diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha az tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca, çalışanların iş doyumları için sosyal destek sisteminin varlığı ve niteliğinin önemli olduğu bulunmuştur (Bram ve Katz, 1989: 555-560).

Onkoloji alanında çalışan doktor ve hemşirelerin, fiziksel şikayet ve yakınmaları ile stres arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, hemşirelerin stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve hastalarla daha yakın ilişkide oldukları için özellikle empatik bileşen olarak ileri sürülen bu alanlarda daha hassas olduğu belirlenmiştir. Doktorlar yalnızca tedaviye karar vermek ve tanıyı bildirmek zorundadır. Hemşireler arasında hastalara verilen bakım ile ilgili yakınmalar daha fazla olduğu halde işin fiziksel gereklilikleri, psikosomatik yakınma sıklığı iki meslekte benzer bulunmuştur. Doktor ve hemşirelerin stres yakınıma ilişkisi oldukça farklıdır. Hemşirelerin yakınmaları kişilerarası stresten kaynaklanmıştır. Kişilerarası stres ise fiziksel yakınmalarla ilişkili bulunmuştur. Doktorlar arasında sırt ağrısı, boyun ve bel ağrısı bulunurken, yaş ve yorgunluk arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Ullrich ve Fitzgerald, 1990: 1013-1021).

İşle ilgili durumları ve tükenmişlik üzerinde etkili olan faktörleri çok iyi tanımlamak gerekir. Doktorlar arasında yaşanan birçok stresörün, iş stresiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Doktorların tükenmesinde; iş talepleri, aşırı iş yükü, yorgunluk, nöbetler, maddi sorunlar, iş ve kişisel yaşam arasındaki çatışmalar, hastaların sorunları ve yaşam ve ölüm durumlarıyla ilgili sorunların ön sıralarda yer aldığı saptanmıştır (Scheiber, 1987: 23-44; Butterfield, 1988: 1248-1429; Richardsen ve Burke, 1991: 301-313). İşten kaynaklanan farklı gerilimler, doktorlarda istenmeyen mental sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Özellikle, meslektaşlarla etkileşim, algılanan profesyonel bilginin yetersizliği, tanı ve tedavi süreci, hastalarla iletişimde yaşanan stres ve psikolojik morbiditenin ölçümü arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tedavide hastalara verilen bakım ve gösterilen ilgi bu personel için en önemli tükenmişlik kaynağıdır. Bunu, ekip çalışmasındaki çatışmalar, güvensizlik, özerkliğin olmayışı, iş yükü ve otorite çatışmaları izlemektedir. Hemşirelerin, doktorlardan daha fazla stres değerine sahip olduğu belirlenmiştir (Heim, 1992: 207-226). Hemşirelerin yaşadığı bu stresörler, büyük sorumluluğun yarattığı endişe, zaman baskısı altında karar verme, taleplerle ilgili hastaların gittikçe artan eleştirileridir. Onkoloji alanında çalışan hemşireler, kanserin hasta ve aileleri üzerinde yarattığı rahatsızlığa sürekli ve büyük oranda maruz kalmaları nedeniyle bir dizi iş stresi ile karşılaşmaktadır. Stresörler, on-

koloji hemşireleri arasında farklı olduğu için, bir grup için alınan önlem diğer grup için etkisiz hatta uygunsuz olabilmektedir. Onkolojideki deneyimin uzunluğu, onkoloji hemşirelerinin yaşadığı stresin ayırımına yardım edebilen önemli bir özelliktir (Hinds ve diğ., 1994: 61-71).

Kanserin, hasta ve aileleri üzerinde yarattığı rahatsızlığa sürekli ve büyük oranda maruz kalmaları nedeniyle onkoloji hemşireleri bir dizi iş stresi ile karşılaşır (Felton, 1998: 237-250; Sargent ve diğ., 2004: 1579-1584; Coyle ve diğ., 2005: 201-211). Hemşireler için, primer fiziksel rahatsızlıkla ilgili olan kişiler arası strestir. Bunun özel yaşam yakınmalarıyla çok güçlü bir ilişkisi vardır. Özel yaşam ile başağrısı/basıncı hızı, yorgunluk, ağlama eğilimi, iştah kaybı, çabuk kızma ve boyun/omuz ağrısı arasında ilişki bulunmuştur. Bu nedenle hemşireler arasında fiziksel rahatsızlığın bir major korelasyonu kısmi olarak iş durumunun ötesinde hemşirelerin özel yaşamıyla ilgilidir. Eğer hastane dışındaki yaşam, çalışma hayatında ortaya çıkan stresi hafifletmede yetersiz kalırsa somatizasyon görülmesi olasıdır. Diğer güçlü bir stresör ise hastalarla çalışmak ve onlarla ilgilenmektir (Lederberg, 1998: 1035-1048).

Bir hastanın ölmesi ya da acı çekmesi gibi bazı stresörler, destekleyici çabalara rağmen yaşanacaktır. Bununla birlikte stresöre tepkiler ve so-

nuçlar değişebilir. Her zaman insanların sorunlarına çözüm getirmeyi, ihtiyaçlarını karşılamayı, sıkıntılarını azaltmayı amaçlamış olan sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcısı olan SHU, tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulayarak ve birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamakla görevlidir ((Turan, 1984: 12-20; Duyan, 1996: 5). Bilindiği gibi onkoloji alanında birçok meslek elemanı hastalara hizmet sunmaktadır. Tükenmişlik, insan kaynakları ve psikolojinin ortak ilgi alanına girmektedir. Ancak yapısı ve sonuçları gereği sosyal hizmetleri de ilgilendirmektedir. Çünkü tükenmişlik, işi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen bir tür strestir. Diğer stres türlerinde görülenlere benzeyen bazı zararlı etkilerine rağmen, tükenmişliği diğerlerinden ayıran, hasta ile doktor veya SHU ile müracaatçı arasındaki sosyal ilişkiden kaynaklanmasıdır.

Bugün sosyal hizmet, iş stresi veya tükenmişlik ile ilgili fazlasıyla bir bilgi birikimine sahiptir (Maslach 1976: 85; Chernis, 1980: 138; Balgopal, 1989: 437-442; Åstrom ve diğ., 1991: 155-159; Beemsterboer ve diğ., 1984: 21-29; Freudenberger, 1974:160, Wessells, 1989: 11-14; Coyle ve diğ., 2005: 201-211; Mong ve Tam, 2005: 467-483).

Hschaki (1994: 121-130)'nin hastanelerde çalışan SHU iş stresi ve tü-

kenmişliği üzerine yaptığı araştırma sonunda; New York City hastanesinde çalışan 146 SHU'nın tükenmişlik ortalamalarının çok yüksek olduğu saptanmıştır. Çalıştıkları örgütlerdeki pozisyonlarını korumada daha az deneyime sahip SHU arasında daha fazla tükenmişlik yaşanmıştır. Tükenmişliğe en çok etki eden faktörlerin; rol çatışması, aşırı iş yükü, rol belirsizliği, disiplinler arası çalışmalarda mesleki kararları vermeye duyulan güven, diğer çalışanlarla ilişkiler, yönetimle ilişkiler ve örgütteki karar verme sürecine olan katılım olduğu belirlenmiştir.

Cushman ve diğ., (1995: 115-31) tarafından yapılan araştırma ile beş kent tıp merkezinde AIDS hastasıyla çalışan SHU, danışman ve sağlık eğitimcileri arasındaki işle ilgili yüksek düzeydeki stresi ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Stres, bir hastalık olarak sadece AIDS alanında çalışanlarla ilgili değildir. Stres, bunun yanında çalışanların iş yerindeki örgütsel özellikleriyle de ilgilidir. Stres azaltma ve destek gruplarına katılan SHU bu tür etkinliklerin stresin azaltılmasında faydalı olduğunu ifade etmişlerdir.

Ülkemizde bakımverenlerin tükenmişliğinin değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Işıkhan ve diğ., (1998: 146-152), Ankara'da yedi ayrı onkoloji merkezinde çalışan 180 sağlık personeli (doktor ve hemşire) arasında tükenmişlik sendromunun gö-

rülme sıklığını saptamak amacıyla bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Sonuçta onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık personelinin yaş, eğitim düzeyi, çalışılan kurum, meslek grubu, toplam çalışma süresi ve şimdiki bölümde çalışma sürelerine göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Işıkhan ve diğ., (2003: 32-41) tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmada, kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin (doktor ve hemşire) iş stres puan ortalaması, tehlikeli olarak kabul edilebilecek düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin doktorlara göre daha fazla stres altında kaldığı belirlenirken, her iki meslek grubunda da önemli sağlık sorunları arasında başağrısı, aşırı sinirlilik, ülser ve gastrit türü rahatsızlıklar ve uyku düzensizliklerinin geldiği belirlenmiştir.

SHU, çalışma yaşamının kalitesinin artırılmasına yönelik her türlü çalışmada aktif roller üstlenebilecek bilgi ve beceriye sahiptir. Onkoloji kliniklerinde görev alan SHU, iş ortamından kaynaklanan çeşitli stresörlerle başa çıkabilmesi için bakımverenlere yönelik eğitim çalışmalarında bulunabilir. SHU, iş ortamı, gruplar, amirler, meslektaşlar ve diğer kişi ve kuruluşlarla iletişimden kaynaklanabilecek birçok sorun odağında kişi, grup yada ailelerle çalışabilir. Aile ortamında yaşanan sorunların iş ortamındaki personelin tutum ve davranışlarına etkide bulunduğu göz önü-

ne alındığında bu konuda, SHU; birey, aile, grup, örgütler düzeyinde çalışmalarda bulunur. Performans değerlendirme süreçlerinde iş doyumunu, iş stresi, tükenmişlik gibi olguların örgüt içinde anlaşılması için çeşitli ölçekler kullanılabilir ve bunların sonuçlarını yöneticilere rapor halinde sunabilir. Özellikle stresin örgütsel sonuçları olan, işe yabancılaşma, iş doyumсуuzluğu, performans düşüklüğü, turnover (işe giriş çıkış hızı) vb konularında yine araştırmalar yapılabilir.

8. SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI

Her çalışma ortamı gibi onkoloji alanında, çalışanı meşgul eden, onun çalışma temposunu yavaşlatan ve mutluluğunu engelleyen sosyal, kültürel, ekonomik ve yönetim kaynaklı sorunlarla karşılaşılması doğaldır. Çalışma ve işyeri koşullarındaki yetersizlikler yanında klinik dışı ve sosyal yaşamdaki koşullardan kaynaklanan çeşitli sorunlar işyerine taşınabilecek ve bakımverenleri işlerini yaparken de meşgul etmeye ve dolayısıyla çevreleriyle olumsuz ilişkilere girmelerine yol açabilecektir. Tüm bu sorunların giderilmesi, hiç değilse etkisinin en aza indirilmesi, bakımverenlerin esenliği ve mutluluğu kadar kliniğin yarını ve geleceği açısından da önemlidir.

Tükenmişliğin yarattığı çok çeşitli ve karmaşık sorunlarla başa çıkabilmek için onkoloji kliniklerinde profesyonel

yaklaşımlara ihtiyaç bulunmaktadır. Sosyal hizmet, ihtiyaç duyulan profesyonel yaklaşım ve müdahaleleri yerine getirebilme özellik ve yetkisine sahip olarak çalışma hayatında önemini gittikçe artıran bir meslektir. Bu niteliği ile sosyal hizmet, iş ortamı ve çevresi açısından olduğu kadar, personelin bireysel yaşamında, aile ilişkilerinde, iş veriminin ve doyumunun yükseltilmesinde, eğitiminde fonksiyonel olabilme özelliğine sahip bulunmaktadır.

Onkoloji kliniklerinde görevli SHU, ekip çalışması çerçevesinde diğer üyeler gibi ortak amaca yönelik etkinlikte bulunmaktadır. Bu ortak amaç, insan sağlığını koruma, geliştirme, sürekliliğini sağlama ve hatta yeniden kazandırma öğelerini içerir (Eakes, 1993: 1327; Kennedy, 1996: 35; Lo, 2005: 455-465). SHU, ekolojik perspektifi kullanarak bakımverenlerin yaşamı ve çevresine ilişkin çalışmalarını aşağıda olduğu gibi mikro, mezo ve makro düzeyde gerçekleştirebilmektedir.

• Mikro düzeydeki sosyal hizmet müdahaleleri

SHU, bu kapsam içinde özellikle gerilim altında kalarak normal fonksiyonlarını tam anlamıyla yerine getiremeyen bakımverenlere ve/veya ailesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilir. Mikro düzeyde; bakımverenlere yönelik gerçekleştirilecek müdahalede SHU, müracaatçı olarak kabul

edilen bakımverenlerin kapasitesini azaltan ve tehdit eden faktörleri belirler, aynı zamanda müracaatçıların güçlü yönlerini de belirleyerek baş etme kapasitesini arttırmaya odaklanır. Bu süreçte SHU birebir bakımveren ile çalışır.

SHU'nun psiko-sosyal ve ekonomik güçlük içinde olan veya çeşitli sorunlar yaşayan bakımverenlerle görüşmeler yapma, sorunun niteliğine bağlı olarak müdahale süreçlerini hazırlama, uygulama, gerek duyulan konularda danışmanlık yapma ve yol gösterme; performanslarının artırılmasında onlara yardımcı olma ayrıca bakımverenlerin ihtiyaçlarının karşılanması ve sorunlarının çözümü amacıyla toplum hizmetlerinin kullanımını açısından rehberlik etme ve bu hizmetlerle bakımverenler arasında bağ kurma gibi önemli rolleri bulunmaktadır.

SHU'nun ayrıca, bakımverenin bozulan dengesinin eski haline dönmesi ve normal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için psikososyal bakım planını geliştirme ve psikososyal desteğe ihtiyacı bulunan bakımveren ve/veya aileleriyle her düzeyde çalışmalarda bulunmaktadır. Bunlarda gözlenen tepkileri anlayışla karşılayarak dinleme yolu ile duygusal boşalımı sağlama, moral artırıcı konuşmalarla bakımvereni rahatlatma, yalnızlık duygusunu hafifletme ve kendine güvenini arttırma yönünde çalışmalarını gerçekleştirir.

• Mezzo düzeydeki sosyal hizmet müdahaleleri

Mezzo düzeyde SHU, ekolojik perspektifi kullanarak bakımverenlerin sosyal destek sistemleri üzerinde odaklaşır. Çünkü sosyal destek kaynaklarının yetersizliği bakımverenlerin tükenmişlik yaşamasında önemli bir yer tutmaktadır. SHU bilgi ve becerilerini ailelerle çalışmada kullanarak aileye sosyal destek sağlar ve ailenin güçlendirilmesine yardımcı olur. Bakımverenlerle ilgili kurumlarla işbirliği içinde yapılan görüşmeler mezzo düzeyde yer alır. SHU'nun buradaki temel rolü, hizmet sunumu sırasında bakımverenlerin tükenmişliğin bireysel ve örgütsel sonuçlarının farkına varması, kendinde tükenmişlik yaratan etmenleri bilmesi ve korunma yolları hakkında bilgi sahibi olması konusunda işlevsel hale gelmelerine katkıda bulunmaktadır. SHU tarafından bakımverenlere yönelik yapılan her türlü eğitim çalışması mezzo düzeye dahil edilebilir. Bu eğitimde bakımverenler ile hasta ve diğer personel arasında kurulacak iletişim, işbirliği ve bunun gerek hasta gerek bakımverenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri tartışılır. SHU, bakımverenler arasında sosyal ilişkilerin geliştirilmesi amacıyla, sosyokültürel etkinliklerin (sinema ve tiyatro) düzenlenmesi ve bakımverenlerin boş zamanlarını etkin bir şekilde değerlendirmeleri amacıyla uygun ola-

nakları hastane ortamında oluşturma yönünde de çalışmalarında bulunabilir.

• Makro düzeydeki sosyal hizmet müdahaleleri

SHU, makro düzeyde bakımverenleri etkileyen dış çevre, sosyo-ekonomik, politik ve sosyal koşulların etkilerini açıklamaya çalışır. SHU, özellikle bakımverenlerin tükenmişliği konusunda personel başta olmak üzere konuyla ilgili kişi, kuruluş ve toplumla çalışmalarda bulunur. Konu hakkında bilinç uyandırmaya ve lobicilik faaliyetlerinde bulunarak kamuoyu oluşturmaya çalışır. SHU, bu gruplar için uygun eylem planlarının geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesinde danışmanlık yapabilir. Tükenmişlik konusunun sosyal politikalar ve sosyal güvenlik kapsamındaki yasalarda yer alması yönünde planlama örgütleriyle çalışabilir.

Onkoloji kliniklerinde görev yapan bakımverenlerin yukarıda genel hatlarıyla ifade edilen sorunlarının giderilmesi, gereksinimlerinin karşılanması; onların aile ve toplumsal yaşamda daha stressiz, sorunsuz, gereksinimleri karşılanmış, üretken ve daha mutlu bireyler olarak yer almaları sonucunu doğuracağı tartışma götürmez bir gerçektir.

9. SONUÇ

Kanser hastalarına sunulan bakım ve hizmetin kalitesinin artırılması an-

cak bu alanda çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasına bağlıdır. Personelin yaşadığı sorunların en aza indirgenmesi, ihtiyaçlarını giderecek mekanizmaların oluşturulması durumunda hastalara daha kaliteli bir hizmet sunulabilecektir. Bunun tersi bir durumda ise, bireysel düzeyde doyumsuzluk, işten uzaklaşma, tükenme, monotonluk, bezginlik yoğun olarak yaşanırken, örgütsel düzeyde işlevsiz, etkisiz ve kalitesiz bir hizmetle karşılaşılması olunur.

Tükenmişlik ve stres, onkolojinin doğasında var olan olgulardır. Bir hastanın ölmesi ya da acı çekmesi gibi bazı stresörler bakımverenlerin sonsuz çabalarına rağmen yaşanacaktır. Ancak bakımverenlerin ölüm ve diğer strese neden olan faktörlere karşı gösterdiği tepkiler ve sonuçlar değiştirilebilir. Bakımverenlerin gereksinim duyduğu destek türü belirlenerek bu personelin yaşadığı stres, bu strese yönelik tepkileri ve sonuçları anlaşılabilir. Bunlar, onkoloji kliniğinde bakımverenlerin ruh sağlığı, refah ve mutluluğu için yapılacak müdahalelerin nasıl olması gerektiği konusunda yöneticilere ipuçları verecektir. Personel, bireysel düzeyde, tükenmişlik ve stresle mücadelede sağlıklı beslenmek, spor, masaj, egzersiz, oyun, psikolojik danışmanlık, yoga, grup toplantıları, rahatlatma gibi yöntemleri kullanabilir. Onkoloji alanındaki yöneticiler örgütsel dü-

zeyde; esnek iş saatleri, işin yeniden dizaynı, kariyer programları, ekip çalışması, tatil, rotasyon, takdir, ödüllendirme, çalışanlara yardım programları ve boş zamanlarını değerlendirici stratejileri uygulamaya aktarılmalıdır. Bakımverenlerin yaşam kalitesine yönelik geliştirilen bu stratejilerin, dolaylı yoldan onkoloji kliniklerinde veya sağlık bakım merkezlerinde yatan hastaların yaşam kalitesinin artmasına da katkıda bulunacağı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Astrom, S. ve Diğ., (1991) "Staff Burnout in Dementia Care Relations to Empaty and Attitudes", *International Journal of Studies*, 28 (1) 155-159.
- Balgopal, R.P. (1989) "Occupational Social Work: An Expanded Clinical Perspective", *Social Work*, 34 (5) 437-442.
- Barling, J. ve Macintyre, T.A. (1993) "Daily Work Role Stressors, Mood and Emotional Exhaustion", *Work and Stress*, 17 (4) 21-28.
- Barnes, K. (2001) "Staff Stress in the Children's Hospice: Causes Effects and Coping Strategies", *Int J Palliative Nurs*, 7 (5) 248-254.
- Beemsterboer, J. ve Baum, H.B. (1984) "Burnout Definition and Health Care Management", *Social Work in Health Care*, Vol: 10, 97-107.
- Bram, P.J. ve Katz, L.F. (1989) "A Study of Burnout in Nurses Working in Hospice and Hospital Oncology Settings", *Oncology Nursing Forum*, 16 (4) 555-560.
- Butterfield, P.S. (1988) "The Stress of Residency: A Review of Literature", *Archives of Journal Medicine*, Vol: 148, 1428-1433.
- Carayon, P., Smith, M.J. ve Haims, M.C. (1999) "Work Organization, Job Stress, and Work-Related Musculoskeletal Disorders", *Human Factors*, 41 (4) 644-663.
- Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., ve Diğ. (1996) "The Psychological Impact on Staff of Caring for People with Serious Diseases: The Case of HIV Infection and Oncology", *J Psychosom Res*, 40 (4) 425-435.
- Chernis, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Sage Productions, Beverly Hills: 133-139.
- Clouder, L, ve Sellars, J. (2004) "Reflective Practice and Clinical Supervision: An interprofessional Perspective". *J Adv Nurs*, Vol: 46, ss: 262-269.
- Corner, J. (2002) "Nurses' Experiences of Cancer". *Eur J Cancer Care*, Vol: 11, 193-199.
- Coyle, Dave., Edwards D., Hannigan, B., Fothergill, A., Burnard, P. (2005) "A Systematic Review of Stress Among Health Social Workers", *International Social Work*, 11 (48) 201-211.
- Cushman, L.F, Evans, P., ve Namerow, P.B, (1995) "Occupational Stress Among AIDS Social Service Providers", *Social Work Health Care*, 21 (3) 115-31.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. ve Schaufeli, W.B. (2000) "A Model of Burnout and Life Satisfaction Amongst Nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2) 454-464.
- Duyan, V. (1996) *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*, Ankara, 5-6.

- Eakes, G.G. (1993) "Chronic Sorrow: A Response to Living With Cancer" *Oncology Nursing Forum*, 20 (9) 1327-1334.
- Felton, J.S. (1998) "Burnout as a Clinical Entity – Its Importance in Health Care Workers", *Occupational Med*, 48 (4) 237-50.
- Freudenberger, H.J. (1974) "Staff Burnout", *Journal of Social Issues*, Vol: 30, 159-165.
- Garden, M. (1991) "Relationship Between Burnout and Performance", *Psychological Reports*, (68) 188-195.
- Gibson, F., McGrath, A. ve Reid, N., (1989) "Occupational Stress in Social Work", *British Journal of Social Work*, Vol: 19, 1-16.
- Hawkins, A.C., Howard, R.A., Oyeboode, J.R. (2006) "Stress and Coping in Hospice Nursing Staff. The Impact of Attachment Styles". *Psycho-Oncology*, (in press).
- Heim, E. (1992) "Stressors in Health Occupations: Do Females have a Greater Health Risk", *Z Psychosom Med Psychoana*, 38 (3) 207-226.
- Hinds, P.S., Quargnenti, A.G., Hickey, S.S., Mangum, G.U. (1994) "A Comparison of the Stress Response Sequence in New and Experienced Pediatric Nurses", *Cancer Nursing*, 17 (1) 61-71.
- Hschaki, N. (1994) "Occupational Stress, and Burnout Among Hospital Social Workers", *Social Work Abstracts*, September, 121-130.
- Işıkkhan ve Diğ. (1998) "Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumları" *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 8 (3) 146-152.
- Işıkkhan, V. (2002) "Yardım Edici Mesleklerde Tükenmişlik Sendromu". *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 2 (13) 14-22.
- Işıkkhan, V. ve Diğ. (2003) "Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin İş Stresi ve Başa Çıkma Yöntemleri", *Sağlık ve Toplum*, 4, Ekim Aralık, 32-41.
- Janssen, P.M., de Jonge, J. ve Bakker, A.B. (1999) "Specific Determinants of Intrinsic Work Motivation, Burnout and Turnover Intentions: A Study Among Nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6) 1360-1369.
- Kennedy, V.N. (1996) "Supportive Care of the Patients with Pancreatic Cancer", *The role of the oncology Social Worker Oncology*, 10 (9) 35-37.
- Kilfedder, C.J., Power, K.G. ve Wells, T.J. (2001) "Burnout in psychiatric Nursing", *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3) 383-396.
- Lederberg M.S. (1998) "Oncology Staff Stress and Related Interventions", In: Holland JC (ed) *Psycho-Oncology*, 1035-1048. New York, Oxford University Press.
- Lo, W.T. (2005) "Task-Centered Groupwork: Reflections on Practice", *International Social Work*, 1 (48) 455-465.
- Luecken, L.J., Lemery, K.S. (2004) "Early Caregiving and Physiological Stress Responses", *Clin Psychol Rev*, Vol: 24, 171-191.
- Maslach, C. (1976) "Burned-out", *Human Behaviour*, (5) 78-85.
- Maslach, C. (1982) *Burnout: The Cost of Caring*. New Jersey, Prentice Hall: 32-39.
- Maslach C. (1993) "Burnout: A Multidimensional Perspective", In: Schaufeli WB, Maslach C. Marek T eds.

Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research, 19-32.

Mong, P.K. ve Tam, S.K. (2005). "Job Stress Perceived Inequity and Burnout Among School Social Workers in Hong Kong", *International Social Work*, 1 (48) 467-483.

Örmen, Uğur (1993). "Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama," (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Ana Bilim Dalı, 1-54.

Richardsen, M.A., Burke, J.R. (1991) "Occupational Stress and Job Satisfaction among Canadian Physicians", *Work & Stress*, 5 (4) 301-313.

Sargent, M.C., Sotile, W., Sotile, M., Rubash, H., Barrack, R. (2004) "Stress and Coping among Orthopedic Surgery Residents and Faculty", *JBJS*, 86 A (7): 1579-1584.

Scheiber, S.C. (1987) "Stress in Physicians", In R. Payne and J.Firth-Cozen (Eds), *Stress in the Health Professions* (Wiley, New York), 23-44.

Stordeur, S., D'hoore, W., Vandenberghe, C. (2001) "Leadership, Organizational Stress, and Emotional Exhaustion Among Hospital Nursing Staff", *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4) 533-542.

Tang, S.T. (2000) "Meanings of Dying at Home For Chinese Patients in Taiwan with Terminal Cancer", *Cancer Nursing*, 23 (5) 367-370.

Taormina, R.J. ve Law, C.M. (2000) "Approaches to Preventing Burnout: The Effects of Personal Stress Management and Organizational Socialization",

Journal of Nursing Management, 8 (2) 89-99.

Tattersall, J.A., Paul, B., Stirling, P. (1999) "Stress and Coping in Hospital Doctors", *Stress Medicine*, Vol: 15, 109-113.

Turan, N. (1984) "Kanser Hastalığının Önlenmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi", *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1-3) 12-20.

Ullrich, A. ve Fitzgerald, P. (1990) "Stress Experienced by Physicians and Nurses in the Cancer Ward", *Soc.Sci.Med*, 31 (9) 1013-1021.

Wessells, D.T. (1989) "The Etiology of Job Stress". *Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions* içinde (Editors: D.T. Wessells, J.R. Austin H. Kutscher), 11-14.

Whippen, D.A., Canellos, G.P. (1991) "Burnout Syndrome in the Practice Oncology Results of a Random Survey of 1.000 Oncologist", *J Clin Oncol*, Vol: 9, 16-20.

Wilkinson, S.M. (1995) "The Changing Pressures for Cancer Nurses", *Eur Cancer Care*, Vol: 4, 69-74.