

RUH SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞANLARDA TÜKENMİŞLİK  
SÜRECİNİN İRDELENMESİ

*THE ELABORATION OF THE BURNOUT PROCESS AMONG MENTAL  
HEALTH WORKERS*

Olca ÇAM

Ege Üniversitesi Erişimlik Yüksek Okulu Bornova/İzmir

Anahtar sözcükler Ruh sağlığı, tükenmişlik, ruh sağlığı çalışanları  
Key Words; Mental health, burnout, mental health workers.

---

ÖZET

Ruh sağlığı çalışanları olarak, psikiyatristler, psikologlar, rehberlik ve danışmanlık görevlileri, psikiyatri hemşireleri, sosyal çalışırnacilar ve uğraş terapistleri kastedilmektedir. Bu çalışmada. ruh sağlığı çalışanlarında, tükenmişlik sürecinin gelişimi ve özellikleri üzerinde durulmuştur. Literatür ışığında, psikoterapi ile tükenmişlik süreci arasındaki ilişkiler irdelenerek, ruh sağlığı alanının ortamsal özellikleriyle ilgili değişkenlerin tükenmişlik süreci ile ilişkileri gözden geçirilmiştir. Sonuç olarak, ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

SUMMARY

*The term of mental health worker has been used for defining psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses and occupational therapists who provide mental health services.*

*The study has been focused on the process of developing the burnout phenomenon and personal characteristics, client characteristics, work characteristics among mental health workers. The relationship between psychotherapy and the burnout syndrome was studied, and the effects of variables related to mental health environment and various other factors on burnout were overviewed. Finally, recommendations to prevent or alleviate burnout have been presented.*

## GİRİŞ

Ruh sağlığı alanında çalışanlar olarak genellikle psikiyairistler, psiko- loglar, rehberlik ve danışmanlık gevlileri, psikiyatri hemşireleri, sosyal çalışmacılar ve uğraş terapistlerinden bahsedilmektedir (Leiter ve Harvie 1996). Ruh sağlığı çalışanlarının hizmet verdikleri bireyler ruhsal olarak sınırlılıkları ve zorlukları olan insanlardır. Ruh sağlığı bozulmuş bireyler, ilgi, kabul, umutlandırılmaya daha fazla gereksinim duyarlar. Tkenriş- lik literatürünün önemli bir kısmının ruh sağlığı alanında çalışanlarla ilgili olduğu dikkati çeken bir durumclur (Perlman ve Hartman 1982). Bu alan duygusal yükü fazla olan bir alan olarak, çalışanın ruhsal ve zihinsel enerjisinin aşırı tkutilmesine yol açmaktadır. Çalışanın fazla enerji har- cayıp, daha az doyum sağlaması, onun işe olan ilgi, istek ve coşkusunun kaybolmasına neden olmaktadır. Ruh sağlığı alanında çalışanlardan, hasta ve hasta ailesinin beklentilerinin yüksek olması, çalışanın bu bek- lentileri karşılamaya çalışırken kendisine ve özel yaşamına yeterli zaman ayıramamasına yol açabilmektedir. Bunun sonucunda sosyal etkileşim- lerden uzaklaşılmaktadır. Edelwich ve Brodsky (1980) ruh sağlığı çalışan- larındaki tükenmişlik sürecini, bir yanılısama ile yüzleşme olarak değer- lendirirnişlerdir. Bu süreçte, çalışan, başlangıçta aşırı mutluluk, enerji ve gerçekçi olmayan boyutlara varan beklentilerle mesleğe başlar. Bu sırada temel tehlike; çalışanın hastalarla aşırı zdeşimler yaparak, enerjisini aşırı ve çoğu zaman da verimsiz bir şekilde tketrnesidir. Pines ve Maslach (1987) tarafından belirtildiği üzere, ruh sağlığı çalışanlarının temel moti- vasyonları para kazanmak değil, kendilerini gerçekleştirmek: yaşamı, insanları, kendilerini ve yakınlarını daha iyi anlayıp değiştirme gücü elde etmektir. Bu durumda, hasta her zaman alıcı, uyumlu ve şanslı, ruh sağ- lığı çalışanı ise her zaman ilgili, yeterli ve yanılmaz olarak görülür. Bu nedenle çalışanlar için, mesleğin anlamı ve önemi büyüktür (Pines ve Maslach 1978).

Hizmet verilen hastaların tedavi sürecinde, çoğu zaman hızla pasif bağımlı duruma gelmeleri, yeterince gelişme gösterememeleri, olumlu geribildirimlerden ziyade olumsuz geribildirimleri iletmeleri, insanları sorunlarından kurtaracağına inanan ve bunun için yoğu çaba göste- ren, ruh sağlığı alışanlarında hayal kırıklığı ve yetersizlik yaratabilmek- tedir. Patrick (1979) ruh sağlığı çalışanlarının, başkalarına, özellikle ruhsal yönden sıkıntı yaşayan bireylere yönelik, verici olma gereksi- nimleri olduğunu belirterek, Bu vericiliğin nedenleri üzerinde durmuş- tur. Psikodinamik yaklaşımla incelendiğinde, aşın verme gereksinimi, aslında alma gereksiniminin bir yansıması olarak değerlendirilmiştir.

Bu nedenle, gerçekçi bir şekilde işine bağlı olmak ile, gerçekçi olmayacak bir şekilde kendini işine adanmak arasındaki farkın iyi ayırt edilmesi gerekmektedir. Bireyleri ruh sağlığı alanında çalışmaya motive eden gücün ne olduğunun iyi belirlenmesi gerekir. Bir şekilde kendilerini gerçekleştirmek için bu alana girenlerin, hem kendilerinden hem de çevrelerinden beklentileri yüksektir. Beklentilerinin yüksekliği ile yardım edici olma rolü birleşince, çalışanların kendileri için yardım isteme yada yardım almaktan rahatsız olmaları söz konusu olabilmektedir (Patrick 1979). Ruh sağlığı çalışanlarında var olan gizli bir ayrıcalıklı olma ve yönlendirici olma eğilimi de onların yardım istemekten rahatsız olmalarını artırabilmektedir. Bu durumda, öncelikle her bireyin kendinden sorumlu olduğu düşüncesinin sürekli hatırd tutulmasının yararı olabilir. Hastalarla ilgilenirken, ilerlemenin yavaş olacağını kabullenmek gerekir. Etkinliklerin hastaların özelliğine ve yeteneklerine uygun olması, önemlidir. Ne hastadan yapabileceğinden fazlasını beklemeli, ne de hastanın birçok şeyi kendisinin yapamayacağı düşünceciyle onu engellemelidir. Hastanın korunması ile çalışanın kendi gereksinimleri doğrultusunda ilişkiye girmesi arasındaki hassas dengeye dikkat edilmelidir. Hastaların bağımlılık gereksinimlerinin uygun bir şekilde karşılanması önemlidir. Bağımlılık ilişkisinin sıkıntı vericiliğini önlemek için, bağımlılık sınırının iyi belirlenmesi gerekir. 'imkansız' başarmaya çalışmamalıdır (Pines ve Maslach 1978).

Ruh sağlığı alanında çalışandan, her zaman en iyi şekilde yetenek, yeterlilik, ilgi ve beceri ile hizmet vermeleri beklenirken, diğer yandan yapılanın değerlendirilmesi ve başarının ölçütü belirsizdir. Genellikle idealist ve hasta gereksinimlerini kendi gereksinimlerinin önünde tutan bireylerin çalıştığı ruh sağlığı alanındaki çalışanlardan, çevrenin de umut ve beklentileri yüksektir. Eğer çalışanın özellikle kendisi ile ilgili beklentilerinde kesin ve şiddetli bir değişim oluşursa, amaçlanana ulaşamazsa, bu idealizmin yok olmasına neden olur. Bu sırada, hizmeti alanlardan gelen yetersizlikler de çalışanın, bu kişilere ilgi ve duyarlılığın azalmasına yol açabilir. Böylece, çalışanda yeterince yararlı olmadığı duygusu oluşmaya başlar. Deneyimli bir psikiyatristin, "bir doktor olarak, hiçbir hastanın yakını tarafından, diğer sağlık alanlarında olduğu gibi, hastalarına çok iyi ruh sağlığı hizmeti verildiği için psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkür edildiğini bildiren bir ilana rastlamadım, rastlayacağımı da sanmıyorum" şeklindeki ifadesi, verilen zorlu hizmetin, yeterince takdir edilmeyişine ilişkin bir serzeniş ifade etmektedir.

Edelwich ve Brodsky (1980) tarafından tükenmişlik süreci dört evrede incelenmiştir. Bunlar 1-idealistiklik, coşku ve heves evresi, 2-Dur-

gunluk evresi, 3-engellenme evresi. 4-Apati evreleridir. Şimdiye dek anlatılanlar ilk iki evreyle ilişkili yaşantılardır. Psikoterapi uygulanırken, bu süreç aşağıda belirtildiği şekilde yaşanabilmektedir.

PS  
İKOTERAPİ VE RUH SAĞLIĞI  
ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİĞİ

Psikoterapi öncelikle psikolojik düşünmeyi, kendinin farkında olmayı ve bireyde kendine güveni artırır. Hasta üzerinde yaptığı bu etkiyi süreci birlikte yaşayan terapistte de yapar. Ancak işlerin yolunda gitmediği durumlarda ise her iki tarafta da olumsuz etkiye neden olabilir. Hastaya uygulanan terapi çeşidine ilişkin sorunlar da olabilmektedir. Psikanalizden yararlanabilecek hastalar açısından olağanüstü izolasyon ortamında çalışılması hem hasta hem de terapist açısından yalnızlık ve izolasyona neden olması ile, hayal kırıklığı, sıkılma ve psikanalitik sürece ilgi kaybı oluşabilir. Daha sonra, terapistin başarısızlıkla kendini suçlaması ve benlik saygısında azalma görülebilir. Sürecin devamında, terapist kendisini mesleğinin ve hastalarının kurbanı olarak değerlendirmeye başlayabilir. Böylece, hastalarına karşı olumsuz tutumlar geliştirmeye başlayabilir. Çalışanlar hastaları dinledikçe, hepsinin öyküsünün benzer olduğunu, artık bu işin kendilerine hiç ilginç gelmediğini hissederek, keşfedicilik, yaratıcılık özelliklerini kaybetmeye başlayabilirler. Bu durum kısaca "terapötik başarı eksikliği" olarak ifade edilebilmektedir (Farber 1983). Bu durumla baş edebilmek için, ruh sağlığı çalışanı hastalardan kendini izole ederek, durumu daha az kişisel terimlerle ifade ederek, daha fazla entellektüalize ederek, objektif olmaya çalışabilmektedir. Çalışanda artık işten başka bir şeyler yapıyor olması gerektiği fikri yavaş yavaş oluşmaya başlar. işi bireyin kendini gerçekleştirmesini sağlayamayacak gibi görünmektedir. Daha sonra, daha da ileriye giderek mesleği sürdürüp sürdürmemeyi; mesleğin gelir, statü gibi özelliklerini sorgulamaya başlar. Bu durumda her şeye yetebilir olma düşüncesinden, gittikçe artan bir güçsüzlük duygusuna ulaşılmıştır. Bu güçsüzlük duygusunun kapsamında sistemi değiştirememeye, hastalara, ortamı kontrol edemediği duygusu yer almaktadır. Yeterince sorumluluk ve karara katılma yetkisi verilmeyen, sürekli engellenen bireyler hiçbir şekilde takdir edilmedikleri duygusuna kapılarak ve dahası gerçekten de değerli bir iş yapmadıklarına inanacak kendilerine gittikçe daha az değer vererek, sonuçta da kendilerini değersiz ve güçsüz hissedebilmektedirler. Ruh sağlığı çalışanlarının kendilerine verdiği değeri destekleyen en önemli etkenlerden biri, hasta yakınlarının ve hastaların takdir etme-

Teri olabilmektedir (Dağ 1988, Düzyürek ve Ünlüoğlu 1992). Çam (1991) tarafından hemşirelerle, ve Çam ile Baysal (1997) tarafından psikiyatrist ve psikologlarla yapılan çalışmalarda, hastalar tarafından takdir edilmenin tükenmişliğini azaltıcı etki oluşturduğu saptanmıştır. Eğer bu takdir görme konusunda yetersizlik yaşıyorsa, bu kez hizmet daha da kötüleşir, olumsuz geri bildirimler gelmeye başlar bir kısır döngüye girilir. Bu durum kritik bir nokta olup, birey ya üstesinden gelecektir, ya da gelemeyecek, tükenmişliği yaşayacaktır.

iş yaşamındaki bu süreç içinde. birey öncelikle, başa çıkmak için sorunu inkar edip, daha çok ve daha uzun süre çalışarak, sorunun üstesinden gelmeye çalışacaktır. Ancak bu kısır döngünün hızla ilerlenmesine neden olacaktır. Böylece bireyin zorlukları tanıması, kabullenmesi ve ifade etmesi zaman alacaktır. Bu sırada yakın çevresi ile ilişkilerde yıpranacak ya da azalacaktır. Kişi giderek çevresini ek birer talep kaynağı olarak algılayacak ve işini kullanarak, onları uzaklaştıracaktır. Destekleriyle sorunun üstesinden gelebilme olasılığı varken, bu olasılığı, bu şansı tümünden ortadan kaldırmış olacaktır.

Diğer bir yaklaşım. işin rutinlerini olabildiğince, aza indirerek yürütmek olabilir. İçtenlikten uzak bir şekilde iş yüfütülürken, bu kez bireyde kişinin kendisinde hissettiği mesleki saygınlık algısının azalması görülecektir. Eğer bu çok ileri düzeylere ulaşırsa meslekten ayrılmaya neden olabilir. Birey meslekten ayrılmalı ise. mesleğe ve kendine ilişkin derin bir inançsızlık ve umutsuzluk duyguları ortaya çıkabilecektir. İç sıkıntısı, bıkkınlık duygusu ile çalışılır. Yaşamak için çalışmak zorunda olduğunu düşünecektir. Bir şeylerin değişmesinin çok güç olduğunu ve kendisinin de bu güçlüklerle uğraşacak durumda olmadığı inancı gelişebilecektir. Böylece Edewich ve Brodsky (1980) tarafından belirtildiği üzere, tükenmişliğin üçüncü evresi olan. engellenme evresi geçilerek, dördüncü evre olan "apati" evresi yaşanmaya başlanmıştır.

## RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİKLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Araştırmalar, çalışanların medeni durumları, yaş ve eğitim durumları ile tükenmişlikleri arasında ilişki olmadığını göstermiştir (Leiter ve Harvie 1996). Bazı çalışmalarda einsiyetle de tükenmişlik arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ancak çalışmaların bazılarında ise duyarsızlaşma boyutları ile ilgili olarak kadınların erkeklere göre daha az duyarsızlaşmayı yaşadıkları saptanmıştır (Maslach ve Jackson 1981, Leiter ve Harvie 1996, Çam ve Baysal 1997). Ernpatik beceri ile tükenmişlik arasında ters yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır Aişiler arası ilişkilerdeki

beceriler ve girişkenlik ile tükenmişlik arasında da ters yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Üstün 1995, Leiter, Harvie 1996). Kronik şizofreni hastaları ile çalışanlar ve mental geriliği olan hastalarla çalışanlarda tükenmişliğin daha fazla olduğu görülmüştür. Hastalardan gelen olumsuz saldırgan ve şiddet davranışları arttığı oranda tükenmişliğin arttığı belirlenmiştir. Problemlerle aktif bir şekilde baş etmeye çalışanlarda tükenmişlik alkol kullanma gibi pasif baş etme yöntemlerini kullanan ruh sağlığı çalışanlarındaki, tükenmişliğe göre daha az görüldüğü saptanmıştır. Belli bir düzeye kadar hasta sayısı, başarı algısına yol açarken, gereğinden fazla hasta olması, tükenmişliğe yol açabilmektedir. Tükenmişliğin özel çalışanlarda, kamuda çalışanlara göre daha az yaşandığı, benzer şekilde ayakta tedavi uygulanan kurumlarda çalışanların, yatarak tedavi uygulanan yerlerde çalışanlara göre daha az tükenmişliği yaşadıkları belirlenmiştir. Bunun da ötesinde kısa süreli hasta yatırarak tedavi uygulayan merkezlerle çalışanlarda, uzun süreli hasta yatırarak tedavi uygulayan merkezdeki çalışanlara göre tükenmişliği daha az yaşadıkları saptanmıştır. Çalışılan ortamdaki ilişkilerin niteliği ile tükenmişlik arasında bağlantı olduğu saptanmıştır. Kurumdaki ilişkilerin açık olması ve iş ortamında çalışanların birbirleriyle ilişkilerinde açıklık ve içtenliğin fazla olması durumunda tükenmişliğin daha az yaşandığı görülmüştür. Çalışanların birbirleriyle, yaşadıkları süreci paylaşmaları, konuşmaları, çalışanlarda sorunu kişisel olarak görmemeye yol açtığı için, ilişkilerde açıklık tükenmişlik süresindeki kısır döngüye engel olduğu belirtilmiştir (Savicki ve Cooley 1987, Corrigan ve ark.1995, Fagin ve ark.1996, Leiter ve Harvie 1996, Melchior ve ark. 1997). Çam ve Baysal (1997) tarafından psikoterapisi ve psikologlarla yapılan çalışmalarda ortamdaki memnuniyet ve kurum içinde ilişkilerin tükenmişlik açısından önemli olduğu görülmüştür. Psikiyatri hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hizmetlerin yeniden örgütlenmesi, eğitimin, becerinin ve dayanımının artırılması= tükenmişliği azaltıcı etki yaptığı belirlenmiştir (Milne ve ark.1986). Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişliği açısından hastaların hastalığının ciddiliği, çalışma saatlerinin uzunluğunun

olduğu belirlenmiş olup, baş etme becerilerinin artırılmasının, kişiler arası ilişki ve beceri eğitiminin artırılmasının, yöneticilerde olumlu geri bildirim alınmasının önemli olduğu saptanmıştır (Mc Carty 1985).

#### RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEMELER İÇİN ÖNERİLER:

Birçok araştırmacı tarafından ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesi için bir çok değişik öneriler sunulmuştur (Pines ve Maslach 1978, Patrick 1979, Mc Carty 1985, Milne ve ark.1986, Savicki ve Cooley

1987, Corrigan ve ark.1995, Fagin ve ark.1996, Leiter ve Harvie1996, Melchior ve ark.1997). Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Mesleği ile kendini gerçekleştirmeye aşırı eğilimi olanlara göre gerçekçi idealleri olanların alana girmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılması.

2. Ruh sağlığı alanında çalışanların yaşamdaki öncelikleriii, mesleklerinin kendileri için anlamını net bir şekilde fark edebilmelerini sağlayabilecek etkinliklerin (hizmet içi eğitim. grup toplantıları, grup terapileri vs.) yürütülmesi.

3. Yeni yetişenlerin gerçekçi beklentiler içine girmeleri için eğitim programları yapılması.

4. Çalışanların sadece mesleki kimlikleri olmadığı meslek dışı bir çok kimliklerinin de olabileceği fikrinin benimsenmesini sağlamak, çalışanların rutinin monotonluğundan uzaklaştırılması.

5. Hizmet verilen hasta grubunu. yaş grubunu değiştirecek şekilde çalışma programlarının yapılması.

6. Ruh sağlığı çalışanları için, kendi duygu ve güçlüklerini yadsımak yerine, bunları arkadaşları ile paylaşmaları, yardım isteyebilme ve alabilme becerisinin kazanabilmelerine yönelik eğitim. destek yardım ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi.

7. İş çevresindeki desteklerin (iş arkadaşları, yöneticiler ve diğer çalışanlardan alınan destekler) artırılması, yardımcıların varlığı ve desteğinin co-worker desteği) sağlanması.

8. Ruh sağlığı alanını çok çeşitli ve zor kavramların kaplaması yerine daha basit ve benzer kavramlarla konuşarak, görüşlerin bütünleştirilmesinin yararı olabilir.

9. Yapısal denge modelleri ile duruma yaklaşılması. tükenmişliğin yaşandığı ortamsal özelliklere göre müdahalelerin artırılması.

10. Bireylerin tükenmişlik sürecinin hangi evresinde olduğu dikkate alınarak, bireylere yönelik girişimlerde bulunulması.

11. Ruh sağlığı çalışanlarının bireysel gelişimlerine katkıda bulunmak için kişiler arası ilişkiler, beceri ve girişkenlik eğitimleri verilmesi, önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Corrigan PW, Holmes PE, Luchins D (1995) Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff *Journal of Clinical Psychology*, september, 51 (5); 703-710.
2. Çam O (1991) Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Doktora Tezi. Sağlık Bil. Enstitüsü. İzmir.
3. Çam O, Baysal A (1997) İzmir metropolitan alan içinde bulunan yataklı sağlık kurumlarında görev yapan psikiyatrist ve psikologlarda tükenmişlik sendromunun incelenmesi. *Ege Ün. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. Cilt:13.
4. Dağ I (1988) Psikoterapide terapist üzerindeki stres kaynakları ve burnout fenomeni. 22 Aralık 1987. Hacettepe Ün. Klinik Psikoloji Seminer Sunumu, Ankara.
5. Düzyürek S, Onlüciğlu G (1992) Hekimde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Psikiyatri Bülteni*.] (3): 108-113.
6. Edelwich J, Brodsky S (1980) Burn-out stages of disillusionment in the helping professions. *Human Sciences Press*. New York.
7. Faglin L, Carson J, Leary J ve ark. (1996) Stress, coping and burnout in mental health nurses: Findings from three research studies. *International Journal of Social Psychiatry*. 42 (2):102-111.
8. Farber HA (1983) The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy*. 20: 174-182.
9. Leiter MP, Harvie PL (1996) Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*. 42 (21):90-101.
10. Maslach C, Jackson SE (1981) *Manual Maslach Burnout Inventory*. Second Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
11. McCarty P (1985) Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, July. 10 (4); 305-310.
12. Melchior ME, Van den Berg AA, Halfens R ve ark. (1997) Burnout and work environment of nurses in psychiatric long-stay care settings. *Sos. Psychiatr. Epidemiol. April*, 32(3):158-164.
13. Milne D, Burdett C, Beckett J (1986) Assessing and reducing the stress and strain of psychiatric nursing. *Nursing Times*, May. 82 (7): 59-62.
14. Patrick PK (1979) Burnout: Job hazard for health hazard. *Hospitals*. November 16: 87-90.
15. Perlman B, Hartman EA (1982) Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35 (4); 283-305 .
16. Pines A, Maslach C (1978) Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hospital & Community Psychiatry*, 29 (4); April 233-237.
17. Savicki V, Cooley E (1987) The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*. January. 65: 249-253.
18. Üstün B (1995) Hemşirelerin atılma ve tükenmişlik düzeyleri. Doktora Tezi, Hacettepe On. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.