

HEMŞİRELİKTE GÜNCEL KONULAR

(Şizofrenide Motivasyonel Görüşme / Tükenmişlik Sendromu ve Hemşirelik)

DENİZ ZEYNEP SÖNMEZ
PINAR HARMANCI



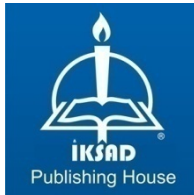
İKSAD
Publishing House

HEMŞİRELİKTE GÜNCEL KONULAR

(Şizofrenide Motivasyonel Görüşme/ Tükenmişlik
Sendromu ve Hemşirelik)

DENİZ ZEYNEP SÖNMEZ

PINAR HARMANCI



Copyright © 2018 by iksad publishing house

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording, or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other non commercial uses permitted by copyright law. Institution

of Economic Development And Social

Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TURKEY TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E posta: kongreiksad@gmail.com

www.iksad.net

www.iksad.org

www.iksadkongre.org

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications - 2018©

ISBN: 978-605-7923-54-7

Cover Design: İbrahim Kaya

December / 2018

Size = 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BÖLÜM	3
ŞİZOFRENİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME	3
GİRİŞ	3
Şizofreninin Tanımı	4
Şizofrenide Kullanılan Temel Tedavi Yöntemleri	4
Motivasyonel Görüşme ve Motivasyonel Görüşmenin Kullanım Alanları	7
Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri	8
Empatinin Dışa Vurumu	8
Kendine Güvenin Desteklenmesi	9
Dirençle Çalışma	9
Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması	10
Motivasyonel görüşmelerin Kullanım alanlarına Bakış	10
Şizofrenide Motivasyonel Görüşmenin Kullanılma Amacı	21
Şizofrenide Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Güncel Çalışmalarla İncelenmesi	22
Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Motivasyonel Görüşmenin Olası Faydaları	24
KAYNAKLAR	26
İKİNCİ BÖLÜM	40
TÜKENMİŞLİK SENDROMU	40
Tükenmişliğin Tanımı	40
Tükenmişliğin Alt Boyları	46
I. Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)	48
II. Duyarsızlaşma (Depersonalization)	49
III. Kişisel Başarı Duygusunun Azalması (Reduced Personal Accomplishment)	50

Tükenmişliğin Evreleri	51
Tükenmişliğin Nedenleri	54
Tükenmişliğin Belirtileri	59
Tükenmişliğin Sonuçları	64
Tükenmişlik ve Hemşirelik	65
Tükenmişliğin Önlenmesi ve Tükenmişlikle Baş Etme Yolları ...	68
KAYNAKLAR.....	74

BİRİNCİ BÖLÜM

ŞİZOFRENİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Giriş

Mental bozukluklar hem hastalığa sahip bireyin hem de ailesinin topluma katılımları, stigmatizasyonları, yükleri, sosyal işlevsizlikleri, duyguları ve düşüncelerindeki yönetim kabiliyetinin azlığı ve diğer bireylerle etkileşim sorunları gibi alanlarda birey ya da aile merkezli bir çok soruna sebep olmaktadır. Tüm bu sorunların yanı sıra sosyal, kültürel, ekonomik, politik açıdan da bir çok soruna da yol açmaktadır. Mental bozuklukların içinde en büyük yeti yitimi ve küresel yükü şizofreni beraberinde getirmektedir. Tipik olarak ergenliğin sonları ya da yetişkinliğin başlarında ortaya çıkmaktadır(WHO 2013) .

Şizofreni için bazı küresel gerçekler söz konusudur bunlar:

- 1) Dünya çapında 21 milyondan fazla insanı etkilemektedir.
- 2) Tedavi edilebilir bir hastalıktır.
- 3) Her iki şizofreni hastasından biri gerekli bakımı alamamaktadır.
- 4) Şizofreni hastalarının bakımı ancak topluma katılım ve aile aktiviteleri ile sağlanabilmektedir (WHO 2013, Saxena 2014).

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı da öncelikle ülkedeki ruh sağlığı hizmetlerinin topluma katılımı artırma yolu ile geliştirilmesini ve ülke

ekonomisine olan yükü azaltmayı, sonra da küresel mental sağlık bakımı yükündeki ağırlığımızı azaltmayı amaçlamaktadır. Bu plan topluma entegre edilecek hastaların bakımı için multidisipliner ekipte hemşireyi daha güçlü kılmaktadır. Yine aynı planda ruh sağlığı ekibini oluşturacak hemşirelerin ‘‘Psikiyatri hemşiresi’’ olması gerektiği bildirilmektedir (Sağ. Bak. 2011).

Şizofreninin Tanımı

Şizofreni duygu, düşünce, davranış, algı ve dil becerilerinde yıkımla karakterize ciddi bir mental sağlık sorunudur. Çoğunlukla görsel, işitsel, dokunsal halüsinasyonları ve sanrıları (psikotik belirtileri) içine alan bir semptomlar kümesidir. (Marcsisin 2016, Robinson 2015). Tüm bu belirtilerin yanı sıra şizofrenin başarılı tedavisi için negatif bir öncü olan negatif belirtiler de (duygusal küntleşme, sosyal geri çekilme, hijyen eksikliği, hafızanın ve işlevselliğin yönetimindeki gerileme-eksiklik) şizofreniyi bir spektum bozukluğu olarak karşımıza çıkarmaktadır (Tsapakis ve ark 2015).

Şizofrenide Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Temel olarak şizofreni tedavisi için farmakolojik tedavi ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri olarak sınıflandırabileceğimiz yöntemler kullanılmaktadır (Patel 2014).Son 60 yıldır özellikle a tipik antipsikotiklerle birlikte pozitif semptomlar önemli derecede kontrol altına alınırken,

tekrarlı hastane yatışları da önlenmiş görünmektedir. Düzenli antipsikotik alan şizofreni tanılı hastaların sadece %80'ninin bir yıl içinde hastaneye yatışının olmadığını sadece %20'sinin yatışının olduğu bildirilmektedir. Hastalar için ilaç seçimini etkileyen bir çok etken vardır bunlar; yan etkiler, çocuk olmak, emziren kadın olmak, hamile olmak, yaşlı olmak en önemlileri olarak bilinmektedir. Antipsikotiklerin karşılaştırılması ile ilgili bir çok çalışma yapıldığı halde hangisinin üstünlüğü olduğu konusunda bir uzlaşma yoktur. Bu aşamada en önemli iyileşme belirtisi olarak "klinik iyileşme" verilerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. İlaçtan yarar sağlayabilmeyi her hastada değiştiren bir diğer önemli etken "farmakogenetik" özellikler olarak söylenmektedir (Miyamoto ve ark 2012, Barnes 2011, Victoroff ve ark 2014).Antipsikotiklerin yol açtığı distoni ya da extrapiramidal sistem sorunlarına karşı da antikolinergik ilaçların kullanıldığını görmekteyiz. Benzodiazepinler ve beta – blokerlerakatiziyi tedavi edebildikleri için tedavide yer almaktadırlar (Nishikawa ve ark 1992).

Tüm bu belirgin gelişmelere karşın şizofreni tanılı hastaların sadece klinik iyileşmelerinin onların üretken kişiliğine yeterli katkıyı yapamadığı bildirilmektedir. Tüm dünyada ruhsal rehabilitasyonun ve farmakolojik tedavinin birlikte olması gerektiğine inanan gelişmelerle birlikte psikososyal müdahaleler giderek önem kazanmaktadır. İleri beyin görüntüleme çabalarının sonucu olarak psikososyal müdahalelerin beyindeki organik karşılıkları çözülmeye başlanmıştır. Öyle ki;

psikoterapilerin, antipsikotiklerin yapamadığı negatif belirtilerin iyileşmesine organik temelde katkı sağladığı bildirilmektedir. Bu durumu beynin plastikliği ile açıklayan güncel yaklaşımlar, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini ve psikososyal müdahalelerin de bilimsel temelini oluşturmaktadır (Doğan 2015, Andreu ve Moritz 2016). Şizofrenide motivasyon kavramı günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Bunun en büyük nedeni hasta bireyin tüm tedavi yöntemleri için hazırlanmasını (motivasyonunu) sağlamaktır. Şizofreni tanılı bireyin toplumsallaşması önemli olmakla birlikte en önemli iyileşme belirteci olarak sunulan klinik iyileşmenin yetersizliği, bireysel iyileşme ve toplumsal iyileşmenin önemini artırmaktadır. Hasta birey hem bireysel iyileşme hem de toplumsal iyileşme temellerini atmak için motive olmak zorunda kalmaktadır (Kremen ve ark 2016, Gomet- Benito ve ark 2018). Bu aşamada “motivasyonel görüşmenin”(MG) önemi de ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla şizofreni hastaları iyileşmek isterler, topluma karışmak isterler, daha aktif ve üretken olmak isterler ancak ambivalan (ikili) duygular yaşamaktadırlar. Bu ambivalanların fark edilmesini sağlamak ve değişim için tamamen hastanın otonomisini kullanmak için motivasyonel görüşme yapmak gerekmektedir (Duman ve Ertem 2016).

Motivasyonel Görüşme ve Motivasyonel Görüşmenin Kullanım Alanları

MG, William R. Miller tarafından 1983'de alkol kullanım bozukluğu olanlar için geliştirilen ve tanımlanan bir yöntemdir (Miller ve ark 1992). Miller klinik deneyimleri ve gözlemlerini değerlendirerek motivasyonel görüşme temelini oluşturan yöntemler geliştirmiştir ve etkinliğini test etmiştir. Oysa güncel çalışmalar arasında MG için çok sayıda alanda yapılan kanıt temelli çalışmalar bulunmaktadır (GomezBenito ve ark 2018, Hutchesson ve ark 2015, Schwalbe 2014). MG'nin en temel özelliği dışarıdan bir zorlama ile bir değişimin empoze edilmesi durumu söz konusu değildir. Aksine MG, kişinin değişim isteği içinde bulunması ancak içinde bulunduğu ambivalan duyguların engellemeleri ile karşılaşmasında öne çıkmaktadır. MG'den fayda görecek kişinin ambivalanlarının olması en temel fayda unsurudur. MG'de amaç değişimi gerçekleştirmek için işbirliği yapmaktadır ama değişim kararını sadece kişinin otonomisi ile sağlamaktadır. Kişi çoğu kez değişmesinin kendisi için en iyisi olacağını bilmektedir ancak başka bir düşünce bunu engellemektedir. Bu kapsamda kişiye bilgi vermek, ona cehennemi göstermek, beceri kazandırmak ya da sadece içgörü kazandırmak yeterli olmamaktadır. MG zaten değişmek isteyen ancak bunu başaramayan birisi için önemli olmaktadır. Kişiye bir uzmanın "değişmen en doğrusu" yaklaşımı "değişmen için benimlesin" mesajı süreci tam tersi yönde işletebilmektedir. Değişim problemleri davranışı, kişinin

toplumsal değerlere uyum sağlaması ve üretkenliğe katkı sağlayabilmesi yönünde geliştirmelidir. Farkındalık sağlayan çalışmalar tek başına motive edici olmamakla birlikte ‘‘farketmenin’’ rahatsızlığı ile de kişiyi karşılaştırabilmektedir. MG tanıma, ambivalanları tespit etme, değerlendirme, iş birliği yapma, kişiye kendi motivasyonunu farketirmek gibi önemli adımları içermektedir (Amrhein 2003, Miller ve Rollnick 2002). Günümüzde MG’nin tanımlanması için en temel 3 öge şu şekilde belirtilmektedir;

1. Bir çeşit değişim konuşmasıdır.
2. Bir çeşit işbirliğidir (kişi merkezli konuşmanın, işbirliği müdahalelerle devam etmesi)
3. Kişi için hatırlatıcıdır (kişi ne için değişmek istediğini, kendi motivasyonunu ve kendine verdiği değişim sözünü hatırlar).

Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri

MG için dört temel ilke tanımlanmaktadır.

1. Empatinin dışa vurumu
2. Kendine güvenin desteklenmesi
3. Dirençle çalışma
4. Çelişkilerin ortaya çıkarılması

Empatinin dışa vurumu

Empati hastanın gözlerinde onun dünyasını görmeye başlar. Hastanın dünyasını paylaşmak, hastanın hissettiklerini hissetmek, hastanın düşüncelerini tanımak ve hastayı kabul etmek empati tanımı içerisine girer. Bu yaklaşım hastayı

anlamak ve etkili dinlemek için bir temel sağlarken bir başka açıdan hastanın deneyimlerini paylaşabilmek için bir derinlik sağlar. Empatinin dışı vurumu hastanın dünyasını onun gözüyle görmekle açıklanabilmektedir.

Kendine güvenin desteklenmesi

Değişimi başarmak için bireyler kabiliyetlerini ve yeterliliklerini bilmek ve onlara inanmak ihtiyacı duyarlar. MG'nin güçlendirme temelli yaklaşımı kendine güven konusunda yardım sağlamaktadır. Bireyin değişimi başarabileceğini düşünmesi için değişimin zorluklarını kendi yeterlilikleri çerçevesinde aşabileceğini hissetmesi gerekmektedir. Değişim arzusunu başlatmak, sürdürmek, başarmak bireyin önceki olumsuz deneyimlerinden etkilenmektedir. Bireyler çoğu kez kabiliyetlerinin değişimi başarmak için yetersiz olduğunu düşünmektedir. MG'de bireylerin önceki başarılarına, devam ettirdiği becerilerine ve güçlerine odaklanılmaktadır.

Dirençle çalışma

MG birey problem ve çözüm arasında kaldığında bireye özgürlük ve otonomi gibi kavramlar arasında seçim yaptığını hissettirmektedir. Bu aşamada direnç gösteren bireyle onu dirence daha çok hapsedecek negatif etkileşimden kaçınmak gerekmektedir. MG yapan uzmanın 'evet, fakat ' gibi sözleri, danışmanlık alan bireyin 'şeytanın avukatlığı' oyununu oynaması yada karşılıklı tartışma ortamının oluşması direnci

perçinleyecektir. Dirençle çalışırken bireyle mücadele etmekten ziyade onunla dans etme metaforu kullanılmalıdır. Çözüm ve değişim için bireyin görüşü yeterince dinlenilmeli, danışman tarafından yüksek refleks içeren davranışlardan kaçınılarak bireyin sunduğu bir çözüm yolu bulunmalıdır.

Çelişkilerin ortaya çıkarılması

Bireyin gelecek amaçları değerleri davranışları arasında bir tutarsızlık belirlendiğinde bireye yardım etmek için motivasyonel görüşme başlatılabilmektedir. Bireylerin nerede ve ne istedikleri arasında ki algıları ve seçicilikleri belirgin olmadığında (ambivalan) motivasyonla birlikte değişim başlatılır ve devam ettirilir. Birey çoğunlukla tutarsızlıklarının farkında olmaktadır. Birey kendi tanımladığı amaçlarının başarılması için ya da hayata dair değerlerinin karşılanması için uygun davranışlar sergilemediğini söylemektedir. Danışman, bu aşamada bireyi amaçlarına yönlendirmekten ziyade devam eden davranışlarının nasıl olduğunu farkına varması gibi adım adım yol alacağı stratejileri kullanmalıdır (Rubak ve ark 2005, Hettema ve ark 2005, Arkowitz ve ark 2015).

Motivasyonel Görüşmenin Kullanım Alanlarına Bakış (Güncel Araştırmaların Işığında)

Google scholerveri tabanından edinilen verilere göre araştırmaların kapsamı şu şekildedir (2014 yılından beri yapılmış, derleme çalışmaları ve tanımlayıcı araştırmalar dışında kalan ve tam metnine ulaşılabilen tüm çalışmalar dahil

edilmiştir.) ve araştırma Türkçe – İngilizce dillerinde yapılmıştır. Anahtar kelime olarak da; ‘motivational interviewing, motivasyonel görüşme’ kullanılarak tamamlanmıştır.

Tablo 1. 2014-2018 Arasında Motivasyonel Görüşmenin Kullanıldığı Çalışmalar

Araştırmanın yapıldığı ülke	Araştırmanın amacı	Araştırmanın örneklemi	Araştırmanın yöntemi	Araştırmanın sonucu
Amerika (Resnicow ve ark 2015)	Aşırı kilolu 2-8 yaş arasındaki çocuklara bakım verenleri ve diyetisyenleri tarafından verilen MG'nin Beden Kitle İndeksleri (BKİ) üzerine etkisinin incelenmesi	n:42 Randomizasyonla oluşturulmuş 3 gruptan oluşur.	Deneysel (grup 1 standart bakım aldı. Grup 2'ye sadece bakım veren motivasyonel görüşme uyguladı. Grup 3'e hem bakım veren hem de diyetisyen motivasyonel görüşme uyguladı.)	Grup 3'ün diğer gruplara oranla önemli düzeyde BKİ ortalamasında düşme gözlenmiştir.
Yeni Zelanda (Dean ve ark 2016)	Anksiyete ve duygudurum sorunu olan adölesanlarda tedaviyi düzenlemek ve tedaviye uyumu geliştirmek için standart tedaviye ek olarak (Grup	n:96 (13-18 yaş arası)	Deneysel	Motivasyonel görüşmenin gBDT'ye ek olarak verildiği grup kontrol gruba göre tedaviye uyum geliştirme konusunda daha umut vaat edicidir.

	Bilişsel Davranışsal Terapi: gBDT) öncesi kısa bir müdahale olarak uygulanan motivasyonel görüşmenin etkisinin incelenmesi.			
Amerika (Gecth-Silver ve ark 2016)	31 tıp öğrencisine verilen MG eğitiminin bir sonucu olarak öğrencinin bilgi beceri ve tutumuna etkisinin incelenmesi.	n: 31	Yarı deneysel	Çalışmanın sonucu 4 saatlik MG eğitiminin tıp öğrencileri açısından umut vaat edici olduğu bildirilmiştir. Öneri MG eğitiminin tıp eğitimine eklenmesi teklif edilmiştir.
Amerika (Bean ve ak 2014)	MG'nin adölesanlar arasında egzersiz ve beslenmenin teşviki, egzersiz ve beslenme uyumu üzerine etkisinin incelenmesi.	MG (n = 58) Kontrol (n = 41)	Deneysel	MG adölesanlar arasında uyumu geliştirmiştir.
Avustralya (Edwards ve ark 2015)	Sağlık profesyonellerin e verilen kısa MG eğitiminin ideal oranda	n: 128	Yarı deneysel	Sağlık profesyonelleri MG eğitimini hızlı öğrenebilirler ve bu beceriyi

	yemeye ve egzersiz uygulamaya yönelik beceri-bilgi ve güvenilir yaklaşımlarına etkisinin incelenmesi.			sürdürebilirler.
Amerika (Creber ve ark 2016)	Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda MG'nin yaşam kalitesi, kalp yetmezliği belirtilerinde azalma ve öz bakımın güçlendirilmesi ne etkisinin incelenmesi.	n:67	Yarı deneysel (Taburculuktan sonra bir ev ziyareti yapılmıştır ve bir hemşire tarafından 90 gün sonunda 3-4 telefon görüşmesi yapılmıştır)	Hastalar MG sonra klinik olarak ve öz bakım etkinliği olarak önemli gelişmeler göstermiştir.
Amerika (Derek D. Ve ark 2016)	MG'nin depresyon tedavisi gören hastalarda tehlikeli alkol ve ilaç ve made kullanımlarının azaltılması üzerindeki etkisinin incelenmesi.	n:307	Deneysel	6 ayın sonunda MG alanlar hastalarda kontrol grubuna göre kanabis kullanımında önemli azalmalar tespit edilmiştir.
Amerika (Fiszdone ve ark 2016)	Şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerde MG uyumu ve bilişsel	n:64	Deneysel	MG,şizofreni spektrum bozukluğuna sahip bireylerde bilişsel eğitime uyum ve amaca

	rehabilitasyonda n faydayı artırıp artırmadığını değerlendirmektedir.			yönelik hareket gibi bilişsel rehabilitasyon konularını geliştirmek için etkilidir.
Brazil (Nascimento ve ark 2017)	Tip 2 diyabete sahip ve dityabeti kontrol edilemeyen hastalarda eğitim almış sağlık ekibinin uyguladığı MG'nin etkili olup olmadığını incelemektedir.	n:52	Yarı deneysel	Eğitilmiş ekibin verdiği MG2nin hastaların kendi diyabet kontrollerini sağlamlasındaki büyük etki dikkat çekmektedir.
Amerika (Pladeval ve ark 2015)	MG'nin lipid ve diyabet kontrolünün geliştirilmesinde ve tedaviye uyumda etkisinin olup olmadığının değerlendirilmesidir.	Genel bakım n:567 İlaç uyum bilgisi n: 569 MG n:556	Deneysel	Genel bakımla kıyaslandığında ne ilaç uyum bilgisi ne de MG önemli bir etki yaratmıştır. Dahası MG daha sınırlı bir gelişime işaret etmiştir.
Amerika (Aharonovich ve ark 2016)	HIV taşıyıcısı olan kişilerin sağlık sorunlarında enjeksiyonsuz ilaç kullanımının azaltılmasını sağlama konusunda	Kontrol n:83 Sadece MG n: 77 MG ve Sağlık Uyarı sistemi (telefonla) n: 80	Deneysel	Sadece MG kullanılan grup diğer iki gruptan daha pozitif sonuçlar vermiştir.

	etkisinin olup olmadığını incelemektir.			
(Ream ve ark 2014)	Kemoterapi alan hastalarda kanser ilişkili tükenmişliğin (tükenmişlik yoğunluğu, distresi, öz-yeterlilik tükenmişliği, anksiyete ve depresyon) yönetiminde MG'nin etkili olup olmadığını belirlenmesi	Müdahale n:23 Kontrol n:21	Deneysel	En çok tükenmişlik distresinde azalma saptanmıştır. Depresyonda azalma bildirilmemiştir.
İtaly (Broccoli ve ark 2016)	4-7 yaş arasındaki aşırı kilolu çocukların tedavisinde MG'nin tedaviye etkisinin olup-olmadığının incelenmesidir.	Müdahale n:187 Genel bakım n:185	Yarı deneysel	MG'nin yarattığı kilo ve diyet kontrolünün 1 yıllık gözlemede etkisinin kaybolduğu gözlenmektedir. Etkinliğin sürdürülebilmesi için müdahalenin süreklilik göstermesi gerekmektedir.
Tayland (Rongkavilit ve ark 2015)	Taylandda yaşayan HIV pozitif bulgusu olan erkek ergenlerde (16-25 yaş) erkek	Müdahale n:74 Kontrol n:34	Deneysel	MG'nin erkek erkeğe cinselliğin HIV pozitif erkeklerde azalttığını ancak bu etkinin 3. Ve 6.

	erkeğe cinselliğin azaltılmasında etkisinin incelenmesi.			aylardaki takiplerde azaldığını belirtmektedirler.
Uganda (Kiene ve ark 2016)	Standart bakıma göre MG'nin riskli cinsel davranışla HIV bulaştırma oranının azaltılmasında üstünlüğünün incelenmesi.	Müdahale n: 173 Kontrol n: 160	Deneysel	MG temelli danışmanlık yüksek riskli cinsel davranışla HIV bulaştırmanın azaltılmasında umut vaat edicidir.
Yeni Zellanda (Barker ve ark 2015)	İnmeli hastalarda standart bakıma göre MG'nin tekrarlayan inmeye yönelik (yaşam şekli değişikliği ve tedaviye uyum yolu ile) etkisinin incelenmesidir.	Müdahale n:119 Standart bakım n:115	Deneysel	MG tedaviye uyumu geliştiren diğer alanlardaki farklar önemsiz bulunmuştur.
İsveç (Döring ve ark 2018)	Çocuk sağlığı merkezinde düzenli bakım alanlarla karşılaştırıldığı da eğitilmiş hemşireler tarafından uygulanan MG müdahalesi çocukların bel çevresi, aşırı	Müdahale ve kontrol n:1355	Deneysel	Kontrol ve müdahale grupları arasında önemli bir fark görülmemiştir.

	kilo ve obezite, yiyecek ve fiziksel aktivite alışkanlıkları üzerinde etkili olup olmadığını belirlemektir.			
Hollanda (Friederich ve ark 2015)	Web tabanlı kendini tanıma temelli fiziksel aktivite müdahalesinin ve MG'nin etkinliğinin değerlendirilmesidir.	MG grubu n:969 Fiziksel aktivite grubu n:1101 Kontrol n: 1018	Deneysel	Çalışmanın sonunda MG haftalık fiziksel aktivite dakikasını ılımlı olarak artırmıştır, fiziksel aktivite müdahalesi ise; haftalık fiziksel aktivite gün sayısını artırmıştır.
Amerika (Eakin ve ark 2014)	Sekonder sigara içicisi olan çocukların ailelerine verilen MG ve eğitim ya da sadece eğitimin etkinliğinin incelenmesidir.	MG ve eğitim verilen n: 165 Sadece eğitim n:165	Yarı deneysel	MG'nin sadece eğitime göre; sekonder sigara içicisi olan çocuklardaki riski azalttığı belirtilmiştir. Bu kapsamda daha çok aileye MG müdahalesi uygulanması önerilmektedir.
Amerika (Palacio ve ark 2015)	Antiplatelet kullanan koroner stent uygulanmış hastalarda eğitim videoları ile	MG n:169 Video n:170	Deneysel	Yüksek kardiyolojik risk taşıyan bu grupta MG tedaviye uyumunda riskli davranışları değiştirmek ve

	karşılaştırıldığı da MG'nin tedaviye uyumu etkileyip-etkilemediğinin incelenmesi.			harcamaları azaltmak için umut vaat etmektedir.
Güney Afrika (Sorsdahl ve ark 2015)	Sigara, alkol ve madde kötüye kullanım riski olan ve acil servise başvurmuş bireylerde uygulanan MG, MG+Problem Çözme, Psiko eğitim Kontrol gruplarının etkinliğini değerlendirmektedir.	MG n:113 MG ve Problem Çözme n:112 Psiko eğitim-kontrol grubu n: 110	Deneysel	Müdahale ve kontrol grupları arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir.
Danimarka (Hedegaard ve ark 2014)	İkinci defa inme riski olan hastalarda MG'nin ilaç uyumuna etkisinin değerlendirilmesidir.	Müdahale n:102 Kontrol n:101	Deneysel	Klinik sonuçlar açısından MG müdahalesi alan hastalarda anlamlı sonuçlar elde edilememiştir.
Amerika (Rhodes ve ark 2015)	Ağır içicilik ve partner şiddeti eğilimi olan ve acil servislere başvuran bireylerde kısa MG'nin etkinliğinin	MG n= 242 Değerlendirilmiş Kontrol n = 237, hiç görüşülmemiş kontrol n = 121	Deneysel	MG ağır içicilik sorununu ve partner şiddeti eğilimini etkilememiştir.

	olup- olmadığının incelenmesidir.			
Amerika (İngersol ve ark 2015)	MG2nin Tip 1 diyabete sahip şoförlerin araba kullanırken hipoglisemiye müdahale, hipoglisemiye belirleme ve hipoglisemiden korunma davranışlarında ki değişime etkisinin incelenmesidir.	MG ve web tabanlı eğitim n:160 Web tabanlı eğitim n:156	Deneysel	MG ve web tabanlı eğitim grubunun çıktıkları çok etkili çıkıştır.
Amerika (Batliner ve ark 2014)	Amerikan Hintli yeni annelerin (çocuğu 3 yaşından küçük)çocuk bakımında diş çürümesine karşı çocuğu korumak için davranış değişikliği geliştirmelerin MG'nin etkisinin değerlendirilme si.	n:600	Yarı deneysel	MG müdahalesi alan anneler arasında 3 yaşın altındaki çocuklara flouridli vernik uygulamasının arttığı gözlenmiştir.
İran (Pakpour ve ark 2014)	Obez adölesanlara yönelik sadece MG ve ebeveyn	Müdahale sadece MG n: 119 MG + Ebeveyn	Deneysel	MG+Ebeveyn katımlı müdahale grubu psikososyal,

	katımlı MG'nin psikososyal, biyokimyasal ve davranışsal açıdan adölesanı ne kadar etkilediğini değerlendirmek tir.	katımlı n:119 Kontrol n:119		biyokimyasal ve davranışsal açıdan adölesanda pozitif yüksek etkiye sahip olarak belirtilmiştir.
--	--	--------------------------------	--	---

Araştırmalar göstermektedir ki; MG çıkış noktası olan bağımlılık konusunun dışında geniş bir yelpazede işlenmektedir. Özellikle obezite yaratan yanlış beslenme alışkanlığı ve hareketsizliğin üzerindeki etkisi bir halk sağlığı sorunu olan obezite için umut vaat etmektedir. Bunun yanı sıra oral-dental bakım, kardiyovasküler hastalıklar, şiddet eğilimi, çocuk sağlığında anne davranışı gibi alanlarda da kullanılmıştır. Buna karşın psikososyal işlevler üzerindeki etkisi ve davranış değişikliğindeki hızlı çözümleri özellikle psikiyatrik rehabilitasyon çalışmalarında sıkça işaret edilmektedir. Psikiyatri hastalarında rehabilitasyonun en önemli parçası olan işlevselliği ve co- morbid diğer psikiyatrik hastalıkların (diğer dahili hastalıkların) belirtilerinin azaltılmasında özellikle de toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında önemi giderek artmaktadır.

Şizofrenide Motivasyonel Görüşmenin Kullanılma Amacı

MG'nin psikiyatride özellikle ikili psikiyatrik tanılarda etkinliği konusunda çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Şizofreni tanılı birey ise, süreç içinde hem bir psikiyatrik eş tanı (depresyon, anksiyete) almak için hem de diğer (kardiyovasküler sistem bozuklukları, endokrin bozuklukları, gastrointestinal sistem bozuklukları, hipertansiyon vb) dahili tanıları almak için riskli grubu oluşturmaktadır(Steinberg ve ark 2004, Laker 2007, Martino 2007, Britt ve ark 2003, Barrowlough 2001, Methapatara ve ark 2011). Özellikle şizofreni ve madde kullanım bozukluğunun birlikte olduğu hasta gruplarında MG sonuçlarının etkinliği dikkat çekmektedir. Bellack ve ark 1999'da haftada 2 defa 90 dakika uygulanan MG 'nin madde kullanım bozukluğu olan şizofreni tanılı bireylerde maddeyi reddetme ve bu durumda doğru davranışı seçme kararının arttığını söylemektedirler. Graeber ve ark 2003 MG veya sadece eğitimin alkol kullanan şizofrenili hastalarda alkol kullanımını azaltmasını ya da bitirmesini, alkol kullanmaktan uzak durma gibi davranış değişimlerini oluşturmak istedikleri çalışmalarında MG yapılan hastalarda alkolden kaçınma davranışının ve alkol alınan gün sayısının azalmasının daha yüksek oranlarda olduğunu bildirmektedirler.

Hasta birey için şizofreninin yanında bir eş tanı olsun ya da olmasın MG etkili sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle psikiyatrik rehabilitasyon alanında MG davranış değişimi ve ambivalanların çözümlenmesinde oldukça anlamlı pozitif

sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Fszdone ve ark 2016 yılında şizofreni tanılı bireylerde bilişsel rehabilitasyonu artırmayı amaçladıkları çalışmalarında; MG'nin, bilişsel eğitime uyum ve amaca yönelik hareket gibi bilişsel rehabilitasyon konularını geliştirmek için etkili olduğunu belirtmektedirler.şizofrenide i gry artırmak için, tedaviye uyumu artırmak için, negatif belirtilerin yarattığı geri çekilmeyi azaltmak için şizofreni tanılı bireylerde yine MG olumlu sonuçlar ortaya çıkarmıştır(Rsch ve Corrigan 2002,McCracken 2008, O'Donnel ve ark 2003).

şizofreni'de Uygulanan Motivasyonel Görüşmenin Güncel alışmalarla İncelenmesi

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının en uygun hali ile toplum-hastane temelli ruh sağlığı yaklaşımları ışığında gelişmeye başlaması bize MG'in şizofreni gibi ciddi psikotik hastalıklarda yeni bir uygulama olduğu düşüncesini çağrıştırabilir. Ancak motivasyonel görüşme son 60 yıldır şizofrenide ve diğer mental bozukluklarda kullanılmaktadır. Araştırmalar rneklem gruplarının genele yansıtalamayacağını, sınırlılıkları olarak bildirmektedir. Ancak bu etkinliği çoğu araştırmada anlamlı çıkan MG'nin uygulanmasının yeterli pozitif sonuç vermeyeceği anlamını taşımamaktadır. Aksine yapılan sistemik derlemeler ve meta- analizler anlamlı sonuçları desteklemektedir.

Tablo 2. Şizofreni Hastalarına Uygulanan MG'nin Değerlendirilmesi

Yazar/ Yazarlar	MG'nin Oturum Sayısı	MG'nin İzlem Sayısı/ Zamanı	MG'nin Hangi Amaç İçin Kullanıldığı	Sonuç
Chien ve ark 2015	8 oturum	2 defa Müdahaleden hemen sonra ve 6 ay sonra	Tedaviye uyum / tekrarlı yatışı önlemek ve içgörü	MG'nin tüm alanlarda etkin olduğu saptanmıştır.
Fiszdone ve ark 2016	Ortalama 5 oturum	2 defa 3 ay ve 6 ay sonra	Bilişsel rehabilitasyon (psikotik septomların azalması ve dezorganizasyonu n iyileştirilmesi)	MG'nin bilişsel rehabilitasyon alanında etkin olduğu saptanmıştır. Ancak bilişsel rehabilitasyon müdahalesi için eğitim alan gruptan çok farklı sonuçlar bildirilmemekte dir.
Choi ve ark 2016		1 defa Çalışmanın sonunda	Negatif belirtiler	Hastaların negatif belirtilerinde ılımlı gerileme saptanmıştır.
Lee ve Sungjae 2017	6 oturum	1 defa Çalışmanın hemen sonrasında	Tıbbi uygulamalarda öz-yeterlilik ve ilaç uyumu	MG'nin ilaçuyumunda etkili olduğu bildirilirken tıbbi uygulamalara katılımda öz- yeterlilik üzerindeki etkisinin önemli olmadığı söylenmiştir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Motivasyonel Görüşmenin Olası Faydaları

Şizofreni tanılı hastalar özellikle negatif semptomların etkisinde toplumsallaşmada, mesleki rollerde, ilaç uyumunda, aile içi rollerde, kişilerarası ilişkilerde önemli yetiyitimleri yaşamaktadırlar. Bu içe çekilme davranışı şizofreni hastalarında anksiyete, depresyon gibi co-morbid ruhsal hastalıklara neden olmaktadır (Kanchanatawan ve ark 2017, Upthegrove ve ark 2017). Öyle ki şizofreni hastalarında gördüğümüz yüksek suicidal davranışlar da bunun bir sonucu olabilmektedir (Gooding ve ark 2017). Şizofreni tanısı almış bireyin günlük işlerinde, mesleki rollerinde, ilaç uyumunda, topluma katılımında ya da çekincelerinde stigmatizasyon, yetiyitimi ya da öz-yeterlilik, öz-güven gibi kavramların önemi çok büyük görünmektedir (Campellone ve ark 2016, Haugh 2016). MG ilaç uyumunu sağlama konusunda şizofreni tanılı bireylerde yüksek başarı göstermektedir. Pozitif belirtileri etkin kontrol eden antipsikotik tedavi hastanın negatif belirtilerini fark etmesini de beraberinde getirecektir. Ayrıca içgörü kazandırmak amacıyla ya da varolan içgörüyü geliştirmek amacıyla da yapılacak olan MG, şizofreni hastalarına gelecekci yaklaşımlar göstermemizi ve depresyondan korumayı, toplumsal işlevlerini daha katılımcı bir ruh ile yerine getirmeyi sağlayabilmektedir (Joseph ve ark 2017). Bu bakımdan motivasyonel görüşmenin ruhsal rehabilitasyon hizmetlerinin her adıma entegre edilmesi öngörülelebilmektedir. Huang Tan ve ark 2017 yılında bir

“Toplum Ruh Sağlığı “ birimine başvuran hastalarla MG uygulayarak yaptıkları çalışmalarında MG’nin hastaların belirtileri daha iyi yonettikleri, negatif belirtilerinin azaldığı, fonksiyonlarında gelişmeler olduğu ve tedaviye uyum ile birlikte hastaneye tekrarlı yatışlarının bittiği ya da azaldığını bildirmektedirler.

Toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, hem uygulama kolaylığı hem de takibinin çok farklı ölçeklerle ve farklı kavramlar üzerinden yapılabilmesi ile ilgili esnekliği nedeniyle motivasyonel görüşme eğitimini kadronun eğitimine entegre etmenin önemi büyük görünmektedir. MG, ilaçlarla büyük oranda kontrol edilen pozitif belirtilerden ziyade toplumsallaşmanın ve yaşam kalitesinin çok etkilendiği negatif belirtilerden uzaklaşmak için üzerinde çalışılması gereken bir müdahaledir. Ruhsal rehabilitasyonun ülkemizde de önem kazandığı son yıllarda hemşireler multidisipliner ekipte giderek daha çok önem kazanmaktadır. Bu sebepten motivasyonel görüşmenin etkinliğinin geniş bir alanda görülmesi nedeniyle (Tablo 1.) belki de hemşirelik lisans eğitimi çekirdek müfredatına da eklenebilir.

KAYNAKLAR

Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2014). WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation?. *World Psychiatry*, 13(2), 107-109.

http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1 (24.04.2018 online)

Marcisisin, M. J. Rosenstock, J. B., & Gannon, J. M. (2016). *Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press.

<https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/9a9dd52e9b6d42d3b0b3f821b8b2c0c5.pdf> (02.04.2018 online)

Robinson, D. G., Schooler, N. R., John, M., Correll, C. U., Marcy, P., Addington, J., ... & Robinson, J. (2015). Prescription practices in the treatment of first-episode schizophrenia spectrum disorders: data from the national RAISE-ETP study. *American Journal of Psychiatry*, 172(3), 237-248.

Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.

- Tsapakis, E. M., Dimopoulou, T., & Tarazi, F. I. (2015). Clinical management of negative symptoms of schizophrenia: An update. *Pharmacology & therapeutics*, *153*, 135-147.
- Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W., & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future the rapeutic agents. *Molecular psychiatry*, *17*(12), 1206.
- Barnes, T. R., & Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. (2011). Evidence-based guide lines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, *25*(5), 567-620.
- Victoroff, J., Coburn, K., Reeve, A., Sampson, S., & Shillcutt, S. (2014). Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *The Journal of neuro psychiatry and clinical neuro sciences*, *26*(4), 283-312.
- Nishikawa, T., Kuwahara, H., Tsuda, A., Tanaka, M., Koga, I., & Uchida, Y. (1992). Distinguishing a cute and tardivea kathisia by monitoring microvibration: a pilot

study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 46(3), 665-672.

Andreou, C., & Moritz, S. (2016). Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia: How Much Can Be Achieved and How?. *Frontiers in psychology*, 7, 1289.

Kremen, L. C., Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Silverstein, S. M., and Choi, J. (2016). Intrinsic and extrinsic motivation and learning in schizophrenia. *Curr. Behav. Neurosci. Rep.* 3, 144–153. doi: 10.1007/s40473-016-0078-1

Gómez-Benito, J., Carmona, V. R., & Najas-García, A. (2018). Trends in the study of motivation in schizophrenia: A bibliometric analysis of six decades of research (1956-2017). *Frontiers in Psychology*, 9, 63.

Çetinkaya Duman, Z., & Ertem, M. (2016). Why Motivational Interviewing Important for Patients with Schizophrenia. *DEUHFED*, 9, 148-52.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.*

Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism.

Hutchesson, M. J., Rollo, M. E., Krukowski, R., Ells, L., Harvey, J., Morgan, P. J., ... & Collins, C. E. (2015). E Health interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis. *Obesity reviews*, 16(5), 376-392.

Schwalbe, C. S., Oh, H. Y., & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8), 1287-1294.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862-878.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd Edition. New York: Guilford Press

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 351(7944), 305-312.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2015). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. Guilford Publications.

- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., ... & Hollinger, D. (2015). Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*, *135*(4), 649-657.
- Dean, S., Britt, E., Bell, E., Stanley, J., & Collings, S. (2016). Motivational interviewing to enhance adolescent mental health treatment engagement: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, *46*(9), 1961-1969.
- Gecht-Silver, M., Lee, D., Ehrlich-Jones, L., & Bristow, M. (2016). Evaluation of a motivational interviewing training for third-year medical students. *Family medicine*, *48*(2), 132-135.
- Bean, M. K., Powell, P., Quinoy, A., Ingersoll, K., Wickham, E. P., & Mazzeo, S. E. (2015). Motivational interviewing targeting diet and physical activity improves adherence to paediatric obesity treatment: results from the MI Values randomized controlled trial. *Pediatric obesity*, *10*(2), 118-125.
- Edwards, E. J., Stapleton, P., Williams, K., & Ball, L. (2015). Building skills, knowledge and confidence in eating and exercise behavior change: Brief motivational interviewing training for healthcare providers. *Patient education and counseling*, *98*(5), 674-676.

- Creber, R. M., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 99(2), 256-264.
- Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Choi, J., Bell, M. D., & Martino, S. (2015). Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 42(2), 327-334.
- Kiene, S. M., Bateganya, M. H., Lule, H., & Wanyenze, R. K. (2016). The effect of motivational interviewing-based counseling during outpatient provider initiated HIV testing on high-risk sexual behavior in rural Uganda. *AIDS and Behavior*, 20(9), 1928-1936.
- Satre, D. D., Leibowitz, A., Sterling, S. A., Lu, Y., Travis, A., & Weisner, C. (2016). A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(7), 571.
- do Valle Nascimento, T. M. R., Resnicow, K., Nery, M., Brentani, A., Kaselitz, E., Agrawal, P., ... & Heisler, M. (2017). A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public

primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC health services research*, 17(1), 32.

Pladevall, M., Divine, G., Wells, K. E., Resnicow, K., & Williams, L. K. (2015). A randomized controlled trial to provide adherence information and motivational interviewing to improve diabetes and lipid control. *The Diabetes Educator*, 41(1), 136-146.

Aharonovich, E., Sarvet, A., Stohl, M., DesJarlais, D., Tross, S., Hurst, T., ... & Hasin, D. (2017). Reducing non-injection drug use in HIV primary care: a randomized trial of brief motivational interviewing, with and without HealthCall, a technology-based enhancement. *Journal of substance abuse treatment*, 74, 71-79.

Ream, E., Gargaro, G., Barsevick, A., & Richardson, A. (2015). Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: modeling and randomized exploratory trial. *Patient education and counseling*, 98(2), 199-206.

Broccoli, S., Davoli, A. M., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., Montagna, G., ... & Candela, S. (2016). Motivational interviewing to treat overweight children: 24-month follow-up of a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 137(1), e20151979.

- Rongkavilit, C., Wang, B., Naar-King, S., Bunupuradah, T., Parsons, J. T., Panthong, A., ... & Phanuphak, P. (2015). Motivational interviewing targeting risky sex in HIV-positive young Thai men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, *44*(2), 329-340.
- Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Witt, E., Feigin, V., Jones, A., McPherson, K., ... & Rush, E. (2015). Improving adherence to secondary stroke prevention strategies through motivational interviewing: randomized controlled trial. *Stroke*, *46*(12), 3451-3458.
- Döring, N., Ghaderi, A., Bohman, B., Heitmann, B. L., Larsson, C., Berglind, D., ... & Tynelius, P. (2016). Motivational interviewing to prevent childhood obesity: a cluster RCT. *Pediatrics*, e20153104.
- Friederichs, S. A., Oenema, A., Bolman, C., & Lechner, L. (2015). Long term effects of self-determination theory and motivational interviewing in a web-based physical activity intervention: randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*(1), 101.
- Eakin, M. N., Rand, C. S., Borrelli, B., Bilderback, A., Hovell, M., & Riekert, K. A. (2014). Effectiveness of motivational interviewing to reduce head start children's secondhand smoke exposure. a randomized clinical

trial. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 189(12), 1530-1537.

Palacio, A. M., Uribe, C., Hazel-Fernandez, L., Li, H., Tamariz, L. J., Garay, S. D., & Carrasquillo, O. (2015). Can phone-based motivational interviewing improve medication adherence to antiplatelet medications after a coronary stent among racial minorities? A randomized trial. *Journal of general internal medicine*, 30(4), 469-475.

Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., & Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 46.

Hedegaard, U., Kjeldsen, L. J., Pottegård, A., Bak, S., & Hallas, J. (2014). Multifaceted intervention including motivational interviewing to support medication adherence after stroke/transient ischemic attack: a randomized trial. *Cerebrovascular diseases extra*, 4(3), 221-234.

Rhodes, K. V., Rodgers, M., Sommers, M., Hanlon, A., Chittams, J., Doyle, A., ... & Crits-Christoph, P. (2015).

Brief motivational intervention for intimate partner violence and heavy drinking in the emergency department: A randomized clinical trial. *Jama*, 314(5), 466-477.

Ingersoll, K. S., Banton, T., Gorlin, E., Vajda, K., Singh, H., Peterson, N., ... & Cox, D. J. (2015). Motivational Interviewing support for a behavioral health internet intervention for drivers with type 1 diabetes. *Internet interventions*, 2(2), 103-109.

Saitz R, Palfai TPA, Cheng DM, et al. Screening and Brief Intervention for Drug Use in Primary Care The ASPIRE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2014;312(5):502–513. doi:10.1001/jama.2014.7862

Pakpour, A. H., Gellert, P., Dombrowski, S. U., & Fridlund, B. (2015). Motivational interviewing with parents for obesity: an RCT. *Pediatrics*, 135(3), e644-e652.

Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A., & Brandon, T. H. (2004). Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 723.

- Laker, C. J. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(8), 720-726.
- Martino, S. (2007). Contemplating the use of motivational interviewing with patients who have schizophrenia and substance use disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(1), 58-63.
- Britt, E., Blampied, N. M., & Hudson, S. M. (2003). Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist, 38*(3), 193-201.
- Bellack, A. S., & DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*(1), 75-80.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal, 39*(3), 189-202.
- Methapatara, W., & Srisurapanont, M. (2011). Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai

schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(4), 374-380.

Rüsch, N., & Corrigan, P. W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(1), 23.

McCracken, S. G., & Corrigan, P. W. (2008). Motivational interviewing for medication adherence in individuals with schizophrenia.

O'donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., ... & O'callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *Bmj*, 327(7419), 834.

Gooding, P. A., Littlewood, D., Owen, R., Johnson, J., & Tarrier, N. (2017). Psychological resilience in people experiencing schizophrenia and suicidal thoughts and behaviours. *Journal of Mental Health*, 1-7.

Kanchanatawan, B., Sirivichayakul, S., Thika, S., Ruxrungham, K., Carvalho, A. F., Geffard, M., ... & Maes, M. (2017). Physio-somatic symptoms in schizophrenia: association with depression, anxiety, neurocognitive deficits and the

tryptophan catabolite pathway. *Metabolic brain disease*, 32(4), 1003-1016.

Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue?. *Schizophrenia bulletin*, 43(2), 240-244.

Joseph, B., Muralidhar, D., Varambally, S., & Kumar, D. (2017). A Systematic Narrative Synthesis of Psychosocial Interventions to Enhance Insight in Schizophrenia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 25(1), 60-76.

Tan, S. C. H., Lee, M. W. H., Lim, G. T. X., Leong, J. J. Y., & Lee, C. (2015). Motivational interviewing approach used by a community mental health team. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 53(12), 28-37.

Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 270.

Choi, K. H., Jaekal, E., & Lee, G. Y. (2016). Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms in

individuals with schizophrenia: a proof-of-concept pilot study. *Frontiers in psychology*, 7, 1759.

Lee, D., & Kim, S. (2017). The Effects of Group Motivational Interviewing Compliance Therapy on Drug Attitude, Medicine Application Self-efficacy and Medicine Application in Psychiatric Patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(4), 391-401.

İKİNCİ BÖLÜM: TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Tükenmişliğin Tanımı

Tükenmişlik, üzerinde son yıllarda çok fazla çalışılmış olan kavramlardan bir tanesi olmasına rağmen, hâlâ tartışmalıdır ve çoğu ülkede resmi olarak ruhsal bir bozukluk olarak kabul edilmemektedir (Heinemann ve Heinemann,2017). İlk olarak gönüllü sağlık bakımı veren kişilerde gözlenmeye başlanmış olan bu kavram zaman içinde sağlık personeli dışındaki meslek gruplarında da araştırılmaya başlanmıştır. En fazla insanlarla iç içe çalışan meslek gruplarını etkilediği bildirilmekle beraber son yıllarda birçok meslek grubu için tükenmişlik düzeyi değerlendirmeleri yapılmaktadır. Tükenmişlik çalışanları etkileyen ve çalışma şartları ya da kişisel özellikler gibi etkenlerin de işin içine girdiği karmaşık bir psikolojik bir fenomen olarak değerlendirilebilir (Maslach ve Schaufeli 1993).

Tükenmişlik kavramı ilk kez İlk kez Graham Greene tarafından 1961 yılında kullanılmış (Akt. Başol,2018), daha sonra psikanalist Freudenberger 1974 yılında tükenmişlik kavramını bilimsel olarak açıklamıştır. Buna göre bu durum çalışanlarda görülen bir psikiyatrik ve fiziksel bir sorun olarak ortaya atılmıştır (Weber and Reinhard,2000). Freudenberger tarafından, gönüllü sağlık bakımı verenlerde görülen işe bağlılık ve güdülenme düzeyinde azalma gibi belirtileri tanımlamak için kullanılmış olan tükenmişlik ile ilgili daha sonra çok çeşitli

tanımlar yapılmıştır. Freudenberger, tıbbi kliniklerde gönüllü olarak çalışanlar üzerinde yapmış olduğu gözlemlere göre, bu kişilerin başlangıçta büyük bir heyecanla çalışırken, bir yıl sonra işlerini aniden bıraktıklarını belirtmiştir. Bu kişilerin yaşadıkları engellenmişlik, depresyon, kötümserlik gibi duyguları tanımlamak için tükenmişlik terimini kullanmıştır. Daha sonra 1976 yılından itibaren Christina Maslach tarafından tükenmişliği açıklamak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. (Bühler ve Land,2003; Çimen ve Ergin, 2001; Çapri, 2006).

Maslach ve Jackson'ın çalışmalarına göre tükenmişlik, işyerinde oluşan ve başarılı bir şekilde ele alınmamış olan kronik stresin bir sonucudur. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile karakterizedir ve çoğunlukla bakım ve sosyal mesleklerde (ör. Sosyal hizmet uzmanları, öğretmenler, hemşireler, doktorlar, diş hekimleri) bulunur (Weber and Reinhard,2000). Maslach'a göre işyeri stresi fiziksel, psikolojik sağlığa ve performansa zarar verebilecek önemli bir tehlike olarak kabul edilmiştir (Maslach ve Leiter, 2008)

Maslach'a göre tükenmişlik, insanlarla yüz yüze çalışan ve işi gereği yoğun duygusal taleplerle karşılaşan ve meslek gruplarında görülen psikolojik bir sendromdur. Buna göre kişilerde fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ortaya çıkar (Karabınar, 2011). Tükenmişlik yaşayan kişinin yaptığı işin anlam ve amacından uzaklaşması, hizmet verdiği bireylerle artık gerçekten

ilgilenemiyor olmasıdır. Tükenmişlik için Maslach tarafından geliştirilen bir değerlendirme ölçeği olan Maslach Tükenmişlik Ölçeğine dayanan ve günümüzde yaygın olarak kullanılan bir sonraki tanım, tükenmişlik sendromunun belirleyici unsurları olarak tükenmişlik, duyarsızlaşma ve performanstaki azalmayı tanımlamaktadır.(Weber and Reinhard,2000; Maslach vd; 1997).

Maslach tarafından yapılan tanımlama dışında bir başka tanım ise Pines ve Aranson tarafından yapılmıştır. Buna göre tükenmişlik “uzun süren duygusal ve zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu” olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda tükenmişlik, bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır ve sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe ve kapana kısılmışlık duygularına neden olmakta ve buna bağlı olarak fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme sürecine yol açmaktadır. Tükenmişlik işe bağlı olarak tutum ve davranışlarda değişiklikler ile kendini gösteren duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı duygusu ile karakterize olan fiziksel olarak tükenme, yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ile iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendromdur.(Çapri,2006; Karabınar 2011).

Tükenmişlik aşırı stres yükü ile birlikte ortaya çıkan bir duygudur ve kişinin motivasyonunu, tutum ve davranışlarını

etkilemektedir. Kronik yorgunluğa ve coşku eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanabilir (Bathia ve Saha, 2018). Uzun yıllar boyunca tükenmişlik, insan hizmetleri, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi çeşitli insan odaklı meslekler için bir mesleki tehlike olarak kabul edilmiştir. Bu tür hizmet sağlayıcıların alıcılarla geliştirdiği terapötik veya hizmet ilişkileri, sürekli ve yoğun bir kişisel, duygusal temas düzeyi gerektirir. Bu tür ilişkiler ödüllendirici ve ilgi çekici olsa da, oldukça stresli olabilirler. Bu tür mesleklerde, baskın olan normlar özverili olmak ve başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarından öncelikli olarak görmektir. Çok uzun çalışma saatleri, bir hastaya ya da öğrenciye yardım etmek için ne gerekiyorsa yapılması bu tür mesleklerin gereklerindedir. Aynı zamanda bu tür mesleklerin gerçekleştirildiği iş yerlerinde genellikle yeterli organizasyonel yapılar oluşturulmamıştır. Yoğun hizmet taleplerine karşılık yetersiz kaynak ve insan gücü ile hizmet verilmesi, çalışanların yaptıkları işe karşılık yeterli ücret alamaması gibi sistem kaynaklı sorunlar söz konusudur. Bu durumlar da tükenmişliğin ortaya çıkmasına daha fazla zemin hazırlamaktadır.

Tükenmişlik kavramı yorgunluk ya da yıpranmadan; iş doyumsuzluğundan farklı bir kavramdır. Tükenmişlik yaşayan bireyler kendilerini duygusal yönden tükenmiş hissederler ve hizmet verdikleri bireylere ve onların gereksinimlerine karşı duyarsızlaşma yaşarlar Bununla beraber tükenmişlik yaşayan

bireyler kendilerini yetersiz ve başarısız olarak algılamaktadır (Özgüven ve Haran,2000).

Tükenmişlik birçok araştırmacı tarafından öncelikle insanlarla yüz yüze ilişki içinde olunan mesleklere özgü bir kavram olarak nitelendirilmişken, daha sonraları insanlarla yüz yüze ilişki içinde olmayı gerektirmeyen mesleklerde de araştırılmıştır. Tükenmişliğin insanlara birebir hizmet veren mesleklerde görülebileceğini savunan araştırmacılar, bu kavramın en önemli unsurlarından birinin duyarsızlaşma olduğunu belirterek, diğer meslek dallarını kapsayamayacağını belirtmiştir. Yapılan pek çok çalışma büyük çoğunlukla mesleki tükenmişlik ile ilgilidir. Birçok araştırmacıya göre tükenmişlik iş stresi ve bu stresle yeterince baş edememeye bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik strese karşı bir tepkidir. Buradan yola çıkarak genel kabul gören görüş tükenmişliğin iş ortamına özgü bir durum olması ve bireylerin iş ile ilgili tutum ve davranışlarında değişikliklere yol açması olarak açıklanabilir (Çetinkanat, 2002; Ekstedt veFagerberg, 2005; Kaçmaz, 2005).

Tükenmişlik kavramı için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın kullanılan Cristina Maslach tarafından 1981 yılında geliştirilmiş olan Maslach Tükenmişlik Envanteridir. Bu ölçek, bugün hala en sık kullanılan tükenmişlik ölçme aracıdır ve tükenmişliği ölçmek için ek bir tanımlama ve bir enstrüman sunmuştur (Weber and Reinhard,2000). Maslach'ın adıyla literatüre geçmiş olan Maslach Tükenmişlik

Envanteri (MBI) yedi dereceli Likert tipi bir ölçektir. Toplam 22 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlardan duygusal tükenme (emotional exhaustion, EE) alt ölçeği, dokuz maddeden, duyarsızlaşma (depersonalizasyon, DP) alt ölçeği beş maddeden ve kişisel başarısızlık duygusunun azalması (personal accomplishment, PA) alt ölçeği de, toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin özgün formunda maddeleri “1 hiçbir zaman” ve “7 her zaman” biçiminde puanlanmaktadır. Ülkemizde Ergin (1992) tarafından Türkçe’ye çevrilen ölçekte bazı değişiklikler yapılmış ve özgün formunda yedi dereceli olan cevap seçeneklerinin “0 hiçbir zaman”, “4 her zaman” olarak ölçeğin beş dereceli olarak düzenlenmiştir. Ölçekten alınan puanlar değerlendirilirken duygusal tükenme (EE) ve duyarsızlaşma (DP) alt ölçeklerindeki yüksek puan; kişisel başarı, alt ölçeğindeki düşük puan bireyin tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu sonucunu vermektedir. Orta düzeydeki puanlar ise her üç alt ölçek için de orta düzeyde tükenmişlik olarak değerlendirilmektedir. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır. (Maslach vd 1997; Çapri, 2006; Karabınar, 2011)

Tükenmişliğin Alt Boyutları

Tükenmişliği açıklayan çeşitli görüşler öne sürülmektedir. Buna göre tükenmişlik çeşitli belirtiler ile ortaya çıkar. Bu belirtiler fiziksel duygusal ve zihinsel tükenmişlik olarak ortaya çıkabilir. Tükenmişliğin işe ilişkin tutumlara ve işle ilgili tatmin düzeyine yansıdığına dair çok çeşitli çalışmalar yapılmıştır. (Çam ve Engin,2017; Ünal vd; 2001; Kavurmacı vd, 2014)

Çalışanların tükenmişlik yaşamaları sonucunda işe ilginin azalması, hizmet verilen kişilere karşı negatif davranışlar, personelin işe geç gelmesi, mazeretsiz olarak işe gelmeme, iş yerinde hızlı personel değişiminin yaşanması, çalışanlar arasında hata yapma oranının artması, iş doyumsuzluğu yaşama, örgütsel bağlılıkta azalma gibi kurumsal sorunlar ortaya çıkabilir (Arı, 2008). Ayrıca tükenmişlik yaşayan bireylerde duygusal bazı belirtiler ortaya çıkabilir. Bunlar kronik ve aşırı yorgunluk, kızgınlık, sabırsızlık, motivasyon düşüklüğü ya da depresyon gibi durumlar olabildiği gibi; baş, sırt ve mide ağrısı gibi somatik rahatsızlıklar; uykusuzluk; daha fazla alkol, tütün, yiyecek tüketme eğilimi, uyuşturucu kullanımı; hizmet verilen bireylerle empati kurmada aşırı zorluk çekme; sosyalleşmeye olan isteksizlik; işe gitmeye olan gönülsüzlük; çalışmaya çok fazla zaman ayrıldığına düşünülmesi söz konusu olabilir (Işıkhan, 2004).

Tükenmişlik süreci dinamik bir süreçtir. Bu sürecin deneysel olarak kanıtlanmış bilimsel bir modeli yoktur.

Tükenmişliğin oluşmasında çeşitli faktörlerin bir araya gelmesi etkili olmaktadır. Tükenmişliğin ortaya çıkmasında çalışanların işleri gereği karşılaştıkları bireylerle kurdukları sık ve yoğun iletişim ve kişilerin bireysel özelliklerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Yalnızca örgüte bağlı nedenlerle ortaya çıkan stresörlere verilen tepkilerden de ayrılmaktadır. Bu nedenle örgütsel nedenlere bağlı ortaya çıkan diğer stresörlere verilen tepkilerden ayrılmaktadır (Gündüz ve Gökçakan 2003).

Tükenmişliği açıklayan birçok modeller içinde en bilineni Maslach Modeli'dir. Bazı kaynaklarda "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", "Çok Boyutlu Tükenmişlik Modeli" gibi farklı isimler verilen Maslach Modeli'ne göre tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunun azalması olarak belirtilen üç ayrı bileşeni olan psikolojik bir olgu olarak tanımlanmaktadır (Karabınar 2011). Birçok araştırma tükenmişliğin bu üç boyutlu yapısını desteklenmektedir. Ancak tükenmişliğin temelini "duygusal tükenme" boyutu tarafından oluşturulduğu, diğer iki boyutun da buna eşlik ettiği ileri sürülmektedir. Tükenmişlik bir anlamda iş stresi olarak kabul edilmektedir. Bu etkene bağlı olarak ortaya çıkan bu üç faktörü de kapsayacak şekilde kullanılmaktadır (Hıgashıguckhı, 2003; Innstrand vd, 2004).

I- Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)

Maslach tarafından kişilerin yaptıkları iş nedeniyle kendilerini aşırı yüklenilmiş ve duygusal yönden tüketilmiş hissetmesi olarak tanımlanmıştır. Özellikle insanlarla birebir ilişki kurmayı gerektiren mesleklerde, yoğun iş temposu içinde bireyin bu tempoya uymak için gösterdiği çaba ve diğer insanların talepleri karşısında gösterilen tepkidir. Ayrıca yapılan işe ilişkin kaynakların yetersiz olması, bireyin kendi kaynaklarını daha çok harcamasına neden olmaktadır. Duygusal tükenme sürecine giren bireyin psikolojik olarak kendini işe vermesinde yetersizlik ortaya çıkar. Kimi araştırmacıya göre duygusal tükenme, tükenmişliğin başlangıç noktası olarak da değerlendirilmektedir. Bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği ve psikolojik olarak yaptıkları işe kendilerini veremedikleri bir süreç olarak belirtilmektedir. Duygusal tükenme tükenmişliğin içsel boyutudur. Mesleki tükenmişliğin bu boyutunda bireyde yorgunluk, enerji eksikliği duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenmektedir. Bu boyut literatürde tükenmişliğin en kritik ve en belirleyici boyutu olarak ifade edilmektedir. Duygusal tükenmişliği yasayan kişi hizmet verdiği kişilere karşı geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür, gerginlik ve engellenmiş olma duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitmek zorunda olmak bir endişe kaynağıdır (Özgüven ve Haran;2000; Arı, 2008).

Bu süreçte duygusal tükenmenin bireyde halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, kişinin özgüven ve coşkusunun azalmasına neden olması ve işe bağlı olarak kişinin kendini aşırı yüklenmiş ve tüketilmiş olarak duyumsaması söz konusu olabilir. Duygusal tükenmenin oluşmasında yapılan işin bireyin yaşamında çok fazla yer tutması; işe ilişkin konuları boş zamanlarında da kendine sıkıntı etmesi önemli bir faktördür. Duygusal tükenme yaşayan kişi duygusal kaynaklarının bittiği duygusuna kapılmakta ve buna bağlı olarak birey hizmet verdiği kişilere karşı eskiden olduğu kadar sorumlu davranmadığını düşünmektedir (Özgüven ve Haran; 2000).

II-Duyarsızlaşma (Depersonalization)

Tükenmişliğin ikinci unsuru duyarsızlaşmadır. Bu durum kişinin genellikle idealizm kaybı yaşaması ve bakım verdiği kişilere karşı olumsuz davranış ve tutumlar sergilemesi anlamına gelir. Genellikle duygusal tükenmenin aşırı yüklenmesine yanıt olarak gelişir bireyin bu duyguya karşı kendini koruma tepkisi olarak ortaya çıkar. Duygusal anlamda tükenmişlik yaşayan birey, diğer insanların taleplerini karşılamak için, gerekli gücü kendinde bulamaz ve kaçış yolunu duyarsızlaşmada bulur. Ancak zamanla çalışanların duygudan yoksun bir biçimde hizmet verdikleri kişilere karşı sanki birer nesne imiş gibi davranması ile sonuçlanır. Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu temsil eder. Ayrıca bu kişiler etkileşimde buldukları bireylere karşı katı, mesafeli,

umursamaz ve alaycı bir tavır içine girebilirler. Bu durum hizmet alanların ihtiyaçlarına karşı uzaklaşma nedeniyle diğer bireylerin ihtiyaçlarına karşı bir aldırılmazlık oluşmasına neden olur. Hizmet verdiği insanlara karşı soğuk ve umursamaz bir tavır takınmakta; taleplerini göz ardı etmektedir. Diğerleriyle ilişkilerini mümkün olan en az düzeye indirerek onları birer birey değil de iş nedeniyle ilişki kurduğu nesnelere gibi görmeye başlar (Demir; 1999; Özgüven ve Haran; 2000; Maslach, vd.1997; Maslach ve Goldberg, 1998)

III- Kişisel Başarı Duygusunun Azalması (Reduced Personal Accomplishment)

Kişisel başarı duygusunun azalması, bireyin iş yerinde yetkinlik ve üretkenlik duygularında bir düşüş anlamına gelir. Bu düşük öz-yeterlilik duygusu, depresyon ve işin talepleriyle başa çıkamamaya bağlı olarak sosyal desteğin eksikliği ile daha da kötüleşebilir. Bireyler, hizmet verdikleri kişilere yardımcı olma yetenekleri konusunda giderek artan bir yetersizlik hissi yaşarlar ve bu da başarısızlık kararına dönüşür. Kişisel başarı duygusunun azalması bileşeni tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil eder. Buna göre kişinin kendini olumsuz olarak değerlendirmesi, kişinin kendini algılamasının olumsuz bir nitelik kazanması söz konusudur. Tükenmişlik yaşayan bireyler işlerinde yeterince ilerleyemediğini düşünürler ve kendilerini suçlu hissederler. Diğer bir tanımlama ise bireyin sorunların başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli görme eksikliğidir.

Birey kendisine ilişkin değerlendirmelerinde olumsuzluk hissine kapılır ve işinde ilerleme kaydetmediğini, çevresinde bir fark yaratmadığını düşünür (Özgüven ve Haran; 2000; Maslach vd, 1997; Maslach ve Goldberg,1998).

Tükenmişliğin Evreleri

Edelwich ve Brodsky (1980), tükenmişliğin aşama aşama geliştiğini belirtmektedir. Buna göre tükenmişlik şu aşamalarda yaşanmaktadır (Özgüven ve Haran; 2000).

1 Evre: Coşku Dönemi: Bu dönemde bireyin işinden ve işi ile ilgili olarak kendinden beklentisi yüksektir. Birey için iş önceliklidir. Yüksek bir umutlu olma hali, enerji ve coşkuya sahiptir. Bu dönemde işini yaparken, hizmet verdiği bireylerle gereğinden fazla özdeşim kurduğu belirtilir. Birey bu dönemde gerginliğe uykusuzluğa, kendi yaşamına yeterince zaman ayıramama gibi olumsuz koşullara uyum sağlama çabası içindedir. Bunun sonucunda kişinin enerjisinin hızla kaybolmaktadır. Bunun yanı sıra iş ortamındaki olumsuz koşullar, kaynakların yetersiz olması gibi durumlar bireyin bu enerjisini ve motivasyonunu azaltarak, engellenme ve hayal kırıklığı yaşamasına yol açmaktadır (Öztürk, Avan ve Nacar,2018; Özgüven ve Haran, 2000).

2. Evre: Durgunluk Dönemi: Coşku döneminin ardından yaşanan hayal kırıklığına bağlı olarak durgunluk dönemi ortaya çıkar. Bu evrede birey mesleğini uygularken karşılaştığı sorunlar

nedeniyle enerjisini yitirmeye başlar. İstek ve umutlu olma halinde azalma ortaya çıkar. Birey daha önce düşünmediği ya da önemsemediği düşük ücret, fazla mesai, boş zamanın olmayışı gibi sorunlara daha çok dikkat etmektedir ve bu durum onu rahatsız etmeye başlar. Ayrıca iş dışındaki yaşamını bu döneme kadar geri plana ittiği için yaşamın başka alanlarından da doyum elde edemeyecek ve mutsuz olacaktır. Yeterli gelir, dinlenecek zaman, doyurucu sosyal ilişkiler gibi gereksinimler karşılanamazsa, bir süre sonra kişinin meslek hayatı çıkmaza girer (Öztürk, Avan ve Nacar,2018; Özgüven ve Haran, 2000).

3. Evre: Engellenme Dönemi: Birey bu süreçte işin değerliliği ile ilgili sorular sormaya başlar. İşin sınırlılıkları, yapılan işin amaçlarını gerçekleştirmede tehdit edici unsur olarak görülmekte, davranışsal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bireyin başlangıçta mesleği uygularken yaşadığı özdeşimin yerini bıkkınlık almıştır. Mesleği sadece ekonomik ve sosyal güvence amacıyla sürdürmekte ve ondan zevk alamamaktadır. Sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin zor olduğunu düşünmektedir. Çok fazla sorumluluğu olmasına karşın yetkisi yoktur. Düşük ücret, uzun mesai saatleri ve düşük statü gibi sorunların düzelmediğini düşünmektedir. Birey hizmet verdiği kişilerden de olumsuz tepkiler almaktadır böylece daha çok yıpranmakta ve işi yapıp yapmamayı sorgulamasına neden olmaktadır. Burada mevcut sistemin olumsuz koşulların kişi üzerinde baskısına bağlı olarak

yaşanan engellenmişlik duygusu hakimdir Burada yaşanan engellenme duygusu iki kaynaktan ortaya çıkar. Birincisi hizmet verenin, hizmet alanın gereksinimlerini gideremeyerek engellenmesi; ikincisi hizmet alanın gereksinimlerini gerçekleştirebilmek için kendi gereksinimlerini gözden çıkarmasıdır. Bu evrede eğer kişi kendini ifade edebilir, sorunların çözümü için gereken adımları atabilirse tükenmişliğin son evresine ilerlemekten kurtulabilir. Ancak etkili olmayan baş etme yöntemleri kullanarak içe kapanırsa, tükenmişliğin son evresine doğru ilerlemesi kaçınılmaz olmaktadır (Öztürk, Avan ve Nacar,2018; Özgüven ve Haran, 2000).

4. Evre: Umursamazlık (Apati) Dönemi: Son evredir.

Yoğun bir umutsuzluk gözlenmektedir. Birey bu dönemde işi için daha az zaman harcamaya başlar. Öfke ve engellenmişlik duyguları yitirilmiştir. İşe geç gelme, rutinlerin dışında bir iş yapmama, duyarsız davranma, işten sürekli şikayet etme gibi davranışlar görülmektedir. Birey yaptığı iş ile olan duygusal bağını kaybetmiştir. Ekonomik ve sosyal güvence nedeniyle mesleğini sürdürmekte ve mesleki anlamda doyum sağlayamamaktadır. Kötü giden şeylerin değiştirilemeyeceğine inanmaktadır, ideallerini kaybetmiştir. Hizmet verdiği kişilere ya da meslektaşlarına karşı alaycı bir tutum sergilemektedir. Bu durumda iş yaşamı birey için doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan uzaklaşmıştır. Bu noktaya gelen bireyin tükenmişliğinin giderilmesi zordur. Eğer iş koşullarında gerekli

değişiklikler sağlanmazsa ya da gerekli uzman yardımı alınmazsa bu olumsuz tablo bireyin meslek yaşamı boyunca sürebilir. Sonuç olarak böyle bir durumda iş hayatı çalışan için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çıkıp, çalışan için sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olarak algılanacaktır (Öztürk, Avan ve Nacar,2018; Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişliği daha iyi anlayabilmek adına bu aşamaların anlaşılması önemlidir. Ancak tükenmişlik bireyin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç olmaktan çok, sürekli bir olgudur. Bireyin mutlaka bu evreleri izlemesi gerekmez, bazı evreleri daha yoğun yaşayabilir, evreler atlanabilir ya da bir evrede kalınabilir.

Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişlik çok çeşitli nedenler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu genellikle işe ilişkin nedenler olmakla beraber bireyin kişisel özelliklerinden kaynaklı nedenler de olabilir. İş yükü, işe ilişkin yeterli kaynak sıkıntısı, iş arkadaşlarının ve amirlerin sosyal desteğinin azlığı gibi işe ilişkin nedenler ve bireyin kişisel özellikleri gibi bireysel nedenler tükenmişlik oluşumunda etkili olan faktörlerdir.

İnsanlara doğrudan hizmet veren ve bu hizmeti sunarken insanlarla yüz yüze ilişki içinde olunan mesleklerde, hizmet sunan kişiden kendini yaptığı işe tümüyle vermesi, hizmet

verdiği kişilere zaman ayırması ve yoğun bir ilgi göstermesi beklenir. Bu tür meslekler için doğal sayılan bu tür hakim normlara göre çalışan kişilerin özverili olması ve kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmesi beklenir. Ancak sürekli aşırı yoğun ortamlarda çalışmak, işe bağlı stresin çok yoğun olması, bu stresle baş etme mekanizmalarının yetersizliği, kişinin kendisi ve işi ile ilgili başlangıçta gerçekçi olmayan duygu düşünceleri zamanla yaptığı işten doyum almasını engellemektedir. Ayrıca bu durumlara bağlı olarak hizmet verdiği kişilerin beklentilerinin karşılanması çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu beklentileri karşılayamamak hizmet veren çalışanın engellenme ve hayal kırıklığı yaşamasına neden olmaktadır. Bireyin sahip olduğu güç, enerji ve kaynaklarından yararlanmak için aşırı talep olduğunda birey yorulabilir. Bu durum tükenmişliğin gelişmesinde önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. Bu duruma ayrıca, çalışanın mesleki açıdan yetersiz donanımı, tecrübesizliği, hizmet vermek durumunda olduğu birey sayısının fazla olması, düşük ücret, uzun çalışma saatleri gibi olumsuz etkenler de eklenebilir. Bu durumda tükenmişliğin ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır (Maslach vd, 1997; Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişliğin stres ile doğrudan ilişkili olduğu da belirtilmektedir. Stres karşısında beden tükenmişlik oluşumundan önce alarm ve direnç şeklinde tepki vermekte, ancak stresin uzun süre devam etmesi durumunda tükenmişlik

gelişmektedir. Alarm aşamasında stres yaratıcı faktör beden tarafından algılanmakta, biyokimyasal tepkiler oluşturularak beden kendini korumaya çalışmaktadır. Bu duruma uyum yapıldıkça direnç ortaya çıkmaktadır. Ancak stres yaratıcı faktör ortadan kalkmaz ve etkisini sürdürmeye devam ederse, beden tükenme aşamasına girer ve her türlü hastalığa açık hale gelir. Bu haliyle tükenmişlik sendromu işe bağlı olarak ortaya çıkan kronik strese verilen bir tepki olarak da tanımlanabilmektedir (Bakker vd,2000; Koponen ve Freden, 2005).

Bireysel özellikler, bireyin sahip olduğu, bazı durumlarda tükenmişliğe zemin hazırlayan ya da tükenmişliği artıran, bazı durumlarda ise tükenmişliği ve etkilerini azaltıcı bir rol oynayan özellikleri ifade etmektedir. Tükenmişliği etkileyen bireysel ve sosyal özellikler arasında cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, iste çalışma süresi, sosyal destek, kişilik ve beklentiler yer almaktadır. Tükenmişlik aynı zamanda bireyin idealleri ile ilişkili olarak da ortaya çıkabilir. Bireyin beklentilerinin gerçekçi olmaması da tükenmişlik yaşamasına neden olabilir (Arı; 2008).

Tükenmişliğin nedenlerine yönelik yapılan çalışmalarda buna neden olan bireysel özellikler kesin sınırlarıyla belirlenememiştir. Ancak özellikle genç yaştaki profesyonellerin, kadınların, bekarların, çocuk sahibi olmayanların, mesleğe yeni başlamış olanların, mesleki

deneyimi daha az olanların diğerlerine göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (Özgüven ve Haran;2000).

Tükenmişlik her meslek gurubunda görülebilmektedir. Ancak özellikle stres düzeyi yüksek olan mesleklerde görülme olasılığı daha fazladır. Bireylerin strese yatkınlığı ya da stresle baş etme özelliği tükenmişlik yaşama durumlarını etkileyebilmektedir. Tükenmişlik sorunu ile karşılaşma riski hekimlik, hemşirelik, psikologluk, polislik gibi insanlarla yüz yüze ilişki içinde olunan mesleklerde diğer mesleklere oranla daha fazla ortaya çıkmaktadır (Özgüven ve Haran; 2000; Maslach vd, 1997).

Tükenmişliğin bireysel değişkenler kadar iş ve işe bağlı değişkenlerden kaynaklandığı da bilinmektedir. Bu değişkenler şu şekilde özetlenebilir. İş yükünün fazla, günlük çalışma saatlerinin uzun olması, çalışma koşullarının olumsuz olarak algılanması, kronik ölümcül hastalarla uğraşmak, kişiler arası ilişkilerde ve görev paylaşımında sorunlar yaşanıyor olması; bireyin işinden aldığı desteğin azlığı; iş yerinde organizasyona ilişkin sorunlar; gözlemcilerin, amirlerin tavrı; ekip içindeki ilişkiler bireyin işinden aldığı doyumunu etkilemektedir. Bu olumsuzlukların da tükenmişlik gelişiminde önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişlik oluşumunda çeşitli kurumsal nedenlerin de etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenler şu şekilde sıralanabilir.

- ✓ Demokratik olmayan, hiyerarşik ve merkeziyetçi bir yönetim anlayışı,
- ✓ Yapıcı olmayan bir eleştiri tarzının kullanılıyor olması,
- ✓ Objektif ödüllendirme araçlarının olmaması,
- ✓ Çalışanlara eleştiri ve ödüllendirmede eşit davranılmaması,
- ✓ Çalışanların mesleki gelecekleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmeleri, belirsizlik ve engellenme yaşıyor olmaları,
- ✓ İş yerinde çalışan kişilere yönelik, onların bilgi ve becerilerini güncelleştirebilecekleri sürekli eğitim olanağının olmaması,
- ✓ Zaman alıcı, rutin bürokratik işlerin yoğun olması,
- ✓ Çalışanların gereksinimlerini dikkate alan bir yönetim anlayışının olmaması,
- ✓ Hep aynı hasta/ müşteri ile çalışma, sürekli aynı işi yapma,

✓ İşin rutin olması, araştırma vb. heyecanın bulunmaması.

Bunun yanı sıra işin niteliği, yetersiz araç gereç ve elemanla çalışma, rol belirsizliği ve örgütsel desteğin olmayışı gibi sorunların yaşanması; çalışanların bir araya gelme sıklığı, iş aralarının olup olmaması; yetersiz ücret, yetersiz eğitim, önemli kararların alınmasına katkıda bulunamama gibi durumlar işle ilgili stres kaynakları olmakta ve tükenmişliği arttırmaktadır. Bunun yanı sıra kurumun hizmet alanların gereksinimlerini karşılayamaması, ulaşım zorluğu; kasvetli ve monoton görsel düzenleme, işyerinde uyaran eksikliği, otonomi eksikliği, hizmet verilen grubun yaş, cinsiyet ve sahip oldukları problemin niteliği, iş ortamındaki iletişim örüntüsü de işe ve çevreye ilişkin değişkenler olarak gösterilmektedir (Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişlik oluşumunda tek bir faktör etkili olmamakta; bireysel, kurumsal ve çevresel nitelikteki bir çok faktör bir araya gelerek bireyde tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Demir, 1999; Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik bireylerde çeşitli şekillerde belirti göstermektedir. Tükenmişlik sinsi ilerleyen bir süreçtir ve yansımaları da çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle belirtileri de çok çeşitli biçimlerde görülebilmektedir (Ersoy vd, 2001; Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişliğin belirtileri çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bu belirtileri fiziksel ve davranışsal belirtiler olarak iki grupta incelemek mümkündür.

Fiziksel belirtiler:

- Yorgunluk, bitkinlik hissi,
- Kolay geçmeyen soğuk algınlığı ve grip,
- Sık baş ağrıları,
- Gastrointestinal bozukluklar,
- Uykusuzluk ya da normalden fazla uyuma,
- Kilo kaybı,
- Genel vücut ağrıları,
- Cilt belirtileri,
- Yüksek kolesterol,
- Solunum güçlüğü ve takipne

Davranışsal belirtiler:

- Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileri,
- İşe gitmeyi istememe, sık sık işi bırakmayı düşünme,
- Alınganlık, yeterince takdir edilmediğini düşünme,

- Birçok konuyu şüphe ve endişeyle karşılama,
- Özsaygı ve özgüvende azalma,
- Başarısızlık hissi,
- Benlik imajının negatif bir biçimde değişmeye başlaması,
- Teslimiyetçilik, suçluluk, içlerlemişlik duyguları hissetme,
- Hevesinin kırılması, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü,
- İzolasyon, içe kapanma,
- Kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma,
- Değişime direnç gösterme,
- Aile içi çatışmalar, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma,
- İlaç (özellikle trankilizan), alkol, sigara kullanımına eğilim ya da artış,
- Rol çatışması, görev kuralları ve kurallarla ilgili karışıklık,
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma,
- Çalışmaya yönelmede direnç,

- Hizmet verilen kişilere tek tip davranma, küçümseme ve alay etme,
- Hizmet verilen kişilere karşı pozitif duyguların kaybı,
- Hizmet verilen kişilerle ilişkiyi en aza indirme,
- İş arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma,
- İş doyumsuzluğu, işe geç gelme veya gelmeme,
- Yönetici ve idarecilere karşı kızgınlık duygusu, onların kendilerini anlamadıklarını ve desteklemediklerini düşünme,
- Kuruma yönelik ilginin kaybı,
- Zaman zaman bilişsel becerilerde azalma,
- Kronik bir sinirlilik hali,
- Hayal kırıklığı, çökkün duygudurum,
- Anksiyete,
- Apati, boşluk ve anlamsızlık hissi,
- İşin ahlaki ve etik yönüne önem vermeme,
- Savunmacılık ve eleştiriye aşırı duyarlılık,
- Karar vermede yetersizlik,

- Kendine ve işteki mekanına bakımında azalma,
- İşle ilgilenmek yerine başka şeylerle ilgilenme

Tükenmişliğin bireysel belirtileri yanında kurumsal belirtileri de vardır. Bir işyerinde çalışanlar arasında tükenmişliğin yaygın olduğuna işaret eden başlıca belirtiler şunlardır:

- ✓ İşten ayrılmaların sık oluşu, personelin hızlı bir döngü içinde değişmesi,
- ✓ Hizmetin kalitesinin düşmesi, bu yönde şikayetlerin gelmesi,
- ✓ Çalışanların sık sık işe geç gelmesi, iş yerinden erken ayrılması, gün içinde sık sık dışarı çıkması,
- ✓ Çalışanlar arasında kişiler arası çatışmanın artması, iletişim ve uyumda belirgin azalma olması,
- ✓ Çalışanların duygusal, bedensel sorunlarının artması,
- ✓ İş yerinde yaratıcılık ve üretkenliğin azalmasıdır (Özgüven ve Haran, 2000).

Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik sonucunda hem çalışılan kurum, hem de tükenmişliği yaşayan bireyler zarar görmektedir. Bu durumdan, hizmet alan bireylerin de etkilenmesi kaçınılmazdır. Çünkü tükenmişlik sunulan hizmetin kalitesini de doğrudan etkilemektedir.

Tükenmişlik sonucu çalışanların işe olan ilgilerini yitirdikleri ve bunun sonucunda işten ayrılmaya kadar varabilecek bir dizi olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmektedir. Tükenmişlik duygusu yaşayıp, mesleğini değiştirmeyenlerin büyük bir kısmının işe olan ilgisini tamamıyla yitirmesi nedeniyle emekliliğe kalan yıllarını saydığı ve mesleki gelişimi adına hiçbir şey yapmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle tükenmişlik bireysel olduğu kadar kurumsal bir sorundur ve kuruma yönelik olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bireylerin işten ayrılması, işe devamsızlığı, işe ilişkin olarak hata yapması, her fırsatta iş ortamından uzaklaşma eğilimi içinde olmaları kurumsal açıdan önemli olumsuzluklar olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra tükenmişlik sunulan hizmetin kalitesini olumsuz olarak etkilediğinden, hizmet alan bireyler açısından da olumsuz bir durumdur. Tükenmişlik sonucunda işten duyulan memnuniyetsizlik, düşük örgütsel bağlılık, devamsızlık, işten ayrılma niyeti gibi çeşitli olumsuz tepkilerle ve işten çekilme ile söz konusu olmaktadır. Öte yandan, tükenmişlik yaşadığı halde

işte kalan insanlar ise daha düşük üretkenliğe ve iş kalitesinin bozulmasına yol açar. Tükenmişlik, işyerinde olumlu deneyimler için fırsatları azalttığından, iş tatminini ve iş veya organizasyona olan bağlılığı azaltan bir faktördür (Maslach ve Leiter 2016).

Tükenmişlik yaşayan bireylerin kişiler arası ilişkilerinde yaşadığı bozulmalar aile ve sosyal yaşamına da yansımaktadır. Bunun yanı sıra duygusal izolasyon, ilaç kullanımında artış, sağlığın bozulması gibi sonuçları da bulunmaktadır. Bütün bu sonuçlarından dolayı tükenmişlik sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (Çetinkanat, 2002). Tüm bu nedenlerden dolayı tükenmişlik, hem bireylerin hem de organizasyonlar açısından olumsuz bir durumdur. Tükenmişliğe yönelik olarak gösterilen ilginin çoğu sadece bunun ne olduğunu anlamak için değil; tükenmişliği ortadan kaldırmaya yönelik ne yapılması gerektiğini ortaya koymak amacını da taşımaktadır.

Tükenmişlik ve Hemşirelik

Tükenmişlik konusunda en fazla araştırma sağlık personeli ile ilgili olarak yapılmıştır. Günümüzde teknolojinin, bilimin ve iletişim araçlarının hızlı bir biçimde gelişiyor olmasına rağmen sağlık bakım profesyonellerinin birçoğunun çalışma koşulları hala istendik seviyede değildir. Sağlık bakımı sağlayıcıları yetersiz kaynak ve yetersiz insan gücü ile çok sayıda hastaya bakım vermeye çalışmaktadır. Bu durum nedeniyle en fazla tükenmişlik yaşayan meslek grupları sağlık bakım

profesyonelleri olmaktadır. Sağlık bakımı veren grupların yaşadığı tükenmişlik ise bakım verdiği kişilerin sağlığını etkileyebilecek bir sorun olduğu için ayrıca önem kazanmaktadır.

Hemşirelik mesleğinin sorumluluk alanı oldukça geniştir. Hemşirelik mesleği, hastaların güvenini sağlama, çıkarlarını ve iyilik hallerini koruma, sözcülüğünü yapma, iletişim kurma, dürüstlük ve doğruluk ilkesini koruma, tedaviyi planlamadan önce bilgilendirilmiş onam alma, fark edildiğini ve ilgilenildiğini bildirme, dini inançlarına ve değerlerine saygı gösterme, bakım verme, araştırmalarda etik kurallara uyma ve mahremiyete saygı gösterme sorumluluğunu taşımakla beraber, ekiple çalışma, bilinçli bir biçimde itiraz etme ve reklam ürünü ya da sponsoru olmama sorumluluklarını taşımaktadır(Öz, 2004).

İyi bir eğitim sürecinden geçerek, oluşturdukları ideallerle mesleki yaşamlarına başlayan genç hemşirelerin hizmet verdikleri alanlarda karşılaştıkları ile idealleri örtüşmemekte ve “gerçeklik şoku” denilen hayal kırıklığı yaşadıkları gözlenmektedir. Bu süreçte yeniden yapılanıp güç kazanarak mesleki yaşamına devam edemeyen hemşireler ise kısa sürede işten ayrılma, meslekten soğuma ve tükenmişlik yaşayabilmektedir (Öz, 2004).

Hemşireler, hastaların sürekli bakımından sorumlu olduğundan, tükenmişlik yaşamaya daha yatkın olabilmektedir. Hemşirelik mesleği insanlarla en çok bir arada bulunan ve onların fiziksel sosyal duygusal tüm ihtiyaçlarıyla iç içe olan bir meslektir. Ülkemizde hemşirelerin öğrencilik dönemlerinde ve daha sonra iş ortamlarında tükenmeye yatkınlığı arttırabilecek pek çok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden bazıları, hemşirelerin görev tanımlarının açık ve net bir şekilde yapılmamış olması, farklı düzeyde eğitim görmüş hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının aynı olması ve hemşirelerin nöbet/ vardiya sistemi ile çalışmaları olarak söylenebilir (Demir, 1999). Hemşireler arasında tükenmişlik, sadece sağlık için potansiyel olarak tehlikeli olduğu için değil, aynı zamanda fiziksel tükenme veya uykusuzluk gibi sorunlara yol açtığı için ve hasta memnuniyetini ve güvenliğini etkilediği için ciddi bir sorun olarak görülmektedir. Verimliliğin azalmasına ek olarak, tükenmişlik aynı zamanda iş tatminsizliğine, depresyona, hastaların ve ailesinin ihmeline, düşük sağlık bakımına ve finansal kayba neden olmaktadır. (Kavurmacı vd; 2014)

Daha önce belirtildiği gibi tükenmişliğin oluşmasında etkili olan en önemli faktör işe bağlı stres yaratan durumlardır. Hemşirelikte stres yaratan durumlar ağrı, ölüm gibi olumsuz durumlarla çok sık karşılaşma gibi işin doğasından kaynaklanan olumsuzluklar; aşırı iş yükü, yetersiz ücret, iş yükünün fazla olması ve bağımsız karar verme yetkisinin olmaması, rol

belirsizliği, vardiya usulü ile çalışma, personel azlığı gibi sistemden kaynaklanan sorunların olması en önemli faktörlerdir. Bir diğer faktör ise kurumların yapısından kaynaklanan çalışanlarla yöneticiler arasında yaşanan iletişim sorunları, yönetimin çalışanların beklentilerini karşılamada yetersiz kalması ve kurumsal desteğin sağlanamamasıdır. Hemşirelerin tükenmişlik yaşamasında etkili olan stres kaynakları am ve Engin (2017) tarafından,

- ✓ İşe özgü faktörler,
- ✓ İşteki ilişkilerle ilgili faktörler,
- ✓ Mesleki rollerle ilgili faktörler,
- ✓ Meslek hayatında ilerleme ve gelişme olanaklarına ilişkin faktörler,
- ✓ Ev ve iş çatışmasına ilişkin faktörler olarak gruplandırılmıştır (am ve Engin, 2017).

Tükenmişliğin Önlenebilir ve Tükenmişlikle Baş Etme Yolları

Tükenmişlik tek tek belirtilere ve hatta tek başına tükenmişlik yaşayan bireye yönelik müdahaleler ile giderilebilecek bir sorun değildir. Bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınması gerekir. Çünkü genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etkenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkmaktadır. En doğrusu baştan, ortaya

çıkarcı etkenlerin giderilmesi, bu olmuyorsa erken dönemde tanınarak hızlı müdahale edilmesidir. Yerleşik ve ilerlemiş bir tükenmişlik tablosunun giderilmesi oldukça zor olmaktadır (Özgüven ve Haran,2000).

Tükenmişliğin önlenmesi ve onunla baş etmek için yapılması gerekenler şu şekilde sıralanabilir.

- ✓ İnsana hizmet veren meslelerde sistemdeki ödül kaynaklarının artırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorununun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının artırılması,
- ✓ Personel yetersizliği sorununun çözülmesi;
- ✓ Demokratik; sorumluk ve yetkilerin paylaşıldığı yönetim yaklaşımlarının benimsenmesi,
- ✓ Yöneticilerin yalnızca hizmet sunulan kişilere değil, bu hizmeti sunan kendi elemanlarına karşı da destekleyici olmaları ve onların sağlığına özen göstermeleri,
- ✓ Elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması karşılaşılan mesleki zorluklarla baş edilmesi açısından gereklidir.
- ✓ Sürekli aynı işi yapmak yerine rotasyonlarla çalışmanın tükenmeyi önlediği bildirilmektedir. Yöneticiler elemanlarının rotasyon ile çalışmalarına ve değişik tipte

gereksinimleri olan kişilere hizmet veren bir çalışma programı uygulamalıdır.

✓ Yöneticiler elemanlarını üzerinde çalıştıkları konuda okumaları, bilimsel toplantılara katılmaları ve araştırmalar yapmaları konusunda desteklemelidir.

✓ Yöneticiler zamanın ve şartların gereklerine göre izledikleri uygulamalarda değişiklik yapabilmeli, artık gerekmeyen uygulamalardan vazgeçebilmeli, gerekli yeni yöntemleri uygulamaya sokabilmelidir.

✓ Yöneticiler zaman zaman ekip içi sorunların tartışıldığı toplantılar düzenlemeli, ancak bu toplantılarda adil olmalı, uzayıp giden yararsız konuşmalara izin vermemeli ve elemanlarının bireysel sorunlarını tüm topluluğun önünde değil, özel konuşmalıdır.

✓ Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmişliğin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir (Özgüven ve Haran, 2000).

Bireysel düzeyde ise kişiler yaptıkları işin zorluklarını risklerini bilmelidir. Ayrıca tükenmişliğin ne olduğunu ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır. Kişiler duygularını ve zorluklarını paylaşmaları, gerektiğinde yardım

istemeleri konusunda teşvik edilmelidir. Kendinde tükenmişlik ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığını gören birey bu sıkıntılarını saklamak ve görmezden gelmek yerine yakınlarında, yöneticilerden destek almaya çalışmalı, gerekirse profesyonel psikiyatrik yardım almalıdır. Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumunun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini tüm sitemin sorunlarından değil, ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir. Kişi yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmişliğe karşı daha donanımlıdır. Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır (Özgüven ve Haran,2000).

Tükenmişlik gelişimine neden olan etkenlerin belirlenmesi ve ortaya çıkmadan önlenmesi için çalışanların tükenmişlik açısından bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Tükenmişlik açısından riskli grupların belirlenmesi ve bu konuda bilgilendirilmesi ile sağlık personelinin tükenmişlik yaşaması ve tükenmişlik sonucunda ortaya çıkan bireysel ve kurumsal olumsuzlukların giderilmesi mümkün olabilmektedir.

Sağlık profesyonelleri içinde gerek sistemsel sorunlarla, gerekse sürekli hastalık ve ağrı gibi olumsuz durumlarla diğer

gruplara göre daha fazla karşılaşması nedeniyle en büyük risk taşıyan hemşirelerdir. İnsanlarla sürekli iç içe olmasının yanı sıra uzun çalışma saatleri, shift usulü çalışma, gece nöbetleri, yeterince dinlenme zamanı olmadan yeniden nöbete girmek zorunda olmak gibi zorlu çalışma koşulları nedeniyle iş dışındaki zamanlarında işin neden olduğu stresten uzaklaşmaları mümkün olmamaktadır. Hemşirelerin tükenmişlik olasılığını azaltmaya yönelik sağlık kuruluşlarında kanıt temelli stratejiler uygulanmalıdır. Özellikle yöneticilerin klinik ortamları ve çalışma koşullarını göz önüne almayan uygulamalarının tükenmişliğe neden olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Paul vd; 2018). Bu nedenle yöneticilerin çalışanların özerkliğini desteklemeleri, esnek yönetim modeli ile çalışmaları, iş merkezli değil, birey merkezli yaklaşımları, sürekli eğitim teklifleri ve etkili sürekli iyileştirme faaliyetler düzenleyerek personelin katılımını desteklemelidir. Ayrıca hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için psikososyal destek programlarının oluşturulmalıdır (Kavurmacı vd; 2014). Tükenmişlik sendromunun önlenmesi çalışanların sağlığının ve kurumun buna verdiği önemin de bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu açıdan da kurumun yapısı hakkında belirleyicidir (Embriaco vd, 2007). Kurumların çalışanlarının tükenmişlik yaşamasını önleyici tedbirleri alması, yöneticilerinin tükenmişliği ciddi bir sorun olarak kabul edip çalışanlar için stres faktörlerini azaltıcı çalışma ortamları sağlaması önem kazanmaktadır. Tükenmişliğin önlenmesi için

ilk adım, çalışan gruplarının ve bu grupları yönetenlerin bu soruna ilişkin farkındalık kazanması olacaktır.

KAYNAKLAR

- Arı GS, Bal EÇ. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi. 15(1):131-148.
- Başol O, Sağlam Y, Çakır NN.(2018). Engelli ve yaşlı bakım personelinin tükenmişlik seviyeleri ile çalışma yaşamı kalitesi algısı ilişkisi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 29(2):71-79.
- Bakker A, Kilmer H, Siegrist J, Schaufeli W.(2000). Effort-Reward İmbalance and Burnout Among Nurses. Journal of Advanced Nursing,31(2),884- 891.
- Bathia MS, Saha R. (2018). Burnout in medical residents: A growing concern. Journal of Postgraduate Medicine. 64:136-137.
- Çapri B. (2006). Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2(1):62-77.
- Çetinkanat C (2002). İş Doyumu ve Tükenmişlik, Eğitim Araştırmaları, 9; 186-8.
- Çimen M, Ergin, C. (2001). Türk silahlı kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 43 (2):169-176.

Demir A. (1999). Hemşirelerin tükenmişlik (burnout) düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6, 34-11.

Embriaco N. Papazian L. Barnes NK. Pochard F. Azoulay E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*. 13(5):482-488.

Ekstedt M. Fagerberg I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1)59-67.

Gündüz B. Gökçakan Z. (2003). Hemşirelerde tükenmişliği yordamada stresle başa çıkma biçimleri, eğitim düzeyi ve hizmet süresi değişkenleri, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(25), 10-7.

Heinemann LV. Heinemann T. (2017). Burnout research: emergence and scientific investigation of a contested diagnosis. *SAGE Open* 7(1).

Higashiguckhi K. (2005). Burnout AS A Development Process Among Japanese Nurses: Investigation of Leiter's Model, *Japan Journal Of Nursing Science* 2,9-16.

Innstrand TS. Espnes GA. Mykletun R. (2004). Job stress ; burnout and job satisfaction: an intervention study for staff working with people with intellectual disabilities, *Journal*

of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17,119-126.

Işıkhan V (2004). Çalışanlarda tükenmişlik sendromu. 20 Kasım 2018

http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612828-32_Bolum_31_Tukenmislik.pdf

Kaçmaz N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68(1).

Karabınar S. Boyar E. (2011). Mesleki tükenmişlik ölçümü: Metodolojik karşılaştırma. Akademik Araştırmalar Dergisi. 50:165-178.

Koponen SR. Freden L. (2005). Long- term stress, burnout and patient- nurse relations: Qualitative Interview Study About Nurses' Experiences, Scand J. Caring Sci;19,20-27 (2005).

Maslach C. Goldberg J. (1998). Prevention of burnout. New perspectives. Applied and Preventive Psychology 7:63-74.

Maslach C. Leiter PM (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psychology. 93(3): 498-512.

Maslach C. Leiter PM (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 15:103-111.

Maslach C. Jackson SE. Leiter MP. (1997). Maslach Burnout Inventory. 20 Kasım 2018

https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf .

Öz F (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara.

Özgüven DH. Haran S. (2000). Tükenme, Kriz ve Krize Müdahale Kitabı, A.Ü. Psikiyatrik Uygulama ve Araştırma Yayınları No:6, 199-16 Ankara.

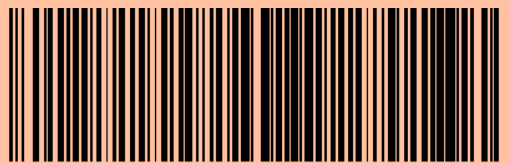
Öztürk H. Avan H. Nacar D. (2018). Acil sağlık hizmetleri personelinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi Kahramanmaraş ili örneği. International Journal of Academic Value Studies. 4(19):304-310.

Paul PD. Bakhamis L. Smith HM. Coustasse A. (2018). Hospital nurse burnout: a continuing problem.

https://mds.marshall.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=mgmt_faculty 20 Kasım 2018.

Ünal S. Karlıdağ R. Yoloğlu S.(2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin yaşam doyumunu düzeyleri ile ilişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 4:113-116.

Weber A Reinhard AJ. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med.* 50(7):512-517.



978-605-7923-54-7