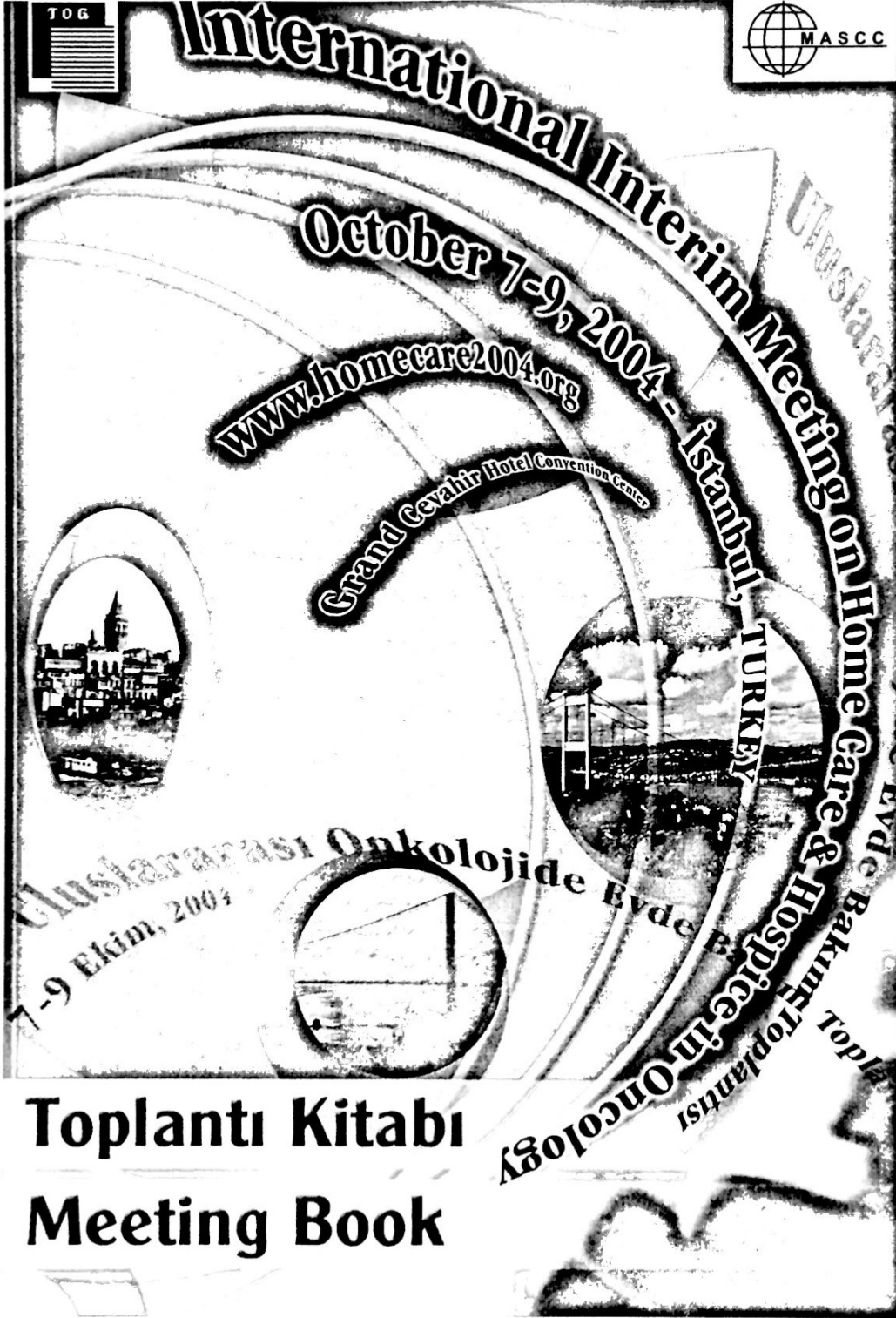




Contents / İçindekiler

Foreword / Önsöz	3
Committees / Kurullar	5
Contacts / İletişim Adresleri	5
Scientific Program / Bilimsel Program	6
Abstracts / Konuşma Metinleri	
Home Care and Hospice: Why?	9
Julia Anne WALSH	
Organization of Home Care – an international perspective	12
Dr. Eoin TIERNAN	
Pain	13
Murat BEYZADEOĞLU	
Son Dönem Hastalarda Semptom Kontrolü: Bulantı – Kusma	21
Dr. Serdar TURHAL	
Semptom Kontrolünde Hemşirenin Rolü	26
Dr. Sevgi Sun KAPUCU	
Kanser Hastalarında Enfeksiyon Problemi	33
Prof. Dr. Özgür ÖZYILKAN, Dr. Dilşen ÇOLAK	
Kemik Metastazında Hasta Yönetimi	41
Prof. Dr. Melek Köksal ERKİŞİ	
Malnütrisyon	44
Dr. Rüksan ÇEHRELİ	
Psikolojik Sorunlar	50
Dr. Filiz Çay ŞENLER	
Terminal Dönem Kanser Hastası ile İletişim	54
Yrd. Doç. Dr. Perihan GÜNER	
Bakım Verenlerde Stres ve Tükenmişlik	59
Doç. Dr. Vedat IŞIKHAN	
Quality of Life in Advanced Cancer – Are We Measuring the Right Thing?	68
Dr. Eoin TIERNAN	
Terminal Dönemdeki Hastaların Palyatif Bakımıyla İlgili Etik ve Hukuk Sorunları	69
Prof. Dr. N. Yasemin OĞUZ	
Evde Bakım	78
Dr. Tansel ERKE	
Türkiye’de Evde Bakım Programı Organizasyonu	82
Dr. Sarper TANLI	
Evde Bakım - Onkolojide Önemi	88
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR	
Evde Bakımın Psikolog Yönü	93
Uzm. Psikolog Pınar ÖNEN	
Evde Bakımın Sosyal Hizmet Uzmanı Yönü	98
Prof. Dr. Işıl BULUT	

Bakım Verenlerde Stres ve Tükenmişlik

Doç. Dr. Vedat IŞIKHAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Öğretim Üyesi

Giriş

Bakımverenler, ölümün hatırlanması, diğer çeşitli kayıplar ve umutsuzluk veya ölüm karşısında başarısız olmanın yarattığı duygular yüzünden hergün stres yaşar. Bu personel stresin duygusal ve fiziksel semptomları nedeniyle yüksek risk altındadır.

Aşağıdaki çalışmada, hospislerde bakımverenlerin yaşadığı tükenmişliğin ve stresin tam olarak anlaşılabilmesi için hospis bakımının felsefesi, hospisten yararlanan hastaların özellikleri, bu hastalara hizmet sunan meslek elemanları ve bu personelin hizmet sunarken nasıl tükenmişlik ve stres yaşadığı, belirtilerinin ve sonuçlarının ne olduğunu ele alınmaktadır. Çalışma, bu olumsuz fenomenlerin nasıl önleyenebileceği konusunda geliştirilen önerilerle sonlandırılmıştır. *[Bu çalışmada, bakımverenler (caregivers), hospislerde çalışan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. meslek elemanlarını ifade etmektedir].*

Hospislerde bakımverenlerin yaşadığı tükenmişliğin ve stresin tam olarak anlaşılabilmesi ve müdahale edilebilmesi için hospis bakımının felsefesini anlamak gerekir.

1. Hospis Bakımının Felsefesi

Son yıllarda sağlık alanındaki büyük teknolojik gelişmeler, daha önceden ölümcül olarak kabul edilen pek çok hastalığın tedavisi için olanaklar sağlamıştır. Ancak, hala hastalığı tedaviye cevap vermeyen, ilerlemeye devam eden ve tedavi edilemez olarak görülen pek çok hasta vardır. Bu durumda pek çok yazar (1) aktif tedavi uygulanmayan ve bakım konusunda bir tedavi aramaktan çok, bakım ve rahatlık sağlayan, rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutulduğu hospisleri savunur. Yazarlar, bakım için bu yaklaşım kullanıldığında hayatın sonuna huzur ve saygınlık içinde ulaşılacağını savunur (1).

Saygınlığı sağlayabilmek için terminal kanser hastalarının işlerini kendi başlarına yapabilmeleri, kendi kararlarını verebilmeleri ve kendi ölümleri üzerinde söz sahibi olabilmesi gerekir (1). Terminal kanser hastaları için vazgeçilmez olarak kabul edilen işler arasında, yaşamın son günlerindeki bakımın sağlanması ve nerede ölmeyi tercih ettiklerine karar verilmesi yer alır (1). Hospis bakımı, insanlara tercih ettikleri şekilde yani nerede, hangi şartlar altında, kimlerle beraberken, hangi bilinç düzeyinde ve hangi yaşam desteği ile öleceklerine karar vererek ölme şansını vermeyi amaçlar.

Birol (2003) hospis bakımı ile ilgili olarak, ölümcül hastaların bakımında temel amacın, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden rahatlığının sağlanması olduğunu, bu süreç içinde de her hastanın kişiliğinin ve değerlerinin korunması, kendini güvende hissetmesi, yeterli tedavi ve bakımı alma ve acı çekmeden huzur içinde ölme hakkının olduğunu belirtmektedir (2).

Ölüm halindeki hastanın, duygusal, psikolojik, ekonomik ve ailesel endişelerini anlamak ve yardımcı olmak sanıldığı kadar kolay değildir (1). Hospis için hayat değerlidir ve ölüm ise onun doğal sürecidir. Bu yüzden hospislerde ölüm ne hızlandırılır ne de yavaşlatılmaya çalışılır. Kişiselleştirilmiş hizmetler sağlamak suretiyle hospis, hastaların ve ailelerin tatmin edici bir ölüm öncesi hazırlığı gerçekleştirmelerini sağlar. Ölüm sürecinde bu hizmetleri sağlamak çeşitli fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal ihtiyaçları beraberinde getirir. Ölümün doğası benzersizdir. Bu yüzden hospis ekibi her hastanın ve ailenin özel ihtiyaçlarına duyarlı ve sorumludur.

Hospis hizmeti, yaşama umudu kısıtlı olan hastalara-ölümcül hastalıklardan acı çeken hastalara sağlanır. Hospis hastalarının çoğunun kanser hastası olmasına karşın hospisler, hastalıklar arasında ayırım yapmazlar. Bu hastalar aynı zamanda yaşamlarının son anlarını evlerinde veya ev rahatlığı sağlayacak bir yerde geçirme konusunda karar vermiş kimselerdir. Ağrı yönetimi ve semptom kontrolü ile hasta ve ailelerinin psikolojik ve duygusal ihtiyaçları üzerinde yoğunlaşan hafifletici bakım hizmeti tercih edilen tedavi haline gelmektedir (3,4).

Hospis tarafından sunulan koordine edilmiş destekleyici ve palyatif bakım, ölmekte olan hastaların ihtiyaçlarına tedavi odaklı bakım, ağrılara bir alternatif sunma yoluyla yanıt verir. Burada hastaların yaşam kalitesindeki bakımın kalitesi, üzüntü veren semptomları hafifletmek, keder veya üzüntüler için danışmanlık ve matem aşamasında destek verme üzerinde odaklaşır (5).

2. Hospisten Bakım Alan Hastalar

1980'lerden itibaren genişletilen hospis programları, kanser, AIDS veya en iyi ihtimalle 6 aydan daha az yaşama şansı olan kişileri kabul etmeye başlamıştır. Aşağıda listelenen hastalar bu programlara kabul edilmektedir. Bakım evlerinde kişilere sunulan hospis hizmetlerinin değerinin artmasıyla birlikte, geniş bir hasta kitlesi ileri kronik hastalığı olanlar kayıt olmaya başlamıştır.

- Kanser hastaları (her türü),
- Kalp ve kronik böbrek yetmezliğinin son aşamasında olanlar,
- Alzheimer ve bazı ruh hastaları,
- Parkinson hastalığı olanlar,
- Beyin damarlarıyla ilgili hastalığı olanlar,
- AIDS,
- Diğer kronik ölümcül durumda olan koşulda olan hastalar (6).

Hospislerde bakımverenler hergün çaresizlik, acı içinde olan ve tedavi olasılığı kısıtlı olan hastalarla çalışmaktadır. Bu yapı, doğal olarak personelin tükenmişlik ve stres yaşayabilmesi-ne neden olmaktadır.

3. Hospiste Bakımverenler

Bu çalışmada, bakımverenler (caregivers), hospislerde çalışan doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. meslek elemanlarını ifade etmektedir.

Disiplinlerarası ekip, hospis bakımının temelidir. Disiplinlerarası (çoklu disipline zıt olarak) yaklaşım, ekip üyelerinin ayrı ayrı çalışması demek değildir. Ekip üyelerinin doğru değerlendirme yapması ve etkili bakımın bütüncül bakım planına uyması anlamına gelmektedir. Bu süreç boyunca, tıp, bakım, psikososyal ve manevi (spiritual) yaklaşımlarla ilgili sorunlar ekipteki tüm disiplinlerden elde edilen girdilerle zenginleştirilir. Hospis çalışanları

diğer ekip üyeleri ile bir orkestra gibi çalışır, haftalık veya düzenli toplantılarla ekibin bu yaklaşımı sürekli geliştirilir. Hospis ekibi, her disiplinin uzman olduğu konu ve değerleri saygıyla karşılamak durumundadır. Ancak her ekip çalışmasında olduğu gibi rollerin birbiriyle çatışabileceğine ve bu konuda da esnekliğin olması gerektiğine ihtiyaç bulunmaktadır.

Ekip Üyeleri ve Roller

- a- **Doktor:** Hospis doktoru, semptomların en etkili şekilde iyileştirilmesi için gerekli medikal araç ve ekipleri yönetir. Üstesinden gelinmesi gereken bu rol, akut hastalıklarda kabul edilebilir palyatif bakım amaçları ile ilgili tüm bilgilerin öğrenilmesini gerektirir. Hospis doktoru, ekip üyelerini, hastalık gelişimi ile ilgili ekibin tüm çabalarını, yönünü, uygun müdahaleleri, ekip planlarını desteklemeli ve güçlendirmelidir.
- b- **Hemşire:** Hemşireler, hospis bakımında zamanın büyük bir kısmını hasta ile geçiren ve hastanın ihtiyaçları için gerekli en iyi bakım planını yapıp, değerlendiren ve devamından sorumlu olan ekibin bir parçası olarak çok önemli bir role sahiptir. Hemşireler, hastaların duygusal durum ve fiziksel boyutlarıyla ilgili sözel ve sözel olmayan tüm mesajları konusunda çok akıllı ve duyarlı olmalıdır. Hemşirelerin, örneğin, kabızlığı önleme veya aile üyelerinin durumunu değerlendirme, öğretme ve destek konusundaki ihtiyaçları üzerinde odaklaşma gibi önleyici çalışmalara da önem vermesi gerekir.
- c- **Sosyal Hizmet Uzmanı:** Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili ortaya çıkan çok sayıdaki psikososyal sorunlar hem hasta hem de hasta ailesi üzerinde etkili olabilir. Sosyal hizmet uzmanı, finans durumu, ailenin ihtiyaçları ve çevresel sorunlarıyla ilgili müdahaleleri planlar ve değerlendirir. Sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışma, toplumsal kaynakları ortaya çıkarma ve ekibin hastayı ve hasta ailesinin psikososyal sorunlarını ve başa çıkma kalıplarını anlaması konusunda çalışmalarda bulunur. Bunun yanında hospiste, vaiz (imam), diyetisyen, eczacı, terapist, psikiyatrist ve/veya psikiyatrist sosyal hizmet uzmanı da ekibin bir üyesi olarak çalışmaktadır (7).

4. Bakımverenlerin Tükenmişliği ve Stres

Bakımverenlerin stresi, birçok bakımveren için her gün yaşanan bir gerçektir. Bakım vermek, sık sık hastalara çok zaman harcamayı, çaba ve çalışmayı içerir. Birçok bakımveren, hastalara bakım ve işlerini içeren diğer sorumlulukları arasında sürekli denge kurma yönünde mücadele etmektedir. Ortaya çıkan stres, bakımverenlerde tükenmişliğe ve sağlık sorunlarına yol açabilir. Bakımverenler, zaman zaman suçluluk, bezginlik ve kızgınlık duyabilir.

Bakımverenler, hastalara bakım verirken yardıma ihtiyaç duyabilir. Bazen diğer aile üyeleri, arkadaşlar veya komşuları onlara yardım edebilir. Araştırmalar, bakımverenlerin depresyon ve hastalıklar için risk altında olduğunu; özellikle, aileden, arkadaş ve toplumdan yeterli desteği alamayanların daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir.

Kanser, alzheimer veya diğer türdeki hastalığı olanlara evde bakım vermek çok büyük zorlukları yanında getirir. Bakımverenler, hastaların gittikçe azalan yetenekleri ve zor, anlaşıl-mayan davranışları ile başa çıkmak zorundadır. Hospiste, günlük yaşamın basit aktivitelerini yönetmek bazen bakımverenleri zorlamaktadır (8).

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

Ölüm halindeki hastanın, duygusal, psikolojik, ekonomik ve ailesel endişelerini anlamak ve yardımcı olmak sanıldığı kadar kolay değildir. Onkolojide hasta ve aileleriyle yakın ilişki kurarak çalışmak sağlık personelinde strese, tükenmişliğe, doyumsuzluğa, işten uzaklaşmaya ve ayrılmalara neden olabilir. Konuyla ilgili yapılan birçok araştırmaya göre, onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık personelinde strese neden olan faktörler şu şekilde belirtilebilir:

- Hastaların durumlarının ağır olması,
- Hastaların beklentilerindeki artışlar,
- Yeterince iyi bakım verememe,
- Yapılanların sonucunu kontrol edememe,
- Hastaların ölmesi, hasta ailesine yönelik ortaya çıkan sorunlar,
- Hasta ve ailesinin sağlık personelinin sürekli suçlaması ve onlara iyi bakım verilmediğinin söylenmesi,
- Araç, gereç ve eleman yetersizliği,
- İşle ilgili sorumluluğunun fazla olması,
- Ekip elemanları ile iletişim sorunları,
- İşlerin yoğunluğu,
- Yönetimle yaşanan sorunlar,
- Çalışma koşulları,
- Sosyal olanakların ve alınan ücretin az oluşu,
- Hizmetiçi eğitimin olmaması,
- İşe yeni başlama,
- Kariyer gelişimi için yeterli fırsatların tanınmaması,
- Hasta ve amirlerce yapılan taktirlerin azalması (9,10,11,12).

İşıkhan ve Arkadaşları (2003) tarafından gerçekleştirilen kanser hastalarıyla çalışan 109 sağlık personelinin (doktor=52, hemşire=57) iş ortamında yaşadığı stresi etkileyen etmenlerin neler olduğunu belirlemeyi amaçlayan araştırma sonunda, sağlık personelinin iş stres puanı ortalamasının 30,76 [oran=0-50], (Doktor=30,53, Hemşire= 31) olduğu bulunmuştur. Sağlık personelinin iş stres puan ortalamaları arasında farklılık yaratan değişkenlerin (13);

- **medeni durum** (evlilerin puan ortalaması= 37,66, bekar=32,08 ve dul-boşanmış= 29,84),
- **yaş** (21-36 yaş grubu= 31,59; 37 ve üstü yaş grubu= 29,47),
- **kıdem** (1-10 yıl kıdem grubu=31,64; 11 yıl ve üstü kıdem grubu= 27,36 .
- **Meslekdaşlarıyla çatışma yaşama** (çatışma yaşayanların ortalaması= 32,11; yaşamayanların iş stres puan ortalaması=29,79),
- **Rolle ilgili sorumluluklar** (bunu stres nedeni olarak ifade edenler=32,58; etmeyenler=29),

- **Uzun ve yorucu çalışma saatleri** (bunu stres olarak ifade edenler= 31,86; stres nedeni olarak kabul etmeyenlerin puan ortalaması = 29,07),
- **Hasta ve yakınlarıyla yaşanan sorunlar** (hasta ve yakınlarıyla yaşanan sorunları iş stres nedeni olarak ifade edenlerin ortalaması=32,41; etmeyenlerin ortalaması 29,58) olduğu saptanmıştır.

Her iki meslek grubunda da en önemli sağlık sorunları arasında başağrısı, aşırı sinirlilik, ülser ve gastrid türü rahatsızlıklar ve uyku düzensizliklerinin geldiği belirlenmiştir.

Sağlık bakım alanında çalışan doktorlar, hastalarla yakın diyalog kurdukları taktirde daha fazla stres veya tükenmişlik yaşayabilmektedir. Doktorlar, hastalarla yakın diyalogtan dolayı şu nedenlerle kaçabilir: 1. Acıya sebep olmaktan ve kötü haberleri vermekten korktuklarında, 2. Kötü haberler verme konusunda tecrübe ve gelişmiş talimatlar olmadığında, 3. Ölümü yenilgiye uğratılması gereken bir düşman olarak gördüklerinde, 4. Hasta veya ailesiyle anlaşmazlık yaşanabileceğini sezdğinde, 5. Tıbbi-kanuni kaygılar olduğunda ve 6. Böyle diyaloglar yüzünden kendini tehdit edilmiş gibi hissettiklerinde (14).

4.1. Tükenmişlik ve Stresin Tanımlanması

Bakımvermenin talepleri, bezginliğe, depresyona ve umutsuzluğa neden olabilir. Önleyici adımlar olmadığı veya alınmadığı sürece bakımverenler zamanla tükenmişliğin bir kurbanı olmaya başlayabilir. Stres, zararlı olaylardaki deneyimin sonucunda ortaya çıkan psikolojik bir durum olarak tanımlanabilir. İş talepleri, bilişsel kaynakların zorlanması veya performans becerilerinin zarar görmesi ile sonuçlanır. Tükenmişlik iş ortamına özgü bir sendromdur. Stres, tükenmişliğin sonucunda ortaya çıkan daha çok sosyal içerikli bir olgudur. Hospislerde tükenmişliği önlemenin en önemli yolu hasta ile kurulan ilişkinin kişiselleştirilmemesidir. Su ve yağ karışımında olduğu gibi bakımverenler hizmeti sunarken duygusal kayganlığı korumalı ve profesyonelce davranabilmelidir. Duygusal kayganlık tükenmişliğin en önemli aşamasıdır. Bakımverenler bu aşamaya dikkat etmelidir.

Tükenmişlik, özellikle insanlarla yakın ilişkiler kuran insani hizmet kurumlarında çalışanlarında kullanılan bir kavramdır. Maslach, tükenmişliği üç aşamada veya boyutta ortaya çıkan bir sendrom şeklinde tanımlamıştır (15):

Duygusal Tükenme: Bitkin ve aşırı yüklenilmiş duygular, [Duygusal yönden yoğun çalışma temposu içerisinde bulunan kişi, kendisini zorlar ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilir].

Duyarsızlaşma: Hastalara yönelik kişisel olmayan tepkiler ve ilişkilerde duygunun olmaması, [Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi, diğer insanların sorunlarını çözmede kendini güçsüz ve yetersiz hisseder. Üzerindeki duygusal yükü hafifletmek için sürekli kaçış yolunu kullanır].

Düşük Kişisel Başarı Hissi: Başarısızlık ve yeteneksizlik duygusu [Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında da negatif düşünmesine yol açar, kendisi ve işi hakkında başarısız hükmünü verir].

4.2. Bakımverenlerde Tükenmişlik ve Stresin Nedenleri

Stresörler, sağlık bakım hizmetlerinin doğasında yer alır. Aşağıda özellikle sağlık bakım alanında yaşanan stresörlerin listesi sunulmuştur (16, 17,18,19,20,21,22,23).

Fiziksel Stresörler

- Aşırı fiziksel ve bilişsel iş yüklenmeleri,
- Uzun çalışma saatleri,
- Uygun olmayan çalışma koşulları,
- Sık kesintiler, araya girmeler,
- Fazla mesayi,
- Anlaşılması zor yeni teknolojiler ve personel kısıntıları yüzünden artan iş talepleri,
- Nöbetler ve gece çalışması,
- Zaman baskısı.

Sosyal Stresörler

- Rahatsız edici, talepkar ve üçkağıtçı (güvenilmeyen) hastalar,
- Agresif hastalar ve şiddet,
- Anlaşmazlıklar yüzünden dava açılması,
- Saygının olmaması,
- Meslektaşlarıyla çatışmalar yaşama,
- Süpervayzırlara güvenilmezlik ve onlara fazlasıyla katlanmak.

Psikososyal Stresörler

- Şiddetli hastalıklar ve travmalar
- Hastaların ölmesi,
- Plan yapmak için zaman yetersizliği,
- Rol belirsizliği ve çatışması,
- Sınırlı kariyer fırsatları,
- İş güvensizliği,
- Kurumlar arasında artan rekabet,
- Yetersiz iş kaynakları,
- Başarı/performans geribildirimleri,
- İş kontrolü,
- Görevin çeşitliliği,
- Süpervayzırın desteği/ödüller,
- Karar verme gücünde sorumluluğun olmaması.

4.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Sağlık bakım alanında çalışanlarının yaşadığı tükenmişlik ve stresi gösteren bazı belirtiler ve ipuçları bulunmaktadır. Yöneticiler bu belirtileri gösteren personele karşı önleyici ve koruyucu müdahale planları geliştirebilmelidir. Bu belirtiler aşağıda yer almıştır (24,17,25).

- Tansiyon,
- Anksiyete veya endişe,
- Depresyon,
- Kızgınlık,
- Fiziksel yorgunluk,
- Cinsel işlevlerde bozukluk,

- Başağrısı,
- Uykusuzluk, uyku bozuklukları
- Düşük moral,
- İletişim zorlukları,
- Düşük enerji,
- Motivasyon yetersizliği,
- Kişilere, birinin işine veya diğer insanlara karşı negatif duygular,
- Diğerleriyle aktif geri çekilme etkileşimleri,
- Saldırganlık,
- Düş kırıklığı.

Hospislerde stres ve diğer olumsuz etkileriyle çalışmak çeşitli yollarla ifade edilebilir. Bu belirtiler bireylerde olduğu kadar kurumlar için de önemli sorunlara neden olabilir.

5. Tükenmişlik ve Stresin Sonuçları

Bakımverenler arasında yaşanan tükenmişlik ve stresin sonuçları aşağıda sunulmuştur (24,21,22).

- Madde bağımlılığı,
- Başarıdaki fark ve bakım kalitesindeki azalmalar,
- Düşük motivasyon ve işe karşı sorumluluk,
- Kariyerle ilgili amaçlar ve iş başarılarını önlemek,
- Devamsızlık,
- İşe giriş-çıkış hızı (personel devir gücü),
- Aile yaşamına zarar vermek,
- Yorgunluk,
- Karar verme gibi bilişsel değerlendirmelere (dikkat, kontsantrasyon yetersizliği) engel olma,
- Kazalar.

8. Bakımverenlerin Tükenmişliği ve Stresi Nasıl Önlenebilir?

Hospiste bakımverenler hergün ölümü hatırlar. İyileşemez, tedaviye yanıt vermeyen hastalara hizmet sunar. Olumlu-olumsuz hiçbir geribildirim alamamaktadır. Personel, sunduğu bakımın sonuçlarını kontrol edecek veya ölçecek bir araçtan yoksundur. Tüm bunlar hospis çalışanlarının zaman içinde tükenmesine ve aşırı stres yaşamasına neden olmaktadır.

Tüm sağlık bakım çalışanları genelde "hastaları daha iyi hale getirmek" ve "onların mutlu sonlarını" görmeyi alışkanlık haline getirir. Tüm ekip üyeleri, ölümün kaçınılmaz olduğunu kabul eder. Onlar hala ölüm, kişisel veya kişilerarası belirsizlikler dışında olduğu zaman kendilerini suçlar.

- a. Hospiste bulunan bu personel için ulaşılır ve önleyici planlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlardan bazıları bu personele yardımcı olabilir.
 1. **Devamlı eğitim:** Böylece çalışanlar ne yaptıkları konusunda kabul edilir bir anlayışa sahip olur ve güvende olduklarını hisseder.
 2. **Ekip olarak samimilik:** Belirsizlikler ve zıt düşüncelerin zarar görmesine izin verilmez ve birisinin kötü bir gün geçirdiğini ve zamana veya duygusal desteğe ihtiyacı olduğu kabul edilir.

3. **Personel destek toplantıları:** Paylaşımına izin verilmesi, birinden diğerine olan onaylar ve özel endişelerin ifade edilmesi.
 4. **Komik, eğlenceli kahvaltılar planlamak:** Örneğin, bazı şeylerin gülünç ve komik yönlerinin hatırlanmasına yönelik bilinçli çabalar, tansiyonu düşürücü komik kahvaltılar veya aktiviteler planlamak.
 5. **Geribildirim için mekanizmalar oluşturmak:** Böylece tüm personel minnet duygularının ifade edilmesinin farkında olur ve özel kişi veya eylemleri alkışlanır.
 6. Tüm personelin normal tepkileri, özellikle eğer hastaya veya ailesine karşı varsa üzüntülerin kabul edilmesi ve duygularının ifade edilmesi konusunda cesaretlendirilmesi.
- b. Böylece hospis çalışması etkili olabilir. Bu atmosfer altında bakımverenler, bir çalışanın kızgınlık veya bezginliğini dile getirdiğini ve onların ödülendirildiğini görebilir. Hastaların, belirli derecede kontrolle, ağrılarının azaltılarak, rahat veya destek hedefleri sağlanarak öldüklerini bilmek personele doyum verebilir. Terminal bakımda pozitif ruh sağlıklarını sürdürebilen ve ne yaptığını bilen yıllardır çalışan birçok hospis çalışanı vardır (25).

Sonuç

Tükenmişlik ve stres, hospis bakımının doğasında var olan olgulardır. Bir hastanın ölmesi ya da acı çekmesi gibi bazı stresörler bakımverenlerin sonsuz çabalarına rağmen yaşanacaktır. Ancak bakımverenlerin ölüm ve diğer strese neden olan faktörlere karşı gösterdiği tepkiler ve sonuçlar değiştirilebilir. Bakımverenlerin gereksinim duyduğu destek türü belirlenerek bu personelin yaşadığı stresörler, tepkileri ve sonuçları anlaşılabilir. Bunlar, hospiste bakımverenlerin ruh sağlığı, refah ve mutluluğu için yapılacak müdahalelerin nasıl olması gerektiği konusunda yöneticilere ipuçları verecektir. Personel, bireysel düzeyde, tükenmişlik ve stresle mücadelede sağlıklı beslenmek, spor, masaj, egzersiz, oyun, psikolojik danışmanlık, yoga, grup toplantıları, rahatlama gibi yöntemleri kullanabilmelidir. Hospis yönetimi de örgütsel düzeyde, esnek iş saatleri, işin yeniden dizaynı, kariyer programları, ekip çalışması, tatil, rotasyon, taktir, ödüllendirme, çalışanlara yardım programları ve boş zamanlarını değerlendirici stratejileri uygulamaya aktarabilmelidir. Personelin yaşam kalitesine yönelik geliştirilen bu stratejilerin, dolaylı yoldan hospislerde veya sağlık bakım merkezlerinde yatan hastaların yaşam kalitesinin artmasına da katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Kaynaklar

1. Tang, Siew Tzuh. "Meanings of Dying at Home For Chinese Patients in Taiwan with Terminal Cancer", *Cancer Nursing*, 23, 5, 2000.
2. Birol, Leman. "Terminal Evredeki Hasta Bakımı". *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. (Ed: Akdemir, Nuran ve Birol, Leman), Vehbi Koç Vakfı, SANERC Yayın No: 2, Eylül 2003, İstanbul: 207-211.
3. Kovacs, Pamela J ve Bronstein, Laura R. "Preparation for Oncology Settings: What Hospice Social Workers Say They Need", *Health & Social Work*, 24, 1, Feb.1999:57-64.
4. Bern-Klug, Mercedes, Gessert, Charles ve Forbes, Sarah. "The Need to Revise Assumptions About The End of Life Implications for Social Work Practice", *Health & Social Work*, 26, 1, Feb, 2001: 38-45.
5. National Family Caregivers Association <http://www.nfcacares.org>.
6. Doyle, D., *Hospice Update*, October 1990.
7. <http://www.va.gov/publ/direc/health/progde/1140-10g.htm>, 1996.

8. <http://www.4woman.gov/faq/caregiver.pdf>.
9. Beemsterboer J, Baum HB (1984) Burnout definition and health care management. *Social Work in Health Care* 10: 97-107.
10. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 61: 1263-1269.
11. Wilkinson SM (1995) The changing pressures for cancer nurses. *Eur Cancer Care* 4: 69-74.
12. Whipple DA, Canellos GP (1991) Burnout syndrome in the practice oncology results of a random survey of 1.000 oncologist. *J Clin Oncol* 9: 16-20.
13. Işıkhan, V. ve Diğerleri. "Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin İş Stresi ve Başa Çıkma Yöntemleri", *Sağlık ve Toplum*. 13, 4, Ekim-Aralık, 2003.
14. Taylor, Susan ve Sormanti, Brown ve Mary. End of Life Care. *Health & Social Work*. 29, 1, Feb 2004: 3-5.
15. Maslach C (1993) Burnout: a Multidimensional Perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Pp.19-32, Washington DC: Taylor & Francis.
16. Goh, L., Cameron, P & Mark, P. (1999). Burnout in emergency physicians and trainees in Australasia. *Emergency Medicine*, 11(4), 250-257.
17. Evers, W., Tomic, W. & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.
18. Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
19. Carayon, P., Smith, M.J. & Haims, M.C. (1999). Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. *Human Factors*, 41(4), 644-663.
20. Janssen, P.M., de Jonge, J. & Bakker, A.B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: A study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1360-1369.
21. Koivula, M., Paunonen, M. & Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*, 8(3), 149-158.
22. Kilfedder, C.J., Power, K.G. & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.
23. Stordeur, S., D'hoore, W. & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.
24. Taormina, R.J. & Law, C.-M. (2000). Approaches to preventing burnout: The effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of Nursing Management*, 8(2), 89-99.
25. Handy, C.B. (1976). *Understanding Organisations*. Harmondsworth: Penguin. In Blumenthal, S., Laverder, T. & Hewson, S. (1998). Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: A comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(5), 409-417.
26. <http://www.va.gov/publ/direc/health/proggde/1140-10g.htm>, 1996