

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOK BOYUTLU ÇALIŞANA DESTEK,
MÜDAHALE VE TÜKENMİŞLİK ÖNLEME PROGRAMI'NIN
(ÇADEM-TP)
PSİKOSOSYAL DESTEK ÇALIŞANLARININ TRAVMATİK STRES
TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

Melis DEMİRCİOĞLU

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Programı için Öngördüğü
Doktora Tezi
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2020

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOK BOYUTLU ÇALIŞANA DESTEK,
MÜDAHALE VE TÜKENMİŞLİK ÖNLEME PROGRAMI'NIN (ÇADEM-TP)
PSİKOSOSYAL DESTEK ÇALIŞANLARININ TRAVMATİK STRES
TÜKENMİŞLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Melis DEMİRCİOĞLU

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Programı için Öngördüğü
Doktora Tezi
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Cem Cerit

Etik Kurul Onay No: KÜ GOKAEK 2019/05.20

KOCAELİ

2020

ÖZET

Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi

Amaç: Travmatik yaşam olaylarını deneyimleyen kişilere yönelik ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalesinde bulunan bireyler, bu örseleyici olayların etkilerine dolaylı yoldan maruz kalmaktadır. Ülkemizde yardım çalışanlarındaki etkilenme düzeyini araştıran çalışmalar %7.1 ile %68 arasında değişen oranlarda ikincil travmatik strese ve yüksek düzeylerde tükenmişliğe işaret etmektedir. Türkiye’de; travma, afet ve kriz durumlarında hizmet veren profesyonellerin psikolojik sağlığına odaklanan çalışana destek faaliyetlerinin yaygın olmadığı gözlemlenmekte olup yapılandırılmış bir çalışana destek programının alandaki bu ihtiyaca karşılık geleceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nı (ÇADEM-TP) geliştirmek ve psikososyal destek çalışanlarındaki travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi amacıyla öncelikle araştırmacı tarafından Bilişsel Davranışçı Terapi, Pozitif Psikoterapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi ekseninde bir çalışana destek müdahale programı geliştirilmiş olup müdahale kılavuzu; oturumlarda işlenecek konuları, uygulanacak egzersizleri ve uygulama materyallerini de kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Araştırmada müdahale ve kontrol grupları oluşturulmuş, gruplardan ön test, son test ve izlem ölçümleri ile veri toplanmıştır. Müdahale grubunda yer alan katılımcılar, araştırmacı tarafından tasarlanan ve uygulanan ÇADEM-TP müdahalesine katılmışlardır. Müdahale üç oturumda gerçekleştirilmiştir. Oturumların öncesinde (0. hafta) tüm katılımcılar araştırma ölçeklerini doldurmuşlardır. Oturumların gerçekleştirildiği süre boyunca kontrol grubundaki bireyler herhangi bir müdahaleye maruz kalmamıştır. Müdahale tamamlandıktan bir sonraki haftada (4. hafta) tüm gruplardaki bireylere ölçekler tekrar uygulanmış bir ay sonra ise (8. hafta) uzun dönemli etkiyi değerlendirmek amacıyla yalnızca müdahale grubuna ölçekler uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %83'ü kadın; %93'ü bekar ve yaş ortalamaları 25,87 yıldır. Katılımcıların TSSB belirtilerinin orta şiddette, tükenmişlik seviyelerinin ise yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları çalışanların meslekteki deneyimi arttıkça kişisel başarı eksikliği algısının da artmakta olduğunu ($p=0.023$), psikolojik danışmanlardaki algılanan stres puanlarının sosyal hizmet uzmanlarına göre daha yüksek olduğunu ($p=0.036$) ve psikoterapötik müdahalede bulunan grubun psikolojik sağlamlık düzeylerinin yalnızca psikososyal destek uygulayıcısı olan gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermiştir ($p=0.045$). ÇADEM-TP'nin etkisine ilişkin sonuçlarda ise ölçek puanlarının müdahale ve kontrol grupları arasında değişim gösterdiği ancak travmatik stres, algılanan stres, psikolojik iyi oluş ve psikolojik sağlamlık düzeyleri için istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulgulanmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bununla beraber, duygusal tükenme ölçeğindeki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup ÇADEM-TP'nin tükenmişlik belirtilerini azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur ($p=0.015$).

Sonuç: Araştırma sonucunda tüm hipotezler istatistiksel olarak desteklenmese de uygulanan çalışana destek müdahalesine bağlı olarak gruplar arasında uygulama öncesi ve sonrası sonuçlarda farklar gözlenmiştir. Büyük örnekleme gerçekleştirilecek çalışmaların ÇADEM-TP'nin etkisini ortaya koymada daha başarılı olacağına inanılmaktadır. Bu çalışma, ülkemizde kendi alanındaki ilk çalışma olma özelliğini taşımakta olup travma ve afet ruh sağlığı alanındaki nitelikli iş gücü kaynaklarının korunmasına yardımcı olacağı ve aynı zamanda travmatik olaylardan sonraki yardım faaliyetlerinin daha nitelikli hale gelmesine de dolaylı olarak katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İkincil travmatik stres, tükenmişlik, psikolojik sağlamlık.

ABSTRACT

Effectiveness of Multidimensional Support Intervention and Burnout Prevention Program (ÇADEM-TP) on the Traumatic Stress, Burn-out and Psychological Resilience Levels of Psychosocial Support Professionals

Objective: Individuals who provide psychosocial support for those who experience traumatic life events are indirectly exposed to the effects of these traumatic events. Studies investigating the level of exposure among these population indicate secondary traumatic stress and burnout ranging from 7.1% to 68% in our country. Interventions focused on psychological health of professionals who are working on trauma, disaster and crisis issues are not common in Turkey, hence it is thought that a well designed support program will compensate this requirement in this field. The aim of this study is to develop a Multidimensional Support Intervention and Burnout Prevention Program (ÇADEM-TP) and to assess the effect of this Program to traumatic stress, burnout, perceived stress, psychological resilience and well-being in psychosocial support professionals.

Method: Firstly, an employee support intervention program was developed by the researcher in the axis of Cognitive Behavioral Therapy, Positive Psychotherapy, Acceptance and Commitment Therapy. Intervention manual is prepared including subjects to be reviewed in sessions, exercises to be applied and application materials. In the research, intervention and control groups were formed, and data were collected from the groups with pretest, posttest and follow-up measurements. Participants in the intervention group participated in the ÇADEM-TP intervention designed and applied by the researcher. The intervention was carried out in three sessions. Before the sessions (week 0), all participants filled out their research scales. During the sessions, individuals in the control group were not exposed to any intervention. In the next week (4th week) after the intervention was completed, the scales were applied to individuals in all groups, and one month later (8th week), scales were applied only to the intervention group in order to evaluate the long-term effect.

Results: 83% of the participants were women; 93% were single and their average age was 25.87 years. Participants' PTSD symptoms were moderate and burnout levels were high. The results of the research showed that the perceived personal achievement increased as the years of experience increases ($p = 0.023$), the perceived stress scores in the psychological counselors were higher than the social workers ($p = 0.036$). When comparing the group that performed psychotherapeutic intervention to the group that was providing psychosocial support, the psychological resilience levels of the group that performed psychotherapeutic intervention were found to be significantly lower ($p=0.045$). Assessments on the effectiveness of ÇADEM-TP showed that most scale scores positively changed in the intervention group however no statistically significant results were found for traumatic stress, perceived stress, psychological well-being and psychological resilience levels ($p > 0.05$). Nevertheless the change in emotional burn-out scale showed statistically significant difference between the groups and it was demonstrated that ÇADEM-TP was effective in reducing burnout symptoms ($p = 0.015$).

Conclusions: Conclusions: Although all hypotheses were not statistically supported as a result of the research, differences were observed between the groups before and after the ÇADEM-TP intervention. It is believed that forthcoming studies with large samples may provide more evidence on the effectiveness of ÇADEM-TP. This study is the first study in its field in our country and it is thought that it will help to preserve the qualified work in the field of trauma and disaster mental health and it can also indirectly contribute to the improvement of support services after traumatic events.

Keywords: Secondary traumatic stress, burnout, psychological resilience.

TEŞEKKÜR

Fikirlerimi bir tez konusuna dönüştürme aşamasından itibaren, yönlendirmeleri ile hep ileri gitmemi sağlayan danışmanım Doç. Dr. Cem Cerit'e sürecin her aşamasında ve gereksinim duyduğum her konuda verdiği destek için teşekkür ederim.

Travma ve afet psikolojisi ile ilgilenmeye başladığım ilk günlerden beri çalışmalarımı takip ettiğim, bu programı tercih etmemde önemli bir yeri olan Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker'e bu alanda bana kattığı tüm bilgi ve tecrübeler için teşekkür ederim.

Çalışmalarına katkısı yadsınamayacak süpervizyon oturumlarımızda, aktardığı her bir bilgi için ve ayrıca tezimin planlama sürecindeki kıymetli yorum, eleştiri ve önerileri için Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a teşekkür ederim.

Tezimin araştırma tasarımına ilişkin önerileri için ve istatistik konusunda yardıma ihtiyacım olan her noktada sabır ve ilgiyle sunduğu desteği için Prof. Dr. Canan Baydemir'e teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca varlığı ile güven hissi veren; tüm öğrencilerine içten bir özenle yaklaşan Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a hiçbir konuda esirgemediği desteği için teşekkür ederim.

Tezimin uygulama aşamasını gerçekleştirdiğim Mülteciler Derneği ve Hayata Destek Derneği'ne; destekleri ve yapıcı iş birlikleri için her iki derneğin yöneticilerine ve derneklerdeki uygulamalar boyunca sağladıkları destekler için Klinik Psikolog Önay Çolakoğlu ve Klinik Psikolog Sinem Şahin'e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde motivasyonumu sürdürmemde önemli katkıları olan, içten desteğini ve arkadaşlığımı daima sunan arkadaşım Gelişim Psikolojisi Uzmanı Nilay Göncü Arslan'a teşekkür ederim.

Birlikte başladığımız doktora eğitimi süresince bana hem bir meslektaş hem bir dost olarak pek çok alanda yol arkadaşlığı eden, birlikte öğrenmekten ve üretmekten mutluluk; varlığından ötürü ise şükran duyduğum Klinik Psikolog Zeynep Şeker'e teşekkür ederim.

Travma ve afet psikolojisi alanında emek veren tüm ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanı meslektaşlarıma, rahat ve kolay olarak nitelendirilemeyecek bu alanda çalışarak ellerini taşın altına koydukları, sahada dayanışma içinde var olmamızın bir parçası oldukları için teşekkür ederim.

Akademik hayatımda yeni bir basamağa adım atarken, bu aşamaya gelmemde emeği olan, hayatıma dokunmuş tüm kıymetli öğretmenlerime saygı ile teşekkür ederim.

Son olarak, bu yolculuğun başından beri kendilerine ayıramadığım tüm zamanlara sonsuz hoşgörü ile yaklaşarak yardım istediğim her konuda sınırsız destek olan; kat ettiğim her yol, her kilometre taşı, her küçük başarı için takdirlerini cömertçe sunan aileme sonsuz teşekkür ederim.

ORJİNALLİK BİLDİRİMİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi” başlıklı tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, şekil, tablo ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimde yer alan deneysel çalışmalar/araştırmalar bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yapılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususlar bir intihal programı (Turnitin vb.) kullanılarak test edilmiş olup, doğruluğunu beyan ederim.

01/07/2020

Melis Demircioğlu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
ORJİNALLİK BİLDİRİMİ	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Travma ve İlişkili Kavramlar	1
1.2. Travmanın Bireyler Üzerindeki Etkileri.....	2
1.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3
1.3. Travmatik Olaylarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Çalışanları.....	6
1.3.1. İkincil Travmatizasyon	7
1.3.2. Tükenmişlik Kavramı	11
1.3.3. Algılanan Stres Kavramı	15
1.3.4. Psikolojik Sağlamlık Kavramı	16
1.3.5. İyilik Hali Kavramı.....	18
1.3.6. Özbakım Kavramı.....	20
1.4. Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Çalışanlarına Yönelik Müdahale Araştırmalarından Örnekler.....	21
2. AMAÇ.....	26
2.1. Araştırmanın Amacı	26
2.2. Araştırma Soruları	26

2.3.	Araştırmanın Hipotezleri	27
2.4.	Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	28
2.5.	Kavram ve Terimler.....	30
3.	YÖNTEM	32
3.1.	Araştırmanın Tipi	32
3.2.	Araştırmanın Yeri.....	33
3.3.	Araştırmanın Örnekleme.....	34
3.4.	Verilerin Toplanması.....	36
3.5.	Veri Toplama Araçları.....	37
3.5.1.	Kişisel Bilgi Formu	37
3.5.2.	Yaşam Olayları Kontrol Listesi	37
3.5.3.	DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi.....	37
3.5.4.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	38
3.5.5.	Algılanan Stres Ölçeği.....	38
3.5.6.	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	39
3.5.7.	Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği	39
3.6.	Müdahale Programının Geliştirilmesi	39
3.6.1.	Programın Amacı.....	40
3.6.2.	Müdahale Programının ve Kılavuzun Geliştirilme Süreci	40
3.6.3.	Programın İçeriğinde Yararlanılan Psikoloji Kuramları Psikoterapi Yaklaşımları ve Teknikleri	41
3.6.3.1.	Pozitif Psikoloji ve Pozitif Psikoterapi	41
3.6.3.2.	Bilişsel Davranışçı Terapi	45
3.6.3.3.	Kabul ve Kararlılık Terapisi	48
3.6.3.4.	Kaygı ve Stres Yönetimi Teknikleri	50
3.6.4.	Programın İçeriği ve Uygulama Süreci	55
3.7.	Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası.....	57
3.8.	Verilerin Analizi.....	57

4. BULGULAR.....	58
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	58
4.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi Travmatik Stres, Algılanan Stres, Psikolojik Sağlık, İyilik Hali Düzeyleri ve Bunlarla İlişkili Faktörler	60
4.3. Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) Müdahalesinin Etkisine İlişkin Bulgular	65
4.3.1. ÇADEM-TP Müdahalesinin TSSB Puanları Üzerine Etkisi	65
4.3.2. ÇADEM-TP Müdahalesinin Duygusal Tükenme Puanları Üzerine Etkisi	66
4.3.3. ÇADEM-TP Müdahalesinin Duyarsızlaşma Puanları Üzerine Etkisi	67
4.3.4. ÇADEM-TP Müdahalesinin Kişisel Başarı Puanları Üzerine Etkisi	68
4.3.5. ÇADEM-TP Müdahalesinin Algılanan Stres Puanları Üzerine Etkisi	69
4.3.6. ÇADEM-TP Müdahalesinin Psikolojik İyi Oluş Puanları Üzerine Etkisi	70
4.3.7. ÇADEM-TP Müdahalesinin Psikolojik Sağlık Puanları Üzerine Etkisi ...	71
5. TARTIŞMA.....	72
5.1. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi	72
5.2. ÇADEM-TP'nin Etkililiğinin Değerlendirilmesi	78
5.3. ÇADEM-TP'nin Uygulama Sürecine İlişkin Deneyimin Değerlendirilmesi.....	81
5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	83
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	84
6.1. Araştırmanın Sonuçları.....	84
6.2. Öneriler.....	85
6.2.1. Araştırmacı ve Uygulayıcılara Yönelik Öneriler.....	85
6.2.2. Kurumlara Yönelik Öneriler	88
7. KAYNAKLAR.....	90
8. ÖZGEÇMİŞ	101
EKLER	103

SİMGELER ve KISALTMALAR

AS	Algılanan Stres Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇADEM-TP	Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı
D	Duyarsızlaşma
DSM	Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DT	Duygusal Tükenme
KB	Kişisel Başarı
KKT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
LEC	Yaşam Olayları Kontrol Listesi
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
PCL	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi
PİO	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
PPT	Pozitif Psikoterapi
PS	Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
SPSS	Statistical Program for the Social Sciences
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri.....	3
Şekil 3.1. Çalışmanın akış diyagramı.....	35
Şekil 3.2. ABC Modeli.....	46
Şekil 4.1. Çalışmaya katılanların mesleki özellikleri.....	59
Şekil 4.2. ÇADEM-TP'nin TSSB puanları üzerindeki etkililiği	65
Şekil 4.3. ÇADEM-TP'nin Duygusal Tükenme puanları üzerindeki etkililiği.....	66
Şekil 4.4. ÇADEM-TP'nin Duyarsızlaşma puanları üzerindeki etkililiği.....	67
Şekil 4.5. ÇADEM-TP'nin Kişisel Başarı puanları üzerindeki etkililiği.....	68
Şekil 4.6. ÇADEM-TP'nin Algılanan Stres puanları üzerindeki etkililiği.....	69
Şekil 4.7. ÇADEM-TP'nin Psikolojik İyi Oluş puanları üzerindeki etkililiği.....	70
Şekil 4.8. ÇADEM-TP'nin Psikolojik Sağlık puanları üzerindeki etkililiği.....	71

TABLULAR

Tablo 3.1. Araştırma deseni.....	33
Tablo 3.2. ÇADEM-TP oturumlarının bölümleri ve ana konuları	55
Tablo 4.1. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri.....	58
Tablo 4.2. Çalışmaya katılanların ölçek puanlarından aldıkları ortalama/medyanlar.....	60
Tablo 4.3. Çalışanlarda ölçekler ile sürekli demografik verilerin karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.4. Çalışanlarda MTÖ ile kategorik demografik verilerin karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.5. Çalışanlarda PCL, AS, PİO, PS ölçekleri ile kategorik demografik verilerin karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.6. TSSB ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	65
Tablo 4.7. Duyusal Tükenme ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	66
Tablo 4.8. Duyarsızlaşma ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	67
Tablo 4.9. Kişisel Başarı ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	68
Tablo 4.10. Algılanan Stres ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	69
Tablo 4.11. Psikolojik İyi Oluş ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi	70
Tablo 4.12. Psikolojik Sağlamlık ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi.....	71

1. GİRİŞ

1.1. Travma ve İlişkili Kavramlar

Kökene eski Yunanca'ya dayanan Travma kelimesi “yaralanmak” anlamına gelmektedir. Tıpta yaygın kullanılan bir terim olmanın yanı sıra Psikiyatri ve Psikoloji alanlarının da önemli kavramlarından biri olmuştur. Bir kriz ve/veya tehdit durumu söz konusu olduğunda, insanların baş etme becerilerinin yetersiz kalması, genel işlevselliğinin sekteye uğraması ve travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkması haline psikolojik travma denir (Erdur-Baker, 2017).

Psikolojik travma durumuna sebep olan olayları ise travmatik olay veya travmatik yaşam olayı diye tanımlamak mümkündür. Travmatik olayın tanımı ve kapsamı yıllar içerisinde değişiklikler göstermiş ve bu durum Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) içeriğinde hemen her yeni baskıda çeşitli farklılıkları beraberinde getirmiştir. DSM'nin güncel versiyonu olan beşinci baskısında travmatik olay kapsamı gerçek bir ölüm, ölüm tehditi, ciddi yaralanma ya da cinsel şiddete maruz kalma olarak ayrıntılandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Travmatik olayları, doğa kaynaklı (deprem, sel, çığ vb) ve doğal olaylar (sevilen bir yakının ölümü, hayatı tehdit eden bir hastalık teşhisi vb); insan eliyle ve kaza yoluyla gerçekleşen olaylar (trafik kazası, iş kazası, uçak, tren vb. toplu ulaşım araçlarında gerçekleşen kazalar gibi) veya insan eliyle ve kasıt ile gerçekleşen olaylar (savaş, işkence, terör, fiziksel şiddet, cinsel şiddet vb.) olmak üzere kabaca üç ana kategoride gruplamak mümkündür. DSM-5'e göre kişiler bu gibi travmatik yaşantıları dört farklı biçimde deneyimleyebilirler. Kişi bu travmatik yaşam olayını bizzat deneyimlemiş, olay doğrudan kişinin başından geçmiş olabilir; kişi bu travmatik yaşam olayı gerçekleşirken tanık olmuş, doğrudan gözlemlemek durumunda kalmış olabilir; bu travmatik yaşam olayı kişinin ailesi ve/veya sevdiği bir yakınının başına gelmiş ve kişi bunu öğrenmiş olabilir ve son olarak kişi mesleki sebeplerle bu türden travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış olabilir (APA, 2013). Bu çalışma, özellikle bahsi geçen mesleki maruziyet ile dolaylı yoldan travmatik olayı deneyimleyen meslek elemanlarını hedef almaktadır.

1.2. Travmanın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Travmatik yaşam olaylarının deneyimlenme oranı ender değildir, araştırmalara göre her iki kişiden biri yaşam boyu en az bir travmatik olayla karşılaşabilmektedir (Ozer, Best, Lipsey ve Weiss, 2003). Dünya genelinde travmatik yaşam olaylarını deneyimleme oranlarının kıtalara ve ülkelere göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu durumun ülkeler arası farklılaşan sosyokültürel yapı, politik, ekonomik ve benzeri etkenlerden kaynağını aldığı öngörülebilir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen Ruh Sağlığı Anketi ile elde edilen verilere göre, yaşam boyu bir travmatik olayla karşılaşma oranı İspanya'da %54 (Olaya ve diğerleri, 2015), İtalya'da %56.1 (Carmassi ve diğerleri, 2014), Japonya %60 (Kawakami, Tsuchiya, Umeda, Koenen ve Kessler, 2014) ve Güney Afrika'da %73.8 (Atwoli ve diğerleri, 2013) olarak bulunmuştur. Farklı çalışmalar incelendiğinde bu oranlar Hollanda için %80.7 (de Vries ve Olf, 2009), Avustralya için %57 (Rosenman, 2002) olarak bildirilmiştir. Ülkemizde de bu amaçla gerçekleştirilen çalışmalar bulunmaktadır. Karancı ve diğerleri (2012) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada erişkin katılımcı grubu arasında yaşam boyu travmatik olaylarla karşılaşma oranı %58.6 olarak bildirilmiştir. Benzer bir örneklem grubu ile gerçekleştirilen farklı bir araştırmada ise bu oran % 67.3'tür (Gül, 2014).

Travmatik yaşam olayları herkes üzerinde aynı etkiyi doğurmazlar. Aynı duruma maruz kalan bireyler birbirinden farklı tepkileri, farklı yoğunlukta, farklı zamanlarda ve sürelerde deneyimleyebilirler (Keane, Marshall ve Taft, 2006). Bunun travmatik olayın niteliğine, çevresel ve kişisel faktörler olmak üzere çok sayıda farklı etkene bağlı olduğu söylenebilir ancak, bireylerin birbirinden ayrı kişilik özellikleri ve farklı yaşam öykülerine sahip oluşu en genel gerekçelerden biri olarak gösterilebilir. Bu durum kişilerin hem psikolojik sağlıklarını hem başa çıkma potansiyellerini hem de sahip oldukları incinebilirlik risk faktörlerini yordayacak pek çok unsuru beraberinde getirir.

Travma sonrası görülebilen psikolojik tepkilerin yoğun olduğu hallerde kişiler iki önemli tanı açısından değerlendirilirler. Bu tanıları akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğudur. Her iki tanı da travmatik bir olayı yaşamamanın gerekli olduğu ancak yeterli olmadığı bozukluklardandır. Bununla beraber travma ve travmatik stresle ilişkili olabilen, herhangi bir travmatik olay varlığının önkoşul olmadığı ancak tetikleyici olabildiği psikolojik tepkiler veya psikiyatrik tanıları da görülebilmektedir. Bu çalışmada travmatik

stresle doğrudan ilişkili olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ön plana alınacak olup TSSB'ye dair ayrıntılara bir sonraki bölümde yer verilmiştir.

1.2.1.Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik strese ve TSSB'ye dair bildiklerimizin fazla uzun olmayan bir tarihi geçmişe sahip olduğunu söylemek mümkündür. Birinci ve İkinci Dünya savaşında askerlerde sıklıkla gözlenen fiziksel nedene bağlanamayan sağlık sorunları, artan sayıda işlevsellik kaybına yol açan ortak belirti ve sendromlar ile çok sayıda benzer vakanın tanımlanmaya başlaması, travmatik olayların neden olduğu yeni bir psikiyatrik tanı için temel oluşturmuştur. Vietnam savaşının sonrasında aradan geçen yıllarda derlenen tüm bilgiler sayesinde travmatik yaşam olaylarının bireyler üzerindeki etkileri 1980 yılında baskısı yapılan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının üçüncü baskısında (DSM-3) ilk defa bir psikiyatrik hastalık olarak ele alınarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) adıyla tanımlanmıştır (APA, 1980; Yadin ve Foa, 2007). Yıllar içerisinde edinilen yeni gözlem ve bulgular TSSB tanısının içeriği ve kriterleri üzerinde değişikliklere neden olmuş ve geçmişte anksiyete bozuklukları tanı kümesi altında yer verilen TSSB, DSM-5 ile birlikte yeni oluşturulmuş olan Travma ve Stres ile İlişkili Bozukluklar kategorisinde yer alan bir tanı haline gelmiştir (APA, 2013; Çolak, Kokurcan ve Hüseyin, 2010; Friedman, Resick, Bryant ve Brewin, 2011; Pai ve diğerleri, 2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğu için DSM-5'te verilen tanı kriterleri Şekil 1.1'de gösterilmiştir.

A	Ciddi yaralanma, ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalma ya da cinsel şiddet deneyimleme; bu olaylara tanık olma, aile üyesi ya da bir arkadaşının başına geldiğini öğrenme ya da travmatik olayın rahatsız edici detaylarına tekrar tekrar ve aşırı şekilde maruz kalma.
B	Travmatik olaya ilişkin istem dışı gelen düşünceler, rüyalar, flashbackler, travmatik olaya ilişkin anıları engellemekte zorlanma.
C	Travmatik olayı hatırlatan uyaranlar ya da durumlardan kaçınma.
D	Travmatik olayı takiben başlamış olan düşünce içeriğinde ve duygu durumunda olumsuz yönde değişimler.
E	Travmatik olay ile ilişkili olarak uyarılma ve tepkisellikte belirgin artış.
F	Belirtilerin bir aydan uzun süredir var olması.
G	Belirtiler ile ilişkili olarak işlevsellikte belirgin bozulma ve sıkıntı.
H	Belirtiler ilaç, madde ya da başka bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmaz

Şekil 1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu için DSM-5 Tanı Kriterleri.

Kaynak: APA, 2013

Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı için kişinin öncelikle A kriterinde belirtildiği şekilde bir travmatik yaşam olayını deneyimlemiş olması koşulu aranır. Bu kriter sağlandığı takdirde B, C, D ve E kriterlerinde belirtilen dört ayrı alt kategoride sıralanmış belirtiler taranır. B kategorisi yeniden yaşantılama belirtileri ile ilgilidir ve travmatik olayın tekrarlayıcı biçimde istemsizce hatırlanması, içeriği travmatik olayla ilişkili tekrarlayıcı rüyalar, travmatik olay tekrar yaşanmış gibi hissedilen ve/veya davranılan disosiyatif tepkiler (flashbeck diye adlandırılan disosiyatif tepkiler), travmatik olayı anımsatan iç ve dış uyarıcılar karşısında sıkıntı hissetmek ve/veya buna eşlik eden fizyolojik tepkiler gibi belirtilerden oluşur. C kategorisinde kaçınma belirtileri sıralanmıştır. İki temel kaçınma belirtisi taranır; travmatik olay ile ilgili rahatsız edici hatıralar, düşünceler veya duygulardan kaçınma hali ve bu anı, düşünce veya duyguları tetikleyen kişiler, mekanlar, aktiviteler veya nesnelere gibi dış uyarıcılardan kaçınma veya kaçınma çabaları. D kategorisi biliş ve duygudurum belirtileri ile ilgilidir. Burada dikkate alınan belirtiler; travmatik olayın bir bölümünü hatırlayamama hali, kişinin gerek kendisi, gerek ötekiler ve/veya dünyaya ilişkin temel inançlarında olumsuz yönde bir değişim yaşanıyor olması (örneğin; “dünya güvenilmez bir yer”, “insanlar tehlikelidir”, “bir daha asla eskisi gibi olamayacağım” gibi), travmatik olayın nedenleri ve sonuçları ile ilgili suçlayıcı ve süreklilik arzeden çarpık bilişler, kişilerden uzaklaşma ve yabancılaşma hisleri, sevilen etkinliklere yönelik ilgi kaybı ve bunlara katılımın azalması, sürekli olumsuz duygu hali ve sürekli olumlu duyguların hissedilememesi şeklindedir. Belirtilerin içeriğine dair listelenen son madde E kriteridir ve sözel veya fiziksel ajitasyon ve öfke patlamaları, kayıtsız veya kendine zarar verici nitelikte davranışlar, düşünceleri belli bir konuya yoğunlaştırmada zorluklar, uyku sorunları, tetikte olma hali ve aşırı irkilme tepkileri gibi uyarılmışlık alt kümesinde ele alınan belirtileri kapsamaktadır. Bu belirtilerin olaydan bir ay sonra başlıyor olması ve bir aydan uzun süredir devam ediyor olması gerekir. Belirtilerin işlevsellikte önemli bir düşüşe sebep olması koşulu dikkate alınır ve son olarak belirtilerin herhangi bir ilaç, madde veya farklı bir hastalığa bağlı olarak gelişmiyor olması gerekir. Kişinin TSSB tanısı alıyor olması öncelikle A kriterinin varlığına, B kategorisinden en az bir, C kategorisinden en az bir, D kategorisinden en az iki, E kategorisinden en az iki belirtiyi gösteriyor olmasına ve son olarak F, G ve H kriterlerinin karşılanmasına bağlıdır (APA, 2013).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun genel toplumda görülme olasılığı %1 ile %9 aralığında bildirilmektedir (Frans, 2003; Gradus, 2007; Hepp ve diğerleri, 2006; Kessler, 1995; Lewis ve diğerleri, 2019; Lukaschek ve diğerleri, 2013). Bununla birlikte, belirgin bir

kitlesel travmatik yaşantı sonrası etkilenen kişi ya da gruplarda gerçekleştirilen tarama çalışmalarında bu oranlar çok daha yüksektir. Örneğin, 1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşen ve ABD tarihinin önemli saldırılarından biri olarak kabul edilen Oklahoma bombalaması sonrası gerçekleştirilen tarama çalışmasında, olayı deneyimleyen kişilerin %34.3'ünde TSSB tanısını karşılayacak düzeyde belirtilerin bulunduğu bildirilmiştir (North ve diğerleri, 1999). 2004 yılında Güney Asya ve Doğu Afrika bölgelerini etkileyen 31187 kişinin yaşamını yitirdiği Tsunami felaketi sonrası Sri Lanka'da olaydan on beş ay sonra gerçekleştirilen bir çalışmada TSSB yaygınlığı %52.2 olarak bulunmuştur (Lommen, Sanders, Buck ve Arntz, 2009). Tsunami felaketinden 20 ay sonra gerçekleştirilen başka bir araştırmada ise kişilerin %21'inde TSSB bulunduğu ortaya koyulmuştur (Hollifield, 2008). 8 Ekim 2005'te Pakistan'da meydana gelen ve 73 bin kişinin yaşamını yitirdiği depremi deneyimleyen kişiler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, depremden on sekiz ay sonra katılımcılar evlerinde ve çadırlarında ziyaret edilerek TSSB ve genel psikiyatrik tarama amacıyla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. 1291 katılımcının yer aldığı çalışmada TSSB yaygınlığı %46.6 olarak bildirilmiştir (Naeem ve diğerleri, 2011). Bu örneklerdeki gibi büyük ve yıkıcı olaylar söz konusu olduğunda, olayın üzerinden birkaç yıl geçtikten sonra dahi TSSB yaygın olarak görülebilir. Örneğin, 11 Eylül 2001'de gerçekleşen Dünya Ticaret Merkezi saldırılarının ardından olay yerinin yakınında yaşayan 11.037 yetişkin ile olaydan yaklaşık üç yıl sonra gerçekleştirilen bir tarama çalışmasında olası TSSB için % 12.6 yaygınlık oranı bildirilmiştir (DiGrande ve diğerleri, 2008).

Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların pek çoğu 1999 Marmara ve Düzce depremleri sonrasına kümelenmiş olup Marmara depremine ilişkin farklı zaman dilimlerinde çok sayıda araştırma yapılmıştır. Sekizinci ve otuz altıncı aylar arasında gerçekleştirilen araştırmalarda bildirilen TSSB oranları %2.7 ile %63 arasında değişmektedir (Acicbe ve diğerleri, 2003; Başoğlu, Kılıç, Şalcıoğlu ve Livanou, 2004; Başoğlu, Şalcıoğlu ve Livanou, 2002; Livanou, Bassoglu, Salcioglu ve Kalendar, 2002; Tural ve diğerleri, 2004).

2006'da Diyarbakır'da meydana gelen terör saldırısı sonrasında bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Saldırının gerçekleştiği caddeye cephesi bulunan binalarda yaşayan ve çalışan bireyler arasından patlamaya görsel ya da işitsel olarak tanık olanların katılımcı olarak yer aldığı çalışmada TSSB oranı üçüncü ayda %9.6 olarak tespit edilmiştir (Eşsizoğlu ve diğerleri, 2009).

2011 yılında gerçekleşen Van-Erciş depreminden dokuz ay sonra travma sonrası belirtileri taramak amacıyla yapılan bir çalışmada TSSB yaygınlığı %35.5 olarak bulunmuştur (Boztaş ve diğerleri, 2019).

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun yaygınlığı üzerine gerçekleştirilen çalışmalar, farklı travmatik olay maruziyetlerine göre farklı etkilenme oranlarının görülmesi ve travmatik olay türünün bu durum üzerinde belirleyici etkisi olduğuna dikkat çekmektedir.

Afetler sonrası TSSB'nin epidemiyolojisi üzerine hazırlanan kapsamlı bir derleme çalışmasında insan kaynaklı travmatik yaşantıların ardından olayı takip eden ilk yıllar içerisinde TSSB yaygınlığının yaklaşık yüzde 25 ile yüzde 75 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bununla birlikte, doğa kaynaklı olaylar sonrası gelişen TSSB prevalansının afetten sonraki ilk iki yıl içinde %5 ile %60 arasında değiştiği ancak yayınların büyük çoğunluğunda bildirilen oranların bu aralıktaki düşük değerlerden oluştuğu aktarılmıştır (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005).

Travmatik olayı deneyimleyen bireyler üzerinde yürütülen TSSB yaygınlık araştırmalarının yanı sıra dolaylı yoldan, mesleki nedenlerle travmatik olayları deneyimleyen yardım çalışanları arasında TSSB oranlarını araştıran da çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Sıklıkla ikincil travmatizasyon olarak anılan bu türden travmatizasyon yaşantılarına ilişkin detaylara bir sonraki bölümde yer verilecektir.

1.3. Travmatik Olaylarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Çalışanları

Travmatik olaylar, sadece olayı doğrudan yaşayan bireyi ya da grubu değil, onların etki alanında bulunan diğer kişi ve grupları da etkileyebilir. Aile üyeleri, yakın arkadaşlar, arama kurtarma çalışanları, olay yeri inceleme ekipleri gibi olaya ilk müdahalede bulunanlar, sağlık çalışanları ve psikoterapist gibi diğer destekleyici faaliyetlerde görevli çalışanlar farklı açılardan etkilenme yaşayabilirler (Gökçe ve Yılmaz, 2017; Hoopwood, Schutte, Kahil, 2016; Loi, 2019; Yılmaz, 2007).

1.3.1.İkincil Travmatizasyon

Travma, doğrudan ya da dolaylı yani ikincil olarak deneyimlenebilir. DSM-5'te listelenen TSSB'nin tanı ölçütleri incelendiğinde, kişinin örseleyici olaya maruz kalma türünü sınıflandıran kısımda meslek gereği travmatik olayların ayrıntılarıyla tekrarlayıcı bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma durumu, dördüncü ölçüt olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Travmatik olayları deneyimleyen kişilerin yakınları ve/veya travma sırasında ya da sonrasında ona destek olan profesyoneller bu süreçte dolaylı şekilde travmatize olabilirler (Figley, 1995). Travmaya uğrayan kişinin acısını gidermeye odaklanan sistemde hizmet sağlayıcı bu acıyla alakalı bilgileri özümsemiğinde istemsizce gelen tekrarlayıcı düşünceler, kabuslar, önlenemeyen kaygı gibi TSSB benzeri semptomları sergilemeye başlayabilir. Bu durum ikincil travmatik stres ile ilişkilendirilmiştir (Figley, 1995). Travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış kişilerle çalışan profesyonellerin yaşadığı ikincil travmatik stres tepkileri ile diğer mesleki stres tepkilerini ayırmak gerekir. Bunun için öncelikle kavramsallaştırma çabalarına ve özellikle literatürde birbiri yerine kullanılan ve ikincil travma ile ilişkili olan terimlerin tanımlanmasına ihtiyaç vardır (Sprang, Ford, Kerig ve Bride, 2019). Bu durumu tarif eden ayrı tanımlamalar bulunmaktadır ve psikoloji literatüründe ikincil travmaya ilişkin bahsedilen tanımların yaklaşık yirmi yıldır kimi zaman birbirleri yerine de kullanıldıkları görülmektedir. Bu tanımlar; ikincil travma, dolaylı travmatizasyon, ikincil travmatizasyon ve ikincil travmatik strestir. Bunların dışında, vekaleten travma, şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik kavramları da ikincil travmatizasyonla ilişkili olmakla birlikte, farklı olgulardır.

Vekaleten travma kavramı ilk olarak McCann ve Pearlman (1990) tarafından vurgulanmış ve travma yaşantısı olan kişi ile empatik bir ilişkisi olan klinisyende ortaya çıkan fiziksel, duygusal, bilişsel negatif değişiklikleri tanımlamak için kullanılmıştır. Vekaleten travma, profesyonel bir düzlemde danışanın travmatik deneyiminin detayları hakkında bilgi sahibi olmanın, klinisyenin bilişsel şemaları ve anlam sistemindeki değişikliğe etkisi olarak tanımlanmaktadır (Pearlman and Saakvitne, 1995. Akt., Sprang, 2019). Vekaleten travmanın gelişimi, danışanın travmatik durum hakkındaki açıklamalarına ve detaylandırmalarına bağlıdır ve terapötik bir ilişki içerisinde ortaya çıkar. Aşırı uyarılma, bilinçte negatif değişimler, kaçınma, istemsizce gelen tekrarlayıcı görüntüler, kabuslar, giderek artan iş devamsızlığı, sosyal izolasyon, işlevsiz ve limitli başetme becerileri, kişisel güvenlik ya da sevilen birinin güvenliği hakkında aşırı uyarılma, fiziksel yakınlıktan

kaçınma, dünya hakkında giderek artan olumsuz bakış, klinik motivasyonla birlikte çalışma etiğinin kaybı, travmayla mücadele eden danışana karşı öfke, kin hissetmek, mesleki ve kişisel sınırların bulanıklaşması, hizmet kalitesinin düşmesi gibi etkiler de görülmektedir (Branson, 2019).

Şefkat yorgunluğu ilk olarak Figley tarafından tükenmenin bir formu olarak tanımlanmıştır (Figley, 1995). Kısaca mutsuzluk, karmaşa, izolasyon, uyuşma, kaçınma ve kalıcı uyarılma ile tanımlanan kavramın, ikincil travmatik stres semptomları ile örtüştüğünü ancak durumu şefkat yorgunluğu olarak tanımlamanın daha az etiketleyici olduğu ifade edilmiştir (Figley, 1995). Literatürde sonraki çalışmada da şefkat yorgunluğu terimi, psikolojik olarak stresli bir ortamda çalışmanın diğerleri üzerindeki empatik hissetme yeteneği üzerindeki olumsuz etkilerini tanımlamak için kullanılmıştır (Turgoose ve Maddox, 2017). Sevilen ya da profesyonel ilişki içerisinde olunan birinin yaşadığı travmaya şahit olmakla ve çaresizlikle ilgilidir (Branson, 2019).

İkincil travmatik stres ile vekâleten travmanın arasındaki ayrım ortaya çıkış şekilleri üzerinden anlaşılabilir. Vekaleten travma da tükenme gibi birikimli bir sürecin sonucu olarak ortaya çıkarken, ikincil travmatik stres tek bir maruz kalma sonucu akut bir şekilde ortaya çıkabilir (Branson, 2019; Figley, 1995). Aynı zamanda vekaleten travmanın bilişsel süreçler üzerindeki etkisine yapılan vurgu da terimler arasındaki farkı ortaya koyar ancak yine de literatürde bu ayrımın yapılamadığı ifade edilir (Farrell ve Turpin, 2003).

Ruh sağlığı çalışanları, yaptıkları işin kendine has özelliğine bağlı bir şekilde terapist olarak danışanlarının travmaya yönelik tepkilerine ve tariflerine maruz kalırlar. Bu durum, terapistin dolaylı bir şekilde stresi ve travmayı deneyimlemesine yol açabilir. Figley (2002), ikincil travmatizasyonun travmaya uğramış kişi ile birebir ilişkide olan terapist ve danışmanların danışan ile giderek azalan bir şekilde şefkat ve empati kurması şeklinde kendini gösterdiğini de öne sürer. Terapötik ilişkinin temelinde olmasını beklediğimiz empati ve şefkatin yokluğu terapötik ilişkiyi bozarak danışana zarar verecek bir sürece dönüşebilir (Hopwood ve diğerleri, 2019).

İkincil travmatik stresin, dolaylı bir şekilde travma ile karşılaşan tüm profesyonelleri etkileme riski vardır. Bununla ilişkili olarak ikincil travmatik stresin etkilerini, doğasını anlamaya ve önleyici, iyileştirici müdahaleler geliştirmeye yönelik çalışmalar giderek

artmaktadır (Sprang, 2019). Aşağıda verilen çalışmalar hem ülkemizde hem de yurtdışında ikincil travmatik stres ile bağlantılı araştırmaların giderek önem kazandığını ve yaygınlaştığını göstermektedir.

Marmara depremi sonrasında acil yardım hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları örnekleminde yrtlen çalışmada, çalışanların %9'unda tedavi gerektirecek şiddette travmatik stres belirtilerinin olduğu saptanmıştır (akmak, Er, z ve Aker, 2010). Farklı meslek gruplarından cinsel istismar öyküsü olan çocuklarla çalışan katılımcıların dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların %50.9'unda travmatik stres belirtilerinin bulunduğu ve bunların %11.4'ünün ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısını düşündürecek seviyede yüksek şiddette belirtilere sahip olduğu görülmüştür (olak, şişmanlar, Karakaya, Etiler ve Biçer, 2012). Gürdil'in (2014) travmatik olaylara maruz kalan kişilere hizmet veren psikolog, avukat, sosyal hizmet uzmanı ve ambulans görevlisi rneklemi ile gerçekleştirdiği araştırmasında, çalışanların %18'inde şiddetli, %68'inde orta düzeyde travmatik stres belirtileri olduğu bulgulanmıştır. Travma yks bulunan kişi ve gruplara yönelik hizmet veren 205 psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman, psikiyatr ile yapılan travmatik stresi araştıran başka bir çalışmada ise katılımcıların %44.9'unun ortalamanın üzerinde, %25.4'ünün ise yüksek seviyede ikincil travma yaşadığı belirtilmiştir (Zara ve İez, 2015). Ceza infaz kurumlarında ve denetimli serbestlik müdürlüklerinde görev yapan 56 psikolog ile gerçekleştirilen ve ikincil travmatik stres faktörlerinin incelendiği araştırmada katılımcıların %12.5'inin hafif, %7.1'nin orta, %10.7'sinin ise yüksek seviyede ikincil travmatik stres belirtileri gösterdiği ifade edilmiştir (akıroğlu, 2018). 15 Temmuz darbe girişimi gecesinde Ankara'da nöbetçi olan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise çalışanların %49.1'inde ikincil travmatik stres tepkilerinin varlığına işaret edilmiştir (Almaz, 2019).

Yurtdışındaki araştırmalar incelendiğinde travmatik yaşantıları olan bireylerle çalışan meslek gruplarının ikincil travmatik stres belirtilerinin dikkate değer olduğu görülmektedir. Hindistan'da insani yardım çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %8'inin TSSB belirtilerini karşıladığı ifade edilmiştir (Shah, Garland ve Katz, 2007). Sosyal çalışmacıların ikincil travmatik stres seviyelerinin lldğ bir çalışmada 256 çalışanın %41.7'sinde travmatik stres belirtilerinin varlığı gözlenmiştir (Caringi ve diğerleri, 2017). Kellogg, Knight, Dowling ve Crawford'un 2018 yılında 338 pediatri hemşiresiyle yaptıkları çalışmada da %50.3'ünün orta ve ciddi seviyede ikincil travmatik stres geliştirdiği

bulgulanmıştır. 77 Avusturya'lı psikologla yapılan ve ikincil travmatik stres belirtilerinin değerlendirildiği araştırma, psikologların %13'ünün ciddi seviyede travmatik stres belirtilerinin olduğunu göstermiştir (Diehm, Mankowitz ve King, 2019). Araştırmalara konu olan meslek grupları travma mağdurlarıyla çalışan ve ikincil travmatizasyon geliştirme riski olan profesyonellerdir.

İkincil travmatizasyonun çeşitli değişkenlerle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde deneyim, süpervizyon, sosyal destek gibi faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir. 2015 yılında gerçekleştirilen ve sosyal çalışmacılar ile yürütülen bir çalışmada deneyim ve yetkinliğin ikincil travmatizasyon için koruyucu olduğu, bununla birlikte çocuk istismarı ile çalışıyor olma ve travma öykülerine maruz kalma gibi faktörlerin sosyal çalışmacılar için ikincil travmatizasyonu arttırdığı bulgulanmıştır (Dagan, Ben-Porat ve Itzhaky, 2015). Bu bulgu travma olgularıyla çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres kaynaklarının olayın ya da görevin niteliği ile yordandığına dair araştırmalarla uyumludur (Gökçe ve Yılmaz, 2017; Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Sosyal desteğin ya da süpervizyon alıyor olmanın anlamlı bir değişikliğe yol açmadığını ifade eden çalışmalar olduğu gibi (Dagan ve diğerleri, 2015), buna tezat olarak bu faktörlerin stres seviyesini düşürdüğüne dair bulgular da bulunmaktadır (Almaz, 2019; Erdener, 2019; Yanbolluoğlu, 2019; Zara ve İçöz, 2015).

Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım hizmetinde bulunan 228 profesyonel ve gönüllünün ikincil travmatizasyon seviyelerinin farklı değişkenler ile bağlantılı olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada uzun süreli çalışan ve kişisel travmatik öyküsü bulunan çalışanların ikincil travmatizasyon seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (Kahil, 2016). Bu bulgu, sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatizasyon seviyesini değerlendiren ve kişilerin kendi travmatik yaşantılarının stres düzeyini arttırdığını ifade eden bir başka araştırma ile de uyumludur (Krand, 2019).

Sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik dayanıklılığı ve ikincil travmatik stres arasındaki bağlantının araştırıldığı bir başka çalışmaya toplam 201 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Bu çalışmada ikincil travmayı yordayan değişkenlerin psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarından olan sosyal yeterlilik ve kendilik algısı olduğu bulgulanmıştır (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Erdener'in (2019) afet alanında çalışan 190 kişiyle gerçekleştirildiği, ikincil travmatizasyon ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin farklı değişkenler açısından

incelendiği araştırmasında iki durum arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir. Bu bulguya göre psikolojik dayanıklılık arttıkça ikincil travmatizasyon azalmaktadır. Benzer bulgulara sosyal hizmet uzmanları ile yapılmış bir çalışmada da ulaşmak mümkündür. Psikolojik dayanıklılığın alt boyutu olan kendilik algısının ve sosyal yeterliliğin ikincil travmatik stres ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Bu sonuçlar ışığında kişinin hizmet verdiği konu ve/veya gruplar, kişisel travmatik yaşam öyküsünün bulunması, psikolojik dayanıklılık gibi faktörlerin ikincil travmatizasyon geliştirmede risk faktörü olduğu söylenebilir.

Dolaylı etkilenme durumunu tarif eden sözünü ettiğimiz kavramlar arasında diğerlerini de kapsayıcı nitelikte olan ve bu çalışmada ağırlıklı ele alınacak olan kavram tükenmişliktir. İşleri gereği sürekli olarak örseleyici ve yoğun duygusal etkilere sebep olan durumlara maruz kalan çalışanların yaşadığı durum tükenmişlik olarak tanımlanmaktadır (Leiter ve Maslach, 1988).

Ülkemizde tükenmişlik ile ilgili yapılan çalışmalar ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra diğer sağlık çalışanları, rehber öğretmenler, polisler, sosyal hizmet çalışanları gibi meslek gruplarının tükenmişlik yaşantılarına odaklanmakta olup bu alanlarda çalışanların risk gruplarını oluşturduğu bilinmektedir (Algül, Yılmaz, Özer ve Kaya, 2016; Bakır ve diğerleri, 2010; Başören, 2005; Erdur ve diğerleri, 2015; Eroğlu ve Arıkan, 2016; Erol ve diğerleri, 2012; Erol, Sarıçiçek ve Gülseren, 2007; Gökçen ve diğerleri, 2013; Gündüz, Erkan ve Gökçakan, 2007; Havle, İnem, Yener ve Gümüş, 2008; Kaya, Çetinkaya, Naçar ve Baykan, 2014; Murat, 2003; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Öles, 2019; Şahin ve diğerleri, 2008; Şanlı ve Akbaş, 2008; Taşdöven, 2005; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Uslu ve Buldukoğlu, 2017; Yeşil, Aker ve Sezgin, 2009; Yeşil, Ergün, Amasyalı, Er, Olgun ve Aker, 2010; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

1.3.2. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramının iş ortamındaki kullanımına ilk olarak Freudenberg'in (1975) çalışmalarında rastlanmaktadır. Tükenmenin tanımını yaparak, duygusal anlamda desteğe ve yardıma ihtiyaç duyan bireylerle çalışanların ne şekilde etkilendiklerini aktardığı çalışmalarının sonrasında, tükenmişlik ile ilgili araştırmalarda artış olduğu görülmektedir.

Freudenberger bu kavramı duygusal olarak muhtaç kişilerle çalışmanın, çalışan kişinin kendi kaynakları, enerjisi ve gücü üzerindeki aşırı baskı sonucu yıpranması ve tükenmesi olarak ifade eder. Kişi bu tanıma göre kendi ihtiyaçları, yardım ettiği kişinin ihtiyaçları ve kurumun ihtiyaçları arasında sıkışır. Bu durum kendisini farklı semptomlarla gösterir. Derecesi kişiden kişiye değişmekle birlikte fiziksel, psikolojik ve davranışsal işaretleri vardır (Freudenberger, 1975).

Kahill'in, 1974 ve 1984 yılları arasında tükenmişlik ile ilgili ampirik çalışmaların derlemesi olan ve tükenmişliğin semptomlarının incelendiği çalışmasında tükenmenin, özel bir hastalık ya da semptomla açıklanmayan zayıf fiziksel sağlık, duygusal semptomlardan depresyon, davranışsal olarak iş bırakma ya da korunmasız çalışma, danışanlar, arkadaşlar ve aile üyeleri ile problemlili kişilerarası ilişkiler alanları ile ilişkili olduğuna dair bulguları mevcuttur (Kahill, 1988).

Tükenmişlik, ilgili literatürde adına sıkça rastlanan Maslach tarafından “insan ile çalışan kişilerde, işe karşı azalmış kişisel başarı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma” olması şeklinde tanımlanmaktadır. İşteki kronik stress faktörleri ile baş etmede yetersizliğin sonucu olarak gelişen psikolojik bir durumdur (Maslach, 1982. Akt. Kahill, 1988).

Tükenmenin 3 boyutlu bir şekilde gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bu boyutlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği şeklinde sıralanmaktadır. “Duygusal tükenme” kişinin işi dolayısıyla kendini duygusal olarak yüklenmiş ve yıpranmış hissetmesi; “duyarsızlaşma” kişinin hizmet verdiği insanların birer birey olduklarını göz ardı edecek şekilde onlara karşı duygudan yoksun bir tutum içine girmesi, onları bir insan değil bir nesne gibi görerek bu şekilde davranışlar sergilemesi ve “kişisel başarı eksikliği” ise bireyin var olan sorununun etkin biçimde üstesinden gelememesi ve kendini yetersiz hissetmesi şeklinde tanımlanmıştır (Kaçmaz, 2005; Taycan ve diğerleri, 2006).

Demerouti, Mostert ve Bakker (2010) tükenmişliğin iki boyutundan bahsetmektedir. Uzamış fiziksel, duygusal ve bilişsel zorlanmanın öne çıkardığı “yorgunluk” boyutu ve kişinin kendini geri çekmesi ile hizmet verdiği kişilerle arasına duygusal mesafe koyması olarak tanımlanan “çözülme” boyutu olarak ifade edilmektedir (akt., Yang, Meredith ve Khan, 2015).

Sağlık personeli açısından tükenmişlik, çoğunlukla fiziksel ve duygusal tükenmişlik hali, yaptıkları işe karşı insani taraflarını kaybetme ve yetersiz hissetme şeklinde tanımlanarak özellikle düşük iş doyumunu ve yoğun çalışma ile alakalı olduğu ortaya konmaktadır. Bununla birlikte, sağlık personelinin yaşadığı tükenmişliğin önlenmesinin klinik, etik ve sosyal açıdan önemine de dikkat çekilmektedir (Klein, Taieba, Xavierc, Baubeta ve Reyrea, 2020).

Yas ve kaygı yaşayan kişilerle çalışan sağlık çalışanlarının çalıştıkları kişilere yakın oluşları ve empatik bir duruşla onları dinlemeleri duygusal yorgunluğa ve strese yol açmakta ve bu sürecin etkili bir şekilde yönetilemediği durumlarda tükenme ile sonuçlandığı bildirilmektedir. İşteki stres seviyesi kişinin baş edebileceğinden daha yüksek ise ve bu durum sürekliliği olan bir durum halindeyse, tükenme ile sonuçlanabileceği belirtilmektedir (Yang ve diğerleri, 2015).

Çalışanlar açısından tükenmenin en önemli sonuçları sunulan hizmetin niteliğinde ve niceliğinde ortaya çıkan bozulmalar, kişinin psikolojik ve fizyolojik anlamda iş göremez hale gelmesi olarak ifade edilebilir.

Ülkemizde gerçekleştirilmiş olan ve travmatik yaşam olaylarını deneyimlemiş kişilerle çalışan meslek gruplarının tükenmişlik düzeyleri üzerine yapılan araştırmalar da travma ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin varlığını doğrular niteliktedir. Bir üniversite hastanesinde çalışan 561 hemşirenin tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon ve tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Taycan ve diğerleri, 2006). Pratisyen hekimlerle yürütülen ve tükenmişlik ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada tükenmişliğin her üç boyutunun da iş doyumunu ile negatif ilişkisinden söz edilmektedir (Sünter, Canbaz, Dabak, Öz ve Pekşen 2006). Farklı bir çalışmada psikiyatrist, psikolog ve hemşirelerin tükenmiş düzeyleri karşılaştırılarak araştırılmıştır. Buna göre yüksek tükenmiş derecelerinin psikiyatrist ve hemşireler tarafından daha fazla deneyimlendiği vurgulanmıştır (Oğuzberk ve Aydın, 2008). İstanbul ilinde 112 Acil Servis çalışanları üzerinde yapılmış bir çalışmada özellikle travmatik olaylara maruz kalmak ile tükenmişlik düzeyinin artışı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. (Eroğlu ve Arıkan, 2016). Öles'in (2019) dezavantajlı gruplarla çalışan ruh sağlığı uzmanlarıyla yürüttüğü çalışmasında ise ikincil travmatik stresin tükenmişlik ile pozitif ilişkide olduğu ifade edilmektedir.

Yurtdışında yapılmış olan çalışmalarda da sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşama konusunda yüksek riske sahip olduklarını doğrulayan çok sayıda araştırmaya rastlamak mümkündür (Letson ve diğerleri, 2020; Salloum, Kondrat, Johnco ve Olson, 2015; Yang ve diğerleri, 2015).

Avrupa mülteci krizi sürecinde Lesvos'ta çalışan 217 kurtarma görevlisinin yaşadığı TSSB, algılanan iyilik hali ve tükenme düzeyi ile alakalı faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada TSSB görülme oranı ve tükenmişlik düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu, iyilik hali ile arasında ise negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Chatzea, Pistolla, Vlachaki, Melidoniotis ve Pistolla, 2018). Yine göçmenler ile çalışan sosyal hizmet uzmanları üzerinde yapılan başka bir araştırmada göçmenlerle çalışmanın duygusal açıdan yorucu olduğu ve tükenmeye götürebildiği ifade edilmiştir (Tartakosky ve Walsh, 2016). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik düzeyini ve tükenmenin belirleyicilerini tespit etmeyi amaçlayan bir metaanaliz çalışmasında ilgili literatürdeki 1997-2017 yılları arasında yayınlanan çalışmalar sistematik olarak irdelenmiştir. Toplam 9409 vakayı kapsayan veriler 33 çalışmadan çıkarılarak meta-analize dahil edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre tükenmişlik alt boyutları için sıklıklar, duygusal tükenme için % 40; duyarsızlaşma için % 22 ve düşük kişisel başarı için % 19 bulunmuştur. Araştırmada aynı zamanda yaştaki artışın, artmış duyarsızlaşma ile ve aynı zamanda artan kişisel başarı duygusu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak, iş yükü ve işyerindeki ilişkiler gibi faktörlerin tükenmişliğin temel belirleyicileri olarak ön plana çıktığı görülmüştür. Bununla beraber görev tanımının net olması, profesyonel özerklik duygusu, çalışma ortamında adil muamele görme duygusu ve düzenli klinik süpervizyon alabiliyor olmak da koruyucu faktörler olarak bulunmuştur (O'Connor, Neff ve Pitman, 2018).

Güney Kore'de çocuk koruma servisi çalışanlarındaki iş doyumu, tükenmişlik ve iş bırakma hareketlerinin incelenmesi, risk ve koruyucu faktörlerin tanımlanması amacıyla toplam 268 kişi ile gerçekleştirilen çalışmada ikincil travmatik stresin ve depresif semptomların tükenmişliği büyük ölçüde arttırdığı bulgulanmıştır (Chung ve Choo, 2019). Multidisipliner bir ekip ile faaliyetlerini yürüten Çocuk Savunuculuk Merkezleri bünyesinde çalışanlarla çevrimiçi anketler aracılığıyla gerçekleştirilen 885 kişinin katıldığı bir çalışmada katılımcıların tükenmişlik seviyeleri ile ikincil travmatik stres seviyeleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda çocuk koruma çalışanlarının, kolluk kuvvetleri ve savcılar hariç, terapistler de dahil olmak üzere diğer tüm mesleklerden önemli ölçüde daha

yüksek tükenmişlik puanlarına sahip olduğu ve özellikle çağrı üzerine hizmet veren yani akut durumlara müdahalede bulunan profesyonellerin tükenmişliğinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Letson ve diğerleri, 2020). Başka bir yakın tarihli araştırmada da çocuk istismarı ile çalışan pediatriklerin ikincil travma ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiş ve önceki araştırma bulgularıyla benzer şekilde iki değişken arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Passmore, Hemming, McIntosh ve Hellman, 2020).

1.3.3. Algılanan Stres Kavramı

Stres kavramının duygusal bir boyuta işaret etmesi, tasa ve üzüntü anlamında kullanılmaya başlanması yaklaşık olarak 17. yüzyıla denk gelmektedir. 18. ve 19. yüzyıllarda bireyin bir dış uyarana karşı bedenini ve ruhsal yapısını değiştirmek suretiyle bu tehlikeye karşı koyması anlamını kazanmıştır (Güçlü, 2001). McGrath'e göre (1976) stresin ana sebebi, çevresel taleplerle bireyin anatomisi arasındaki uyumsuzluktur. Günümüzdeki çalışmalar ışığında en yaygın kullanılan stres tanımı ise Lazarus ve Folkman'e aittir. Bu tanıma göre stres, iç ve dış ortamlardan kaynaklanan etkenlerin, birey tarafından tehlikeli ve zararlı olarak değerlendirilmesinin ardından bedensel ve psikolojik olarak ortaya çıkan aşırı uyarılma halidir. İçsel ya da dışsal uyarılar kişinin dengesini bozuyorsa, kişi bir tepki vererek yeniden bu dengeye ulaşmaya çalışır. Öncelikle tehlikeyi farkeder, biyokimyasal tepkiler harekete geçirilir, beden kendini korumaya hazırlanır (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu durum, Selye'nin (1977) tanımladığı "Genel Uyum Sendromu"ndaki ilk aşama olan "Alarm" aşamasıdır. Ardından "Direnc" aşaması ile strese uyum sağlanır. Burada kişi var olan tüm gücüyle stres etmeni ile kalır. Son olarak stres veren uyarının ortadan kalkmaması ve etkisini sürdürmeye devam etmesi sonucu "Tükenme" aşamasına geçilir. Kişinin bu noktada hastalıklara daha açık hale geldiği belirtilmektedir (Akt. Oral, 2004). Dolayısıyla stres verici uyarılara uzun süre maruz kalmak, organizmanın dengeyi bulamamasına ve yapısal olarak değişimine yol açar. Bu durum stresin fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde etkisini ortaya koyan araştırmaların gerçekleştirilmesine öncülük etmiştir. Yapılan çalışmalar uzun süreli strese maruz kalmanın kalp hastalığı, kronik ağrı, depresyon, kaygı bozukluğu, uyku problemi yaşama riskini arttırdığını göstermektedir (Asplund ve diğerleri, 2019; Wersebe, Roselind, Meyer, Hofer ve Gloster, 2018). Tüm bu bulgular stres konusunu ruh sağlığı alanında çalışan araştırmacılar için önemli bir noktaya taşımaktadır. Gerek stres

düzeyini yordayan değişkenleri araştırmak, gerek bir gelişim dönemi üzerinden stres olgusunu ele almak, gerek yaşadığı yer, durum, bağlam, örneklem itibarıyla konuya eğilmek, gerekse stres düzeyini azaltmaya yönelik müdahaleler planlamak literatürde büyük yer bulan olgulardır. Çalışanlarda algılanan stres kavramını odağa alarak gerçekleştirilen araştırmalardan bazılarında ilişkin bulgular aşağıda özetlenmektedir.

Kabahaliloğlu'nun 2019 yılında gerçekleştirmiş olduğu algılanan aidiyet duygusu, algılanan stres ve problem çözme becerileri üzerindeki ve birbirleriyle olan etkilerinin incelenmesini hedefleyen çalışmasına 510 Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri çalışanı katılmıştır. Bulguların değerlendirilmesi sonucunda algılanan stres düzeyi yüksek olan personelin aidiyet düzeyi ve problem çözme becerilerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Kabahaliloğlu, 2019).

Koçyiğit (2019), tıp doktorlarının tükenmişlik düzeyleri ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi irdelediği çalışmasına 75'i özel hastanede, 69'u devlet hastanesinde çalışan toplamda 144 tıp doktoru katılmıştır. Araştırmaya katılanların tükenmişlik düzeyi ve algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Koçyiğit, 2019).

Algılanan stres düzeyinin farklı değişkenler açısından incelendiği başka bir çalışmada ise 384 sağlık çalışanı üzerinde bir araştırma yapılmış ve cinsiyet, yaş, çalışma şekli açısından değerlendirilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının erkek çalışanlara, özel hastanede görev yapan çalışanların, devlet ve tıp fakültesi hastanelerinde çalışanlara, hemşire olarak görev yapanların doktor ve teknisyenlere göre stres algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Başçi, 2018).

1.3.4. Psikolojik Sağlık Kavramı

Psikolojik sağlık ya da psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramı zorlayıcı durumlar karşısında gelişimini sürdürebilmek, bu zorluklarla iyi uyum sağlayabilmek ve olumlu sonuç elde edebilmek şeklinde tanımlanmaktadır (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Bu aynı zamanda kişilerin yaşam boyu karşılaştıkları travmatik deneyimler ya da stresörler karşısında farklı tepkiler verebilmelerinin; aynı stresli olay karşısında bazı

kimseler işlevselliğini yitirecek derecede başa çıkma güçlüğü yaşarken bazılarının ise sağlıklı biçimde başa çıkmasının ardındaki etmenlerden biridir (Balcı, 2018). Psikolojik sağlık, bireylerin yaşadıkları negatif olaylardan sonra ortaya çıkan olumsuz duygudurumları ile başarılı bir şekilde başa çıkma, uyarılma ve yönetme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (Straud, Henderson, Vega, Black ve Van Hasselt, 2018). Kararırmak ise psikolojik sağlamlığı, kişinin olumsuz bir durum ile karşı karşıya kaldığında risk etmenleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucu hayatındaki değişikliğe uyum sağlayabilmesi olarak tarif etmiştir (Kararırmak, 2016).

Psikolojik sağlık kavramının ortaya atıldığı ilk yıllarda bunun kişide doğuştan var olan değişmez bir özellik olduğu kabul edilen bir görüşken günümüzde bireyin çevresiyle etkileşimi ile değişebilecek dinamik bir süreç olduğu görüşü hakimdir (Akar, 2018). Psikolojik dayanıklılığın artmasıyla paralel şekilde TSSB semptomlarının, depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığı ifade edilmiştir (Straud ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda mesleği gereği travmatik yaşantıları olan bireyler ile doğrudan temasta olan kişilerin ikincil travmatik stres ve tükenmişlik seviyelerini azaltmak için psikolojik sağlamlığı geliştirici çalışmaların geliştirilmesi önerilmektedir (Chatzeaa ve diğerleri, 2018; Chung ve Choo, 2019).

65 yaş üzeri kişilerin dahil edildiği bir deneysel çalışmada sağlıklı olmayı desteklemeye yönelik geliştirilen stres ve başetme üzerine psikoeğitimi de kapsayan bir eğitim programının yaşlıların yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlılıkları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Anlatım, canlandırma, video izleme, deneyim paylaşma gibi yöntemlerin kullanıldığı beş haftalık bir program dahilinde ve haftada bir kez altmış dakikalık oturumlarla gerçekleştirilen program sonrasında etkililiği değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları programın yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlılıkları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Eren, 2018).

Başka bir müdahale programında ise beş hafta süren, on oturumluk bir psikolojik sağlık programının, ergenlerin psikolojik sağlık düzeyine etkisi incelenmiştir. Gerçekleştirilen bu deneysel çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde uygulanan müdahale programının ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğu ve etkinin uzun süreli ölçümlerde de benzer şekilde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akar, 2018). Bu çalışmalar uygun müdahalelerin kişilerin psikolojik

sağlamlılıklarını geliştirmekle ilgili işlevsel olduğunu ortaya koymaları bakımından önemlidir.

1.3.5.İyilik Hali Kavramı

İyilik hali (well-being) kavramının en erken tanımlamalarına Dr. Halbert Dunn'ın çalışmalarında rastlamak mümkündür. Dunn'a göre iyilik hali, bireyin işlevsel olma ve bütünlük içinde olma amacıyla yetenek ve becerilerini kullanma potansiyelini en yüksek seviyeye çıkartması halidir. İyilik hali yaşam boyu süren bir durum olarak tarif edilmiştir. Buna göre kişinin bir konumdaki iyi olma hali durağan bir hal değildir ve değişimi içinde barındırmaktadır (Dunn, 1959).

Hatfield ve Hatfield (1992), iyilik halini, kişilerin bütün yönleriyle aktif şekilde fiziksel, sosyal, duygusal, entelektüel, mesleki ve manevi açıdan iyi oluşlarını geliştirmelerini kapsayan bilinçli ve planlı bir süreç olarak tanımlar.

Myers ve arkadaşları ise (2005), iyilik hali, bireyin toplumda en iyi şekilde yaşaması için bedensel, zihinsel ve ruhsal bütünlüğünü sağladığı, ideal düzeyde sağlıklı olmaya yönelmiş bir yaşam biçimi olarak tanımlamışlardır.

İyilik halinin boyutları kendini kabul, diğerleri ile pozitif ilişkiler kurmak, otonomi, çevresel hakimiyet, yaşamın amacı ve kişisel büyüme şeklinde ifade edilmektedir (Wersebe ve diğerleri, 2018). İyilik hali ise bu altı boyutu kapsayacak şekilde, kişinin kendisi ve hayatı hakkındaki olumlu değerlendirmeleri, devam eden bir büyüme ve gelişme hissi, hayatta bir amacın olması ve hayatın anlamlılığı, diğerleri ile sağlıklı ilişkiler kurması, hayatını yönetebilmesi ve özerklik hissine sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır. 1992'de Witmer ve Sweeney iyi olma halini disiplinlerarası bir bakışla değerlendirip, teorik bir zemine oturtmuşlardır. İlerleyen yıllarda sosyal bilimler iyi olma halini araştırmaya ve bu bütüncül bakış açısını, sağlıklı bireylerin özelliklerini dikkate alarak danışmanlıkta kullanmaya devam etmiştir. Psikolojik danışmanlıkta, bütünsel iyi olma halinin diğer tekniklerle (stres yönetimi, kişilerarası ilişkileri güçlendirme, iletişim geliştirme teknikleri gibi) beraber kullanımının önleyicilik bakımından etkili olduğu ifade edilmiş ve bütüncül iyi oluşun beş unsuru spiritüellik, öz yönetim, iş ve işsizlik, arkadaşlık ve sevgi olarak tanımlanmıştır.

Bütüncül iyi olma hali gruplarla yapılan danışmanlık çalışmalarında, yine grup ve çiftlere yönelik klinik çalışmalarda kullanılmaktadır (Myers, Sweeney ve Witmer, 2000).

İyilik halini farklı açılardan değerlendiren çalışmalar olmakla birlikte aşağıda birtakım faktörlerin iyilik halini nasıl etkilediğine dair ülkemizden ve dünyadan bazı araştırma sonuçlarına yer verilecektir.

Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı olarak geliştirilen stresle başa çıkma eğitim programının, çalışanların stresle başa çıkma, kaygı ve iyilik hali düzeylerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya, 15'i deney grubunda, 15'i plasebo grubunda ve 15'i kontrol grubunda olmak üzere 45 kişi dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen eğitimin ardından üç grubun ölçümleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubunda yer alarak müdahale programına katılan bireylerin iyilik hali düzeylerinde kontrol ve plasebo grubundaki bireylere göre anlamlı düzeyde artış olduğu ortaya konmuştur (Özü, 2010).

Çelik'in (2016) öğretmen adaylarının psikolojik iyi oluşları, algıladıkları sosyal yetkinlik ve kendine güven durumlarını incelediği çalışmasına eğitim fakültesinde öğrenim görmekte olan toplam 580 öğrenci katılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre öğretmen adaylarında algılanan sosyal yetkinlik ve güvengenliğin, psikolojik iyi oluşun birer yordayıcıları olduğu tespit edilmiştir.

2018 yılında ebelerin çalışma koşulları ile duygusal iyilik halleri arasındaki bağlantının araştırılması amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, katılımcıların %39'u ile niteliksel, %51'i ile niceliksel, %9'u ile de her iki tekniğin birden kullanıldığı bir araştırma dizayn edilmiştir. Çalışma sonucunda ebelerin duygusal olarak iyi olma hallerinin birtakım koşullara bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre personelin yeterliliği, meslektaşlardan görülen destek, travmatik olaya maruz kalma, mesleki yeterlilik, iş koşullarını kontrol edebiliyor olmak gibi faktörlerin iyilik halini etkilediği saptanmıştır (Cramer ve Hunter, 2019).

Wersebe ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış oldukları, stres düzeyinin azalması ile iyilik halinin ve psikolojik esnekliğin ilişkisinin incelendiği çalışmada, araştırmaya katılan kişilerde psikopatolojinin azalmasının iyilik halinin artması ile ilişkili olduğunun altı

çizilmiştir. Bu durum, iyilik halinin artırılmasına yönelik müdahalelerin geliştirilmesine yönelik ihtiyaca da vurgu yapmaktadır (Wersebe ve diğerleri, 2018).

1.3.6.Özbakım Kavramı

Öz bakım; iyi oluşu ve bütüncül sağlığı arttırmak için gereken uygulamaların yaşantıya dahil edilmesidir. (Lee ve Miller, 2013. Akt. Miller, 2020). Travma yaşamış bireylerle çalışan profesyonellerin tükenme ve ikincil travmatizasyon yaşama riski yüksektir ve özbakım bireylerin bu gibi zorlayıcı koşulları daha iyi yönetmesiyle ilgili önemli bir rol oynar. Travmatize olmuş kişi ile çalışan profesyonelin, danışanın travmasına yönelik olarak kendi geliştirdiği duygunun farkında olmasının ve kendisini korumaya yönelik bir pozitif baş etme stratejisi geliştirmesinin (örneğin süpervizyon alması, ikincil travma eğitimlerine katılması, bir ekip ile çalışması, dengeli iş yükü edinmesi, iş-yaşam dengesini kurması gibi), tükenmişlikten korunmasına yardım edeceği ancak ikincil travmatizasyon için daha farklı müdahalelerin de gerektiği ifade edilmektedir (Salloum ve arkadaşları, 2015).

Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, mesleğin getirmiş olduğu yükleri taşırken, bu güçlüklerle daha etkili bir şekilde baş edebilmeleri için özbakım son derece önemlidir (Norcross, 2000). Özbakım hakkında bilgilenmek ve ne şekilde hayata dahil edileceğini planlamak, profesyonellerin mesleki anlamda karşılaşılabilecekleri zorlukların etkilerini yatıştırma konusunda destek sağlayabilir. Sosyal çalışmacılarla yapılan bir özbakım odaklı eğitim programı sonrası, çalışanların özbakım bilgisi ve uygulama becerisi konularında gelişmeler kaydedilmiştir (Miller, 2020). Özbakımın çocuk koruma uzmanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada travma bilgili özbakım (trauma informed selfcare) uygulamasının, uzmanlardaki tükenmişliğin azalmasında ve işten keyif alma ile ilgili öz bildirimlerde olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir (Salloum ve diğerleri, 2015). Başka bir çalışmada ise Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde görev yapan danışman, süpervizör ve avukatların deneyimledikleri şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres seviyelerinin azaltılmasına yönelik bir özbakım eğitimi planlanmış ve bu özbakım eğitiminin etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların tükenmişlik puanlarının eğitim müdahalesi sonrası düştüğü belirtilmiştir (Koehler, 2012).

Bu bulgulara ek olarak, özbakım müdahalelerinin farklı örneklem gruplarındaki stres seviyesi yüksek olan kişiler arasında da etkili olduğuna ilişkin araştırma bulguları vardır.

Kanser tanısı almış 12-21 yaş arası ergenlerle bir özbakım müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacı özbakım becerilerini kolaylaştıracak bir eğitimsel müdahalenin etkisini değerlendirmektir. Üç oturumdan oluşan program özbakım hakkında bilgilendirme, baş etme stratejilerini tanıtmaya ve seçilen bir stratejinin prova edilmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Program sonundaki ölçümlerde hem deney hem kontrol grubunun umut, benlik öz saygısı ve öz yeterlilik puanlarında artış gözlenmiştir. Aynı zamanda umutsuzluk ve semptom stresi puanları her iki grupta da düşmüştür. Bununla beraber, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hinds ve diğerleri, 2000).

Kanser hastalarıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada öz yeterlilik ve özbakımı arttırmaya yönelik bir müdahale programının stres semptomlarının azalmasına olan etkisi araştırılmıştır. 18-70 yaş arası 56 kanser hastasının dahil edildiği program, özbakım davranışlarını açıklayan bir kitapçığın çalışılması ve stresi azaltma, baş etme ve karar alma, hayattan keyif alma konularındaki danışmanlıkla birleştirilmiştir. Çalışma sonunda, stres seviyesinin azaldığı, öz-yeterlilik ve özbakım seviyesinin arttığı ve böylece müdahale programının hipotezi desteklediği ifade edilmektedir (Lev ve diğerleri, 2001).

1.4. Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Çalışanlarına Yönelik Müdahale Araştırmalarından Örnekler

Ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarının karşı karşıya kaldıkları risk faktörleri nedeniyle genel stres seviyesini azaltarak, iyi olma halini arttırmaya odaklanan ve böylece tükenmenin önüne geçmeyi amaç edinen çeşitli müdahale programları planlanmış ve farklı örneklem üzerinde uygulanarak geçerliliği tartışılmıştır (Asplund ve ark, 2019; Brinkborg, Michanek, Hesser ve Berglund, 2011; Iyamuremye ve Brysiewicz, 2015; Koehler, 2012; Powell, Wegmann ve Shin, 2019; Wersebe ve diğerleri, 2018).

Wersebe ve arkadaşlarının 2018'de stres düzeyi yüksek olarak hesaplanmış 91 çalışan üzerinde gerçekleştirmiş oldukları stres seviyesi, iyi oluş ve psikolojik esneklik düzeyi

arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) modeli ile geliştirilen bir müdahale programı uygulanmıştır. Müdahale 6 hafta sürmektedir. Bir kendine yardım kitabı (“Burnout: Break and Vicious Cycle with Acceptance and Mindfulness”; Woodt, 2013) üzerinden çevrimiçi olarak uygulanan müdahalede 11 bölüm bulunmaktadır. Her bölümün ardından sunulan teknikleri uygulayan katılımcılar 6 haftanın sonunda yeniden değerlendirilirler. Çalışmanın sonunda, KKT’nin ana eksenini olan psikolojik esnekliğin artırılmasının neticesinde stres seviyesinin düştüğüne dair bulgular ortaya konmuştur (Wersebe ve diğerleri, 2018). Bu bulgular Brinkborg ve diğerlerinin 2011 yılında sosyal çalışmacılar ile yaptığı müdahale programının sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. KKT prensipleri üzerinde şekillenen kısa dönemli stres yönetimi müdahalesinin İsveçli sosyal çalışmacıların genel ruh sağlığı ve stres düzeyi üzerindeki etkisinin ölçüldüğü bu çalışmaya toplam 106 katılımcı dahil edilmiştir. Amaç bireylerin kaynaklarını artırarak baş etme güçlerini yükseltmektir. Toplam üç oturum süren çalışmada psikoeğitim, metaforlar, interaktif egzersizler, grup paylaşımları, rol oynama, seanslar arası ev ödevleri (mindfulness ve fiziksel egzersizler) kullanılır. Araştırma sonucunda uygulanan KKT temelli müdahalenin stres ve tükenmişlik düzeyini azaltarak genel ruh sağlığını güçlendirdiği bulunmuştur. Ancak bu sonuçların hangi yöntemin daha etkili olmasından kaynaklı olduğu tespit edilememiştir (Brinkborg ve diğerleri, 2011).

Asplund ve arkadaşları (2019), stresin modern toplumdaki en büyük zorlayıcılardan biri olduğu gerekçesiyle çağdaş bilişsel davranışçı tekniklerin temel alındığı ve internet ortamında uygulanabilen bir müdahale programı ile araştırma yürütmüşlerdir. Toplam 10 modülden oluşan müdahale programında BDT ve KKT tekniklerinin stres yönetimine uyarlanması çalışılmıştır. İlk hafta stres fizyolojisi, stresör tanımı ve nasıl yönetilebileceği hakkında bilgilendirmelerin psiko-eğitim şeklinde sunulması; ikinci hafta strese yol açan düşünce, duygu ve davranışlar hakkında bilgilendirme ve stresle nasıl bir ilişkide oldukları, gevşeme teknikleri, stres günlüğü; üçüncü ve dördüncü haftalarda Kabul ve Kararlılık Terapisi bağlamında değer temelli beceriler egzersizi ve davranışsal aktivasyona bağlı egzersizler; sonraki haftalarda iş odaklı BDT tekniklerinin müdahale programına dahil edildiği ifade edilmiştir. Programın sonundaki değerlendirmede katılımcılar özel hayat ve iş hayatında iyilik hallerinin arttığı belirtmişler ve bununla birlikte bir terapist desteğine ulaşmanın önemine vurgu yapmışlardır.

Iyamuremye ve Brysiewicz (2015), Rwanda soykırımı sonrası alanda çalışan sağlık personelinin (hemşireler, doktorlar, psikologlar, travma danışmanları ve sosyal çalışmacılar) ikincil travmatik stres seviyesini düşürmeyi hedefleyerek bir müdahale programı geliştirmiştir. Yüzbinlerce insanın ölümüne sebep olan bu soykırımda, bölgedeki ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarının ikincil travmatizasyon düzeyleri çok yüksektir (Iyamuremye, 2008; 2010). Geliştirilen bu program farklı tekniklerin bir araya getirilmesi ile oluşturulmuş olup 4 döngüye sahiptir. Çalışmadaki ilk döngü gönüllü katılımcıların stres düzeylerini ölçen niceliksel verinin toplanması ile başlar, ardından nitel görüşmeler yapılır. Programın geliştirilme aşamasını gösteren üçüncü döngüde ilk iki döngünün verileri ve literatür çalışması yapılarak program ortaya çıkartılır. Dördüncü ve son döngüde ise uygulama gerçekleştirilir. Araştırmacılar, müdahale programının 3 büyük bileşenin 1) önleyici müdahaleler sağlamak, 2) ikincil travmatizasyon riskini değerlendirici müdahaleler sağlamak, 3) ikincil travmatizasyonu yönetmek ve tedavi etmek olarak sıralamışlardır. Önleyici müdahaleler psiko eğitim ve psikolojik debriefing dahil edildiği farkındalığı artırma ile gevşeme teknikleri ve fiziksel egzersizler, meditasyon teknikleri, imajinasyonun dahil edildiği sakin kalma hissini geliştirmeye odaklı iki bölümden oluşur. İkinci bileşen olan değerlendirme kısmında kişisel olarak fiziksel, duygusal ve davranışsal değerlendirmenin, organizasyonel olarak da kişilerarası ilişki, performans ve tutum/davranış riski değerlendirilir. Son olarak stresi tedavi etmek ve yönetmek aşamasında iki aşamalı bir müdahale gerçekleştirilir. İlk aşama bireysel öz bakımın geliştirilmesine yönelik fiziksel, duygusal, psikobiyolojik, mesleki, manevi öz bakım; ikinci aşama ise terapötik yaklaşımdır. Bu kısımda araştırmacılar öyküsel, duygu odaklı, bilişsel davranışçı tekniklerden ve grup psikoterapisi tekniklerinden faydalanmışlardır. Çalışmanın sonuçları modelin iyileştiricilik ve önleyicilik amaçlarına ulaşıldığını göstermiş olup programın yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmesi önerilmiştir (Iyamuremye ve Brysiewicz, 2015).

İsrail'deki savaş ve terör kaynaklı durum sonrası pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin öz yeterliliklerini geliştirmek ve ikincil travmatizasyon seviyelerini düşürmek için bir müdahale programı oluşturulmuştur. Müdahale programı strese başa çıkma tekniklerini, travmatik olay hakkında ailelerle paylaşılacak kuramsal bilgilerin aktarılmasını içeren psiko-eğitim modelini içermektedir. Teorik bilgi, hemşirelerin çalışma veya özel hayat deneyimleri üzerinden yaşantısal egzersizler ve ev ödevleri ile desteklenen bir program uygulanmıştır. Toplamda 90 hemşire, 12 hafta boyunca eğitilmiştir. Çalışmanın sonucunda, müdahale programı öncesi ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik değerleri

yüksek olan çalışanların puanlarının düştüğü ve profesyonel özyeterlilik seviyelerinin yükseldiği tespit edilmiştir (Berger ve Gelkopf, 2011).

Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde görev yapan danışman, süpervizör ve avukatların deneyimledikleri şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres seviyelerinin azaltılmasına yönelik özbakım eğitiminin etkisinin değerlendirildiği bir müdahale tekniği planlanmıştır. Çalışmaya 21'i deney, 21'i kontrol grubunda olmak üzere toplam 42 katılımcı dahil edilmiştir. Müdahale programı toplam iki gün ve yedi modülden oluşacak şekilde planlanmıştır. Programın tanıtımının yapıldığı ve travmatize olan kişilerle çalışmanın neden olabileceği dolaylı etkileri azaltmaya yönelik gerekli becerileri edinmenin önemine ilişkin psikoeğitimi içeren ilk oturumu, şefkat yorgunluğu ve öz bakım üzerine bilgilendirmelerin gerçekleştirildiği ikinci oturum takip etmiştir. Üçüncü ve dördüncü oturumda stres, psikolojik sağlamlık, temel ihtiyaçlar ve baş etme stratejileri, kişisel incinebilirlik konuları gündeme alınmış ve ayrıca katılımcıların özbakım davranışlarını değerlendirebilecekleri bir liste üzerinden kişisel değerlendirmeler yapmaları sağlanmıştır. Bu değerlendirmeye ait sonuçların katılımcılar tarafından bireysel özbakım planı yapmak üzere kullanılması amaçlanmıştır. İkinci gün gerçekleştirilen beşinci modülde şefkat yorgunluğu ve stres yönetimi tekniklerinden söz edilmiş, bu kapsamda gevşeme ve vücut tarama egzersizleri, imajinasyon çalışması, dışavurumcu mandala, aromaterapi, mindfulness ve nefes egzersizleri çalışılmıştır. Altıncı oturumda katılımcıların kişisel yaşamlarına ve profesyonel yaşamlarına uyarlayabilecekleri türden üç SMART öz-bakım hedefi seçerek kendi özbakım planlarını hazırladıkları bir uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu hedeflerin SMART plan modeline uygun olması gözetilmiş ve katılımcılar bu konuda bilgilendirilmişlerdir. SMART Plan küçük, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi, zamana dayalı hedefler belirlenmesi amacına vurgu yapmaktadır. Müdahale programının son oturumunda genel bir değerlendirme ve kapanış gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları göstermiştir ki, özbakım becerilerini geliştirmeye odaklı bu müdahale tükenmişlik üzerinde etkili olmuştur. Müdahale programı sonrası deney grubunun tükenmişlik seviyesinde kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı bir azalma söz konusudur. Bununla birlikte çalışma sonucunda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu puanlarında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır (Koehler, 2012).

Özbakım ve mesleki yeterliliğe yönelik geliştirilen bir eğitsel müdahale programının psikologların tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisini araştıran deneysel bir çalışma

gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından tasarlanan müdahale programı haftada bir gerçekleşen üç oturumdan oluşmakta olup her biri iki saat sürecek şekilde planlanmıştır. Program içeriğinde tükenmişlik sendromu, belirtilere yönelik farkındalık, iş ve kişisel yaşam sınırları ve özbakım konularında eğitimlere, grup içi uygulamalara ve oturumlar arasında tamamlanacak kısa ev ödevlerine yer verilmiştir. Müdahale öncesinde, sonrasında ve son müdahaleden 3 hafta sonra takip ölçümleri yapılmıştır. Araştırma sonuçları müdahalenin katılımcıların tükenmişlik belirtileri üzerinde iyileştirici etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Roby, 2007).

2012’de Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşanan Sandy Kasırgası’nın ardından bölgedeki sosyal çalışmacılar ile bir müdahale çalışması gerçekleştirilmiştir. 722 katılımcının dahil edildiği bu çalışmada yarım günlük stresi azaltma ve baş etme kaynaklarını güçlendirmeye odaklı psikoeğitimsel bir müdahale programı uygulanmıştır. Eğitimde stres türleri ve kaynakları, stresin nasıl deneyimlendiği, başetme mekanizmaları, öz-bakımın önemi ve gelecek hedeflerinin grupça ifade edilmesinin ardından kapanış gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda katılımcıların stres düzeylerinde anlamlı şekilde azalma olduğu belirtilmiştir.

Ruh sağlığı ve psikososyal destek alanlarında çalışan profesyonellere yönelik tükenmişlik düzeyini, ikincil travmatik stres semptomlarını, genel algılanan stresi, şefkat yorgunluğu seviyesini azaltmaya yönelik planlanan müdahalelerin, tek bir tekniğin uygulanması yanında (Brinkborg ve diğerleri, 2011; Wersebe ve ark, 2018; Powell ve diğerleri, 2019) farklı kuram ve tekniklerin bir arada kullanılması ile (Asplund, 2019; Iyamuremye ve Brysiewicz, 2015; Koehler, 2012) gerçekleştirildiği görülmektedir.

2. AMAÇ

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, psikososyal destek çalışanlarında, psikolojik özbakım ve işlevsel başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesine odaklı yapılandırılmış bir çalışana destek müdahalesinin, çalışanların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla araştırmacı tarafından Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) isimli müdahale programı, çeşitli psikoloji kuramları, psikoterapi yaklaşım ve tekniklerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. Bu araştırmanın bağımsız değişkeni Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) uygulamasıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise çalışanların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeyleridir.

Bu çalışma kapsamında aşağıdaki temel alanların araştırılması amaçlanmaktadır:

- Psikososyal destek alanında çalışan kişilerin travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerini incelemek.
- Psikososyal destek alanında çalışan kişilerin travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etki eden sosyodemografik ve çalışma alanı ile ilgili değişkenlerin ilişkisini incelemek.
- ÇADEM-TP müdahalesinin, çalışanların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmektir.

2.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulmuş araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

- 1) Katılımcıların herhangi bir müdahale olmaksızın travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeyleri nasıldır?
- 2) Katılımcıların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etki eden sosyodemografik ve diğer değişkenler neler olabilir?
- 3) Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) müdahalesi katılımcıların psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerini arttırmakta mıdır?
- 4) ÇADEM-TP müdahalesi katılımcıların travmatik stres, tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerini düşürmekte midir?

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

- 1) H0: Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının travmatik stres düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.
H1: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının travmatik stres düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 2) H0: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.
H1: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 3) H0: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının algılanan stres düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.
H1: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının algılanan stres düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 4) H0: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.
H1: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 5) H0: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının iyilik hali düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.
H1: ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının iyilik hali düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

2.4. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Travmatik yaşam olaylarını deneyimleyen kişilere yönelik ruh sağlığı ve psikososyal destek müdahalesinde bulunan bireyler bu örseleyici ve yıkıcı olayların etkilerine dolaylı yoldan maruz kalmaktadırlar. Geniş etki alanına sahip toplumsal travmatik olayların ardından akut evrede bu olaya müdahalede bulunan acil sağlık ekipleri, arama kurtarma ekipleri ya da olayın gerçekleşmesinden bir süre sonra olay yerinde etkilenenlere yardımda bulunan ruh sağlığı uzmanları olayı doğrudan yaşayanların deneyimini paylaşmaktadırlar. Travma çalışanlarının yaşadıkları bu dolaylı etkiler nadir değildir. Bu nedenle literatürde bu dolaylı etkileri farklı boyutları ile kapsayan çeşitli kavramlar kullanılır olmuştur. Bu kavramlar; ikincil travmatik stres, dolaylı travma, üstlenilmiş travma, şefkat yorgunluğu ve tükenmişliktir.

Ülkemizde yardım çalışanlarındaki etkilenme düzeyini araştıran çalışmalardan biri Marmara depremi sonrasında acil yardım hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının %10-29'unda travmatik stres tepkilerinin varlığına işaret etmekte olup bunların %9'unda belirtilerin tedavi gerektirecek şiddette olduğu tespit edilmiştir (Çakmak ve diğerleri, 2010). Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan farklı meslek gruplarından katılımcıların dahil edildiği bir çalışmada ise, katılımcıların %50.9'unda travmatik stres belirtilerinin varlığını gösterilmiş ve bunların %11.4'ünde belirti şiddetinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısını düşündürecek seviyede yüksek olduğu saptanmıştır (Çolak ve diğerleri, 2012). Travma mağdurlarına hizmet veren psikolog, avukat, sosyal hizmet uzmanı ve ambulans görevlisi 150 kişinin dahil edildiği bir diğer çalışmada çalışanların %18'inde şiddetli, %68'inde orta düzeyde travmatik stres belirtileri olduğu görülmüştür (Gürdil, 2014). Ceza infaz kurumları ve denetimli serbestlik müdürlüklerinde görevli psikologların ikincil travmatik stres düzeylerini araştıran bir başka çalışmada ise katılımcıların %12.5'inin hafif, %7.1'inin orta ve %10.7'sinin yüksek düzeyde ikincil travmatik stres belirtilerinin bulunduğu gösterilmiştir (Çakıroğlu, 2018).

Görevleri sebebiyle sürekli olarak örseleyici, yoğun duygusal yüklere sahip durumlara maruz kalan çalışanların yaşadığı durum Leiter ve Maslach (1988) tarafından tükenmişlik olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde tükenmişlikle ilgili gerçekleştirilen araştırmalara bakıldığında sağlık çalışanları, öğretmenler, polisler ya da sosyal hizmet çalışanları gibi bu

konuda risk grubu olarak da kabul edilen meslek gruplarına ağırlık verildiği görülmektedir (Algül ve diğerleri, 2016; Bakır, Özer, Özcan, Çetin ve Fedai, 2010; Başören, 2005; Erdur ve diğerleri, 2015; Eroğlu ve Arıkan, 2016; Erol ve diğerleri, 2007; Erol ve diğerleri, 2012; Gökçen ve diğerleri, 2013; Gündüz ve diğerleri, 2007; Havle ve diğerleri, 2008; Kaya ve diğerleri, 2014; Murat, 2003; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Öles, 2019Şahin ve diğerleri, 2008; Şanlı ve Akbaş, 2008; Taşdöven, 2005; Taycan ve diğerleri, 2006; Uslu ve Buldukoğlu, 2017; Yeşil ve diğerleri, 2009; Yeşil ve diğerleri, 2010; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Ülkemizde ve dünyada ne yazık ki her geçen gün artan sıklıkta bireysel ve toplumsal travmatik olay gerçekleşmekte ve bu durum özellikle doğrudan ilgili sahalarda çalışanların mesleki yaşamlarında ikincil/dolaylı travma ve tükenmişlik ile karşılaşma olasılıklarını arttırmaktadır. Afetler, terör olayları, aile içi şiddet, çocuk istismarı, göçmen ve mültecilik ya da pandemi gibi toplumların büyük kesimini etkileyebilen çeşitli durumlar karşısında artan ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmeti gereksinimlerine yönelik uzmanlar yetiştirilmekte ve bu alanlarda görev yapmaktadırlar. Bu alanlarda çalışan bireylerin danışanlar ve/veya yararlanıcılar kanalıyla edindiği dolaylı maruziyet, bireysel ve kurumsal düzlemde pek çok farklı faktöre bağlı olarak etkilenmelerine neden olmaktadır. Örneğin mesleki deneyim, eğitim ve/veya mesleki donanım, süpervizyon, vaka yükü, bireysel travma öyküsü, bireysel başa etme becerileri ya da sosyal destek gibi unsurlar çalışanların etkilenme düzeyini farklılaştırabilir.

Türkiye’de travma, afet ve kriz durumlarında hizmet veren çalışanların psikolojik sağlığına odaklanan, “yardım verene yardım”, “psikolojik iyi olma hali”, “çalışanın özbakımı” gibi çalışmalar halen yeni diyebileceğimiz alanlardır. Son yıllarda ülkemizde kamu kurumu, sivil toplum kuruluşu veya özel kuruluşlar olmak üzere travmatik yaşantıları olan bireylere destek vermek üzere kurulmuş merkezlerin ve bu yerlere istihdam edilen uzmanların sayısında artış olmuş, özellikle son yıllarda ülkemizdeki Suriyeli sığınmacı ve mülteci sayısındaki artış ile beraber uluslararası sivil toplum kuruluşlarının da öncüllüğünde bu gibi merkezlerin sayısı daha da artmıştır. Bu kurumlarda istihdam edilmiş çok sayıda ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanı bulunmaktadır. Bununla birlikte belirtilen faaliyet alanlarında çalışma yürütmekte olan farklı kurumlarda yapılan gözlemler ve literatürde yer alan araştırma bulguları işaret etmektedir ki ikincil travmatik stres, dolaylı travma, tükenmişlik gibi kavramlara ilişkin farkındalığın oluşması görece yeni sayılabilecek durumdadır. Bu araştırmanın tasarlanıp yürütüldüğü süreç boyunca, pek çok kurumda, hali

hazırda işler durumda olan, çalışanların bu dolaylı etkilerden korunmasını ve fiziksel, zihinsel ve psikolojik iyi olma halinin desteklenmesini amaçlayan çalışana destek uygulamaları yaygın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu gözlemlerden yola çıkılarak ülkemizde bu amaçla kullanılabilir yapılandırılmış, kısa sürede tamamlanabilen ve kolay uygulanabilen bir müdahale modeline ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır. Bu amaçlarla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan öz bakım ve işlevsel başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesine odaklı yapılandırılmış bir çalışana destek programının alandaki bu ihtiyaca karşılık geleceği düşünülmektedir. Öte yandan bu çalışma ülkemizde kendi alanındaki ilk çalışma olma özelliğini taşımakta ve bu yönüyle de gelecekteki bilimsel çalışmalara model olabilme misyonunu taşımaktadır. İleride bu gibi çalışana destek uygulamalarının yaygınlaştırılması ile çok sayıda ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanın yararlanması sayesinde bu alanda yetişmiş, yeterli eğitime ve mesleki donanıma sahip nitelikli iş gücü kaynaklarının rezerve edilmesi sağlanacak ve aynı zamanda travmatik olaylardan sonraki yardım faaliyetlerinin nitelik, işlerlik ve süreklilik bakımından korunması ve iyileştirilmesine katkı sağlanacaktır.

2.5. Kavram ve Terimler

Tükenmişlik (Burnout): İşleri gereği duygusal yükü ağır olan durumlara uzun süre maruz kalan bireylerin yaşadığı bir tür iş stresi (Maslach ve Jackson, 1981).

Algılanan Stres (Perceived Stress): Bireyin baş etme becerileri ile ilişkili olarak belli bir olayı kendisine potansiyel tehdit olarak görme derecesi (Lazarus, 1974).

Psikolojik Sağlamlık (Resilience): Bireyin olumsuz bir durum ile karşı karşıya kaldığı durumlarda risk etmenleri ve koruyucu etmenlerin etkileşimi sonucunda, hayatındaki değişikliğe uyum sağlaması (Kararımak, 2016).

İyilik hali (Well-being): Bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda sağlıklı olma durumları (Doğan, 2006).

Özbakım (Self-care): Bireylerin zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlığı temin etmek ve sürdürmek amacıyla yaptığı hijyen, beslenme, yaşam tarzı ve sosyal alışkanlık gibi geniş bir yelpazede her tür faaliyet (World Health Organization, 1998).

Psikoeğitim (Psychoeducation): Baş etme becerilerinin ve uzun süreli destek sistemlerinin harekete geçirilmesinin ve alternatif baş etme yöntemlerinin araştırıldığı bir bilgilendirme ve güçlendirme programı (T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, 2014).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) müdahalesinin, psikososyal destek çalışanlarındaki travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bir deneysel çalışmadır. Araştırmada müdahale ve kontrol gruplu ön test / son test / izlem ölçümlü 2x3'lük karışık desen (split-plot) kullanılmıştır. Örneklem grubu seçkisiz yöntemle belirlenmiş olup randomizasyon, araştırmanın gerçekleştirildiği kurumlarda, gönüllülük esasına dayanarak araştırmaya dahil olmak isteyen çalışanların sıralanması ve gruplara atanması yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Müdahale öncesinde örneklem grubunun tamamına Kişisel Bilgi Formu, Yaşam Olayları Kontrol Listesi (LEC) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL), Mashlach Tükenmişlik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği uygulanmış olup bu ölçümler ön test niteliğinde olmuştur. Ölçeklerin uygulanmasının ardından müdahale grubunda yer alan katılımcılar, araştırmacı tarafından tasarlanan ve uygulanan ÇADEM-TP müdahalesine katılmışlardır. Müdahale üç oturumdan oluşmaktadır. Bu oturumların gerçekleştirildiği süre boyunca kontrol grubundaki bireyler herhangi bir müdahaleye maruz kalmamış olup kendilerine herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

Müdahale tamamlandıktan bir sonraki haftada (ön testlerin uygulanmasından itibaren birinci ayda) tüm gruplardaki bireylere tüm ölçekler tekrar uygulanmış olup bu ölçüm son test niteliğindedir. Son testten bir ay sonra ise uzun dönemli sonuçları takip edebilmek amacıyla ölçekler yeniden uygulanmıştır. Buna göre, ölçümlerin yapıldığı noktalar; ön test için 0. hafta, son test için 4. hafta, izlem için ise 8. hafta olarak belirlenmiştir. Araştırma deseni Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma deseni

Gruplar	Ön test	İşlem	Son test	İzlem
Müdahale Grubu	Ö1	Müdahale	Ö3	Ö5
Kontrol Grubu	Ö2	Müdahale yok	Ö4	Ö6

Ö: Ölçek uygulaması/tüm ölçme araçları.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, İstanbul ili Sultanbeyli ilçesinde faaliyet göstermekte olan Mülteciler Derneği'nde ve İstanbul ili Halkalı ilçesinde faaliyet göstermekte olan Hayata Destek Derneği'nde gerçekleştirilmiştir. Mülteciler Derneği'nin, göçmen, sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim hizmetleri, hukuki danışmanlık hizmetleri gibi kapsamlı bir yelpazede faaliyet göstermekte olması, bünyesinde çeşitli pozisyonlarda görev yapmakta olan bir çalışma ekibinin bulunması, geniş bir yararlanıcı kitlesine ulaşıyor olması ve 2014 yılından bu yana faaliyette olması araştırma için tercih edilme sebeplerinin başlıcalarıdır. Hayata Destek Derneği ise benzer özellikte bir kurum olması ve psikososyal destek faaliyetlerini uzun bir süredir yürütmekte olması dolayısıyla araştırma için tercih edilen bir diğer kurum olmuştur.

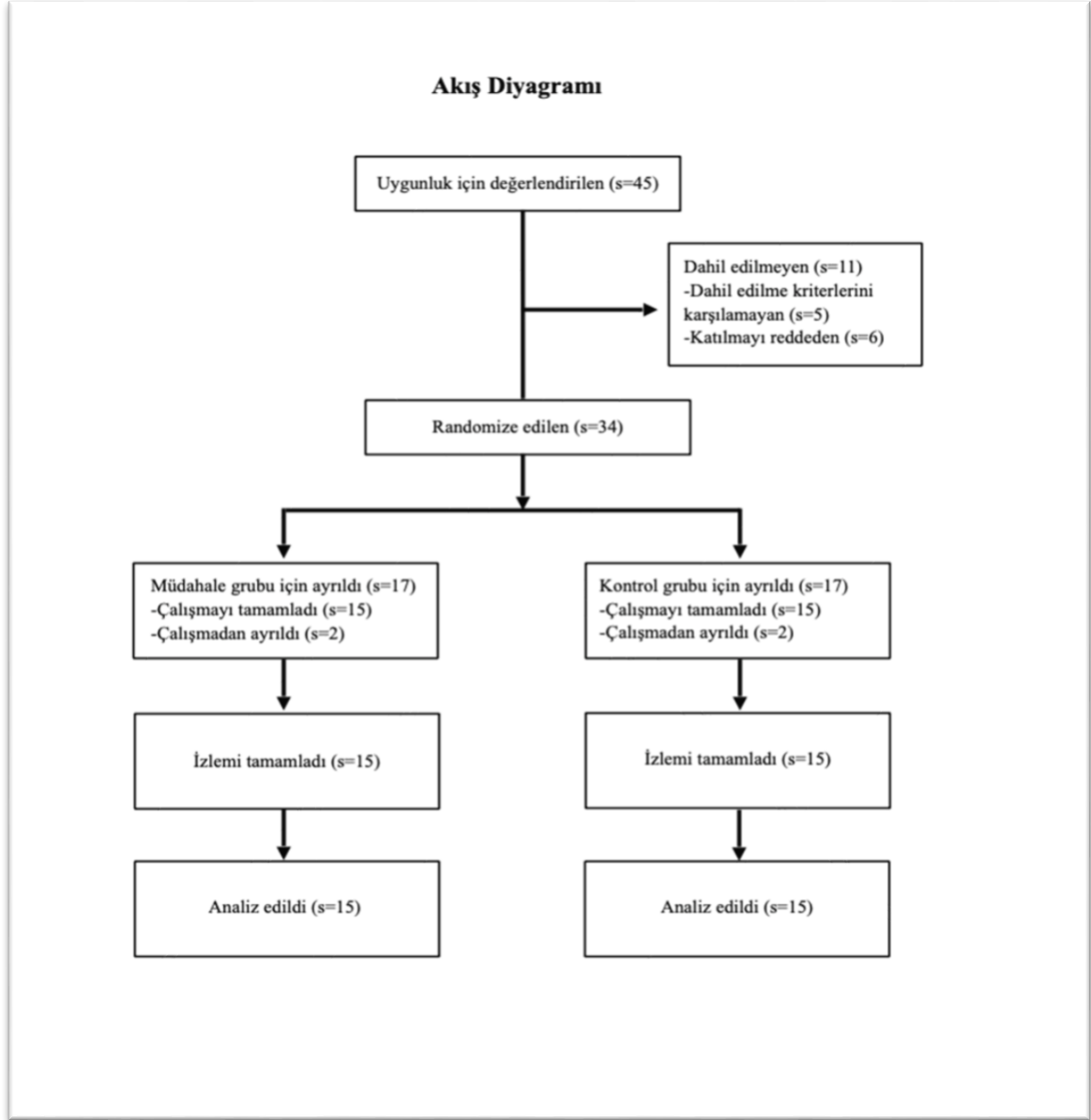
Öncelikle çalışma için oluşturulan protokol kuruma sunulmuş ve kurumdan yazılı izin alınmıştır. Kurum izni alındıktan sonra, kurumun psikososyal destek birimlerinin yöneticileri ile toplantı yapılarak araştırmanın amacı, planı ve araştırma takvimi paylaşılmıştır. Çalışanların araştırmaya katılması halinde uygulamaların gerçekleştirileceği saatlerde izinli olmaları ve çalışanların iş planlarının organize edilmesi konusunda yöneticilerden destek ve onay alınmıştır.

Verilerin toplanacağı ve uygulamaların gerçekleştirileceği yer, katılımcıların çalıştığı kurumlar olmuştur. Araştırmacı ilgili merkezlere planlanan gün ve saatlerde ziyarette bulunarak uygulamaları gerçekleştirmiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan, Suriyeli sığınmacı ve mültecilere yönelik faaliyet gösteren çalışmanın gerçekleştirildiği kurumlarda görev yapmakta olan 45 psikososyal destek çalışanı oluşturmuştur. Bu çalışanlar arasından Türkiye uyruklu ve Türkçe konuşan, tanı konulmuş herhangi bir fiziksel ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan, son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevilen bir yakının kaybını/vefatını yaşamamış olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanların alınması planlanmıştır. 34 psikososyal destek çalışanı araştırmaya katılma kriterlerini karşılamıştır.

Çalışma sürecinde, kontrol grubundan 2, müdahale grubundan 2 olmak üzere 4 kişi ayrılmış ve çalışma toplam 30 katılımcı ile tamamlanmıştır. Müdahale grubundan ayrılan bir kişi çalışma süreci içerisinde yakın kaybı yaşadığından ötürü, bir kişi ise ikinci oturuma sağlık durumu sebebiyle katılım gösterememesi nedeniyle ayrılmıştır. Kontrol grubunda ise bir katılımcı yakın kaybı sebebiyle, diğer katılımcı son test ölçümlerine katılım sağlamayarak ayrılmıştır. İzlem ölçümlerine ise 30 kişinin tamamı katılmıştır. Her iki kurumda yürütülen çalışmadaki katılımcı gruplar için akış diyagramı Şekil 3.1’de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Çalışmanın Akış Diyagramı

Örneklem Psikolog, Psikolojik Danışman, Sosyal Çalışmacı ve Sosyal Hizmet Uzmanı olarak görev yapan, araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 15 müdahale (deney) grubu ve 15 kontrol (karşılaştırma) grubu olmak üzere toplam 30 psikososyal destek çalışanından oluşmaktadır.

Çalışmanın örneklemini oluşturan psikososyal destek çalışanlarına araştırmanın amacı, uygulanacak programın içeriği, süresi ve çalışmaya katılmaları durumunda, uygulamaların yapılacağı günlerde çalışma saatlerinin ve günlük iş planlarının bu doğrultuda yeniden düzenleneceği hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirmenin ardından kişilere onam formları dağıtılmıştır. Onam formunu okuyup imzalayarak teslim eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara araştırma ölçekleri verilerek tüm katılımcıların ön test verileri elde edilmiştir.

Araştırmada müdahale ve kontrol grupları oluşturulurken, müdahale grubu 1. grup, kontrol grubu ise 2. grup olarak adlandırılmıştır. Randomizasyon sonrası araştırmaya kriterleri sağlamadığı için dahil edilmeyen veya ikinci gruba atanmış olan ve TSSB ölçeğinde 47 puan ve üzeri alan bireylere etik gerekçeler nedeniyle, çalışma grubunun müdahale aşamasının sonlanmasının ardından araştırmacı tarafından bireysel psikolojik danışmanlık desteği sağlanması planlanmıştır.

Araştırmanın dahil etme kriterleri, 18 yaşından büyük olmak, okur-yazar olmak, Türkçe biliyor olmak, Türkiye Cumhuriyeti uyruklu olmak, ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında çalışıyor olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın dışlama kriterleri ise, 18 yaşından küçük olmak, okuma yazma bilmiyor olmak, Türkçe bilmiyor olmak, ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında çalışmıyor olmak, tanısı konmuş ciddi bir fiziksel hastalığa ya da kronik hastalığa sahip olmak, tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığa sahip olmak, son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevilen bir yakının kaybını/vefatını yaşamış olmak şeklindedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın ön test verileri 1-5 Nisan 2019 tarihleri arasında, son test verileri müdahalenin gerçekleştirilmesinin ardından 22-26 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. İzlem verileri ise yalnızca müdahale grubundan ve 22-26 Mayıs 2019'da toplanmış olup ön test için basılı formlardan, son test ve izlem ölçümleri için ise dijital formlardan yararlanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formunda katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra katılımcının hizmet verdiği grupların özellikleri, meslekte geçirdiği toplam süre ve mevcut görevindeki çalışma süresi gibi araştırmada değerlendirilen bağımlı değişkenlere etkide bulunabilecek diğer etmenlere de yer verilmiştir. Katılımcının araştırmanın dahil etme/dışlama kriterlerine uygunluğunu doğrulamak amacıyla fiziksel hastalık, psikiyatrik hastalık ve son altı ay içinde yaşanan kayıp sorgulanmıştır. Kişisel bilgi formu toplam 18 sorudan oluşmaktadır. (EK-1).

3.5.2.Yaşam Olayları Kontrol Listesi

Yaşam Olayları Kontrol Listesi (LEC), ilk olarak TSSB'nin teşhisini kolaylaştırmak için kullanılan, Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS) ile eş zamanlı olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan Ulusal Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSD) Merkezi'nde geliştirilmiştir (Blake ve diğerleri, 1995). DSM-5'in yayınlanması sonrasında güncellenmiştir. Yaşam Olayları Kontrol Listesi (LEC-5), yaşam boyu travmatik olayları taramak için geliştirilmiş bir listedir. Kişilerin kendi kendilerine doldurabilecekleri şekilde tasarlanmıştır. LEC-5, bireylerin 16 farklı olumsuz yaşam olayına maruziyetini 4 kategoride değerlendirir. Bu kategoriler olayı bizzat yaşamak, şahit olmak, öğrenmek ve mesleki sebeplerle deneyimlemektir. DSM-5 için Yaşam Olayları Kontrol Listesi, Boysan ve arkadaşları tarafından dilimize kazandırılmıştır (Boysan ve diğerleri, 2016). (EK-2)

3.5.3.DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi

İlk versiyonu 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Merkezi'nde geliştirilen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında TSSB belirti kriterlerine karşılık gelen 17 maddeden oluşmaktaydı (APA, 1994). Oldukça yaygın şekilde kullanılan PCL, bireylerin kendi kendilerine doldurabilecekleri biçimde geliştirilmiş bir

özbildirim anketidir. DSM-5 ile birlikte TSSB tanı kriterlerindeki değişiklikler sonrasında PCL de revize edilmiştir. Bu güncelleme sonrasında 3 madde daha eklenmiş ve toplam madde sayısı 20 olmuştur. Önceki versiyonda 1'den 5'e puanlanan maddeler; 0'dan 4'e olacak şekilde güncellenmiştir, böylece en düşük puan 17 yerine 0 olabilmektedir. Her bir belirti için, katılımcılardan, son bir ay içinde travma ile ilgili yaşanan sıkıntının şiddetini 0'dan (hiç) 4'e (son derece yüksek) kadar değişen bir ölçekte derecelendirmeleri istenir. PCL-5'in Türkçe versiyonunun iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu Boysan ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı klinik örneklem için 47; genel popülasyon için 48 olarak önerilmiştir (Boysan ve diğerleri, 2016). (EK-3).

3.5.4.Mashlach Tükenmişlik Ölçeği

Mashlach ve Jackson tarafından 1981'de geliştirilmiş dördümlü likert tipinde bir ölçektir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutu olup toplam 22 maddeden oluşmaktadır. MTÖ'nün ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1992'de yapılmış olup Cronbach alfa değerleri; duygusal tükenme: 0.82, duyarsızlaşma: 0.60, ve kişisel başarı: 0.80 olarak bulunmuştur (Ergin, 1992). Ölçeğin hesaplanmasında; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. sorulardan alınan puanların toplanması ile duygusal tükenme alt boyutu; 5, 10, 11, 15, 22. sorulardan alınan puanların toplanması ile duyarsızlaşma alt boyutu ve 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. sorulardan alınan puanların toplanması ile kişisel başarı alt boyutlarına ait değerler saptanır. Ölçekte yalnızca Kişisel Başarı alt boyutu olumlu ifadelerin yer aldığı maddeleri içermektedir ve bu maddeler tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarındaki artış ve kişisel başarı puanındaki azalma tükenmişliğin artışı gösterir. (EK-4)

3.5.5.Algılanan Stres Ölçeği

Cohen ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin stres algısını değerlendirmede kullanılır. 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek ilk önce 14 madde olarak geliştirilmiş ve daha sonra 10 maddelik kısa formu oluşturulmuştur. Çalışmada kullanılan 10 maddelik kısa form için farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda Cronbach alfa katsayısı 0,74 ile 0,88 arasında değişmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan hesaplanırken, ölçeğin 10 maddelik versiyonundaki 4,5,7 ve 8. maddelerin ters puanları alınarak tüm maddelere ait puanlar toplanır. Ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır, puan

yükseldikçe kişideki stres algısının da yükseldiği şeklinde yorumlanır. Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından 2013'te geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır. (EK-5).

3.5.6.Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

2009 yılında Diener, Scollon ve Lucas tarafından geliştirilmiş 7'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek 8 maddeden oluşmakta olup alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 56'dır. Ölçektenden alınan yüksek puanlar, kişilerin kendini kabul, diğerleri ile olumlu ilişkiler, özerklik, çevresel hakimiyet, yaşam amacı ve kişisel gelişim alanlarında olumlu algıya işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Telef tarafından 2013'te yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur. (EK-6).

3.5.7.Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği

2003 yılında Connor ve Davidson tarafından geliştirilmiş olan ölçek, toplam 25 madde ile bireylerde psikolojik sağlamlığı değerlendirmektedir. Bireylerin kendi başlarına doldurabilecekleri beşli likert tipi bir ölçektir. Alınan yüksek puanlar, psikolojik sağlamlığın yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kararımak tarafından 2007'de gerçekleştirilmiş ve ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .92 olarak bulunmuştur. (EK-7).

3.6. Müdahale Programının Geliştirilmesi

Müdahale programı, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik olgularını hedefleyen, stresle başa çıkma ve psikolojik özbakım konularını odağa alan bir temelde tasarlanarak geliştirilmiştir. Özellikle dezavantajlı gruplarla çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarının birincil hedef kitle olduğu bu müdahale programının kısa sürede tamamlanabilir nitelikte olmasına ve pratik uygulama basamaklarına sahip olmasına önem verilmiştir. Benzer çalışma düzlemlerinde özellikle çalışana destek (staff care) faaliyetlerinden sorumlu uzmanlar tarafından kısa sürede öğrenilebilir; yetkili uygulayıcı ve eğitimci tarafından ise kolaylıkla öğretilebilir bir kılavuz olmasına özen gösterilmiştir.

3.6.1.Programın Amacı

Bu program, pozitif psikoloji kuramı ve pozitif psikoterapinin bir dalgası olarak geliştirilmiş iyi oluş terapisi ve yaşam kalitesi terapisi yaklaşımlarını ve bilişsel davranışçı kuramları temel alan yapılandırılmış kısa bir psikolojik müdahale grup programı olarak yapılandırılmıştır. Müdahale programının öncelikli hedef kitlesi ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarıdır. Bununla beraber iş kaynaklı stres ve tükenmişlik riski ile karşı karşıya kalan tüm çalışanlar için uyarlanarak kullanılmaya olanak sağlayacak biçimde tasarlanmıştır.

Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP), psikososyal destek çalışanlarında travmatik stres belirtilerini, tükenmişliği, algılanan stres düzeylerini azaltmayı; psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerini artırmayı amaçlamaktadır.

Müdahale programının pratik bir şekilde uygulanmaya elverişli, katılımcılar tarafından kolay anlaşılabilir, potansiyel uygulayıcılar tarafından kolay öğrenilebilir ve öğretiler, kısa sürede tamamlanan yapısı sayesinde psikososyal destek alanında çalışılan kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşlarının yanı sıra strese bağlı yaşanan sorunlara yönelik olarak her türden kurumsal ortamda, okullarda, hastanelerde ve çok sayıda çalışanın bulunduğu benzeri iş sahalarında kullanılabilir olması hedeflenmektedir.

3.6.2.Müdahale Programının ve Kılavuzun Geliştirilme Süreci

Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP), geliştirilmeden önce stres yönetimi, psikolojik öz bakım, psikolojik sağlamlık ve psikolojik iyi oluş kavramlarına yönelik kuramsal bilgiler toplanmış, bireylerin psikolojik iyilik halinin artırılmasını odağa alan psikoterapi modelleri incelenmiştir. Benzer konulara yönelik gerçekleştirilen uygulamalar ve müdahale programları araştırılmıştır. Müdahale programının geliştirilmesi sürecinde tek bir kuram ya da yaklaşıma bağlı kalınmamış, farklı yaklaşımlardan kaynağını alan uygulamalar harmanlanmıştır. Bu kuram ve yaklaşımlar, pozitif psikoloji ve pozitif psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve bunlara ek olarak kaygı ve stres yönetimi teknikleridir.

3.6.3. Programın İçeriğinde Yararlanılan Psikoloji Kuramları Psikoterapi Yaklaşımları ve Teknikleri

3.6.3.1. Pozitif Psikoloji ve Pozitif Psikoterapi

Pozitif Psikoterapi (PPT), ADEM-TP'nin geliştirilmesinde rol oynayan yaklaşımlardan biridir. PPT, Pozitif Psikoloji hareketinden kaynağını alır ve terapötik değişimi *katılım, haz ve anlam geliştirme* üzerinden teşvik eden, çok bileşenli ve esnek bir model olarak sunulur (Walsh, Cassidy ve Priebe, 2017). Pozitif Psikoloji, İkinci Dünya Savaşı sonrası psikoloji biliminin odağının çoğunlukla psikopatolojiye yani insanın işlevselliğindeki bozulmalara kayması sonucu psikolojinin sadece patoloji ve zayıflık üzerinde bir hasar onarım çalışması olmadığı, aynı zamanda insanın içindeki gücün ve erdemin de açığa çıkarılması olduğunun altının çizilmesi ile şekillenmeye başlamıştır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Temelinde Terman'ın alışmaları, Jung'un hayatın anlamı üzerine odaklanması ve Watson'un etkili ebeveynlik üzerine olan yaklaşımları bulunan Pozitif Psikoloji (PP), 2000'li yılların başında olumsuz onarmaktan ziyade olumluyu inşa etmeye doğru bir yönelimle birlikte ortaya çıkmıştır (Gillham ve Seligman, 1999; Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000).

Pozitif Psikoloji, psikolojik işlevsizliğe değil iyi olma haline odaklanır. Pozitif psikolojinin amacı psikolojinin odağını bir şeyleri tamir etmekten çıkararak hayattaki olumlu nitelikleri inşa etmeye doğru çevirmektir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Bu bağlamda, diğer psikolojik müdahalelerden farklı olarak negatif düşünceyi ya da işlevsiz davranışın değişikliği ile semptomu azaltmayı hedeflemez. İyi olma halini, doyumunu ve mutluluğunu, pozitif düşünce ve davranışları arttırarak yükseltmeyi hedefler (Görges, Oehler, Hirschhausen, Hegerl ve Rummel-Klugea, 2018).

Pozitif psikolojinin ilgilendiği konular öznel iyi oluş, yaşam doyumunu, umut, iyimserlik, akış, kapasite geliştirme, affetme, farkındalık, maneviyat, sorumluluk, özgecilik, çalışma etiği ve mutluluk şeklinde özetlenebilir (Seligman ve Csikszentmihalyi 2000). Pozitif psikoloji alanında gerçekleştirilen çalışmaların sonucunda bireylere; sistematik ve etkili bir şekilde olumlu duygu, düşünce ve davranışları sergilemelerini sağlayacak yardımın sunulabileceği ortaya konmuştur. Pozitif Psikoterapi (PPT) bu şekilde ortaya çıkmıştır. PPT'nin psikopatolojiye odaklı kullanımını üzerine gerçekleştirilen araştırmaların sistematik

gözden geçirildiği bir makalede, farklı örneklem gruplarıyla, grup ya da bireysel şekilde, çevrimiçi ya da yüz yüze, tek bir model olarak ya da BDT ya da KKT gibi modellerle entegre şekilde kullanıldığı belirtilmiştir. En yaygın şekilde kullanılan PPT tekniklerinin; *İyi ki Var Günlüğü ve Üç İyi Şey Günlüğü* başta olmak üzere tüm şükran günlüğü uygulamaları ve kişinin sahip olduğu güçlü yanlarına odaklanmasını hedefleyen *Kişisel Güçlü Yönler* uygulamaları olduğu ifade edilmiştir. (Walsh ve diğerleri, 2017).

PPT teknikleri tasarlanırken “mutluluk” kavramının üç unsuru dikkate alınmıştır. Bunlar, *haz odaklı yaşam (pleasant life)*; *yaşama katılım (engagement life)*; *anlamli yaşamdır (meaningful life)* (Seligman, 2002). Haz odaklı yaşam bileşeni; doyum, hoşnutluk, gurur, huzur gibi geçmiş yaşamla ilgili; o anı fark edip zevk almak gibi şimdiki yaşamla ilgili; umut, iyimserlik, güven, inanç gibi gelecek yaşamla ilgili olumlu duyguları içermektedir. Şükran, bağışlama, iyimserlik, umut ve zevk almaya yönelik teknikler bu bileşen ile alakalıdır. Yaşama katılım, yakın ilişkiler, boş zaman, işe kendini adanmak gibi unsurları açıklar. Kişinin güçlü olan taraflarını belirlemesi ile ilgili teknikler bu prensip etrafında şekillenir. Anlamli yaşam bileşeninde kişinin gücünü, ondan daha büyük bir güçle birleştirmesinden ve ona ait olmasından söz edilmektedir (Seligman ve Rashid, 2006).

Pozitif psikoterapi müdahalelerinin üç önemli boyutu olduğu vurgulanmaktadır; bunların ilki müdahalede pozitif konulara odaklanılmasıdır, ikincisi, müdahaleler sırasında pozitif sonuçlar açığa çıkaracak mekanizmalarla ilerlenmesidir ve son olarak müdahalenin iyilik hali oluşturacak şekilde düzenlenmesidir (Eryılmaz, 2017). Bu noktada olumlu duyguları, düşünceleri ve davranışları ortaya çıkaran müdahaleler üretilmiş ve geliştirilmiştir. Pozitif müdahaleler ile bireylerin kendilerini psikolojik yönden daha güçlü ve iyi hissetmelerine katkı sağlanmaktadır (Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang ve Doraiswamy, 2011).

Literatürde PPT'nin tek model olarak ya da başka modellerle entegre halde kullanılarak etkililiğinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Hafif ve orta şiddette depresyon ve distimi hastalarında PPT'nin semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkililiğinin belirlenmesi amacıyla bir müdahale programı tasarlanmıştır. Müdahale PPT'nin tek yaklaşım olarak kullanılması ile çevrimiçi gerçekleştirilmiştir. 81 katılımcının dahil edildiği araştırmada, müdahalenin başında, sonunda ve üç ay sonrasında ölçümler yapılmıştır. Yedi hafta süren programın her modülü yaklaşık üç teknik içermektedir. Programın sonunda

katılımcıların üçte biri daha iyi hissettiklerini öznel değerlendirme şeklinde belirtmişlerdir. Fiziksel sağlıklarında bir değişim olmasa da psikolojik iyi oluş seviyeleri artmıştır. En çok fayda sağlayan modülün ise içerisinde *on dakika sessizlik*, *hediye verme* ve *iyi ki var günlüğü* uygulamalarının yer aldığı 6. modül olduğu belirtilmiştir (Görges ve diğerleri, 2018).

Pozitif Psikoterapinin ana yaklaşım olarak alındığı bir başka çalışmada gebelerin iyi oluş düzeylerinin artırılmasına yönelik bir program tasarlanmış ve etkililiğini incelenmiştir. Beş haftalık programın ilk haftasında farkındalık ve kendini kabul prensibi ile beden tarama tekniği uygulanmıştır. İkinci hafta haz prensibi ile üç iyi şey günlüğü çalışılmıştır. Üçüncü hafta program sosyal desteği güçlendirici çalışmalarla sürmüştür ve dördüncü hafta ideal gelecek tasarımı iyimserlik prensibi altında uygulanmıştır. Yine aynı prensiple son haftada *baby steps* tekniği olarak adlandırılan bir yöntemle hedef listesi oluşturularak başlangıç adımları belirlenmiştir. Programın ardından elde edilen kaygı, depresif semptomlar, zihinsel iyi oluş hali ve yaşam doyumu puanları programın etkililiğini ortaya koymuştur (Corno ve diğerleri, 2018).

İntihar düşüncesi ve davranışı ile hastaneye yatırılan 61 hastaya dokuz farklı PPT tekniği ile müdahale edilerek egzersizlerin işlevliliği araştırılmıştır. Şükran mektubu, kişisel güçlü yönler, iyilik eylemleri, haz veren aktivite, gelecek tasarımı, bağışlama mektubu, değerlere dayalı aktiviteler ve müteşekkir olunan durumları saymak söz konusu tekniklerdir. Şükran egzersizlerinin depresyon semptomlarını azaltma ve iyimserlik seviyesini arttırmada en yüksek puana sahip olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte kolay ve içgörü gerektirmeyen egzersizlerin de en iyi performansı gösterdiği ifade edilmiştir (Huffman ve diğerleri, 2014).

Pozitif Psikoterapinin kaygı, depresyon, psikolojik stres değişkenleri üzerindeki etkisini araştıran ve altı ana eksenle oluşturulmuş, altı hafta süren bir başka çalışmanın eksenleri haz odaklı yaşam, kilit güçlerin ve niteliklerin günlük hayatta somut kullanımı, sosyal ilişkiler, yeniden çerçeveleme, beden farkındalığı, anlam duygusunu oluşturma şeklindedir. Programın sonunda yukarıda bahsedilen araştırmalara benzer şekilde kaygı, depresyon, stres seviyelerinin düştüğü, kabul ve olumlu yeniden değerlendirmenin arttığı bulgulanmaktadır (Antonie, Dauvier, Andreotti ve Congard, 2018).

Yalnızca PPT tekniklerinden yararlanarak gerçekleştirilen çalışmalara ek olarak, PPT'nin farklı terapi teknikleri ile entegre edilerek uygulandığı ve etkililiğinin

değerlendirildiği araştırmalar da mevcuttur. Bunlardan bir tanesinde PPT ve KKT'nin prensipleriyle hazırlanmış bir müdahale programının depresyon, anksiyete, stres ve iyi oluş seviyeleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Avustralya'daki lise düzeyinde bir öğrenim kurumunda 10. ve 11. sınıfa devam eden 267 öğrenci ile toplam 16 seanslık bir program gerçekleştirilmiştir. Programın sonunda her iki sınıf öğrencilerinin stres ve depresyon seviyelerinde azalma gözlenirken, 10. sınıf öğrencilerinin buna ek olarak kaygı seviyelerinin de azaldığı ifade edilmiştir. Sonuçlar, PPT'nin ve KKT'nin bir erken müdahale programı olarak kombinasyonunu onaylamaktadır (Burckhardt, Manicavasagar, Batterham ve Hadzi-Pavlovic, 2016).

Depresyon hastalarıyla gerçekleştirilen bir başka grup terapisi programında PPT, BDT, Farkındalık (Mindfulness) Odaklı Bilişisel Terapi yaklaşımları entegre edilmiştir. Hayata Evet Deyin (HED) adıyla anılan pozitif psikoterapi grup müdahalesinin, standart tedaviye kıyasla etkinliğini değerlendirmek için bir randomize kontrollü çalışma yapılmıştır. Her bir seans iyi oluşun bir bileşeni odağa alınarak yapılandırılmıştır. Terapi programı birbirini izleyen dört aşamaya sahiptir. İlk aşamada pozitif bir perspektife odaklanılır. İkincide grup üyeleri BDT temelli negatif düşünce yapılarını öğrenir. Üçüncü aşamada baş etme stratejileri üzerinde durulur ve son aşamada iyi oluşu güçlendirmeye yönelik müdahaleler aktarılır. Bu sıralılık; temaların, güçlü yönlerden kaynak almak, iyimserlik, hedef odaklı yaklaşım ve pozitif duyguları oluşturmak şeklinde kavramsallaştırılmasına izin vermektedir. Bulgular, programın depresyon puanlarının azalmasından etkili olduğunu göstermiştir. Buna ek olarak, standart tedavi alan grup ile HED grubu karşılaştırıldığında iki önemli bulgunun dikkat çektiği araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır. Bunlardan ilki; HED grubundakilerin iki katından fazlasının iyileşme gösterdiğinin izlem ölçümlerinde tespit edilmiş olup bu oranın standart tedavi grubundan yüksek olmasıdır. İkinci önemli bulgu olarak; bireysel psikoterapiyi içeren standart tedaviye göre HED grup müdahalesinin tedavi maliyetinin oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (Carr, Finnegan, Griffin, Cotter ve Hyland, 2017).

ÇADEM-TP'de PPT tekniklerinden üç iyi şey günlüğü, iyi ki var günlüğü, kendimden hoşnutum egzersileri kullanılmıştır. Tekniklerin, haz odaklılık ve yaşama katılım bileşenlerinden güçlü tarafların ve pozitif duyguların işlenmesi sonucu ortaya çıktığı belirtilmektedir (Seligman, Rashid ve Parks, 2006). Tekniklerin uygulanabilirliği ve etkililiği farklı çalışmalarla desteklenmektedir (Corno ve diğerleri, 2018; Görges ve diğerleri,

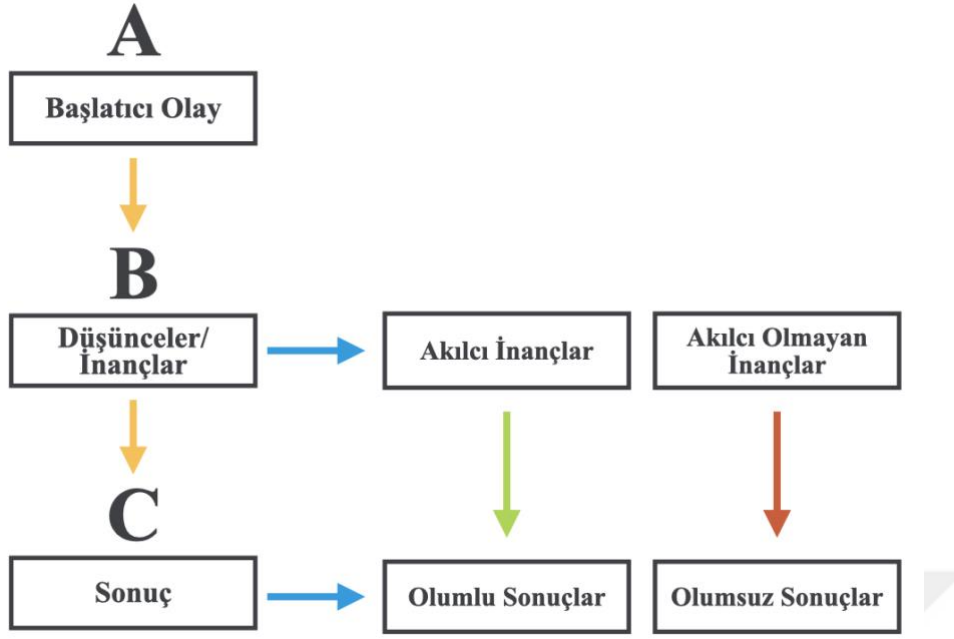
2018; Huffman ve diğeri, 2014; Saligman ve Rashid, 2006; Proyer, Gander, Wellenzohn ve Ruch, 2016; Walsh ve diğeri, 2017).

3.6.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Programın geliştirilmesinde yararlanılan bir diğeri yaklaşım Bilişsel Davranışçı Terapi'dir (BDT). Programın birinci oturumunun ikinci bölümünde yer alan stresi yönetmek başlığı altındaki işlevsel olan ve olmayan tepkiler ile başa çıkma stratejilerini tanıtmayı ve katılımcıların kendi baş etme yöntemlerini tanımlarını içeren, ev ödevleri ve uygulamalarla desteklenmiş teorik kısım ile ikinci oturumun ikinci bölümündeki ABC Modeli'nin aktarıldığı bilişsel odaklı müdahaleleri içeren kısım, BDT prensipleri gözetilerek hazırlanmıştır.

BDT'nin kökleri Watson'un davranışçılığına kadar uzanmaktadır. Davranışçılık Kuramından temellenen bu yaklaşım daha sonraki yıllarda Beck'in Bilişsel Terapi yaklaşımı ile bütünleştirilerek yıllar içerisinde Bilişsel Davranışçı Terapi adıyla anılan bir yaklaşım halini almıştır (Murdock, Duan ve Nilsson, 2012).

BDT, düşünce ve inançların kişinin duyguları ve davranışları üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu savunur ve bu bağlamda değişim de kişinin önce duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişkiyi kavraması, sonra gerçeğe uygun olmayan, hatalı ya da çarpıtılmış inançların düzeltilmesi ve gerçeğe uygun bir zemine çekilmesi ile gerçekleşir (Türkçapar, 2018). Dolayısıyla duygu-düşünce-davranış üçlüsü arasındaki ilişkiyi öğrenmek BDT'de değişimin ilk adımlarındandır. Bu üçlü arasındaki bağlantı, kişiye farklı yöntemlerle aktarılabilir. Bunlardan biri de ÇADEM_TP'ye de dahil edilmiş olan *ABC Modeli*'dir (Lam ve Gale, 2000). (Şekil 3.2)



Şekil 3.2. ABC Modeli

Bu modele göre, A kişiyi harekete geçiren olay ya da durumu, B kişinin A hakkındaki akılcı olan ya da olmayan düşünce ve inançlarını, C ise olaya ya da duruma ilişkin bireyde oluşan duygusal sonuç ya da kişinin tepkisini temsil etmektedir (Doğan, 1995). BDT'ye göre A yani olay, C'nin yani tepkinin sebebi değildir ve C'den büyük ölçüde sorumlu olan B yani inançlardır (Lam ve Gale, 2000). Negatif duygular ve tepkiler, negatif, çarpık ve/veya akılcı olmayan inançlarla bağlantılıdır. Kişinin bu düşünceleri farkettiğinde gerçeği daha akılcı olarak değerlendirme şansı vardır (Türkçapar, 2007).

Hemşirelerin duygusal stres düzeylerini azaltmayı hedefleyen bir stres yönetimi müdahale programında BDT teorik çerçeve olarak kullanılmıştır. Program bir günlük bir atölye çalışması olarak tasarlanmış olup 8 saatlik yüz yüze interaktif bir programa sahiptir. Programın üç modülü bulunmaktadır. İlki psikoeğitim başlığı altında stresin ve strese verilen tepkilerin ne olduğu ile BDT teorisini aktarmayı içerir. İkinci modülde ABC Modeli ile düşünce, duygu ve davranış arasındaki bağlantının aktarılması hedeflenir ve son modülde ise canlandırma (role-play) yönteminden yararlanılarak stres deneyimleri katılımcıların gerçek yaşamdaki örnekleri üzerinden deneyimlenir. Katılımcılara ayrıca daha sonra kullanmaları için okuma ve alıştırmalar içeren kendi kendilerine uygulayabilecekleri bir kendine yardım el kitabı verildi. Bu müdahale programının ön test, son test ve izlem

ölçümlerinden elde edilen sonuçlar BDT temelli stresi azaltma programının hemşirelerdeki stresi azaltmada etkili olduğunu doğrulamıştır (Brunero, Cowan ve Fairbrother, 2008).

Stres yönetimi müdahalelerinin etkililiğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcılar davranışsal başa çıkma stratejilerinin uygulandığı bir grup; bilişsel müdahalelerin uygulandığı grup ve bekleme listesi grubu olmak üzere üçe ayrılmıştır. Müdahale gruplarına farklı teknikler uygulanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Hem davranışsal (zaman yönetimi, gevşeme teknikleri, hedef planlama, sağlıklı yaşam vb.) hem bilişsel (negatif otomatik düşünceler, başa çıkma stratejileri, imajinasyon ile gevşeme, inanç-düşünce-tutum vb.) müdahalelerin uygulandığı her iki grupta da stresin anlamlı şekilde azaldığı ancak izlem ölçümlerde bilişsel müdahale alan grubun puanlarının anlamlı şekilde düşük ölçüldüğü belirtilmiştir (Gardner, Rose, Mason, Tyler ve Cushway, 2005).

BDT temelli stres yönetimi yaklaşımının yaşam kalitesini artırma ve tükenmişlik semptomlarını azaltma açısından etkili bir yaklaşım olduğu hipotezinden yola çıkan bir çalışmada bu hipotezin araştırılması amacıyla BDT teknikleri çerçevesinde iki saatlik bir müdahale programı oluşturulmuş ve New York merkezli orta ölçekli bir şirketin çalışanlarına uygulanmıştır. Müdahalenin tükenmişlik, algılanan stres, kaygı düzeyi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Müdahale öncesi ve 8 haftalık takip sonrası ölçümlerden elde edilen sonuçlar uygulanan programın beklendiği şekilde etkili olduğunu bulgulamamaktadır. Programın içeriğinden ziyade süresinin kısa oluşu, katılımcıların program sonrası öğretilen teknikleri uygulayıp uygulamadıkları ve kültürel öğeler gibi değişkenlerin etkisinin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Feldman, 2018).

İş kaynaklı stres azaltma müdahale programlarının etkililiğinin değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında, 48 deneysel araştırma (s=3736) incelenerek bu araştırmalardaki dört tip müdahale programı karşılaştırılmıştır. Bunlar BDT odaklı müdahaleler, gevşeme teknikleri, organizasyon odaklı müdahaleler ve işlevsel başa çıkma stratejilerinin vurgulandığı çok modelli (multimodal) müdahalelerdir. Sonuç olarak BDT ve çok modelli müdahale programlarının daha etkili olduğu, gevşeme tekniklerinin az da olsa etkili olduğu, organizasyon odaklı müdahalenin ise anlamlı bir fark yaratmadığı ifade edilmiştir. Araştırmanın sonuçları, stres yönetimi tekniklerinin iş kaynaklı stresle mücadelede işlevselliğini vurgulayarak, BDT temelli müdahalelerin diğer yaklaşımlara göre daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır (van der Klink, Blonk, Schene ve Van Dijk, 2001).

BDT tekniklerinin kullanıldığı bir başka müdahale programında BDT'nin yanı sıra Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (KKT) bazı müdahalelerine de yer verilmiştir. On modülden oluşan programda her hafta bilgilendirme metinleri, egzersizler, çalışma kağıtları, videolar ve ev ödevleri kullanılmaktadır. İlk hafta stres fizyolojisi ve stresin ne olduğuna dair teorik bir çerçeve aktarılır. İkinci hafta stresin kaynağındaki duygu-düşünce-davranış ilişkisine değinilerek stres günlüğü tutmak, gevşeme tekniklerini öğretmek gibi müdahaleler uygulanır. Sonraki iki hafta KKT temelli değerlere dayalı davranış aktivasyonu teknikleri ile değer temelli beceriler üzerinde durulmuştur. Sonraki haftalarda ise iş odaklı BDT teknikleri çalışılmıştır. Araştırmacılar internet üzerinden sunulan bu programın etkisini nitel bir araştırma ile değerlendirmişlerdir. Tüm modülleri tamamlayan katılımcıları seçerek yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve Tematik Analiz kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar göstermektedir ki, katılımcıların çoğu hem kişisel yaşamda hem de iş yaşamında zihinsel sağlıkları ve psikolojik iyi oluşları üzerinde olumlu etkiler deneyimlemişlerdir (Asplund ve diğerleri, 2019).

3.6.3.3.Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), üçüncü dalga olarak anılan Bilişsel Davranışçı Terapi yaklaşımlarından biridir. KKT'de amaçlanan, bireyin negatif düşüncelerinin ya da rahatsız edici duygularının ortadan kaldırılmasından çok, kişinin bunları daha farklı şekilde algılaması ve deneyimlemesinin sağlanması diğer bir deyişle bu acı verici deneyimlere karşı bir kabul geliştirmesinin önemi üzerinde durulur. Bu bağlamda kişinin belirti şiddetindeki azalma KKT'nin temel hedefi değil, dolaylı faydası olarak görülebilir (Harris, 2006). Bireylerin psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olan farkındalık çalışmalarının bilimin ilgi alanına girmesi ile etkililiği üzerine de araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Flaxman, Bond, Liveheim, 2013). Bu yaklaşımda psikolojik olguların şekillerine değil, bağlam ve işlevlerine odaklanılmaktadır. Başka bir ifade ile psikolojik olguyu doğrudan değiştirmek yerine, bu olgunun işlevine ve bireyin onunla olan ilişkisi üzerinden gerçekleşmesi amaçlanır. Bunun için 6 ana strateji kullanılır; kabul, bilişsel ayrışma, şimdiki zamanla temas, kendini kaynak olarak kullanma, değerler ve kararlılık (Hayes, Luoma, Bond, Masuda ve Lillis, 2006). KKT'deki temel amaçlardan biri psikolojik esnekliği arttırmaktır. Terapötik odak ise düşünce, duygu ve duyguları, kontrol etmeye çalışmadan ve reddetmeden oldukları hali ile kabul etmektir. Birincil süreç kabul ve bilişsel ayrışmadır. Böylece kişisel deneyime olduğu hali ile ulaşmak hedeflenir. Kişi kaynak olarak kendisini

kullanma süreci ile şimdiye odaklanır ve devam eden zorluklar ile potansiyel engellere rağmen kişi kişisel değerleri ile uyumlu şekilde hareket etmesi açısından cesaretlendirilir (Barret, O'Connor, McHugh, 2019). KKT, bireye geniş bir bakış açısıyla yaklaşır ve hem varoluşsal hem de bilişsel yaklaşımları temel alır. Farkındalık ve kabul sürecini kullanarak kişilerin hayat amaçlarını ve hedeflerini belirleyecek değerlerin peşinden gitmelerini teşvik eder (Ercengiz ve Şar, 2018).

KKT müdahalesi ile çalışılan gruplarda stres seviyesinin azaldığı, genel ruh sağlığı düzeyinin ve iyi olma halinin arttığına dair araştırma bulguları bulunmaktadır (Brinkborg ve diğerleri, 2011; Rudaz, Twohig, Ong ve Levin, 2017; Wersebe ve diğerleri, 2018). Stres azaltma temelli müdahale programlarının etkililiğinin incelendiği sistematik bir gözden geçirmede farkındalık odaklı tüm müdahale tekniklerinin (KKT, öz şefkat farkındalığı, farkındalık temelli bilişsel terapi, farkındalık temelli stres azaltma) farkındalığı ve öz şefkati arttırdığını vurgulanmaktadır. Aynı zamanda psikolojik esnekliğin KKT ile yükseldiği saptanmış; stres ve tükenme seviyelerinde ise tüm müdahalelerin etkili olduğu bulgulanmıştır (Rudaz ve diğerleri, 2017).

KKT prensipleriyle oluşturulmuş bir stres yönetimi müdahalesinin etkililiğinin araştırıldığı bir çalışmada, yarıdan fazlasının yüksek stres ve tükenmişlik seviyesinde olduğu 106 sosyal çalışmacı ile dört modülden oluşan bir müdahale gerçekleştirilmiştir. Metaforlar ve interaktif egzersizlerin yer aldığı programda değerler, zorunluluklar, esneklik, sefkat, iletişim, kabul temalarının üzerine durulmuştur. Araştırma sonunda gerçekleştirilen ölçümlerde KKT temelli bu program ile katılımcıların stres ve tükenmişlik seviyelerinin düştüğü ve programın etkili olduğu ifade edilmiştir (Brinkborg ve diğerleri, 2011). Brinkborg'un bu çalışmasıyla uyumlu bir başka çalışmada da KKT'nin psikolojik esnekliği arttırarak stres seviyesini düşürdüğü hipotezi ile altı hafta süreli bir program oluşturulmuştur. Katılımcılar, *Tükenmişlik: Kabul ve Farkındalık ile Kötü Çemberi Kırın* kitabını kullanmışlardır. Yüksek stres seviyesine sahip 91 katılımcı, altı haftanın sonunda daha düşük stres puanı ile daha yüksek iyi oluş ve psikolojik esneklik bildirmişlerdir (Wersebe ve diğerleri, 2018).

KKT'nin iş stresi ve çalışan sağlığı için uyarlanmış 3 oturumdan oluşan bir müdahale programı bulunmaktadır. Programın tanıtıldığı kılavuz kitapta, müdahaleler KKT temelinde iki gruptaki teknikler bütünü ile sunulmaktadır. Biri farkındalık odaklı teknikler diğeri de

değerler temelli tekniklerdir. Farkındalık odaklı tekniklerin amacı kişinin şimdiki zaman farkındalığını kuvvetlendirmek ve bundan sonraki deneyimsel egzersizler için temel oluşturmaktır. Değer temelli tekniklerde ise öncelikle değerlerin tanımlanmasının ardından değer, hedef ve eylemlerin üzerinde durulur. “Değerlerini Tanımla” tekniği ile kişinin sağlık, ilişkiler, iş ve kariyer, boş zaman ve kişisel gelişim olmak üzere beş yaşam alanına dair değerlerini tanımlaması istenir. Değerler egzersizlerinde anahtar adımlar şu şekildedir; öncelikle kişi değeri tanımlar ve birkaç anahtar kelime ile özetler. Bu değeri daha belirgin hale getirir ve niyetlere çevirir. Daha sonra bu niyetlerden yola çıkarak değer temelli eylemlerini tanımlar. Bu değerler için ortaya koyduğu eylemleri farkındalıkla ifade eder. Önemli olan kişi bir değer belirttikten sonra bunu gerçekleştirebileceği 3 eylem belirlemesidir. Katılımcıların yaşamlarında onlar için değerli olan eylemleri gerçekleştirmelerine yönelik bu iki çerçeve arasında ilişki kurulur. Müdahale, kişinin bu eylemleri ortaya koyabilmesini içerir (Flexman ve diğerleri 2013). ÇADEM-TP'nin 3.oturumunun birinci kısmında yer alan *Değerlere Dayalı Davranış Aktivasyonu* bölümü, bu kuramsal çerçeveye dayandırılarak oluşturulmuştur.

3.6.3.4.Kaygı ve Stres Yönetimi Teknikleri

Stres yönetimi teknikleri, stresi azaltmak ve başatma yollarını arttırmak için birçok yöntemi kapsayan bir alet çantası gibidir (Edwards ve Burnard, 2003). Stres yönetiminin temel amacı negatif stresi azaltarak bütüncül bir iyi oluş durumunu korumaktır (Antai-Otong, 2001) çünkü uzun süreli strese maruz kalma ya da başarısız müdahaleler de tükenmişlik için risk taşır (Almén, Lisspers, Öst, ve Sundin, 2020). Stresle başa çıkmak, kişinin kaynaklarını çoğaltarak içsel ve dışsal baskıyı dengelediği bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Duygusal denge kazanarak stres hissini azaltmayı amaçlayan her bir özel davranış teknik olarak tanımlanabilirken strateji ise bilimsel teorilere göre tanımlanmış ve sınıflandırılmış yöntemler bütünüdür (Miedziun ve Czabda, 2015).

Carson ve Kuipers'in (1998) stres modelinde belirgin mesleki stres faktörleri, büyük yaşam olayları, küçük ama kümülatif etkili yaşam olayları olmak üzere üç ana stres kaynağı, stresör olarak tanımlanır. Sonrasında stresin derecesini etkileyen iyi sosyal ilişkiler içinde olma, özsaygı, duygusal stabilite ve işlevsel başa çıkma becerilerine sahip olma gibi faktörlerden söz edilir. Son olarak da stresin sonuçları pozitif ve negatif stres olarak ifade

edilir. Pozitif stres psikolojik sağlık ve yüksek iş doyumu ile bağlantılıyken, negatif stres tüklenmişlik ve düşük iş doyumu ile alakalıdır. Stres yönetimi müdahaleleri de bu çerçeveden hareketle üç boyutta ele alınabilir; ilki strese yol açan çevrenin değişimi, ikincisi kişinin kendi değerlendirme biçimini ve değerlendirmelerini değerştirmesi ve üçüncüsü ise stres etmeni ile daha etkili bir şekilde baş etme stratejilerinin geliştirilmesidir (Edwards ve Burnard, 2003; Coyle, Edwards, Hannigan, Fothergill ve Burnard, 2005).

Stres yönetimi stratejilerinin farklı kategorilerde ele alındığı çalışmalar mevcuttur. Bunlardan Lazarus ve Folkman'ın (1988) kategorizasyonu *problem odaklı başa çıkma*, *kendini kontrol ederek başa çıkma*, *sosyal destek ile başa çıkma*, *pozitif değerlendirme ile başa çıkma*, *mesafelenme ile başa çıkma*, *kabul-red bağlamında başa çıkma* olarak maddelenmektedir. Moos'un (1995) kategorizasyonu ise problem odaklı (mantıksal analiz ve pozitif değerlendirme) ve duygu odaklı (bilişsel kabul-red) olmak üzere *aktif bilişsel stratejiler*; problem odaklı (problemi çözmeye yönelik bilgi, eylem, destek) ve duygu odaklı (duygusal boşalım, ikame tatmin) olmak üzere *aktif davranışsal stratejiler* olarak ayrımlanabilir. Son olarak Carver'in (1989) kategorileri *durumu değerştirme odaklı* (problem odaklı başetme) ve *duygu odaklı* (başetme odaklı duygular) stratejilerdir (akt. Miedziun ve Czabda, 2015). Tüm bu tanımlamalar ve sınıflandırmalardan yola çıkarak stresi yönetme stratejilerini bilişsel ve davranışsal stratejiler olarak iki gruba ayırmak mümkündür (Sönmez, 2013).

Stresle başa çıkmada kullanılan teknikler ise Sek (2002; akt. Miedziun ve Czabda, 2015) tarafından şu şekilde sınıflandırılmıştır; *fiziksel* (yürümek, egzersiz yapmak, fiziksel işte çalışmak), *ikame tatmin* (resim yapmak, müzik dinlemek, hobiler, arkadaşlarla buluşmak, yaratıcı aktivitelerde bulunmak), *mesafelenmek* (problemden bir adım geri durmak, uyumak, mizah, durumu unutmak, hayallere dalmak, durumu rasyonalize etmek, stres faktörlerini görmezden gelmek); *kaçış* (yemek yemek, riski davranışlar, madde bağımlılığı, dini faktörler); *problem çözme* (problemin çözümüne odaklanmak, analiz etmek ve eylem planlamak); *destek* (diğer kişilerden ya da uzmanlardan destek almak); *gerilimi düzenleme* (gevşeme, meditasyon, nefes teknikleri, kas gevşetme teknikleri, Jacobson'un aşamalı kas gevşetme egzersizleri, Schulz'un otojenik eğitimi, imajinason, duyuşsal hislere odaklanma, kendini doğrulama ve kendine öneriler sunma); *pasif kalma* (pasif bekleme, eylemsizlik) (akt. Miedziun ve Czabda, 2015). Bu sınıflandırmaya dayalı olarak gerçekleştirilen ve genel popülasyonda stresli durumlarda en fazla hangi başa çıkma

tekniklerinin kullanıldığını tespit etmek amacıyla yapılan bir araştırma gerçekleştirilmiş, problem çözmeye odaklanmak, ikame tatmin ve mesafelenme tekniklerinin daha çok kullanıldığı ifade edilmektedir. Aynı çalışmanın bir başka sonucu da insanların stres seviyelerine ve başatme tekniklerine ulaşılabilirlik durumlarına göre çeşitli teknikler kullandıklarıdır. Bilgi ve beceri teşviki ile kişinin kendisine uygun teknikleri seçerek durumu daha sağlıklı ele alma şansının olduğu da ifade edilmiştir (Miedziun ve Czabda, 2015).

Stresi yönetmenin en etkin yolu sorunu farklı düzeylerde ele almaktır. Örgütsel düzeyde stres faktörlerini ortadan kaldırmanın, eğitim ve yönetim kanalıyla stresin olumsuz etkilerini en aza indirmenin ve iş kaynaklı stresle mücadele eden çalışanlara kurum içi düzenlemeler yoluyla da yardım etmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Edwards ve Burnard, 2003).

Literatürde stres yönetimi müdahalelerinin etkililiğini araştıran farklı tekniklerin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Nefes egzersizlerine, iyilik halini yükselterek öz bakımı desteklemeye, gevşeme tekniklerine ya da bilişsel davranışçı çerçeveden stresin ele alınmasına odaklanan çalışmalar mevcut olup bu tekniklerin her birinin tek başına uygulandığı ya da bir program çerçevesinde sunulduğu müdahale tekniklerine rastlamak mümkündür (Almén ve diğerleri, 2020; Asplund, 2019; Brunero ve diğerleri, 2008; Ghannam, Afana, Ho, Al-Khal ve Bylund, 2020; Kantziari ve diğerleri, 2019; Koehler, 2012; Laborde, Allen, Göhring ve Dosseville, 2017).

Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin stres faktörlerini ve stres yönetimi müdahalelerinin etkinliğini belirlemek amacıyla, 1966 ve 2000 yılları arasında İngilizce olarak yayınlanan ve katılımcıları özellikle ruh sağlığı hemşireleri olarak tanımlayan araştırmaların sistematik bir incelemesi yapılmıştır. Gevşeme teknikleri, davranışsal eğitim teknikleri ve stres yönetimi odaklı atölye çalışmaları en etkili müdahaleler olarak bulunmuştur. Davranışsal müdahalelerin iş doyumunu arttırarak hastalık riskini azalttığı, gevşeme tekniklerinin kaygı ve stresle başa çıkmada etkili olduğu, aşamalı kas gevşetme egzersizine ve stres yönetimine dayalı stres yönetimi atölyelerinin tükenmişlik seviyesini azalttığı, uzun dönemli eğitimsel müdahalelerin ve kişinin yaşadığı sorunu empatik bir çerçeveden kavramsallaştırmasına yardım eden ve etkili baş etme stratejilerini öğretmeye odaklı psikososyal yaklaşımın stresi ve tükenmişliği azalttığı belirtilmiştir (Edwards ve Burnard, 2003).

Stres yönetimi müdahalelerinde stresli olma deneyimini tanımak ve bedenin stres karşısında nasıl tepkiler verdiğini biliyor olmak önemlidir. Bu, kişinin stres yönetimi için daha sağlıklı bir plan geliştirmesine yardımcı olur (Davis, Eshelman ve McKay, 2008). Birçok stres yönetimi müdahalesinin başlangıcında bu gerekçelerle psikoeğitim ve beden farkındalığı tekniklerinin kullanıldığı düşünülmektedir (Almén ve diğerleri, 2020; Asplund, 2019; Brunero ve diğerleri, 2008; Kashani ve diğerleri, 2014; Koehler, 2012).

Gevşeme egzersizleri, stres yönetimi müdahalelerinde en etkili tekniklerden biridir (Almén ve diğerleri, 2020; Edwards ve Burnard, 2003; Miedziun ve Czabda, 2015). Jacobson'un (1929) aşamalı kas gevşeme egzersizi ya da otojenik gevşeme egzersizi gibi farklı tekniklerin kullanılmaktadır (Davis ve diğerleri, 2008; Payne, 2010). Bu kapsamda bir başka sıkça kullanılan teknik de görselleştirme tekniğidir. İmajinasyonla gevşeme olarak da anılan bu teknikte nefes, gevşeme ve görselleştirme birlikte kullanılır (Davis ve diğerleri, 2008). Gevşeme egzersizleri ile psikolojik gerginliğin azaltılması hedeflenir ve gerilimli hal ile rahatlamış hal arasındaki ayırım deneyimlenmiş olur. Bedenin kaygıya yanıt vermesi, çoğu zaman kaygıyı arttıran bir unsur olduğundan bu farkın deneyimlenmesi yoluyla kişinin kendi bedeni ve kaygı duygusu üzerindeki kontrol hissi de baş etmede önemli bir destekleyicidir. Gebeliklerinin ikinci trimestrinde olan 40 gebe ile gerçekleştirilen bir stres yönetme müdahale programında gevşeme teknikleri ve nefes teknikleri öğretilmiş ve katılımcılara verilen bir el kitapçığı ile takibi sağlanmıştır. Program sonunda yapılan ölçümler katılımcıların stres seviyelerinde azalma olduğunu göstermiştir (Kantziari ve diğerleri, 2019).

Nefes egzersizleri de stres yönetme müdahalelerinde tek başına ya da farklı tekniklerle birleştirilerek kullanılan önemli uygulamalardan biridir (Brown ve Gerbark, 2012; Davis ve diğerleri, 2008; Laborde ve diğerleri, 2017; Miedziun ve Czabda, 2015). Nefes almanın yaşamın temeli olduğu yaklaşımıyla doğru bir şekilde nefes almamanın ve bazı solunum örüntülerinin kaygı, panik atakları ve depresyon semptomlarını arttırdığı ifade edilmektedir (Davis ve diğerleri, 2008). Yavaş tempolu solunum müdahalesinin zihinsel yetersizliği olan ergenler üzerindeki stres seviyesi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki grubun yer aldığı deneysel çalışmada, müdahale grubuna yavaş tempolu solunum eğitimi verilmiş, kontrol grubuna ise yalnızca sesli kitap dinletilmiştir. Programın sonunda nefes egzersizinin stresi azaltmak üzerinde sesli kitap dinlemeye göre daha etkili olduğu ifade edilmiştir (Laborde vd., 2017).

Davranışsal stres yönetimi müdahalelerinin yüksek düzeyde stres bildiren kişiler üzerindeki etkililiğini araştırmak için bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 73 kişi katılmış olup müdahale ve kontrol grubunun bulunduğu deneysel bir çalışmadır. Müdahale grubuna, “*Her Gün Denge*” olarak adlandırılan program uygulanmıştır. Bu program, literatürdeki stres-stresör-tepki ilişkisine odaklanan müdahale programlarının aksine iyilik halini yükseltmeye odaklıdır. Bu noktada, iyilik haline yapılacak vurgunun stres tepkilerini azaltmaya yönelik yapılacak vurgudan daha önemli olduğu varsayılır. Çalışmada elde edilen ön test, son test ve izlem ölçümlerde tükenmişlik, anksiyete ve depresyon seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş bulgulanmıştır. Araştırmacılar, strese iyileşme perspektifinden yaklaşmanın kişiyi -stresli olmanın kendisinin strese sebebiyet verdiği- meta-stres durumundan da koruduğunu ve normalleşmeye yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (Almén ve diğerleri, 2020). Bir başka çalışmada, sağlık alanında görev yapmakta olan profesyonellere stres yönetimi eğitimi uygulanmıştır. Söz konusu eğitim müdahalesi bir gün sürmüş ve atölye çalışması şeklinde düzenlenmiştir. Eğitimin amacı baskı altında ortaya çıkan stres tepkilerini anlamak ve temel stres yönetim tekniklerini aktarmaktır. Eğitim içeriği ise BDT teknikleri, iyi oluş ve gevşeme teknikleri konularını kapsamaktadır. Çalışmanın bir dikkat çekici tarafı, ABD temelli bir müdahale programı olarak, Doğu ülkelerinden Katar’da bulunan küçük bir hastane personeline yönelik gerçekleştirilmesidir. Araştırmaya dahil edilen 256 katılımcının program sonunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve iş doyumunu puanlarının iyileştiği, ayrıca sonraki ölçümlerde de iyilik halinin devam ettiği ifade edilmektedir (Ghannam ve diğerleri, 2020).

ÇADEM-TP’de stres yönetimi müdahaleleri kapsamında ikinci oturumun birinci bölümünde *Beden Odaklı Müdahale* ve *Bilişsel Odaklı Müdahale* olmak üzere her iki strateji kümesine de yer verilmiştir. Beden odaklı stresi yönetme tekniklerinden beden farkındalığı, nefes ve gevşeme egzersizlerinin etkisi ve farklı nefes tekniklerinin öğretilmesi (kısa gevşeme, aşamalı kas gevşetme, imajinasyon ile gevşeme, güvenli yer egzersizi, derin nefes egzersizi, farkındalıkla nefes egzersizi) gibi hem teorik hem uygulamalı kısımlar bulunmaktadır; bilişsel odaklı müdahalelerden stres kaynaklarının düşünsel düzeydeki etkilerini hedef alan düşünce farkındalığı ve bilişsel çarpıtmaları tespit etme egzersizleri (*Yanılıcı Düşünceleri Yakalama* egzersizi ve *Düşünce İnceleme* egzersizi) uygulanmıştır. Aynı zamanda iyi oluşun yükseltilerek stresin azaltılması hedefiyle de öz-bakım odaklı müdahalelere (*Özbakım Değerlendirme* ve *Özbakım Planı*) yer verilmiştir.

3.6.4. Programın İçeriği ve Uygulama Süreci

Çok Boyutlu alışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik nleme Programı (ADEM-TP), her biri üçer saatlik  oturumdan oluşan bir müdahale programı olarak geliştirilmiştir. Her bir oturum iki bölümden oluşmakta ve her bölümde belli bir konu alanına odaklanılmaktadır. Uygulamanın ana konuları Tablo 3.2.'de; kılavuzun zet formu ise EK-14'te verilmiştir.

Tablo 3.2. ADEM-TP oturumlarının bölümleri ve ana konuları

Oturum	Odaklanılan Ana Konular	
	Birinci Bölüm	İkinci Bölüm
1. Oturum	Giriş ve Tanışma	Psikoeğitim
2. Oturum	Beden Odaklı Müdahale	Bilişsel Odaklı Müdahale
3. Oturum	Değerler	Özbakım Odaklı Müdahale

ADEM-TP'nin bu modüler yapısı bir buçuk saatlik oturumlardan oluşan altı oturumla da uygulama yapılabilmesi hedeflenerek tasarlanmıştır. Bu sayede farklı ortam ve koşullarda daha kısa sürelerde uygulanması mümkün hale getirilmiş ve aynı zamanda grup ya da bireysel uygulamalarda da kullanılabilir bir model olması amaçlanmıştır.

Uygulamalar her iki kurumda da birbirini takip eden üç hafta içerisinde gerçekleştirilmiş ve oturumlar için her hafta aynı gün, aynı saatte ve aynı yerde toplanılmıştır. Oturumlar süresince iki bölümün arasında on beş dakikalık bir mola verilmiştir. Uygulamalar 1 Nisan 2019 ile 18 Nisan 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırma kapsamında 3 oturum olarak uygulanan ADEM-TP'nin ilk oturumunda tanışma ve ısınma sürecinin ardından grup yürütücüsü genel bir bilgilendirme yaparak başlar. Bu bilgilendirme, öncelikli olarak müdahale programının yapısına, süresine, akışına, içeriğinde nelerin yer alacağına odaklıdır. Bunun yanı sıra program boyunca ve oturumlar

sırasında dikkat edilecek kurallar hakkında da bilgilendirme yapılır. Grup içi kurallar ise katılımcıların da dahil oldukları bir tartışma ile birlikte belirlenir. Katılımcıların beklentilerinden yola çıkarak oluşturulan bu kural listesi oturumların gerçekleştirileceği salona asılır ve program boyunca orada muhafaza edilmesi sağlanır. Genel kuralları içeren bir liste de bu aşamada katılımcılara dağıtılır. Oturum Kuralları Listesi E-15'te sunulmuştur. Grup yürütücüsü katılımcılara oturumlar boyunca kullanacakları materyalleri dağıtır. Bu materyaller, katılımcıların ev ödevlerini ve oturumlarda yaptıkları çalışmalarını muhafaza etmelerini sağlamak amacıyla birer adet telli dosya, birkaç adet şeffaf dosya, gerekli hallerde not alabilmek için kağıt ve kalemdir. Katılımcılardan kendilerine verilen dosyaları her oturumda yanlarında bulundurmaları istenir. Daha sonra birinci oturumun ikinci bölümünde ikincil travma, tükenmişlik ve stres konularını odağa alan psikoeğitim ve öz farkındalık çalışmaları gerçekleştirilir.

İkinci oturumda stres yönetimi üzerine yapılandırılmış bilişsel davranışçı uygulamalara, nefes ve gevşeme egzersizlerine yer verilmiştir. Katılımcıların zorlayıcı durumlar karşısındaki dayanıklılığının ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine odaklanılır. Oturumun birinci kısmı beden odaklı müdahalelere ayrılmıştır ve bu kısımda stresin beden üzerindeki etkisi, beden farkındalığı, nefes ve gevşeme egzersizinin bu alandaki işlevleri üzerinde durulur. Grup katılımcılarına nefes ve gevşeme egzersizleri konusunda eğitim verilir. Katılımcıların farklı gevşeme uygulamalarını grup yürütücüsü eşliğinde oturum içi etkinlik olarak deneyimlemesi sağlanır. Oturumun ikinci bölümü bilişsel müdahaleler üzerinedir. Bu bölümde ise düşüncelerin duygudurum ve davranışlar üzerindeki etkisini fark etmeye ve düşünce sistemindeki hatalı yanları gidermeye yönelik çalışmalara yer verilmiştir.

Programın son oturumunda ise katılımcıların yaşamdaki değerlerini anlama ve onlara yönelmenin yanı sıra psikolojik özbakım ve iyilik hali becerilerin geliştirilmesi, pekiştirilmesi, gündelik yaşama uyarlanması, davranış değişikliklerinde sürekliliğin sağlanması gibi konulara odaklanılır ve oturum kapanış çalışmaları ile tamamlanır.

Her bir oturum, önceki oturumun gündemlerinin özetlenmesi ve ev ödevlerinin değerlendirilmesi ile başlar ve yeni oturumun ana konuları ile devam eder; yeni ev ödevlerinin verilmesi ve ilgili oturumun özetlenmesi ile de sonlandırılır. Oturumlarda, uygulayıcının sözlü anlatımı, bilgisayar sunusu, video gösterimi, canlandırma, yaşantısal

öğrenme, grup içi sözel etkileşim ve bireysel kağıt kalem egzersizlerinden yararlanılmaktadır.

Müdahale programının modülleri, oturum başlıkları, ana konular, yararlanılan kuram ve teknikler ile hedeflenen kazanımların sunulduğu görsel EK-13'te sunulmuştur.

3.7. Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun KÜ GOKAEK 2019/05.20 karar numarası ile 20.03.2019 tarihinde onaylanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler Statistical Program for the Social Sciences SPSS 20 paket programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir (IBM, 2011). Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren (parametrik) sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi, normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) iki grubun sayısal verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, grup sayısı ikiden fazlaysa Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ön test (0. hafta) ve son test (4. hafta) ölçümlerin incelenmesinde normal dağılım gösteren değişkenler için eşleştirilmiş örnekleme t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Wilcoxon testi kullanılmıştır. Üç farklı zaman aralığında sayısal verilerdeki değişimin gruplar arasındaki farkını ölçmek için tekrarlı ölçümler analizi (repeated measures test) kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek amacı ile kategorik değişkenlerde Fisher's Exact kare testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin birbiriyle ilişkisini belirlemek için dağılımlar göz önünde bulundurularak Pearson veya Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu kısımda araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlere ilişkin bulgulara yer verilecek olup bunlar üç ana başlıkta aktarılacaktır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular birinci bölümde sunulmuştur. Katılımcıların travmatik stres, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerinin ve bunlara etki eden sosyodemografik ve diğer değişkenlerin araştırıldığı analizlere ikinci bölümde yer verilmiştir. ÇADEM-TP'nin etkililiğine ilişkin bulgular ise üçüncü alt başlıkta aktarılmıştır.

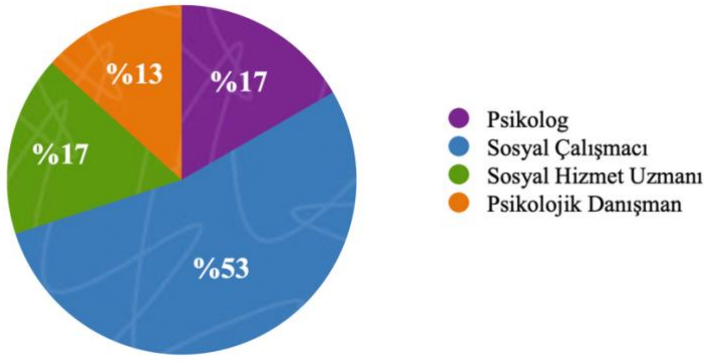
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 25 kadın (%83.33) ve 5 erkek (%16.67) olmak üzere toplam 30 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 25,87 (± 2.68) yıldır. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri (s=30)

		Müdahale	Kontrol	p
Cinsiyet (s, (%))	Kadın	13 (86.67)	12 (80.00)	0.623
	Erkek	2 (13.33)	3 (20.00)	
Medeni Durum (s, (%))	Bekar	14 (93.33)	14 (93.33)	1.00
	Evli	1 (6.67)	1 (6.67)	
Yaş (Yıl, ort \pm ss)		25.33 \pm 2.55	26.40 \pm 2.79	0.305
Eğitim Durumu (Yıl, ort \pm ss)		16.40 \pm 1.72	12.13 \pm 0.51	<0.001

Çalışmaya katılanların 14'ü (%46.67) Mülteciler Derneği'nde, 16'sı (%53.33) Hayata Destek Derneği'nde çalışmaktadır. 16 kişi (%53.33) sosyal çalışmacı, 5 kişi (%16.67) psikolog, 5 kişi (%16.67) sosyal hizmet uzmanı ve 4 kişi (%13.33) psikolojik danışmandır (Şekil 4.1.). Meslekteki süreleri ortancası 13 (8-24) aydır. Halen çalıştıkları kurumdaki çalışma süreleri ortalama 9.63 \pm 7.24 aydır.



Şekil 4.1. Çalışmaya katılanların mesleki özellikleri (s=30)

Çalıştığı kurumda, hizmet verdiği alanların kapsamına giren konularda bilgi ve becerilerini arttıracak eğitimler alması sağlanan 23 kişi (%76.67) vardır. Danışanlar ve/veya yararlanıcılara yönelik çalışmalarıyla ilgili, zorlandıkları süreçlerde destek olması amacıyla süpervizyon alan 21 kişi (%70.00) vardır. Çalışanların %16.67'si bireysel psikoterapi almaktadır. Son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevdiği birini kaybeden, tanısı konmuş fiziksel hastalığı olan ve tanısı konmuş psikiyatrik hastalığı olan kimse yoktur.

Katılımcıların psikososyal destek verdiği gruplar incelendiğinde tüm çalışanların mülteci kişi ve gruplarla çalıştığı, eşzamanlı olarak %80'inin çocuklarla, %63.3'ünün kadınlarla, %40'ının fiziksel şiddet ve %33.3'ünün ise aynı zamanda cinsel şiddet öyküsü olan kişilerle çalıştığı görülmüştür. Çalışılan diğer kişi ve gruplar sırasıyla; kronik hastalığı olan bireyler, azınlık gruplara mensup bireyler, yaşlılar, engelli bireyler, afet yaşayanlar, terör saldırısı yaşayanlar, LGBTİ bireyler, işkence yaşamış bireyler ve savaş gazileridir.

Katılımcıların yaşam boyu maruz kaldıkları travmatik yaşam olaylarını belirlemek amacıyla 16 farklı travmatik yaşam olayını 4 maruziyet türüne göre değerlendiren Yaşam Olayları Kontrol Listesi (LEC) sonuçları incelendiğinde katılımcıların %46'sının doğal afeti, %40'ının herhangi bir çok stresli olayı ve %10'unun istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyimi bizzat deneyimlediği, %26.6'sının fiziksel saldırıya ve %23.3'ünün yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanma olayına bizzat şahit olduğu görülmüştür.

4.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi Travmatik Stres, Algılanan Stres, Psikolojik Sağlık, İyilik Hali Düzeyleri ve Bunlarla İlişkili Faktörler

Örneklemin tamamından elde edilen ön test bulgularına göre katılımcıların 0. hafta Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL) taramasındaki puan ortalaması 24.60 (± 13.53) olarak bulunmuştur. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutu olan Mashlach Tükenmişlik Ölçeği'nde katılımcıların puan ortalamalarının duygusal tükenme alt ölçeğinde 20.10 (± 6.98) duyarsızlaşma alt ölçeğinde 7.27 (± 2.20) ve kişisel başarı alt ölçeğinde ise 27.43 (± 5.69) olduğu görülmektedir. Bu bulgular TSSB belirtileri yönünden örneklemin ortalama olarak, kesme puanının altında kalan seviyede ancak orta düzeyde belirtilere sahip olduğu ve tükenmişlik açısından ise artmış DT ve D puanları ve buna karşın yüksek KB puanları ile yüksek seviyede bir tükenmişliğe sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Tüm ölçeklere ait ortalama puanlar Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çalışmaya katılanların 0. haftada (ön test) ölçek puanlarından aldıkları ortalama/medyanlar (s=30)

	Ort (ss) / Medyan (Min.-Maks.)	Puan Aralığı	Kesme Noktası
PCL (Travmatik Stres Belirtileri)	27 (4-61)	0-80	47
MTÖ-DT (Duygusal Tükenme)	18 (9-34)	0-36	-
MTÖ-D (Duyarsızlaşma)	7.27 (± 2.20)	0-20	-
MTÖ-KB (Kişisel Başarı)	27.43 (± 5.69)	0-32	-
AS (Algılanan Stres)	19.50 (9-30)	0-40	-
PİO (Psikolojik İyi Oluş)	43.20 (± 5.17)	8-56	-
PS (Psikolojik Sağlık)	65 (38-85)	0-100	-

PCL: DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi – PCL-5

MTÖ: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği

DT: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duygusal Tükenme alt ölçeği

D: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duyarsızlaşma alt ölçeği

KB: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Kişisel Başarı alt ölçeği

AS: Algılanan Stres Ölçeği

PİO: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

PS: Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği

Yaş, eğitim ve çalışma süresi gibi sürekli verilerden oluşan değişkenler ile çalışanların ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre ölçekler ile anlamlı ilişkisi olan tek bulgu kişisel başarı puanı ile meslekteki çalışma süresi ilişkisinde görülmüş olup; iki değişken arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ($p=0.023$). Bunun dışındaki yaş, eğitim ve meslekte geçen süre değişkenleri ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Çalışanlarda ölçekler ile sürekli demografik verilerin karşılaştırılması (s=30)

		Yaş	Eğitim	Çalışma Süresi (ay)
PCL	r	0.215	-0.69	0.080
	p	0.253	0.717	0.674
MTÖ-DT	r	-0.196	0.093	-0.105
	p	0.300	0.625	0.580
MTÖ-D	r	-0.200	0.061	0.127
	p	0.289	0.749	0.505
MTÖ-KB	r	-0.116	0.181	0.413
	p	0.543	0.339	0.023
AS	r	-0.003	0.011	0.033
	p	0.988	0.952	0.864
PİO	r	-0.130	-0.057	0.003
	p	0.493	0.765	0.988
PS	r	-0.165	-0.047	0.077
	p	0.383	0.806	0.686

PCL: DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi – PCL-5

MTÖ: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği

DT: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duygusal Tükenme alt ölçeği

D: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duyarsızlaşma alt ölçeği

KB: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Kişisel Başarı alt ölçeği

AS: Algılanan Stres Ölçeği

PİO: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

PS: Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Çalışanlardaki ölçek puanları ile cinsiyet, medeni hal, meslek gibi kategorik demografik verilerin ilişkisi tablo 4.4'te ve 4.5'te gösterilmiştir. Buna göre ölçek puanları cinsiyet ve medeni durum açısından karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında ve benzer

şekilde evli ve evli olmayanlar arasında tüm ölçekler açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Çalışanlarda MTÖ ile kategorik demografik verilerin karşılaştırılması (s=30)

		MTÖ-DT		MTÖ-D		MTÖ-KB	
		Ort/ss	p	Ort/ss	p	Ort/ss	p
Cinsiyet	Kadın	20.52±7.06	0.516	7.20±2.27	0.300	27.44±4.46	0.355
	Erkek	18±6.96		7.80±1.64		27±10.84	
Medeni Hal	Evli	16±1.41	0.372	6.50±2.12	0.662	27.29±5.84	0.777
	Bekar	20.39±7.14		7.36±2.19		27.29±5.84	
Meslek	SHU	15.60±5.22	0.078	7.20±1.64	0.154	29.40±6.10	0.803
	P	18.40±8.90		7±3.93		26.60±2.88	
	SÇ	20.47±6.16		6.94±1.43		26.76±6.52	
	PD	28.33±5.51		10±1.73		28.67±5.03	
Süpervizyon alıyor mu?	Evet	19.95±6.74	0.894	6.90±1.54	0.397	27.10±6.17	1.00
	Hayır	20.44±7.95		8.22±3.11		28±4.77	
Hizmet içi eğitim alıyor mu?	Evet	19.04±6.49	0.174	7.35±2.10	0.666	27.91±5.97	0.107
	Hayır	23.57±7.93		7.14±2.54		25.57±4.72	
Bireysel psikoterapi alıyor mu?	Evet	18.80±8.04	0.627	7.20±1.48	0.787	26±4.84	0.448
	Hayır	20.36±6.91		7.32±2.30		27.64±5.92	
Terapötik müdahalede bulunuyor mu?	Evet	22.13±8.96	0.662	8.13±3.48	0.765	27.38±3.62	0.662
	Hayır	19.36±6.20		7.0±1.44		27.36±6.38	

MTÖ: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği

DT: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duygusal Tükenme alt ölçeği

D: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duyarsızlaşma alt ölçeği

KB: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Kişisel Başarı alt ölçeği

Çalışanların görevleri kapsamına giren konularda bilgi ve becerilerini arttıracak eğitimler almasının veya süpervizyon alıyor olmanın ölçek puanları üzerindeki olası

etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen değerlendirmelerde, çalışanların süpervizyon ya da hizmet içi eğitim alıp almamalarıyla, ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$). (Tablo 4.4; Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Çalışanlarda PCL, AS, PİO, PS ölçekleri ile kategorik demografik verilerin karşılaştırılması (s=30)

		PCL		AS		PİO		PS	
		Ort/ss	p	Ort/ss	p	Ort/ss	p	Ort/ss	p
Cinsiyet	Kadın	24.88±13.71	1.00	20.80±4.93	0.057	43.08±5.33	0.914	63.08±12.30	0.136
	Erkek	24.60±12.52		15.80±4.60		43.60±4.66		71.80±5.71	
Medeni Hal	Evli	13±11.31	0.193	18.50±6.36	0.717	49±0	0.74	64.50±13.43	0.837
	Bekar	25.68±13.21		20.07±5.19		42.75±5.08		64.54±12.02	
Meslek	SHU	28.20±7.05	0.415	14.80±1.78	0.053	43.60±6.42	0.454	66.60±11.80	0.263
	P	19.20±18.93		21.40±6.46		42.80±4.60		60.80±8.25	
	SÇ	23.76±13.62		20.35±4.58		43.94±4.89		67±11.97	
	PD	34.67±2.51		24±5.57		38.67±5.69		53.33±13.87	
Süpervizyon alıyor mu?	Evet	26±13.02	0.563	20.29±4.31	0.625	42.86±5.19	0.563	64.24±13.23	0.965
	Hayır	22.11±14.36		19.22±7.01		43.89±5.27		65.22±8.46	
Hizmet içi eğitim alıyor mu?	Evet	24.78±14.30	0.774	19.57±5.05	0.564	43.74±5.17	0.226	66.52±10.40	0.207
	Hayır	25±10.32		21.29±5.70		41.29±4.99		58±14.76	
Bireysel psikoterapi alıyor mu?	Evet	26.60±11.05	0.627	19.80±5.16	0.829	41.80±7.56	0.706	61.60±17.61	0.787
	Hayır	24.48±13.89		20±5.26		43.44±4.70		65.12±10.77	
Terapötik müdahalede bulunuyor mu?	Evet	25.0±16.45	0.565	22.38±5.87	0.170	41.25±5.09	0.219	58.0±10.43	0.045
	Hayır	24.77±12.42		19.09±4.72		43.86±5.11		66.91±11.65	

PCL: DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi – PCL-5

AS: Algılanan Stres Ölçeği

PİO: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

PS: Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği

Meslek grubunun ölçek puanları üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla, hem farklı meslek grupları arasındaki farklara bakılmış hem de psikolojik danışmanlık ve/veya

psikoterapötik müdahalede bulunan (psikolog ve psikolojik danışman) çalışan grubu ile psikoterapötik müdahalede bulunmayan ancak psikososyal destek çalışmalarında görev alan (sosyal hizmet uzmanı ve sosyal çalışmacı) çalışanlar olmak üzere iki alt grup oluşturularak bu gruplar arasındaki ölçek puanları farkı değerlendirilmiştir. Tablo 4.4 ve tablo 4.5'te görüleceği üzere, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacı olmak üzere dört meslek grubu için gerçekleştirilen karşılaştırmada ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte, gruplar arasında yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda psikolojik danışmanlar ile sosyal hizmet uzmanları arasında algılanan stres açısından anlamlı ölçüde farklılık olduğu gözlenmiştir. Buna göre, algılanan stres puanının psikolojik danışmanlarda sosyal hizmet uzmanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.036$).

Meslek ile ilgili elde edilen bu bulguya ek olarak, psikoterapötik müdahalede bulunan grup ile psikososyal destek uygulayıcısı grup arasında psikolojik sağlamlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüş olup; buna göre, psikososyal destek uygulayıcısı olan çalışanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin terapötik müdahalede bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır ($p=0.045$). (Tablo 4.4; Tablo 4.5)

4.3. Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) Müdahalesinin Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırmanın “ÇADEM-TP müdahalesine katılımcıların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeyleri üzerinde etkili midir?” sorusuna yanıt bulmak amacıyla 0. hafta (ön test), 4. hafta (son test) ve 8. hafta (izlem) ölçek puanları arasındaki değişim müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.3.1.ÇADEM-TP Müdahalesinin TSSB Puanları Üzerine Etkisi

Müdahale ve kontrol grubu için TSSB puanlarındaki değişim Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre, müdahale grubunda TSSB puanları 22.80 (± 13.65)’den 16.73 (± 13.08)’e düşmüş iken, kontrol grubunda 26.40 (± 13.64)’tan 26.60 (± 13.36)’a yükselmiştir. İki grup arasında müdahale öncesi ve sonrası ölçümlerde TSSB puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde müdahale grubunun puan ortalaması düşmüş olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0.389$). ÇADEM-TP’nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla, katılımcıların TSSB Ölçeğinden aldıkları puanların 0. hafta (ön test), 4. hafta (son test) ve 8. hafta (izlem) ölçek puanları arasındaki değişim üzerinden gösteren grafik Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.6. TSSB ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss)	Ort (ss)	
TSSB-0	22.80 (± 13.65)	26.40 (± 13.64)	0.389
TSSB-4	21.73 (± 16.23)	26.93 (± 13.33)	
TSSB-8	16.73 (± 13.08)	26.60 (± 13.36)	

Tekrarlayan ölçümler analizi, TSSB: DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi – PCL-5
0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri, 4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri, 8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri



Şekil 4.2. ÇADEM-TP’nin TSSB puanları üzerindeki etkililiği

4.3.2.ÇADEM-TP Müdahalesinin Duygusal Tükenme Puanları Üzerine Etkisi

Tablo 4.7’de Duygusal Tükenme alt ölçeği puanlarındaki değişim müdahale ve kontrol grubuna göre gösterilmiştir. Müdahale grubunda duygusal tükenme puanlarının 21.40 (± 6.98)’den 18.87 (± 7.02)’e gerilediği görülüyorken, kontrol grubunda 18.80 (± 6.99)’den 21.20 (± 7.37)’e çıkmış olup Duygusal Tükenme ölçeğindeki değişim gruplar arasında farklılık göstermiştir. Tablo incelendiğinde, kontrol grubunda Mashlach Duygusal Tükenme ölçek değeri 0. haftadan 4. haftaya artmış ve bu artış 8. haftada da görülmüştür. Müdahale grubunda ise Mashlach Duygusal Tükenme ölçek değeri 0. haftadan 4. haftaya artmış fakat 4. haftadan 8. haftaya azalmıştır ($p=0.015$). Ölçek puanlarındaki değişim Şekil 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Duygusal Tükenme ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss)	Ort (ss)	
DT-0	21.40 (± 6.98)	18.80 (± 6.99)	0.015
DT-4	21.53 (± 8.42)	20.13 (± 6.72)	
DT-8	18.87 (± 7.02)	21.20 (± 7.37)	

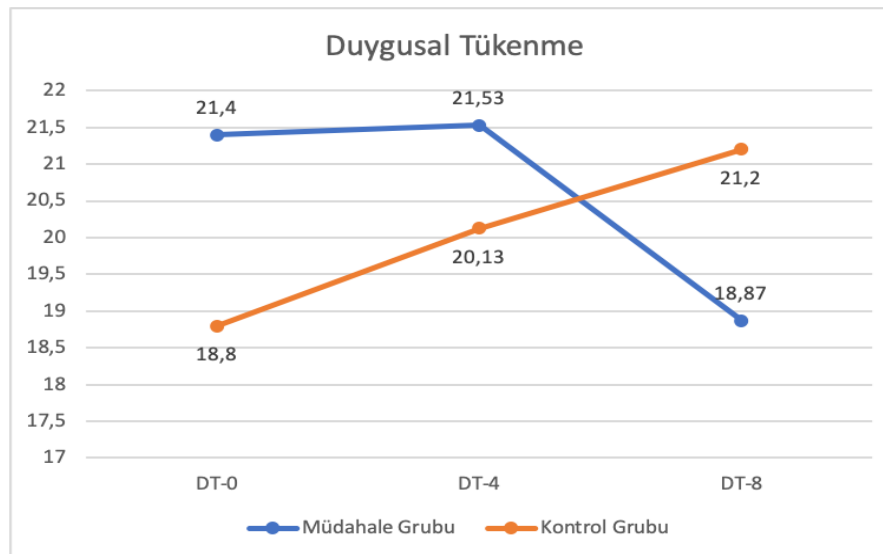
Tekrarlayan ölçümler analizi

DT: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duygusal Tükenme alt ölçeği

0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri



Şekil 4.3. ÇADEM-TP’nin Duygusal Tükenme puanları üzerindeki etkililiği

4.3.3.ÇADEM-TP Müdahalesinin Duyarsızlaşma Puanları Üzerine Etkisi

Duyarsızlaşma puanları müdahale ve kontrol grubuna göre Tablo 4.8’de ve Şekil 4.4’te sunulmuştur. Buna göre, müdahale grubunda D puanları 7.00’den 6.00’ya düşmüş; kontrol grubunda ise 7’den 8’e yükselmiştir. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası izlemde Duyarsızlaşma puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0.569).

Tablo 4.8. Duyarsızlaşma ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Med. (Min-Maks)	Med. (Min-Maks)	
D-0	7.00 (5-9)	7.00 (5-8)	0.569
D-4	9.00 (5-12)	9.00 (6-10)	
D-8	6.00 (5-11)	8.00 (6-10)	

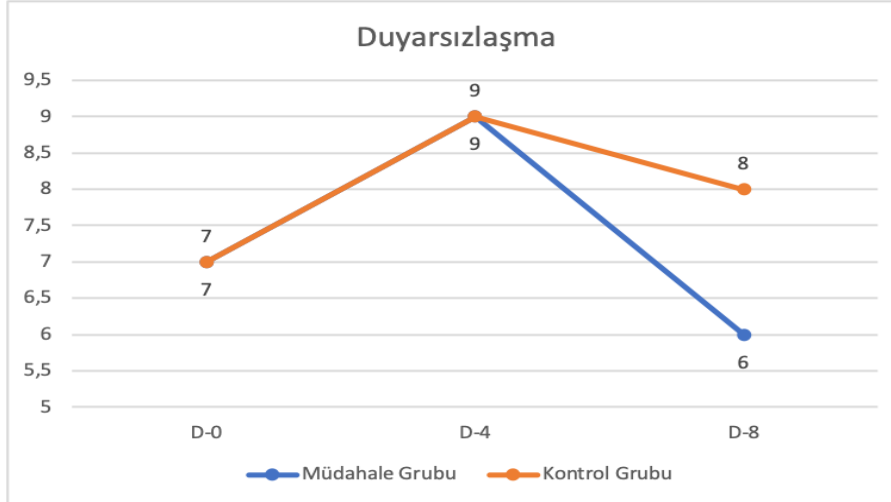
Tekrarlayan ölçümler analizi

D: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Duyarsızlaşma alt ölçeği

0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri



Şekil 4.4. ÇADEM-TP'nin Duyarsızlaşma puanları üzerindeki etkililiği

4.3.4.ÇADEM-TP Müdahalesinin Kişisel Başarı Puanları Üzerine Etkisi

Kişisel Başarı puanları müdahale ve kontrol grubuna göre Tablo 4.9’da ve Şekil 4.5’te sunulmuştur. Buna göre, müdahale grubunda KB puanları 28.20 (± 3.75)’den 27.67 (± 2.06)’e doğru değişmiş; kontrol grubunda 26.67 (± 7.20)’den 29.33 (± 4.42)’e yükselmiştir. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası izlemde KB puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.161$).

Tablo 4.9. Kişisel Başarı ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	
KB-0	28.20 (± 3.75)	26.67 (± 7.20)	0.161
KB-4	29.00 (25-31)	29.00 (26-32)	
KB-8	27.67 (± 2.06)	29.33 (± 4.42)	

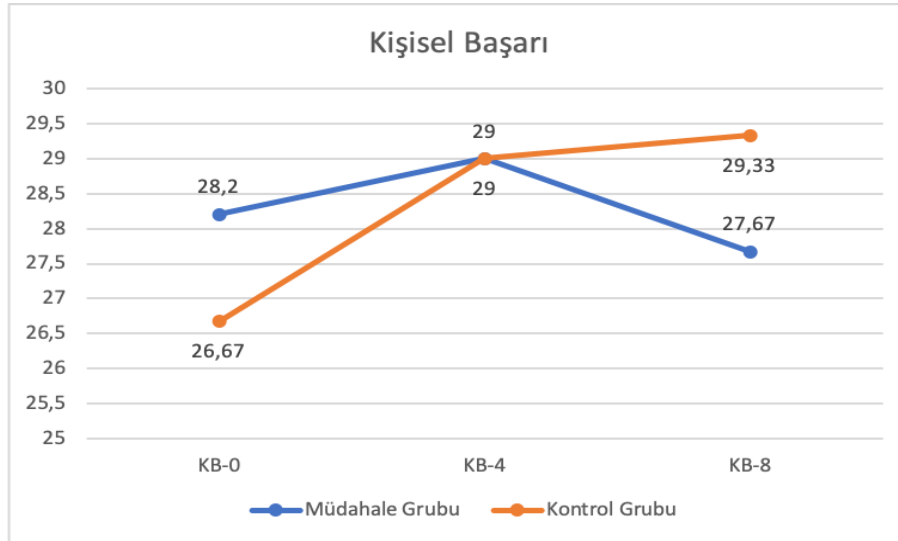
Tekrarlayan ölçümler analizi

KB: Mashlach Tükenmişlik Ölçeği – Kişisel Başarı alt ölçeği

0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri



Şekil 4.5. ÇADEM-TP’nin Kişisel Başarı puanları üzerindeki etkililiği

4.3.5.ÇADEM-TP Müdahalesinin Algılanan Stres Puanları Üzerine Etkisi

Tablo 4.10, müdahale ve kontrol grubundaki algılanan stres puanları değişimini göstermektedir. Buna göre, müdahale grubunda algılanan stres puan ortalaması müdahale grubunda başlangıçta 19.93 (± 4.68) iken 16.20 (± 7.93)'ye düşmüştür. Kontrol grubunda ise başlangıçta 19.73 (± 5.71) olan puan ortalamasının takip ölçümleri sırasında 18.87 (± 5.84) olduğu görülmüştür. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası izlemde algılanan stres puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde müdahale grubunun puan ortalaması belirgin biçimde düşmüş olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0.199$). Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları puanların 0. hafta, 4. hafta ve 8. haftalardaki değişimini gösteren grafik Şekil 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Algılanan Stres ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss)	Ort (ss)	
AS-0	19.93 (± 4.68)	19.73 (± 5.71)	0.199
AS-4	20.33 (± 6.65)	19.07 (± 5.86)	
AS-8	16.20 (± 7.93)	18.87 (± 5.84)	

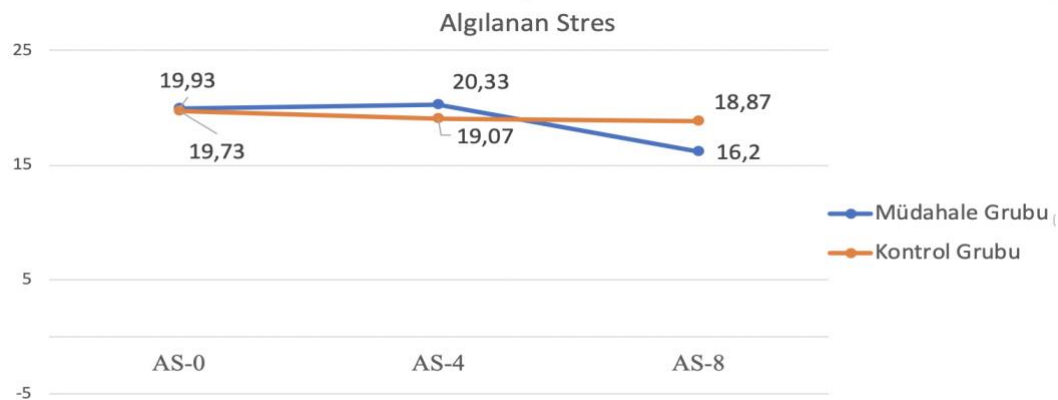
Tekrarlayan ölçümler analizi

AS: Algılanan Stres Ölçeği

0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri



Şekil 4.6. ÇADEM-TP'nin Algılanan Stres puanları üzerindeki etkililiği

4.3.6.ÇADEM-TP Müdahalesinin Psikolojik İyi Oluş Puanları Üzerine Etkisi

Psikolojik iyi oluş puanları müdahale ve kontrol grubuna göre Tablo 4.11’de sunulmuştur. Buna göre, müdahale grubunda PİO puanları 43.00 (± 4.68)’den 43.93 (± 7.50)’e doğru artmış; kontrol grubunda ise 43.40 (± 5.78)’tan 41.33 (± 7.86)’e düşmüştür. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası izlemde PİO puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.451$).

Tablo 4.11. Psikolojik İyi Oluş ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	
PİO-0	43.00 (± 4.68)	43.40 (± 5.78)	0.451
PİO-4	46.00 (41-47)	44.00 (38-48)	
PİO-8	43.93 (± 7.50)	41.33 (± 7.86)	

Tekrarlayan ölçümler analizi

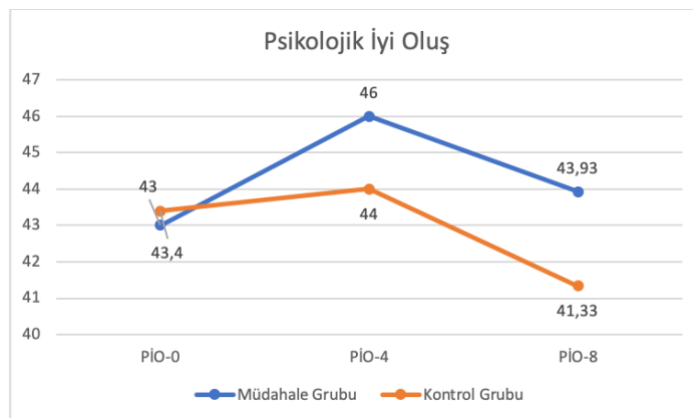
PİO: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

0: Sıfıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri

Katılımcıların Psikolojik İyi Oluş Ölçeği’nden aldıkları puanların 0. hafta, 4. hafta ve 8. haftalardaki değişimini gösteren grafik Şekil 4.7’de sunulmuştur.



Şekil 4.7. ÇADEM-TP’nin Psikolojik İyi Oluş puanları üzerindeki etkililiği

4.3.7.ÇADEM-TP Müdahalesinin Psikolojik Sağlık Puanları Üzerine Etkisi

Psikolojik sağlık puanları müdahale ve kontrol grubu için Tablo 4.12’de verilmiştir. Buna göre, müdahale grubunda psikolojik sağlık puanları 64.87 (± 13.28)’den 66.00 (63-73)’ya yükselmiştir. Kontrol grubunda ise 64.20 (± 10.73)’den 62.00 (51-68)’ye düştüğü görülmektedir. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası izlemde psikolojik sağlık puanları arasında oluşan fark incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalaması yükselmiş olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.156$).

Tablo 4.12. Psikolojik Sağlık ölçek puanları arasındaki değişimin müdahale ve kontrol gruplarına göre incelenmesi

	Müdahale	Kontrol	p
	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	Ort (ss) / Med. (Min-Maks)	
PS-0	64.87 (± 13.28)	64.20 (± 10.73)	0.156
PS-4	63.67 (± 15.15)	63.60 (± 10.72)	
PS-8	66.00 (63-73)	62.00 (51-68)	

Tekrarlayan ölçümler analizi

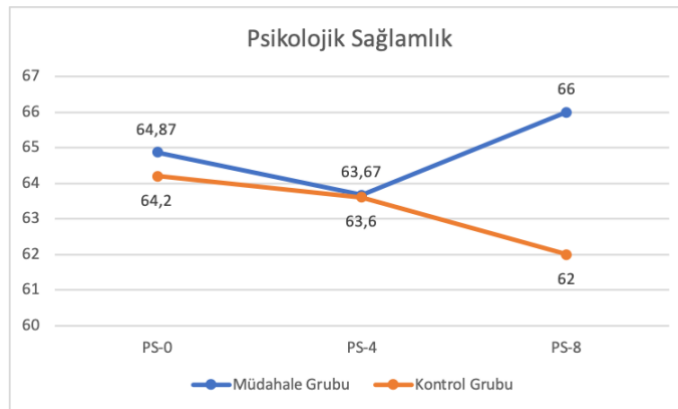
PS: Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği

0: Sıfırıncı hafta / ön test ölçümleri

4: Dördüncü hafta / son test ölçümleri

8: Sekizinci hafta / izlem ölçümleri

ÇADEM-TP’nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla, katılımcıların Psikolojik Sağlık Ölçeği’nden aldıkları puanların değişimini gösteren grafik Şekil 4. 8’de gösterilmiştir.



Şekil 4.8. ÇADEM-TP’nin Psikolojik Sağlık puanları üzerindeki etkililiği

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) psikososyal destek çalışanlarında travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik iyi oluş ve psikolojik sağlamlık düzeylerine etkisi araştırılmıştır. Bu bölümde öncelikle araştırmadan elde edilen bulguların ilgili literatür çerçevesinde değerlendirilmesine yer verilmiştir. Daha sonraki kısımda uygulanan müdahalenin etkililiğine ilişkin sonuçların değerlendirmesi bulunmaktadır. Üçüncü bölüm, müdahale kılavuzunun geliştirilme süreci ve uygulama aşamalarına dair değerlendirmeleri içermektedir. Son kısımda ise araştırmanın sınırlılıklarına ilişkin değerlendirmeler aktarılmaktadır.

5.1. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan psikososyal destek çalışanlarının travmatik stres puanları incelendiğinde katılımcıların tamamının ölçeğin kesme puanının altında bir puan aldığı görülmektedir. Katılımcıların puan ortalaması da göz önüne alındığında travmatik stres belirtilerinin ortalama düzeyde olduğu söylenebilir. Bu bulgu, travmatik yaşam olaylarını deneyimleyen bireylere hizmet veren çalışanlarda ikincil travmanın yüksek oranlarda görüldüğünü ortaya koyan araştırmalarla çelişmektedir (Almaz, 2019; Çakmak ve diğerleri, 2010; Diehm ve diğerleri, 2019; Shah ve diğerleri, 2007; Zara ve İçöz 2015). Öte yandan bu araştırma bulgularını destekler nitelikte, ikincil travma oranının literatürde sunulduğu kadar şiddetli olmayabileceğine ve bu çalışanlar için ön plana çıkan unsurların ikincil travmadan ziyade tükenmişlik ve iş kaynaklı stres olduğuna vurgu yapan çalışmaları da destekler niteliktedir (Birinci ve Erden, 2016; Devilly, Wright ve Varker, 2009; Gürdil, 2014; Van Minnen ve diğerleri, 2000). Elde edilen travmatik stres bulgularındaki farklılık, önceki araştırmacıların da vurguladığı ve bölüm 1.3'te ayrıntılandırıldığı gibi ikincil travma, tükenmişlik ve vekaleten travma deneyimleri arasındaki farklılıklardan etkileniyor olabilir. Bununla birlikte, bahsi geçen araştırmalarda farklı ölçme araçlarının kullanılıyor olması ve örneklem gruplarının seçimi (örn. arama kurtarma çalışanları, terapistler, sosyal hizmet uzmanları) gibi unsurlar sebep olmuş olabilir. Bu çalışmadaki düşük travmatik stres düzeylerinin bir sebebi olarak da araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalamalarının düşük (en

az 21; en çok 35 yaş) ve meslekteki çalışma sürelerinin kısa (en az 8; en çok 24 ay) olması gösterilebilir.

Araştırmanın temel değişkenlerinden biri olan tükenmişlik ile ilgili sonuçlar, ölçeğin üç alt boyutuna ait toplam puanlar hesaplanarak elde edilmiştir. Duygusal tükenme boyutu için katılımcıların puan ortalamaları 18, duyarsızlaşma alt boyutunda puan ortalamaları 7.27 ve son olarak kişisel başarı eksikliği için puan ortalamaları 27.43'tür. Bu sonuçlar katılımcıların her üç boyutta da yüksek düzeyde tükenmişliğe sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgu, travma olgularına çeşitli düzeylerde hizmet vermekte olan çalışanların tükenmişlik düzeylerine dair, diğer pek çok araştırma bulgusu ile örtüşmektedir (Gürdil, 2014; Letson ve diğerleri, 2020; O'Connor ve diğerleri, 2018; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Öles, 2019; Salloum ve diğerleri, 2015; Taycan ve diğerleri, 2006; Yeşil ve diğerleri, 2009; Yeşil ve diğerleri, 2010; Yang ve diğerleri, 2015).

Araştırmada, yaş ile tükenmişlik puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Farklı araştırmalarda katılımcıların yaşı arttıkça tükenmişliğin azaldığında ilişkin bulgular saptanmıştır (Betts Adams, Matto ve Harrington, 2001; Gürdil, 2014). Öte yandan, yaşın tükenmişlikle ilişkisinin değerlendirildiği O'Connor ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) yaştaki artışın tükenmişlik alt boyutlarından olan duyarsızlaşmayı arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Çalışmada yaş ile travmatik stres puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde, çalışanlarda travmatik stres ve ikincil travmatizasyonu araştıran farklı çalışmalarda da bu bulguyu destekleyen sonuçlara rastlanmaktadır (Gürdil, 2014; Kahil, 2016). Bu bulgulara zıt olarak, Erdener (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise katılımcılarda yaşın artması ile beraber travmatik stres belirtilerinde belirgin şekilde azalma olduğu bulgulanmıştır. Yaş değişkenine ilişkin elde edilen bu sonucun araştırmaya katılanların yaş ortalamasının düşük (25.87) olması ve örneklemin küçük olması ile alakalı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların travmatik stres ve tükenmişlik düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulguya tezat olarak literatürde düşük eğitim seviyesine sahip çalışanların daha yüksek tükenmişlik yaşadığına ilişkin araştırma bulguları mevcuttur (Öles, 2019). Adli görüşmeci olarak görev yapan ve cinsel istismar mağdurları ile çalışan

psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve çocuk gelişimcisi çalışanlardan oluşan örnekleme gerçekleşen bir çalışmada ise yüksek eğitim düzeyi daha yüksek tükenmişlik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Orhan, 2020).

Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre yani mesleki deneyimleri ile travmatik stres belirtileri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, psikososyal destek çalışanları örnekleminde travmatik stres belirtileri ile mesleki deneyim arasında anlamlı ilişki bulgulamayan geçmişteki çalışmalarla da desteklenmektedir (Baird ve Jenkins, 2003; Çolak ve diğerleri, 2012; Gürdil, 2014; Peron ve Hiltz, 2006). Bu bulgularla tezat olarak, 11 Eylül saldırıları sonrasında olaydan etkilenen bireylerle çalışan psikoterapistler arasında gerçekleştirilen bir araştırmada, daha az mesleki deneyime sahip olan terapistlerin ikincil travma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Creamer ve Liddle, 2005). Öles'in araştırmasında (2019) ise çalışma süresi 3 yıl ve altında olan kişilerin 4-9 yıl arası olan kişilere göre daha fazla ikincil travmatik stres deneyimledikleri; 10 yıl ve daha fazla süredir çalışanlar ile diğer gruplar arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı sonuç tespit edilmediği bildirilmiştir. Bununla birlikte, Kahil (2016), meslekte çalışma süresi 11-15 yıl olan çalışanların mesleğini 1-5 yıldır sürdürmekte olan çalışanlardan daha yüksek travmatik stres belirtilerine sahip olduğunu bulgulamıştır.

Mesleki deneyim ile tükenmişlik arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, meslekte geçen süre ile kişisel başarı eksikliği puanları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre, meslekteki deneyim arttıkça çalışanların karşılaştıkları sorunların üstesinden gelememesi ve/veya kendisini yetersiz görmesi durumunun da artmakta olduğu söylenebilir. Sprang ve arkadaşları tarafından (2007) ruh sağlığı çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada düşük mesleki deneyimin tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu için risk faktörü olduğu bulgulanmıştır. Dagan ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda da mesleki deneyimin tükenmişlik açısından koruyucu bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Bununla beraber, mesleki deneyimin tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olmadığını ortaya koyan araştırma bulguları da bulunmaktadır (Gürdil, 2014; Kjellenberg, Nilsson, Daukantaitė ve Cardena, 2013). Çalışmamızda elde edilen kişisel başarı eksikliğine ilişkin sonucun, örneklem grubunun tamamının mesleğe yeni başlamış kişilerden oluşması ve mesleki deneyim ortalamasının 13 (8-24) ay olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgunun daha yüksek mesleki deneyime sahip olan

çok sayıda çalışanın da dahil edileceği araştırmalardan elde edilecek veriler ışığında yeniden değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünölmektedir.

Araştırmada katılımcıların cinsiyeti ile travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bu sonuç, kadın veya erkek olmanın travmatik stres için belirleyici bir fark oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stresin araştırıldığı bir çalışmada elde edilen bulgular ile çelişmektedir (Cemgil, 2019). Benzer bir örneklem grubunda gerçekteşirilen Cemgil'in çalışmasında kadınların erkeklere göre belirgin düzeyde yüksek ikincil travma belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur. Ambulans çalışanları üzerinde gerçekteşirilen başka bir çalışmada da benzer şekilde kadın çalışanlardaki travmatik stres düzeyinin erkeklerden belirgin düzeyde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (şahin ve Cerit, 2019). Kadın çalışanların ikincil travmatik stres açısından daha yüksek bir riske sahip olduğunu ortaya koyan araştırmalar ender değildir (Baum, Rahav ve Sharon, 2014; Erdener, 2019; Kranda, 2019; Sprang, Clark ve Whitt-Woosley 2007; Yeşil ve diğerleri, 2010). Bununla birlikte cinsiyetin fark yaratmadığını ortaya koyarak bu araştırmada elde edilen bulguları destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (Çolak ve diğerleri, 2012; Gürdil, 2014; Kahil, 2016; Yeşil ve diğerleri, 2009). Bu çalışmada elde edilen cinsiyet değişkenine dair bulguların, örneklemin küçük olması ve erkek katılımcı sayısının kadınlara göre çok daha az olması ile ilişkili olduğu düşünölmektedir.

Araştırmada katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin cinsiyetle anlamlı bir korelasyon sağlamadığı bulunmuştur. Bu bulgu Sivil Toplum Kuruluşları bünyesinde sığınmacı ve mültecilere hizmet veren 186 psikososyal destek çalışanı ile gerçekteşirilen bir tarama çalışmasında elde edilen bulgular ile örtüşmektedir (şahin, 2019). Bununla birlikte Öles'in (2019) çalışmasında kadınların erkeklere göre daha yüksek tükenmişlik puanlarına sahip olduğu ortaya koyulmuştur. Bu bulgulara ek olarak, benzer örneklemlerle yürütölen Gürdil'in çalışmasında erkek çalışanların kadınlara göre kişisel başarı eksikliğinin daha yüksek olduğu da bulgulanmıştır (Gürdil, 2014). Cinsiyet değişkeni ile ilgili elde edilen bu farklı sonuçlar, bu konunun benzer örneklemler ve benzer ölçme araçları ile araştırılmasının ve olası farklılıkları yordayan diğer değişkenlerin belirlenmesinin önemli olduğunu düşünölmektedir.

Katılımcıların travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeyleri ile medeni durum arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulguya etki eden en önemli etmen olarak örneklemden evli (%6.6) ve evli olmayan (%93.3) katılımcı dağılımı gösterilebilir. Bununla beraber önceki çalışmalardan birinde, bekarların evlilere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını ve bunun duyarsızlaşma alt boyutunda daha belirgin olduğu bulgulanmıştır (Şahin, 2019). Bir diğer çalışmada da bekarların evlilere göre daha sıklıkla ikincil travmatik stres deneyimledikleri saptanmıştır (Öles, 2019).

Çalışmaya katılanların ölçek puanları çalışılan mesleklere göre karşılaştırılmış ve değişkenlerin hiçbiri ile sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanı olmanın ilişkisi saptanmamıştır. Ancak gruplar arasında gerçekleştirilen ikili karşılaştırmalarda psikolojik danışmanlar ile sosyal hizmet uzmanları arasında algılanan stres açısından anlamlı ölçüde farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, algılanan stresin psikolojik danışmanlarda sosyal hizmet uzmanlarına göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Meslekle ilgili elde edilen bir diğer bulgu ise terapötik müdahalede bulunuyor olmanın etkisine ilişkindir. Psikolojik danışmanlık ve/veya psikoterapötik müdahalede bulunan ve terapötik müdahalede bulunmayıp yalnızca psikososyal destek çalışmalarında görev alan çalışanlar olarak iki ayrı grup için gerçekleştirilen değerlendirmelerde, terapötik müdahalede bulunan çalışanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, terapötik müdahalede bulunan grubun danışanların travmatik deneyimine dolaylı maruziyetinin daha yüksek olması ve bu travmatik deneyimlerin bireyler üzerindeki psikolojik etkilerine yönelik müdahalelerde bulunmakla ilgili taşınan mesleki sorumluluk yükünün, terapötik müdahalede bulunan gruptaki algılanan stresin daha fazla ve psikolojik sağlamlığın daha düşük olmasına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada travmatik stres ve tükenmişlik düzeyleri ile meslek arasında ilişki bulunmamış olması literatürdeki bazı diğer araştırma bulguları ile örtüşmektedir. Benzer şekilde travmatik deneyimi olan bireylere hizmet veren çalışanların dahil edildiği bir çalışmada farklı meslek gruplarının ikincil travmatik stres düzeyleri arasında belirgin fark görülmemiştir (Öles, 2019). Buna karşın bir çalışmada travma alanında görev yapan ruh sağlığı meslek grupları içerisinde ikincil travmatik stres oranlarında farklar olduğu bulunmuş olup psikologların diğer mesleklere göre daha düşük ikincil travmatik stres düzeylerinin olduğu saptanmıştır (Zara ve İçöz, 2015). Başka bir çalışmada da bu bulguyla örtüşen şekilde

psikologların tükenmişlik düzeylerinin avukatlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulgulanmış ve aynı zamanda psikologların ikincil travmatik stres ve tükenmişlik açısından diğer mesleklerle kıyaslandığında daha az risk grubunda olduğu saptanmıştır (Birinci ve Erden, 2016).

Araştırmaya katılanlar, süpervizyon alıp almama değişkenine göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların %70'i danışanlar/yararlanıcılar ile ilgili zorlandıkları süreçlere dair süpervizyon aldıklarını belirtmişlerdir. Ölçek puanlarının süpervizyon alma durumuna göre karşılaştırılması sonucu anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç, 240 psikoterapist ile gerçekleştirilen yaşam kalitesi, tükenmişlik ve ikincil travmayı yordayan değişkenlerin araştırıldığı; süpervizyon almanın tükenmişlikle ve ikincil travmatizasyon ile ilişkili bulunmadığını saptayan araştırma bulgusu ile örtüşmektedir (Laverdière, Kealy, Ogrodniczuk, Chamberland ve Descôteaux, 2019). Buna ek olarak, bu araştırmalar süpervizyonun ikincil travma ile ilişkili olmadığını saptayan Özkul'un (2019) çalışması ile de desteklenmektedir. Öte yandan bu bulguların, süpervizyonun ikincil travma ve tükenmişlikten koruyucu bir faktör olarak saptandığı çok sayıda araştırma bulgusu ile çeliştiği görülmektedir (Almaz, 2019; Azar, 2000; Erdener, 2019; Horwitz, 1998; O'Connor ve diğerleri, 2018; Tehrani, 2007; Yanbolluoğlu, 2019; Zara ve İçöz, 2015).

Ölçek puanlarının ve ölçek puanlarındaki değişimin bireysel psikoterapi alma durumuna göre karşılaştırılması sonucu anlamlı bir fark ya da değişim bulunamamıştır. Bu sonucun, örneklemin oldukça küçük bir kesiminin (%16.67) bireysel psikoterapi aldığını belirtmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan bu kişilerin ne kadar süre boyunca bireysel psikoterapiye devam ettikleri de bilinmemektedir. Laverdière ve arkadaşları (2019) çalışmalarında psikoterapistlerin bireysel psikoterapi almaları ile ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Kealy ve arkadaşları tarafından, psikiyatri asistanları örnekleminde gerçekleştirilen araştırmada da benzer sonuçlar bulgulanmıştır (Kealy, Halli, Ogrodniczuk ve Hadjipavlou, 2016). Bu sonuçlar gelecekteki araştırmalar için psikoterapi değişkeninin etkisini değerlendirebilmek için daha geniş örneklemlerle çalışılması ve alınan psikoterapinin zamanı, sıklığı, süresi gibi diğer ek değişkenlerin de değerlendirmeye dahil edilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılanların kurumlarında eğitim alma durumları ile değişkenlerin herhangi biri arasında ilişki bulunamamıştır. Kranda'nın (2019) çalışmasında da bu bulguyu

destekleyecek şekilde eğitim alma durumu ile travmatik stres belirtileri arasında ilişki bulunamamıştır. Benzer biçimde acil servis çalışanları örnekleminde de hizmet içi eğitim alma değişkenine göre ikincil travmatik stres düzeylerinin farklılaşmadığı saptanmıştır (Pak, Özcan ve Çoban, 2017). Öte yandan çalışanların mesleki donanımlarını arttıracak eğitimlere katılmasının ve kurumunun hizmet içi eğitimlere erişim sağlamasının ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik bakımından koruyucu olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (Altekin, 2014; Erdener, 2019; Öles, 2019).

5.2. ÇADEM-TP'nin Etkililiğinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın birinci hipotezi “ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının travmatik stres düzeyleri üzerinde etkisi vardır” olarak belirtilmiştir. Müdahale programı sonrasında yapılan ölçümler katılımcıların travmatik stres belirtilerinin dikkate değer şekilde gerilediğini ortaya koymuştur. Buna rağmen ölçümler arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından hipotez doğrulanmamıştır. Öte yandan kontrol grubunun travmatik stres belirtilerinde belirgin bir düşüş saptanmamıştır. Bu gözlemler uygulanan müdahale programının katılımcılar üzerinde amaçlanan etkiyi başlattığını düşündürmektedir. Bu bulgu özbakım odağında geliştirilen bir müdahale programının çalışanlardaki etkisinin incelendiği Koehler'in çalışmasında (2012) elde edilen bulgularla örtüşmektedir; benzer şekilde, araştırma kapsamında uygulanan müdahalenin ikincil travmatik stres düzeylerinde etki gösterdiği ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı saptanmıştır. Her iki çalışmanın müdahale programı farklı niteliklere sahip olsa da elde edilen sonuçlardaki benzerlik dikkat çekicidir. Nitekim ÇADEM-TP'de elde edilen bulgular, Koehler'in araştırmasındaki tükenmişlik ile ilgili sonuçlar ile de örtüşmektedir.

Araştırmanın ikinci hipotezi “ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi vardır” şeklindedir. Bu hipotez kısmen doğrulanmıştır. Uygulanan müdahalenin ardından elde edilen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği ölçümleri değerlendirildiğinde katılımcıların duygusal tükenme boyutunda, uygulanan müdahale programından fayda sağladıkları görülmüştür. Yani ÇADEM-TP'nin duygusal tükenme üzerinde iyileştirici etkisi doğrulanmıştır. Benzer amaçlarla geliştirilen çeşitli müdahale programlarının da tükenmişlik üzerinde etkili olduğunu gösteren farklı araştırma örneklerine rastlamak mümkündür

(Brinkborg ve diğeri, 2011; Edwards ve Barnard, 2003; Ghannam ve diğeri, 2020; Roby, 2007; Rudaz ve diğeri, 2017; Salloum ve diğeri, 2015).

Koehler'in deneysel çalışmasında (2012) uygulanan özbakım eğitiminin tükenmişlik için büyük tedavi etkisi ile istatistiksel olarak anlamlı bir azalmayı, ikincil travmatik stres için ise istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir azalmayı ortaya koyan bulguları ile ÇADEM-TP'nin etkisini değerlendiren bu çalışmadaki travmatik stres için istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir etkiye karşın duygusal tükenmede saptanan istatistiksel olarak anlamlı etki göz önüne alındığında, söz konusu müdahalelerin var olan travmatik stres belirtilerini azaltabilmek için farklı şekilde tasarlanması gerekebileceği düşünülmektedir. Nitekim Salloum ve arkadaşları (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer eğitsel müdahalelerin tükenmişlik açısından faydalı olacağı ancak ikincil travmatizasyon için daha farklı müdahaleler gerekebileceği vurgusu yapılmıştır. Bunların yanı sıra mevcut programların etkisi travmatik stres bakımından iyileştirici olmak yerine yalnızca koruyucu ve önleyici işlevlerle sınırlı kalıyor da olabilir.

Çalışmanın üçüncü hipotezi "ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının algılanan stres düzeyleri üzerinde etkisi vardır." olarak belirlenmiştir. Bu hipotez de istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilemediğinden ötürü doğrulanamamıştır. Bununla beraber yine müdahale öncesi ve sonrası ölçek puanları hem ÇADEM-TP'ye katılan hem de kontrol grubunda bulunan katılımcılar için incelendiğinde ortalamalardaki düşüşün müdahale grubu için kontrol grubuna göre çok daha dikkate değer olduğu görülmektedir. BDT temelli stres yönetimi yaklaşımının uygulandığı iki saatlik bir müdahale programının tükenmişlik, algılanan stres, kaygı düzeyi üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmanın müdahale öncesi ve 8 hafta sonra gerçekleştirilen takip ölçümlerinden elde edilen sonuçlar bu çalışma ile benzer şekilde bulunmuştur. Algılanan stres puanlarında düşüş gözlense de istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Feldman, 2018). Algılanan stres alanında ortaya çıkan bu sonucun, çalışanların stres seviyesine etkisi olabilecek ek değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Müdahale programının zamanlaması bu değişkenlerden biridir. Çalışmanın yürütüldüğü haftaların, araştırmanın gerçekleştiği kurumlardaki dönemsellik olarak en yüksek yoğunluktaki aylar olduğu, gerçekleştirilen oturumlarda katılımcılar tarafından sözel olarak dile getirilmiştir. Her iki kurumda farklı sebepler nedeniyle olmak üzere, iş yükü ve yoğunluk açısından olağandan farklı süreçlerden

geçiliyor olması, katılımcıların ek stres yükü yaşamalarına; bu da algılanan stres puanlarındaki düşüşün olumsuz etkilenmesine sebep olmuş olabilir.

Çalışmanın dördüncü hipotezi “ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının psikolojik sağlık düzeyleri üzerinde etkisi vardır.” olarak ifade edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında, bu hipotezin sağlanmadığı söylenebilir. Bu bulguyla örtüşen şekilde, *Eğitim Danışmanları için Krize Müdahale ve Psikolojik Sağlık Geliştirme Programı* olarak adlandırılan bir uygulama ile gerçekleştirilen deneysel çalışma sonrasında da kontrol grubu ile müdahale grubu arasında bir fark bulunmadığı, uygulamanın psikolojik sağlamlığı geliştirmekle ilgili hipotezi doğrulamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Davenport, 2016). Öte yandan literatürde bu bulgulara tezat olarak farklı örneklem grupları ile gerçekleştirilen bazı müdahale çalışmalarında, uygulanan programların katılımcıların psikolojik sağlamlıklarını arttırmada etkili bulunduğu da gösterilmiştir (Akar, 2018; Eren, 2018; Gürkan, 2006; Ünüvar, 2012) ÇADEM-TP’nin üç hafta gibi kısa bir sürede tamamlanıyor olması, katılımcıların öğretilen egzersizleri programın bitiminden sonra uygulamaya devam etmemiş olabilecekleri, psikolojik sağlamlığı geliştirmeye katkı sağlayabileceği öngörülen *özbakım planı* etkinliğini sürdürmekle ilgili tutarlı davranmamak, izlem ölçümlerinin program bitiminden kısa süre sonra yapılması ve bunlara karşın psikolojik sağlamlığı geliştirmenin daha uzun dönemli, kalıcı değişikliklerle beraber gerçekleşebilecek olması gibi olasılıklar bu çalışmada psikolojik sağlık alanındaki hipotezin doğrulanmamasının olası sebepleri olabilir.

Araştırmadaki beşinci hipotez ise “ÇADEM-TP müdahalesinin psikososyal destek çalışanlarının iyilik hali düzeyleri üzerinde etkisi vardır.” şeklindedir. Müdahale ve kontrol gruplarının ÇADEM-TP öncesi ve sonrası ölçümleri incelendiğinde gruplar arasında fark olduğu ancak bu farkın istatistiksel anlamlılık için yeterli gelmediği göze çarpmaktadır. Çalışanların psikolojik iyilik halini arttırmak amaçlı uygulanan internet tabanlı bir pozitif psikoloji müdahalesinin sonuçlarında da benzer bir bulgu elde edilmiştir (Carleton, 2009). ÇADEM-TP’nin içeriğinde yer alan *üç iyi şey günlüğü* uygulamasının da dahil olduğu bu müdahalede beklenen etki elde edilememiştir. Öte yandan Seligman, Steen, Park ve Peterson (2005) bir çalışmada, *üç iyi şey günlüğü* müdahalesinin katılımcıların mutluluk düzeyi üzerindeki etkisinin altı ayda görülebildiği yönünde bir bulgu yayınlamışlardır. Dolayısıyla her iki çalışmada da psikolojik iyi oluş alanında elde edilen sonuca zaman faktörünün etki etmiş olabileceği düşünülmektedir. Tıpkı psikolojik sağlık alanında olduğu gibi

psikolojik iyilik halindeki değişimin de daha kalıcı ve istikrarlı olumlu davranış değişiklikleri ile beraber geleceği görüőünden yola çıkarak katılımcıların egzersizleri sürdürmekle ilgili tutumunun sonuçlar üzerinde belirleyici rolü olduğu düşünölmektedir.

5.3. ÇADEM-TP'nin Uygulama Sürecine İlişkin Deneyimin Değerlendirilmesi

Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP), tükenmişlik ve ikincil travmatizasyonun önlenmesine yönelik tasarlanan bir kılavuzdur. Bu kısımda kılavuzun geliştirilme gerekçesi, içeriğin hazırlanma süreci, uygulama aşamaları ve tüm bu süreçlerde gerçekleştirilen gözlem ve edinilen deneyimlerin tartışma ve yorumuna yer verilmiştir.

İkincil travmatik stres ve tükenmişlik konularına yönelik hazırlanan bu müdahale programının pratik uygulama basamaklarına sahip olmasına, kısa sürede öğrenilebilir ve yetkili eğitmenlerce kolayca öğretilbilir olmasına önem verilmiştir. Pozitif psikoloji ve bilişsel davranışçı terapinin ana ekoller olarak benimsendiği uygulama kılavuzunda farklı yaklaşımlara ait uygulamaların belli bir sıralamayı takip edecek şekilde kümülatif bir öğrenme ve davranış değişikliği sürecine katkı sağlamaı hedeflenmiőtir. Kılavuz içeriği oluşturulurken katılımcıların mümkün olduğunca oturumda aktif olarak yer alabileceği uygulamalara yer verilmesi ve bu bağlamda hem grup içinde dahil olabileceği etkileşimsel çalışmalar hem de bireysel olarak gerçekleştireceği egzersizler kurgulanmıőtır.

Müdahale programının örneklem grubuna uygulanması sürecinde, uygulamalar boyunca elde edilen gözlemleri takip edebilmek amacıyla uygulayıcı tarafından tüm saha çalışmalarının güncesi tutulmuőtur. Bu gözlem notları değerlendirildiğinde daha sonra gerçekleştirilecek uygulamalar için göz önünde bulundurulmasının faydalı olacağı düşünölen birkaç konunun ön plana çıktığı görölmüőtür. Öncelikle program içeriği çoğunlukla birbirini takip eden bir akıőa sahip olduğundan ötürü tüm katılımcıların başlangıç saatinden önce oturum salonuna gelmiőt olmasının, hem oturumun seyri ve verimliliği açısından, hem de oturumun planlanan zamanda bitirilebilmesi açısından dikkat edilmesi gereken bir konu olduğu gözlenmiştir. Bir diğer husus ev ödevleri ya da oturum dışı çalışmalar hakkındadır. Kılavuzda yer alan ve oturum içerisinde uygulaması yapılan hemen her konunun, oturum dışında gerçekleştirilmek üzere planlanan tamamlayıcı egzersizi (ev ödevi) bulunmaktadır. Bunlarla ilgili gerekli materyaller katılımcıya ilgili oturumda

verilmektedir. Her bir oturum bir önceki oturumun ev ödevlerinin değerlendirmesi ile başlamaktadır. Bu bağlamda katılımcıların ev ödevleri ile ilgili geride kalmalarının oturumu takip etmekte zorlanmalarına sebep olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak, katılımcıların ev ödevlerinin bulunduğu dosyalarını oturumlara getirmesi talep edilmektedir. Katılımcılardan bazıları dosyalarını muhafaza etmek ve/veya yanlarında getirmekte güçlük çekmiş, dosyasız katıldıkları oturumlarda ise etkinliklere dahil olmakla ilgili zorlanmışlardır. Oturumlar boyunca çok sayıda kağıt kalem çalışmasına yer verilmiştir, uygulamalar sırasında katılımcıların zaman zaman bu çalışmaları tamamlamakta zorluk çekebildikleri gözlenmiştir. Bireysel çalışma kısımlarında da grup fiziksel olarak bir arada olduğundan (örn. aynı odada) ve grup içi etkileşimin önünde engel olmadığından ötürü hem odaklanmak bakımından zorlanmanın hem de formu doldururken mahremiyetle ilgili endişe duymanın bu aşamayı güçleştirebilecek etmenler olabileceği not edilmiştir. Bir diğer önemli gözlem oturumların süresi ile ilgilidir. Oturumlar üç saatlik iki bölüm şeklinde gerçekleştirilmiş olup iki bölüm arasında bir adet on beş dakikalık mola uygulanmıştır. Bazı katılımcıların bu süreyi tamamlamakta zorlandıkları, dikkatlerinin ve ilgilerinin (molaların seyrek oluşu gibi nedenlerle) dağılabildiği ve nadir de olsa kimi zaman çalışanların arka planda devam eden yoğun iş süreci nedeniyle (acil yanıtlanması gereken telefon ya da mesajlar gibi) bölünmeler yaşayabildikleri gözlenmiştir. Bu güçlüklerin yanı sıra katılımcılar özellikle grup içi etkileşimlerin olduğu uygulamalara çokça katılım göstermiş ve bu kısımlara dair sıkça olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Oturumların hem bilgisayar sunumu ve videolar, hem eğitmen tarafından gerçekleştirilen anlatımlar, hem de katılımcıya verilen basılı materyaller ile desteklenmiş olmasının da katılımcının farklı uyaran türleri arasında geçiş yaparak ilgilerinin sürekli aktif tutulmasına katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Uygulama esnasında bölümler arasında ayrılan süreye uyulması ancak katılımcıların paylaşımları doğrultusunda esneklik sağlanmasının da önemli bir artı olduğu gözlenmiştir. Örneğin iş kaynaklı stres ya da bireysel başa çıkma yöntemleri gibi ele alınan konulardan bazıları katılımcıların daha yoğun sözel dışavurumda bulunmayı tercih ettiği ve hemen herkesin kendini ifade etmek istediği alanlar olmuştur. Bu gibi durumlarda grup yürütücüsünün katılımcıların öznel deneyimlerini sözelleştirmesi için alan açması, katılımcıların birbirlerini dinleme yoluyla kendi yaşadıklarını anlamlandırıp olağanlaştırmasına, kendilerini anlaşılabilir ve desteklenmiş hissetmesine katkı sağlayarak aynı zamanda grup dinamiğini güçlendiren bir etmen olarak da ön plana çıkmıştır.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın en önemli sınırlılığı örneklem sayısının düşük olması ile ilgilidir. Daha geniş örneklem grubu ile yapılacak uygulamalar müdahale programının etkililiği ile ilgili sonuçları daha net ortaya koyacaktır.

Araştırmada DSM-5 için revize edilmiş ikincil travmatizasyon ölçeği bulunmamasından ötürü TSSB belirtilerini tarama amacıyla kullanılan DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi kullanılmıştır. Bu örneklem grubunda doğrudan ikincil travmatizasyona yönelik soruların bulunduğu bir araç kullanılmamış olmasının değerlendirme açısından bir sınırlılık olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların ikincil travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde etkisi olabilecek sosyal destek algısı, başa etme becerileri, mevcut özbakım alışkanlıkları gibi etmenler değerlendirilmemiştir. Gelecekteki çalışmalarda bu değişkenlerin de ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada öz bildirim ölçeklerinin kullanılması, ölçeklerdeki toplam soru sayısı, ölçeklerin 4. ve 8. haftalarda dijital olarak tamamlanıyor olması gibi durumlar katılımcılardan elde edilen ölçüm verilerinin güvenilirliğini sınırılıyor olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi yapılan alanların yarı yapılandırılmış veya yapılandırılmış görüşmelerle desteklenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Araştırmanın Sonuçları

Bu çalışmanın sonuçları, müdahale ve kontrol grubundan oluşan 30 kişilik ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanı grubunda katılımcıların TSSB belirtilerinin orta seviyede; tükenmişlik düzeylerinin ise yüksek seviyede olduğunu göstermiştir. Katılımcıların yaşları ve eğitimleri ile travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik iyi oluş ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte katılımcıların çalışma süreleri yani mesleki deneyimleri ile kişisel başarı eksikliği alanındaki sonuçları arasında ilişki saptanmıştır. Buna göre çalışanların meslekteki deneyimi arttıkça kişisel başarı eksikliğinin de artmakta olduğu gösterilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, cinsiyet ya da medeni durum ile travmatik stres, tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik iyi oluş ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulgulanmıştır. Bu bulgulara ek olarak, süpervizyon alma ve hizmetiçi eğitimlere katılmanın da ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Araştırmada ayrıca psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacı olmak üzere dört meslek grubu için gerçekleştirilen değerlendirmelerde ölçek puanları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna rağmen ikili karşılaştırmalar yapıldığında psikolojik danışmanlardaki algılanan stres puanlarının sosyal hizmet uzmanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun yanı sıra çalışanlar arasında psikoterapötik müdahalede bulunan grup ile yalnızca psikososyal destek uygulayıcısı olan grup karşılaştırıldığında bu iki grup arasında psikolojik sağlamlık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulgulanmış, psikoterapötik müdahalede bulunan grubun psikolojik sağlamlık düzeylerinin psikososyal destek uygulayıcısı olan gruba göre anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. ÇADEM-TP'nin etkisine ilişkin sonuçlarda ise müdahale grubu ve kontrol grubu arasında uygulama öncesi ve sonrası ölçümlerde TSSB puanları arasındaki fark değerlendirildiğinde müdahale grubunun puan ortalaması azalmış olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu bulguya ek olarak, Duygusal

Tükenme ölçeğindeki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre müdahale grubunun duygusal tükenme puanları ÇADEM-TP uygulaması sonrasında kontrol grubuna göre anlamlı şekilde azalmıştır. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası algılanan stres puanları arasında oluşan fark değerlendirildiğinde müdahale grubunun puan ortalaması belirgin biçimde azalmış olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. İki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası psikolojik iyi oluş puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Son olarak katılımcılar psikolojik sağlık yönünden değerlendirildiğinde, iki grup arasında müdahale öncesi ve müdahale sonrası psikolojik sağlık puanları arasında fark olduğu görülmüş olup bu fark incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalaması uygulama sonrasında yükselmiş, kontrol grubunun ise düşmüş olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özetle, bu araştırmanın sonuçları ÇADEM-TP'nin tükenmişlik belirtilerini azaltmada etkili olabildiğini göstermiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda alanda çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanları, çalışana destek uygulayıcıları, ilgili alanlarda faaliyet gösteren kurum yetkilileri, karar alıcılar ve araştırmacılara yönelik öneriler ve kurumlara yönelik öneriler ayrı başlıklar halinde aktarılmıştır.

6.2.1. Araştırmacı ve Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

Bu çalışma kapsamında geliştirilmiş olan Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP), psikoloji lisans programı mezunu ve/veya psikolojik danışmanlık ve rehberlik lisans programı mezunu olan, grup uygulamaları konusunda deneyimli ve/veya programın eğitici eğitimine katılan tüm uzmanların kolaylıkla uygulayabileceği biçimde tasarlanmıştır. Dolayısıyla program pek çok travma, afet, kriz müdahalesinde bulunan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarının görev yapmakta olduğu kurum ve kuruluşta hem koruyucu ve önleyici bir müdahale olarak hem de kitlesel

travmalara yönelik çalışmalar sonrası ya da zorlayıcı saha çalışmalarının ardından bir müdahale olarak uygulanabilir.

Bu çalışmada travmatik stres, tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerini düşürmek; psikolojik iyi oluş ve psikolojik sağlamlık düzeylerini yükseltmek amacıyla Türkiye'deki Suriyeli sığınmacı ve mültecilerle çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarından oluşan bir örneklem grubu ile çalışılmış ve ÇADEM-TP müdahalesi uygulanmıştır. Başta travma, afet, kriz ve psikososyal destek alanında faaliyet veren ruh sağlığı çalışanları olmak üzere, ilgili alanlardaki sağlık çalışanları (örneğin 112 acil çalışanları gibi) ve diğer meslek grupları üzerinde uygulanarak etkililiği araştırılabilir.

Araştırmanın müdahale ve kontrol gruplarını genişleterek, daha büyük bir örneklem grubu ile yürütülecek şekilde planlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Uygulamadaki kurumlar arası farklılıklar gözetilerek, yapılan işin tükenmişliğe etkisini ayırt edebilmek amacıyla mesleki tanım ya da görev tanımı karışıklığının araştırma sonuçlarını etkilememesi adına meslek grupları (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman vb.) yerine görev tanımlarına göre (psikososyal destek çalışanı, psikoterapist vb.) gruplandırma yapılabilir.

Bu araştırma kapsamında kurumlarda gerçekleşen uygulamaları daha pratik hale getirmek amacıyla uygulama 3 oturum olarak gerçekleştirilmiştir. Her bir oturum iki ana bölüm olarak tasarlandığı ve modüler şekilde uygulanabildiğinden ötürü alternatif olarak 6 oturum olarak yeniden uygulanabilir ve 6 oturumluk ÇADEM-TP uygulamasının etkililiği araştırılabilir.

ÇADEM-TP müdahalesi çok sayıda tamamlayıcı egzersizin bulunduğu, her haftanın konusuna yönelik ev ödevleri olan bir programdır. Bu nedenle ev ödevlerini tamamlamanın çalışmanın etkililiğine olan katkısı önemlidir. Gelecekteki araştırmalarda katılımcıların ev ödevlerini tamamlama oranları ya da ödevlere ilişkin geribildirimlerinin de araştırma kapsamında değerlendirmeye alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Müdahale programı kapsamında çok sayıda oturum içi ve oturum dışı çalışma ve farklı ekollerden çok çeşitli egzersizlere yer verilmiştir. Gelecekteki araştırmalarda hangi egzersizin diğerlerine göre daha etkili olduğunun değerlendirilmesi programın

kısıtlanmasına katkı sağlayabileceği gibi egzersizlerin ya da yaklaşımların etkisine ilişkin de önemli veriler sağlayabilir.

ÇADEM-TP’de yer alan her bir modülün etkililiği ayrı ayrı değerlendirilerek modüllerin etkililiğine göre programa yeni uygulamalar ve modüller eklenebilir. Benzer şekilde içerikte yer alan eşdeğer işlemlere sahip uygulamalar arasında etkililik ve uygulanabilirlik bazlı bir sadeleştirmeye gidilebilir.

ÇADEM-TP müdahalesi kapsamında gerçekleştirilen oturum içi uygulamaların kağıt kalem kullanılarak uygulanması her ne kadar sağladığı etki bakımından işlevsel görünse de dökümanların dosyalanması, muhafaza edilmesi ve oturumlara getirilmesi katılımcılar için konforlu ve işlevsel olmayabileceği gözlemlenirken yola çıkarak egzersizlerin dijital olarak uygulanması göz önünde bulundurulabilir.

Gelecekteki çalışmalar için ÇADEM-TP oturumlarının çevrimiçi uygulanabilecek hale getirilmesi ve 3 ya da 6 oturumluk versiyonları ile çevrimiçi uygulamalar gerçekleştirilerek etkililiğinin değerlendirilmesi pandemi ve benzeri nedenlerle yüz yüze uygulamanın mümkün olmayabileceği koşullar için yararlı olacaktır.

ÇADEM-TP’nin bireysel uygulamalarda da yarar sağlayacak bir müdahale olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda bireysel uygulama için kılavuz güncellenebilir ve ÇADEM-TP’nin etkililiği tekrar araştırılabilir.

ÇADEM-TP’nin bireysel uygulamalarında uygulayıcının varlığı, zaman kısıtlılığı ve maliyet gibi unsurların olumsuz etkisini asgari düzeye çekmek amacıyla kişinin kendi kendine uygulayabileceği bir formatta ve kendi zaman planına göre oturumları ilerletebileceği şekilde programın bilgisayar destekli hale getirilmesinin de gelecekteki çalışmalar için dikkate değer bir öneri olduğu düşünülmektedir.

Müdahale programı iş kaynaklı stres ve tükenmişlik riski ile karşı karşıya kalan farklı meslek gruplarına mensup çalışanlara (öğretmenler, avukatlar, hemşireler, pilotlar vb.) uygulanarak etkililiğinin ruh sağlığı alanı dışında yaygınlaştırılması söz konusu olabilir.

Ülkemizde ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik ve ikincil travmatizasyon gibi durumlar çok araştırılan konular olmasına rağmen çalışanlar üzerinde gerçekleştirilen

koruyucu, önleyici ya da iyileştirici müdahale çalışmalarına rastlamak güçtür. Bu çalışma, öncü bir model olarak araştırmacı ve uygulamacıların çalışmalarına ışık tutabilir ve ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarını özellikle saha çalışmalarında destekleyecek yeni işlevsel yöntemler geliştirilebilir.

6.2.2.Kurumlara Yönelik Öneriler

Ülkemizde travma, afet ve kriz durumlarına müdahale etmekte görevli çok sayıda ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanı bulunmaktadır. Bu çalışanların bir kısmı çeşitli bakanlıklar bünyesinde kamu çalışanı olarak hizmet vermekte, bazıları ise ulusal ve uluslararası kurumlarca desteklenen çeşitli sivil toplum kuruluşları bünyesinde istihdam edilmiş olup mesleki faaliyetlerini sürdürmektedir. Elbette bunların dışında da farklı düzeylerde travma çalışmaları yapan çok sayıda uzman bulunmaktadır. Bu alan, uzmanlaşmayı ve çoğunlukla lisans eğitimin üzerine alınan ek teorik eğitimleri ve çoğu zaman saha çalışmalarına dayanan deneyim yoluyla elde edilen bilgiye sahip olmayı gerekli kılan, zahmetli ve emek isteyen bir çalışma alanıdır. Bu anlamda, bilgi ve deneyim sahibi yetişmiş travma, afet, kriz psikososyal destek çalışanları ülkenin önemli bir işgücü kaynağını oluşturmaktadır. Mesleki tükenmişliğe ilişkin riskin boyutu da göze alındığında ilgili meslek grubunun korunması adına önlemler alınması ve desteklenmeleri son derece önemlidir.

Kurumlarda çalışanları destekleyecek faaliyetlerin yaygınlaştırılması, bu amaçla kurum çalışanlarına destek olacak ayrı birimler oluşturulması ve kurumda çalışan kişi sayısına göre yeterli sayıda “kurum psikoloğu” istihdam edilmesi veya ilgili alanlarda “çalışana destek” faaliyetleri yürütmüş deneyimli uzmanların danışmanlığında kurum içi uygulamaların yürürlüğe konması önerilmektedir. Kurum çalışanlarının bireysel danışmanlık, grup danışmanlığı, psikoeğitim çalışmaları, kurum içi özbakım çalışmaları ve benzeri çalışmalar ile düzenli ve sistemli bir biçimde desteklenmesinin sağlanması bu kapsamda ele alınabilir.

Kurumların, çalışanlarının tükenmişlik ve ikincil travmatizasyon riskini dikkate alarak psikolojik iyilik halini gözetecek her tür düzenleme ve uygulama konusunda iş birliğine açık olması ülkemizdeki yetişmiş ruh sağlığı uzmanı rezervinin korunması bakımından son derece önemli bir role sahiptir. Tüm bu gerekçeler nedeniyle ÇADEM-TP'nin kurumlarda uygulanmaya başlanmasının yararlı olacağı düşünülerek, kurum yetkililerin çalışanları için

koruyucu ve önleyici bu gibi kurum içi çalışana destek uygulamalarının gerçekleştirilmesi için gerekli girişimleri başlatması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Acicbe, Ö., Aker, A. T., Özten, E., Gezer, Ö., Tanrıdağlı, C., & Liman, O. (2003). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarında ruhsal travma ve etkileri. 39. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri*, Antalya.
- Akar, A. (2018). Psikolojik sağlamlık programının ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyine etkisi (Doktora tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Algül, R., Yılmaz, D., Özer, Ü., Kaya, B. (2016). *Cerrahi ve dahili branş hekimlerinde tükenmişlik düzeyini etkileyen değişkenler ve tükenmişliğin işe bağlılık ve örgütsel bağlılık ile ilişkisi*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 19(4), 176-184.
- Almaz, M. C. (2019). 15 Temmuz Darbe Girişiminin, Sağlık Çalışanları Üzerindeki İkincil Travmatik Strese Etkisi (Yüksek Lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Almén, N., Lisspers, J., Öst, L. G., Sundin, Ö. (2020). Behavioral stress recovery management intervention for people with high levels of perceived stress: A randomized controlled trial. *International Journal of Stress Management*.
- Altekin, S. (2014). Vicarious traumatization: An investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey (Doktora tezi). Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth ed., DSM-IV. APA, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Köroğlu E. (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Antai-Otong, D. (2001). Creative stress-management techniques for self-renewal. *Dermatology nursing*, 13(1), 31.
- Antoine, P., Dauvier, B., Andreotti, E., & Congard, A. (2018). Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. *Personality and Individual Differences*, 122, 140-147.
- Asplund, R. P., Jäderlind, A., Björk, I. H., Ljótsson, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). Experiences of internet-delivered and work-focused cognitive behavioral therapy for stress: A qualitative study. *Internet interventions*, 18, 100282.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Kessler, R. C., & Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC psychiatry*, 13(1), 182.
- Azar, S. T. (2000). Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: A cognitive behavioral approach to supervision. *Journal of clinical psychology*, 56(5), 643-663.
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71-86.
- Bakır, E. (2017). Riskli gruplarla çalışma yürüten sivil toplum kuruluşu gönüllülerinde depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik ilişkisinin incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Balcı, İ. (2018). Çocukluk çağı travmaları ile baş etme yönelimli psiko-eğitim programının psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisi (Doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Barret, K., O'Connor, M., McHugh, L. (2019). A systematic review of values-based psychometric tools within acceptance and commitment therapy. *Psychological Record*. (69). 457-485.
- Başçı, Z. (2018). Sağlık Çalışanlarında Algılanan Stres Düzeyinin İncelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu E., Livanou M (2004) Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression in Earthquake Survivors in Turkey: An Epidemiological Study. *J Trauma Stress*, 17:133–141.
- Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M (2002) Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress*, 15:269-276.
- Başören, M. (2005). *Çeşitli değişkenlere göre rehber öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi (Zonguldak İli örneği)*. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi. Zonguldak.
- Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 111.
- Berger, R., Gelkopf, M. (2011). An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: a random control group trial. *International Journal of Nurses Studies*, (48), 601-610 doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.007
- Betts Adams, K., Matto, H. C. ve Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82 (4), 363-371.
- Birinci, G. G., & Erden, G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(77).
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 75-90.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Yilmaz, E., Ozdemir, O., Selvi, Y., Kaya, N. (2016). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*;26(Suppl. 1):S112-S3.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Yilmaz, E., Ozdemir, O., Selvi, Y., Kefeli, M. C. (2016). Psychometric properties of the Turkish version of the clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*;26(Suppl. 1):S115.
- Boztas, M. H., Aker, A. T., Munir, K., Çelik, F., Aydin, A., Karasu, U., & Mutlu, E. A. (2019). Post traumatic stress disorder among adults in the aftermath of 2011 Van-Ercis earthquake in Turkey. *Turk J Clin Psychiatry*, 22.
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2.
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398.
- Brown, R., & Gerbarg, P. (2012). *The healing power of the breath: Simple techniques to reduce stress and anxiety, enhance concentration, and balance your emotions*. Shambhala Publications.
- Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P. J., Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive psychology. *Journal of school psychology*, 57, 41-52.
- Büyükbodur, Ç. A. (2018). Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi (Doktora tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., & Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186.
- Carleton, E. L. (2009). *Happiness at work: Using positive psychology interventions to increase worker well-being*. (Doktora Tezi). Saint Mary's University. Ottawa.
- Carmassi, C., Dell'Osso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L., ... & De Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of psychiatric research*, 59, 77-84.

- Carr, A., Finnegan, L., Griffin, E., Cotter, P., & Hyland, A. (2017). A randomized controlled trial of the say yes to life (SYTL) positive psychology group psychotherapy program for depression: An interim report. *Journal of contemporary psychotherapy*, 47(3), 153-161.
- Carson, J., & Kuipers, E. (1998). *Stress management. Occupational stress: Personal and professional approaches*, 157.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Cemgil, A. Ç. (2019). Secondary traumatic stress among mental health workers in Turkey moderating role of emotion regulation on the relationship between empathy and secondary traumatic stress (Yüksek Lisans tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Chatzea, V., Pistolla, D., Vlachaki, E., Melidoniotis, S., Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. *Psychiatry Research*, (262), 446-451
- Chung, Y., & Choo, H. (2019). A structural path to job satisfaction, burnout, and intent to leave among child protection workers: A South Korean study. *Children and Youth Services Review*, 100, 304-312.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Corno, G., Etchemendy, E., Espinoza, M., Herrero, R., Molinari, G., Carrillo, A., Drossaert, C., Baños, R. M. (2018). Effect of a web-based positive psychology intervention on prenatal well-being: A case series study. *Women and Birth*, 31(1), e1-e8.
- Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A., & Burnard, P. (2005). A systematic review of stress among mental health social workers. *International Social Work*, 48(2), 201-211.
- Cramer, E., & Hunter, B. (2019). Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women and Birth*, 32(6), 521-532.
- Creamer, T. L. ve Liddle, B. J. (2005). Secondary Traumatic Stress Among Disaster Mental Health Workers Responding To The September 11 Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96.
- Çakiroğlu, M. (2018). Ceza infaz kurumları ve denetimli serbestlik müdürlüklerinde görev yapan psikologlarda ikincil travmatik stres ile ilişkili faktörler (Yüksek Lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kocaeli.
- Çakmak, H., Er, R. A., Öz, Y. C., & Aker, A. T. (2010). Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afetlere Hazırlık Durumlarının Saptanması. *Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumlari Dergisi*, 9(2).
- Çelik, O. (2016). Öğretmen adaylarında psikolojik iyi oluş algılanan sosyal yetkinlik ve güvengenliğin incelenmesi. (Yüksek Lisans tezi). Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzincan.
- Çetinkaya Büyükbodur, A. (2018). Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi (Doktora tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Hüseyin, H. Ö. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26.
- Çolak, B., Şişmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etiler, N., ve Biçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 51-58.
- Dagan, W.S., Ben-Porat, A., Itzhaky, H. (2016). Child Protection Workers Dealing with Child Abuse: The Contribution of Personal, Social and Organizational Resources to Secondary Traumatization, *Child Abuse and Neglect*, 51,203-211.
- Davenport, S.S. (2016). *Crisis intervention and resilience building program for counselors in training*. Doctoral Thesis. Wayne State University. USA.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.

- de Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress*. 2009; 22:259–267.
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: a thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209.
- Deville, G. J., Wright, R. ve Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373- 385.
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2009). *The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness*. In *Assessing well-being* (pp. 67-100). Springer, Dordrecht.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphy, J., Wu, D., Farfel, M., Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2–3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(3), 264-273.
- Doğan, S., (1995). Akılcı Duygusal Terapi: Kuramsal bir İnceleme. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt 2, Sayı 6.
- Doğan, T. (2006). Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 30(30), 120-129.
- Dunn, H. L. (1959). High-level wellness for man and society. *American journal of public health and the nations health*, 49(6), 786-792.
- Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of advanced nursing*, 42(2), 169-200.
- Ercengiz, M., Şar, A.H. (2018). Kabul ve Kararlılık Terapisi Yönelimli Karar Verme Becerisi Psikoeğitim Programının Karar Verme Stilleri Üzerindeki Etkisi. *Sakarya University Journal of Education*, 8(4), 109-130.
- Erdener, M. (2019). Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Erdur-Baker, Ö. (2017). Afetler, Krizler, Travmalar ve Travmatik Stres tepkileri. Afetler, Krizler Travmalar ve Psikolojik Yardım. *Türk PDR Derneği Yayınları*. Ankara.
- Erdur, B., Ergin, A., Yuksel, A., Türkçüer, İ., Ayrik, C., Boz, B. (2015). Türkiye’de acil servislerde çalışan hekimler arasında şiddet ve tükenmişlik ilişkisinin değerlendirilmesi. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 21(3), 175-181.
- Eren, D. (2018). Sağlıklı olmayı desteklemeye yönelik eğitim programının yaşlıların yaşam kalitesi, bütünlük duygusu, psikolojik sağlamlılıkları üzerine etkisi (Doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Envanterinin uyarlanması. R. Bayraktar ve İ. Dağ (Ed), 7. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları* (s. 143-154). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Eroğlu, S.B., Arıkan, S. (2016). Acil Yardım Çalışanlarında Travma, Tükenmişlik ve Yaşam Doyumu İlişkilerinde Stresle Başa Çıkmanın Moderatörlük Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, (31) 45-57.
- Erol, A., Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, D. ve Mete, L. (2012). Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri*, 15, 103-110.
- Erol, A., Sarıçiçek, A. ve Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 241-247.
- Eryılmaz, A. (2017). Pozitif Psikoterapiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 346-362doi:10.18863/pgy.288667
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. In *New/Yeni Symposium Journal* (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).

- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yildirim, E. A., & Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2).
- Feldman, M. (2019). *A CBT-Based Stress Management Intervention for Work-Related Stress*. (Doctoral Dissertation). Palo Alto University. Palo Alto.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. Charles R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized* (pp. 1-20). New York, NY: Routledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Flaxman, P., Bond, F., Liveheim, F. (2014). *The mindful and effective employee*. New Harbinger Publications
- Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Paolo Alto: Consulting Psychologist Press; 1988.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Frans, Ö. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population (Doctoral dissertation). Acta Universitatis, Upsaliensis.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 750-769.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic reviews*, 27(1), 78-91.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2), 137-152.
- Ghannam, J., Afana, A., Ho, E. Y., Al-Khal, A., & Bylund, C. L. (2020). The impact of a stress management intervention on medical residents' stress and burnout. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 65.
- Gillham, J.E., Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, (37), 163-173.
- Gökçe, G., Yılmaz, B. (2017). Afetlerde yardım çalışanları: ikincil travmatik stres ve başa çıkma. *Türkiye Klinikleri*, 2(3),198-204
- Gökçen, C., Zengin, S., Oktay, M. M., Alpak, G., Al, B. ve Yıldırım, C. (2013). Acil serviste çalışan sağlık personelinde tükenmişlik, iş doyumunu ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 122-128.
- Görges, F., Oehler, C., Hirschhausen, E., Hegerl, U., Rummel-Klugea, C. (2018). GET.HAPPY- Acceptance of an internet-based self-management positive psychology intervention for adult primary care patients with mild and moderate depression or dysthymia: A pilot study. *Internet Interventions*, (12), 26-35
- Gradus, J. L. (2007). *Epidemiology of PTSD*. National Center for PTSD (United States Department of Veterans Affairs).
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).
- Gül, E., (2014). Prevalence Rates of Traumatic Events, Probable PTSD and Predictors of Posttraumatic Stress and Growth in a Community Sample from Izmir (Doctoral dissertation). Middle East Technical University, Ankara.
- Gündüz, B., Erkan, Z. ve Gökçakan, N. (2007). Polislerde tükenmişlik ve görünen psikolojik belirtiler. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (2), 283-298.
- Gürdil, G. (2014). Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gürkan, U. (2006). Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi (Doktora tezi) Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.
- Hatfield, T., & Hatfield, S. R. (1992). As if your life depended on it: Promoting cognitive development to promote wellness. *Journal of Counseling & Development*, 71(2), 164-167.
- Havle, N., İlnem, M. C., Yener, F., & Gümüş, H. (2008). İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam*, 21(1-4), 4-13.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 151-158.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Bush, A. J., Pratt, C., Fairclough, D., Rissmiller, G., Betcher, D., Gilchrist, G. S. (2000). An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 6-17.
- Hollifield, M., Hewage, C., Gunawardena, C. N., Kodituwakku, P., Bopagoda, K., Weerarathnege, K., & International Post-Tsunami Study Group. (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 39-44.
- Hopwood, T., Schutte, N.S., Loi, N.M. (2019). Stress responses to secondary trauma: Compassion fatigue and anticipatory traumatic reaction among youth workers. *The Social Science Journal*, 56, 337-348. doi/full/10.1016/j.sosci.2018.08.008
- Horwitz, M. (1998). Social worker trauma: Building resilience in child protection social workers. *Smith College Studies in Social Work*, 68(3), 363-377.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., Denninger, J. W., Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General hospital psychiatry*, 36(1), 88-94.
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2008). *Exploring secondary traumatic stress experienced by mental health workers working in mental health service in Rwanda* (Masters Dissertation). South Africa: University of KwaZulu Natal.
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2010). Exploring secondary traumatic stress in mental health nurses working in Kigali, Rwanda. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 96e106.
- Iyamuremye, J., Brysiewicz, P. (2015). The Development of a Model for Dealing with Secondary Traumatic Stress in Mental Health workers in Rwanda, *Health Sa Gesondheid*, 20.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. 1929. Ch, 14, 270-291.
- Kabahaliloğlu, K. (2018). Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Algılanan Aidiyet, Algılanan Stres ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(1), 29-32.
- Kahil, A. (2016). Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284.
- Kantziari, M. A., Nikolettos, N., Sivvas, T., Bakoula, C. T., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2019). Stress management during the second trimester of pregnancy. *International Journal of Stress Management*, 26(1), 102.
- Kararmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 129-142.

- Kararımk, Ö. (2007). Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğinin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği: Travma örnekleminde doğrulayıcı faktör analizi. *IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kitapçığı*.
- Karancı, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkal, H., & Güzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17303
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Jamshidifar, Z., Sanaei, H., & Givi, F. (2014). Stress coping skills training and distress in women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 809-813.
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., & Kessler, R. C. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of psychiatric research*, 53, 157-165.
- Kaya, A., Çetinkaya, F., Naçar, M., & Baykan, Z. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 122-133.
- Kealy, D., Halli, P., Ogrodniczuk, J. S., & Hadjipavlou, G. (2016). Burnout among Canadian psychiatry residents: a national survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(11), 732-736.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 161-197.
- Kellogg, M. B., Knight, M., Dowling, J. S., & Crawford, S. L. (2018). Secondary traumatic stress in pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 43, 97-103.
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D. ve Cardeña, E. (2013). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, May 6, 1-9.
- Klein, A., Taieba, O., Xavier, S., Baubeta, T., Reyrea, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: a systematic review. *Explore*, 16(1), 35-43.
- Koçyiğit, B. (2019). Özel ve devlet hastanelerinde çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromu ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişki (Yüksek Lisans tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Koehler, C. M. G. (2012). Effects of a self-care intervention for counselors on compassion fatigue and compassion satisfaction (Doktora tezi). University of North Texas, Texas.
- Kranda, T. (2019). Sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Laborde, S., Allen, M. S., Göhring, N., & Dosseville, F. (2017). The effect of slow-paced breathing on stress management in adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(6), 560-567.
- Lam, D., & Gale, J. (2000). Cognitive behaviour therapy: Teaching a client the ABC model—The first step towards the process of change. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 444-451.
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Chamberland, S., & Descôteaux, J. (2019). Psychotherapists' professional quality of life. *Traumatology*, 25(3), 208.
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *The International journal of psychiatry in medicine*, 5(4), 321-333.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308.
- Letson, M.M., Davis, C., Sherfield, J., Beer, O.W.J., Phillips, R., Wolf, K.G. (2019). Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children's Advocacy Centers. *Child Abuse and Neglect*. 104240.
- Lev, E. L., Daley, K. M., Conner, N. E., Reith, M., Fernandez, C., & Owen, S. V. (2001). An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 15(3), 277-294.

- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256.
- Livanou, M., Bassoglu, M., Salcioglu, E., & Kalendar, D. (2002). Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(12), 816-823.
- Lommen, M. J., Sanders, A. J., Buck, N., & Arntz, A. (2009). Psychosocial predictors of chronic post-traumatic stress disorder in Sri Lankan tsunami survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 60-65.
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K. H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 525-532.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Maslach, C. A. ve Jackson, S. A. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- McGrath, J. G. (1976). *Stress and Behaviour in Organizations*. Handbook of industrial and organizational psychology.
- Miedziun, P., & Czabała, J. C. (2015). Stress management techniques. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 23-30.
- Miller, J. J. (2020). Developing self-care competency among child welfare workers: A first step. *Children and Youth Services Review*, 108, 104529.
- Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(1), 1-13.
- Murat, M. (2003). Emniyet görevlilerinin tükenmişlik durumları. *Polis Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 95-108.
- Murdock, N. L., Duan, C., & Nilsson, J. E. (2012). Emerging approaches to counseling intervention: Theory, research, practice, and training. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 966-975.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American psychologist*, 55(1), 56.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., Witmer, J.M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *Journal of Counselin and Development*, (78).
- Naeem, F., Ayub, M., Masood, K., Gul, H., Khalid, M., Farrukh, A., Shaheen, A., Waheed, W., Chaudhry, H. R. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors of PTSD: 18 months after Kashmir earthquake in Pakistan. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 268-274.
- Norcross, J. C. (2000). Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 710.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Jama*, 282(8), 755-762.
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99.
- Oğuzberk, M. ve Aydın, A. (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*, 11, 167-179.
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(2), 172.
- Oral, A. (2004). Ergenlik döneminde stresle başa çıkma: Stresle başa çıkma programının geliştirilmesi ve Etkililiğinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Orhan, G. (2020). Cinsel istismar mağduru çocukların adli görüşmesini yürüten profesyonellerin ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve mesleki doyum düzeyleri ile ilişkili değişkenler: Türkiye örneği (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52.
- Öles, M. (2019). Dezavantajlı gruplarla çalışan ruh sağlığı çalışanlarının yaşadığı ikincil travmatik stres, tükenme ve baş etme stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özkuş, M. (2019). Psikososyal Destek Elemanlarının Algılanan Sosyal Destek ile Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özü, Ö. (2010). Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma becerileri eğitim programının işgörenlerin stres, kaygı ve iyilik hali düzeylerine etkisi: Karşıyaka Vergi Dairesi örneği (Doktora tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Pak, M. D., Özcan, E., & Çoban, A. İ. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 628-644.
- Passmore, S., Hemming, E., McIntosh, H. C., & Hellman, C. M. (2020). The relationship between hope, meaning in work, secondary traumatic stress, and burnout among child abuse pediatric clinicians. *The Permanente Journal*, 24.
- Payne, R. M. (2010). *Relaxation techniques. A Practical Handbook for the Health Professional*. Churchill Livingstone: Elsevier. Fourth edition.
- Peron, B. E. ve Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2), 216-234.
- Powell, T. M., Wegmann, K. M., & Shin, O. J. (2019). Stress and coping in social service providers after Superstorm Sandy: An examination of a postdisaster psychoeducational intervention. *Traumatology*, 25(2), 96.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2016). Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 94, 189-193.
- Roby, E. K. (2008). The efficacy of a burnout intervention group within a population of clinical psychology students (Doctoral dissertation). The University of the Rockies, Denver.
- Rosenman S. Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002; 36:515–520. [PubMed: 12169152]
- Rudaz, M., Twohig, M., Ong, C.W., Levin, M.E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (6), 380-390.
- Salloum, A., Kondrat, D.C., Johnco, C., Olson, K.R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, (49), 54–61.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.
- Selye, H. (1977). *Stress Without Distress*. School Guidance Worker, 32(5), 5-13.
- Shah, S. A., Garland, E., & Katz, C. (2007). Secondary traumatic stress: Prevalence in humanitarian aid workers in India. *Traumatology*, 13(1), 59-70.

- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280.
- Sprang, G., Ford, J., Kerig, P., & Bride, B. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 25(2), 72.
- Straud, C., Henderson, S. N., Vega, L., Black, R., & Van Hasselt, V. (2018). Resiliency and posttraumatic stress symptoms in firefighter paramedics: The mediating role of depression, anxiety, and sleep. *Traumatology*, 24(2), 140.
- Sünter, A. T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., & Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1), 9-14.
- Şahin, D., Turan, F. N., Alparslan, N., Şahin, İ., Faikoğlu, R. ve Görgülü, A. (2008). Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 116-121.
- Şahin, E., & Cerit, C. Ambulans Çalışanlarında Travma Sonrası Stres ve Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 156-160.
- Şahin, H. (2019). Sivil toplum kuruluşlarında hizmet veren kişilerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin, dayanıklılık ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi: Sığınmacı ve mültecilerle çalışanlarda farklılaşır mı? (Yüksek Lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şanlı, S. ve Akbaş, T. (2008). Adana İlinde çalışan polislerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 1-24.
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2004). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü*. T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Tartakovsky, E., & Walsh, S. D. (2016). Burnout among social workers working with immigrants from the Former Soviet Union and Ethiopia in Israel: Testing the connections between personal value preferences, immigrant appraisal and burnout. *International Journal of Intercultural Relations*, 53, 39-53.
- Taşdöven, H. (2005). Polislerin tükenmişlik düzeylerinin çalıştıkları birimler açısından incelenmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 7 (3), 43-58.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 100-108.
- Tehrani, N. (2007). The cost of caring—the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(4), 325-339.
- Telef, B. B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Tural, Ü., Coşkun, B., Önder, E., Çorapçioğlu, A., Yıldız, M., Kesepara, C., ... & Aybar, G. (2004). Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(6), 451-459.
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172.
- Türkçapar, H. (2007). *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulama*. Ankara: HYB
- Türkçapar, H. M. (2018). *Bilişsel Davranışçı terapi*. 11. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2017). Psikiyatri Hemşireliğinde Şefkat Yorgunluğu: Sistemik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 421-430.
- Ünüvar, A. (2012). Gerçeklik kuramına dayalı psiko-eğitim programının lise öğrencilerinin denetim odağı ve yılmazlık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi (Doctoral dissertation). Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American journal of public health*, 91(2), 270.
- Van Minnen A, Keijsers P. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 31:189-200.

- Walsh, S., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). The application of positive psychotherapy in mental health care: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 638-651.
- Wersebe, H., Roselind, L., Meyer, A.H., Hofer, P., Gloster, A.T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (18), 60-68.
- Witmer, J. M., & Sweeney, T. J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the life span. *Journal of Counseling & Development*, 71(2), 140-148.
- World Health Organization. (1998). *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998 (No. WHO/DAP/98.13)*. World Health Organization.
- Yadin, E., & Foa, E. B. (2007). Cognitive Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (p. 178–193). Cambridge University Press
- Yanbolloğlu, Ö. (2019). İkincil Travmatik Stresin Meslek Elemanları Üzerindeki Etkileri: Bir Derleme Çalışması. Social Sciences Review of the Faculty of Sciences & Letters *University of Uludağ/Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(36).
- Yang, S., Meredith, P., Khan, A. (2015). Stress and burnout among healthcare professionals working in a mental health setting in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry*, (15), 15-20
- Yedigöz Sönmez, G. (2013). Stresle Başa Çıkma Programının Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Yeşil, A., Aker, A. T. ve Sezgin, U. (2009). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam*, 22 (1-4), 9-17.
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N. N., ve Aker, A. T. (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 111-117.
- Yıldırım, A. ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 61-68.
- Yılmaz, B. (2007). Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, (10), 137-147.
- Zara, A., & İçöz, F. J. (2015). Türkiye’de Ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18, 15-23.

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:	
Adı Soyadı	Melis DEMİRCİOĞLU
Doğum Yeri ve Tarihi	İstanbul - 02/10/1986
İletişim Adresi	Maltepe/İstanbul
Telefon	+905322068612
E-posta	melisdemircioglu@gmail.com
Eğitim Bilgileri	Lisans: İstanbul Üniversitesi – Psikoloji – 2008 Y. Lisans: İstanbul Üniversitesi – Sinirbilim – 2014 Y. Lisans: İstanbul Kent Üniversitesi – Klinik Psikoloji – 2020
Mesleki Deneyim	<p>03/2017-Halen Kurum: İNDA Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Merkezi Görev: Psikoterapist</p> <p>09/2019-02/2020 Kurum: Medipol Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Görev: Öğretim Görevlisi</p> <p>11/2017-05/2019 Kurum: Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği Görev: Danışman / Çalışana Destek</p> <p>09/2017-01/2019 Kurum: Maltepe Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Görev: Öğretim Görevlisi</p> <p>06/2018-09/2018 Kurum: Işık Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Görev: Öğretim Görevlisi</p> <p>02/2018-06/2018 Kurum: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Görev: Öğretim Görevlisi</p> <p>10/2015-03/2017 Kurum: Merck İlaç Ecza ve Kimya Tic. A.Ş. Görev: Uzman Psikolog - Multiple Skleroz (MS) Hasta Destek Programı</p> <p>04/2012-03/2017 Kurum: Acıbadem Sağlık Grubu - Acıbadem Mobil Sağlık Görev: Uzman Psikolog/Psikoterapist</p> <p>07/2010-04/2011 Kurum: Şenel Psikoloji Eğitim Danışmanlık Merkezi Görev: Psikolog/Eğitmen (Türk Hava Yolları - Turkish Ground Services)</p> <p>04/2009-07/2010 Kurum: Arge Eğitim Danışmanlık Merkezi Görev: Psikolog</p> <p>12/2008-04/2009 Kurum: Trioline Danışmanlık Merkezi Görev: Psikolog</p>

Yabancı Dil Bilgileri	İngilizce
Üye Olduğu Mesleki/ Sosyal Kuruluşlar	Türk Psikologlar Derneği (İstanbul Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi) Travma Çalışmaları Derneği (Kurucu Üye / Yönetim Kurulu Başkanı) EMDR Derneği (Üye) Nöropsikoloji Derneği (Üye) TARDE Travma ve Afet Ruh Sağlığı Çalışmaları Derneği (Üye)
Bilimsel Etkinlikler	
Makaleler	Demircioğlu, M., Şeker, Z., & Aker, A. T. (2019). Psikolojik İlk Yardım: Amaçları, Uygulanışı, Hassas Gruplar ve Uyulması Gereken Etik Kurallar. <i>Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar</i> , 11(3), 351-362.
Projeler	
Bildiriler	<p>Demircioğlu, M. (2019). Travma Sonrası Akut Dönem Toplum Tabanlı Müdahaleler. 4. Psikiyatri Zirvesi 11. Ulusal Anksiyete Kongresi, (Sözlü Bildiri), 14-17 Mart 2019, Antalya.</p> <p>Yılmaz A., Demircioğlu, M. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Seperasyon Anksiyetesi ve Psikolojik Sağlamlık. 4. Psikiyatri Zirvesi 11. Ulusal Anksiyete Kongresi, (Poster Bildiri), 14-17 Mart 2019, Antalya.</p> <p>Yılmaz A., Candaş Demir M. U., Demircioğlu, M. (2019). Bağımlılık tedavisi alan hastalar arasında erken dönem travmatik yaşam olaylarının bellek fonksiyonları ile ilişkisi. 4. Psikiyatri Zirvesi 11. Ulusal Anksiyete Kongresi, (Sözlü Bildiri), 14-17 Mart 2019, Antalya.</p> <p>Unal Y., Isik E., Demircioğlu M., Sahin S., Yılmaz T. (2017). The prevalence and predictors of PTSD after a terrorist attack. The 15th European Society for Traumatic Stress Studies Conference (Oral Presentation), 2-4 June 2017, Odense, Denmark.</p> <p>Demircioğlu, M. (2017). Olağan Dışı Koşullarda Psikolojik İlk Yardım. 21. TPD Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, Türkiye Psikiyatri Derneği (Sözlü Bildiri), 19-22 Nisan 2017, Antalya.</p> <p>Demircioğlu, M. (2016). Çocuk İstismarının Bir Boyutu Olarak Savaş. Ulusal Şiddet ve Travmayı Önleyici Çalışmalar Kongresi (Sözlü Bildiri), 5 Mart 2016, İstanbul.</p>
Ödüller	
Diğer	Aker T., Ünal Y., Demircioğlu M. (2019). Psikolojik İlk Yardım. S. Arslan Tomas, E. Şavur, E. Uygun (Ed.), <i>Afet ve Acil Durumlarda Psikososyal Destek Hizmetleri</i> (s.64-77). UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatle okuyarak, eksiksiz bir şekilde ve samimiyetle cevaplayınız. Bilgilerinizin gizliliği araştırmacı tarafından özenle korunacak olup paylaşacağınız bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

* **Gerekli**

Ad-Soyad veya Rumuz*:

(Rumuz, isminin formda yazmasını istemeyen katılımcılar içindir ve daha sonraki değerlendirmeleri eşleştirmeye yarar. Dilediğiniz harf ve rakamları kullanarak kod ad oluşturabilirsiniz, lütfen kod adında noktalama işaretleri kullanmayın. Rumuz belirlemeyi seçerseniz, daha sonra hatırlayabilmek amacıyla bir yere not etmeniz önerilir.)

1. Cinsiyet * *Yalnızca bir şıkka işaretleyin.*

Kadın

Erkek

Diğer/Belirtilmedi

2. Doğum tarihi * *Örnek: 15 Aralık 2012*

.....

3. Uyruk* *Yalnızca bir şıkka işaretleyin.*

Türkiye Cumhuriyeti

Diğer

4. Medeni durum * *Yalnızca bir şıkka işaretleyin.*

Bekar

Evli

Dul

Boşanmış

5. Eğitim durumu * *Yalnızca bir şıkka işaretleyin.*

Lise

Önlisans

Lisans

Lisansüstü

6. Halen çalışmakta olduğu kurumun adı *

7. Çalıştığı kurumdaki ünvanı/rolü/görevi: * *Yalnızca bir şıkka işaretleyin.*

Sosyal Çalışmacı

Çocuk Gelişimi Uzmanı

Diğer:

Psikolog

Psikolojik Danışman

Sosyal Hizmet Uzmanı

Hekim

8. Meslekte geçen toplam süre (Örnek: 4Yıl 3Ay) *

9. Halen çalışmakta olduğu kurumdaki görev süresi (Örnek: 4Yıl 3Ay) *

.....

10. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz? *

.....

12. Göreviniz gereği, danışanlardan/yararlanıcılardan ne sıklıkla travmatik bir yaşantıyı dinlemek durumunda kalırsınız? * *Yalnızca bir şıkki işaretleyin.*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Ayda 1-2 defa | <input type="checkbox"/> Haftada 3'ten fazla |
| <input type="checkbox"/> Ayda 1'den az | <input type="checkbox"/> Haftada 1-2 defa | <input type="checkbox"/> Her gün |

13. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi ya da hangileri en sık olarak psikososyal destek vermekte olduğunuz grupları tanımlar? (Birden fazla seçim yapabilirsiniz) *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mülteciler | <input type="checkbox"/> Savaş gazileri |
| <input type="checkbox"/> Sığınmacı ve göçmenler | <input type="checkbox"/> Kronik hastalığı olan bireyler |
| <input type="checkbox"/> Çocuklar | <input type="checkbox"/> Fiziksel şiddet yaşamış bireyler |
| <input type="checkbox"/> Yaşlılar | <input type="checkbox"/> Cinsel şiddet yaşamış bireyler |
| <input type="checkbox"/> Kadınlar | <input type="checkbox"/> İşkence yaşamış bireyler |
| <input type="checkbox"/> LGBTİ bireyler | <input type="checkbox"/> Afet yaşamış bireyler |
| <input type="checkbox"/> Engelli bireyler | <input type="checkbox"/> Terör saldırısı yaşamış bireyler |
| <input type="checkbox"/> Azınlık gruplara mensup bireyler | <input type="checkbox"/> Diğer: |

14. Çalıştığınız kurumda, görev alanlarınızın kapsamına giren konularda bilgi ve becerilerinizi arttıracak eğitimler almanız sağlanıyor mu? * *Yalnızca bir şıkki işaretleyin.*

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

15. Danışanlar ve/veya yararlanıcılara yönelik çalışmalarınızla ilgili, zorlandığınız süreçlerde destek olması amacıyla süpervizyon alıyor musunuz? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

16. Bireysel psikoterapi alıyor musunuz? * *Yalnızca bir şıkki işaretleyin.*

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

17. Son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevilen birinin kaybını yaşadınız mı? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

18. Tanısı konmuş herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? Belirtiniz *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz) | <input type="checkbox"/> Hayır |
|--|--------------------------------|

19. Tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? *

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evet (Belirtiniz) | |
| <input type="checkbox"/> Hayır | |

EK-2 YAŞAM OLAYLARI KONTROL LİSTESİ (LEC)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları bir grup zor ve stresli durumlar listelenmiştir. Her bir olay için sağ tarafta yer alan bir veya daha fazla kutucuğu şu açıklamalara uygun olarak işaretleyiniz:

- (a) Kişisel olarak bizzat yaşadınız;
- (b) bir başkasının başına geldiğine şahit oldunuz;
- (c) yakın bir aile üyenizin veya yakın bir arkadaşınızın başına geldiğini öğrendiniz;
- (d) işiniz gereği bu olaya maruz kaldınız (örn. askeri doktor, polis, asker veya benzer bir meslek üyesi olarak);
- (e) buna benzer bir olay yaşadığınıza emin değilsiniz; veya
- (f) size uygun değil.

Listede yer alan olayları bütün geçmiş yaşamınızı (büyürken olduğu kadar yetişkinliği de) dikkate alarak değerlendiriniz. Birden fazla kutucuk (x) koyarak işaretlenebilir.

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

	Olay	Bizzat yaşadım	Şahit oldum	Öğrendim	İşimin gereği	Emin değilim	Bana uygun değil
1	Doğal afet (örneğin, deprem, sel, tufan, hortum)						
2	Yangın veya patlama						
3	Seyahat ederken kaza (örneğin, araba kazası, gemi kazası, tren çarpması, uçak kazası)						
4	İşte, evde veya eğlenceli bir etkinlik sırasında ciddi kaza						
5	Zehirli maddeye maruz kalma (örneğin, tehlikeli kimyasallar, radyasyon)						
6	Fiziksel saldırı (örneğin, saldırıya uğrama, yumruk yeme, tekmelenme, tokatlanma, dayak yeme)						
7	Silahlı saldırıya uğrama (örneğin, vurulma, bıçaklanma, bıçakla silahla veya bombayla tehdit edilme)						
8	Cinsel saldırı (ırza saldırı, ırza saldırı girişimi, zor kullanarak veya zarar verme tehdidiyle her türlü cinsel eylem)						
9	Diğer türlü istenmeyen veya rahatsızlık veren cinsel deneyim						
10	Bir savaş bölgesinde çatışmaya girme veya ateş altında kalma (askerde veya sivil olarak)						
11	Esaret (örneğin, kaçırılma, esir alınma, rehlin alınma, savaş tutsağı)						
12	Yaşamı tehdit eden hastalık veya yaralanma						
13	Ciddi ızdırap çekme						
14	Ani vahşice ölüm (örneğin, cinayet, intihar)						
15	Ani kaza sonucu olan ölüm						
16	Sizin bir başkasının ciddi şekilde yaralanmasına, zarar görmesine veya ölümüne sebep olmanız						
17	Herhangi bir başka çok stresli olay veya deneyim						

EK-3 TSSB KONTROL LİSTESİ (PCL)

Aşağıda çok stresli bir olay karşısında insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. SON BİR AY İÇİNDE bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1	Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları	0	1	2	3	4
2	Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar	0	1	2	3	4
3	Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi)	0	1	2	3	4
4	Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi	0	1	2	3	4
5	Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi)	0	1	2	3	4
6	Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak	0	1	2	3	4
7	Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelere veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak	0	1	2	3	4
8	Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler	0	1	2	3	4
9	Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler)	0	1	2	3	4
10	Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak	0	1	2	3	4
11	Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular	0	1	2	3	4
12	Daha önce yapmaktan keyif aldığımız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek	0	1	2	3	4
13	Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek	0	1	2	3	4
14	Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak)	0	1	2	3	4
15	Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler	0	1	2	3	4
16	Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak	0	1	2	3	4
17	Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek	0	1	2	3	4
18	Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek	0	1	2	3	4
19	Dikkati toplamada güçlükler	0	1	2	3	4
20	Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri	0	1	2	3	4

EK-4 MASHLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)

Aşağıda işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (x) işareti ile belirtiniz.

	Hiçbir zaman (HBZ): 1 Çok nadir (ÇN) : 2 Bazen (B) : 3 Çoğu zaman (ÇZ) : 4 Her zaman (HZ) : 5	1	2	3	4	5
		H B Z	Ç N	B	Ç Z	HZ
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2	İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı					
7	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8	Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12	Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13	İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14	İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16	Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17	İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.					
18	İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19	Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21	İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım					
22	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					

EK-5 ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (AS)

Bu ölçekteki sorular, son bir aydır düşündükleriniz ve hissettikleriniz üzerine sorulmuştur. Lütfen, her bir soruyu, ne kadar sık hissettiğinizi veya düşündüğünüzü işaretleyiniz.

HZ: Hiçbir zaman HHZ: Hemen hemen hiçbir zaman B: Bazen OS: Oldukça Sık ÇS: Çok Sık	0	1	2	3	4
	HZ	HHZ	B	OS	ÇS
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde olanlar yüzünden ne kadar sık üzuldünüz?					
2. Son bir ay içinde, hayatınızda önemli şeyleri kontrol edemediğinizi, ne kadar sık düşündünüz?					
3. Son bir ay içinde, kendinizi ne kadar sık endişeli ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, kişisel problemlerinizi idare etmek açısından, kendinize ne kadar sık güvendiniz?					
5. Son bir ay içinde, işlerin yolunda gittiğini ne kadar sık düşündünüz?					
6. Son bir ay içinde, yapmanız gereken şeyleri ne kadar sık başa çıkılmaz buldunuz?					
7. Son bir ay içinde, hayatınızdaki olumsuzlukları ne kadar sık kontrol edebildiniz?					
8. Son bir ay içinde, kendinizi ne kadar sık her şeyin üstesinden gelmiş gibi hissettiniz?					
9. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışındaki şeyler nedeniyle ne kadar sık öfkeleniniz?					
10. Son bir ay içinde, zorlukların üzerinden gelemeyeceğiniz kadar yığıldığınızı ne kadar sık düşündünüz?					

EK-6 PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ (PIO)

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum						<input type="checkbox"/>
2.	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir						<input type="checkbox"/>
3.	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim						<input type="checkbox"/>
4.	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum						<input type="checkbox"/>
5.	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim						<input type="checkbox"/>
6.	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum						<input type="checkbox"/>
7.	Geleceğim hakkında iyimserim						<input type="checkbox"/>
8.	İnsanlar bana saygı duyar						<input type="checkbox"/>

EK-7 CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (PS)

Lütfen aşadaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim	0	1	2	3	4
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim	0	1	2	3	4
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	0	1	2	3	4
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	0	1	2	3	4
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	0	1	2	3	4
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	0	1	2	3	4
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
23. Zoru severim.	0	1	2	3	4
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
25. Başarılarımla gurur duyarım.	0	1	2	3	4

EK-8 KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU MÜDAHALE GRUBU

Katılımcı Bilgilendirme Formu

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Doktora Programı kapsamında Uzman Psikolog Melis Demircioğlu tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülecek olan “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı’nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez çalışmasıdır. Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 20/03/2019 tarih ve KÜ GOKAEK 2019/05.20 sayılı kararı ile etik kurul tarafından onaylanmıştır.

Bu araştırmaya katılmadan önce aşağıdaki bilgilerin dikkatlice okunması ve eğer anlaşılmayan konular olması ya da daha fazla bilgi talep edilmesi halinde araştırmacılara sorulması önerilmektedir.

Araştırmanın amacı, Suriyeli sığınmacı ve mültecilerle çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarında, psikolojik öz bakım ve işlevsel başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesine odaklı yapılandırılmış bir çalışana destek müdahalesinin, çalışanların travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla araştırmacı tarafından Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) isimli uygulama çeşitli psikoloji kuramları, psikoterapi yaklaşım ve tekniklerinden yararlanılarak geliştirilmiştir.

Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci ve sığınmacılara yönelik çalışmalarda görev almakta olan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarından oluşturulmuş gruplar araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmak için aşağıdaki kriterlerin sağlanması gerekmektedir:

- 18 yaşından büyük olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Türkçe biliyor olmak.
- Türkiye Cumhuriyeti uyruklu olmak.

- Ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında çalışıyor olmak.
- Tanısı konmuş ciddi bir fiziksel hastalığa ya da kronik hastalığa sahip olmamak.
- Tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığa sahip olmamak.
- Son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevilen bir yakının kaybını/vefatını yaşamış olmamak.

Araştırmaya bu kriterleri karşılayan 40 katılımcı dahil edilecek ve sizin de içinde yer aldığınız 20 katılımcı araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan psikoeğitim müdahale programına katılacak yani bu araştırmanın müdahale grubunu oluşturacaktır. Diğer 20 katılımcı ise araştırmanın kontrol grubunda yer alacak ve kendilerine herhangi bir uygulama yapılmayacaktır.

Çalışma kapsamında her iki gruptan da kendi kendilerine doldurabilecekleri formlar aracılığıyla ölçekler uygulanarak veri toplanacaktır. Ölçeklerin uygulanmasının ardından müdahale grubunda yer alan katılımcılar, müdahale programına başlayacaklardır. Uygulamalar grup oturumları şeklinde ve birbirini takip eden üç hafta, haftanın bir günü, toplam 3 oturum olacak şekilde gerçekleştirilecektir. Her bir oturum 3 saatte tamamlanmaktadır. Son oturumun tamamlanmasının ardından bir hafta sonra (1. Ay) tüm gruplardaki bireylere tüm ölçekler tekrar uygulanacak olup bu ölçüm son test niteliğinde olacaktır. İzlem amacıyla psikoeğitim programının tamamlanmasından 1 ay sonra (2. ay) lekler tüm gruplara tekrar uygulanacaktır.

Bu çalışmada programın uygulanması ve verilerin toplanması sürecinin 3 ayda tamamlanması hedeflenmektedir.

Bu araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlı olup katılım için bu formun okunup imzalanması gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkı vardır. Bununla birlikte katılımcıların araştırma sürecinde istedikleri zaman gerekçe belirtmeksizin araştırmadan ayrılma hakkı bulunmaktadır. Bu çalışmaya katılmanın ve gerçekleştirilecek uygulamaların katılımcı için risk oluşturabilecek herhangi bir yönü bulunmamaktadır. Katılımcılar, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ayrıca kendilerine de bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler yalnızca eğitim ve araştırma amacı ile kullanılacak olup katılımcılara ait kişisel bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmanın sizin için olası yararları, psikolojik özbakım becerileri kazanmak, olumsuz duygu ve düşüncelerle başa çıkmak için yeni yollar öğrenmek, tükenmişliği, stres düzeyini azaltarak, psikolojik sağlamlık ve iyilik halinizi arttırmaktır. Araştırmaya katılmanın sizin için herhangi bir fiziksel, sosyal, psikolojik zararı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz olması halinde Kurula, Etik Kurul raportörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulması halinde aşağıdaki e-posta adresi ve telefondan araştırmacılara ulaşılması mümkün olacaktır.

Araştırmaya katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

İletişim: Melis Demircioğlu / melisdemircioglu@gmail.com / 0532 206 86 12

Katılımcı Onay Formu

Uzman Psikolog Melis Demircioğlu tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülecek “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi” başlıklı doktora tez çalışması kapsamında gerçekleştirilecek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca herhangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tarafıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no):

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi:

Araştırmanın Adı: Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

EK-9 KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU KONTROL GRUBU

Katılımcı Bilgilendirme Formu

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Doktora Programı kapsamında Uzman Psikolog Melis Demircioğlu tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülecek olan “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı’nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez çalışmasıdır. Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 20/03/2019 tarih ve KÜ GOKAEK 2019/05.20 sayılı kararı ile etik kurul tarafından onaylanmıştır.

Bu araştırmaya katılmadan önce aşağıdaki bilgilerin dikkatlice okunması ve eğer anlaşılmayan konular olması ya da daha fazla bilgi talep edilmesi halinde araştırmacılara sorulması önerilmektedir.

Araştırmanın amacı, Suriyeli sığınmacı ve mültecilerle çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarında, psikolojik öz bakım ve işlevsel başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesine odaklı yapılandırılmış bir çalışana destek müdahalesinin, çalışanların travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), tükenmişlik, algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve iyilik hali düzeylerine etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla araştırmacı tarafından Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı (ÇADEM-TP) isimli uygulama çeşitli psikoloji kuramları, psikoterapi yaklaşım ve tekniklerinden yararlanılarak geliştirilmiştir.

Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci ve sığınmacılara yönelik çalışmalarda görev almakta olan ruh sağlığı ve psikososyal destek çalışanlarından oluşturulmuş gruplar araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmak için aşağıdaki kriterlerin sağlanması gerekmektedir:

- 18 yaşından büyük olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Türkçe biliyor olmak.
- Türkiye Cumhuriyeti uyruklu olmak.

- Ruh sağlığı ve psikososyal destek alanında çalışıyor olmak.
- Tanısı konmuş ciddi bir fiziksel hastalığa ya da kronik hastalığa sahip olmamak.
- Tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığa sahip olmamak.
- Son altı ay içinde bir aile üyesi ya da sevilen bir yakının kaybını/vefatını yaşamış olmamak.

Araştırmaya bu kriterleri karşılayan 40 katılımcı dahil edilecek ve 20 katılımcı araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan psikoeğitim müdahale programına katılacak yani bu araştırmanın müdahale grubunu oluşturacaktır. Sizin de içinde yer aldığımız diğer 20 katılımcı ise araştırmanın kontrol grubunda yer alacak ve müdahale programına katılmayacaklardır.

Çalışma kapsamında her iki gruptan da kendi kendilerine doldurabilecekleri formlar aracılığıyla ölçekler uygulanarak veri toplanacaktır. Ölçeklerin uygulanmasının ardından müdahale grubunda yer alan katılımcılar müdahale programına başlayacaklardır. Uygulamalar grup oturumları şeklinde ve birbirini takip eden üç hafta, haftanın bir günü, toplam 3 oturum olacak şekilde gerçekleştirilecektir. Bu esnada sizin de içinde yer aldığımız kontrol grubunda olan bireylerle herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Son oturumun tamamlanmasının ardından bir hafta sonra (1. Ay) tüm gruptaki bireylere tüm ölçekler tekrar uygulanacak olup bu ölçüm son test niteliğinde olacaktır. İzlem amacıyla psikoeğitim programının tamamlanmasından 1 ay sonra (2. ay) tüm ölçekler tekrar uygulanacaktır.

Bu çalışmada programın uygulanması ve verilerin toplanması sürecinin 3 ayda tamamlanması hedeflenmektedir.

Bu araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlı olup katılım için bu formun okunup imzalanması gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkı vardır. Bununla birlikte katılımcıların araştırma sürecinde istedikleri zaman gerekçe belirtmeksizin araştırmadan ayrılma hakkı bulunmaktadır. Bu çalışmaya katılmanın ve gerçekleştirilecek uygulamaların katılımcı için risk oluşturabilecek herhangi bir yönü bulunmamaktadır. Katılımcılar, araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ayrıca kendilerine de bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler yalnızca eğitim ve araştırma amacı ile kullanılacak olup katılımcılara ait kişisel bilgiler üçüncü şahışlarla paylaşılmayacaktır.

Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekte topluma, bilime ve sizin de dahil olduğunuz meslek gruplarında yer alan bireylere stresle ve olumsuz düşüncelerle başa çıkmak için yeni yollar öğrenmek, psikolojik özbakım becerileri kazanmak, tükenmişliği ve stres düzeylerini azaltarak, psikolojik sağlamlık ve iyilik halinin arttırmak gibi faydalarının olacağı umulmaktadır. Araştırmaya katılmanın sizin için herhangi bir fiziksel, sosyal, psikolojik zararı bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz olması halinde Kurula, Etik Kurul raportörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulması halinde aşağıdaki e-posta adresi ve telefondan araştırmacılara ulaşılması mümkün olacaktır.

Araştırmaya katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

İletişim: Melis Demircioğlu / melisdemircioglu@gmail.com / 0532 206 86 12

Katılımcı Onay Formu

Uzman Psikolog Melis Demircioğlu tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülecek “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı’nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi” başlıklı doktora tez çalışması kapsamında gerçekleştirilecek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca herhangi bir zarar görmeden araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tarafıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no):

(Faint watermark text, likely a signature or name, is visible in the background.)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi:

Araştırmanın Adı: Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

EK-10 ETİK KURUL ONAY BELGESİ



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı'nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2019/104			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Cem CERİT			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Psikiyatri			
	Araştırma Merkezi	Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği-Hayata Destek Derneği			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Doktora Tezi			
Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli	Çok Merkezli	Ulusal	Uluslararası	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma (gözlemsel tıbbi cihaz ve gözlemsel ilaç çalışmaları hariç)	
Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2019/05/10	Proje No: 2019/1024	Tarih: 20.10.2019
	Doç. Dr. Cem CERİT sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*		

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

ASLI GIBİDİR

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu Onay formu	Rev. Tarihi / No.su: 18.10.2017/KOGOEK01.2	Sayfa 2/2
--	--------------------------	---	--------------

EK-11 HAYATA DESTEK DERNEĞİ KURUM İZİN BELGESİ



Sayı : 2019/111

Tarih : 01/03/2019

Konu : Melis Demircioğlu Özal Tez Çalışması

Sayın İlgili,

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Doktora Programı bünyesinde, Uzman Psikolog Melis Demircioğlu Özal tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülmekte olan “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı”nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerine Etkisi” konulu tez çalışması kapsamında, kurumumuzda görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı onaylayan çalışanlar ile çalışmalar yapılması; anketler uygulanması, çalışanların ilgili eğitimlere ve oturumlara katılması kurum çalışanlarımızın desteklenmesine katkıda bulunacağı gerekçesi ile tarafımızca uygun bulunmuştur.



Sema GENEL KARAOSMANOĞLU

Hayata Destek Derneği Direktörü

Cenap Şehabettin Sk. No.
42 Koşuyolu Mah.
34718 Kadıköy/İstanbul

T: +90 216 336 2262
F: +90 216 336 2925

info@hayatedestek.org
www.hayatedestek.org

EK-12 MÜLTECİLER DERNEĞİ KURUM İZİN BELGESİ

MÜLTECİLER VE SİĞİNMACILAR
YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA DERNEĞİ



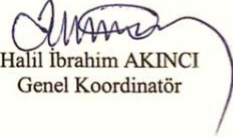
Sayı: 2019-031
Konu: Tez Çalışması
Melis Demircioğlu Özal

06.03.2019

İLGİLİ MAKAMA

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Doktora Programı bünyesinde, Uzman Psikolog Melis Demircioğlu Özal tarafından, Doç. Dr. Cem Cerit danışmanlığında yürütülmekte olan “Çok Boyutlu Çalışana Destek, Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı’nın (ÇADEM-TP) Psikososyal Destek Çalışanlarının Travmatik Stres, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlık Düzeylerine Etkisi” konulu tez çalışması kapsamında, kurumumuzda görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı onaylayan çalışanlar ile çalışmalar yapılması; anketler uygulanması, çalışanların ilgili eğitimlere ve oturumlara katılması kurum çalışanlarımızın desteklenmesine katkıda bulunacağı gerekçesi ile tarafımızca uygun bulunmuştur.

Saygılarımızla,


Halil İbrahim AKINCI
Genel Koordinatör

MÜLTECİLER VE SİĞİNMACILAR YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA DERNEĞİ
Turgut Reis Mah. Fatih Bulvarı No:306 Sultanbeyli/İSTANBUL
Telefon: (0850) 939 76 59
E-posta: info@multeciler.org.tr Elektronik ağ: <http://www.multeciler.org.tr>

EK-13 ÇADEM-TP MODÜLLERİ VE HEDEFLENEN KAZANIMLAR

Çok Boyutlu Çahşana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme Programı ÇADEM-TP				
Modül	Bölümün Adı	Uygulama	Kuram	Hedeflenen Kazanım
1.MODÜL	Giriş	Tanışma ve bilgilendirme	*	Programın tanıtımı, amacı ve süreci, oturumların yapısı, düzeni ve akışı hakkında bilgilendirme yapılır. Kurallar belirlenir.
		1.Bölüm: İkincil Travma ve Stres	İkincil travma ve stres hakkında bilgi aktarımı	PE
	Durum farkındalığı egzersizi		BDT	Durum farkındalığı: Kişinin kendi stres belirtilerini tespit etmesi hedeflenir.
	2. Bölüm: Stresi Yönetmek	Davranış farkındalığı egzersizi	BDT	Davranış farkındalığı: Kişinin bu stres belirtileri karşısında baş etmek için neler yaptığını fark etmesi hedeflenir.
		Baş çıkma tipleri egzersizi	BDT	İşlevsel olan ve olmayan baş çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve ayırt edilebilmesi hedeflenir.
		Stresli durumlara karşı tepkiler neler? egzersizi	BDT	Stresli durumlara karşısında tepkileri ve duyguları tanımak. İşlevsel tepkilerin öğrenilmesi hedeflenir.
		Davranış farkındalığı egzersizi	BDT	Ev ödevi: Kişinin stres karşısında verdiği işlevsiz ya da sorunlu tepkileri belirlemesi hedeflenir.
		Kişisel sözleşme egzersizi	BDT	Ev ödevi: Kişinin stres karşısında verdiği işlevsiz ya da sorunlu tepkileri değiştirmek üzere somut bir plan yapması hedeflenir.
		İyi ki var günlüğü	PP	Ev ödevi: Psikolojik iyi oluşun desteklenmesine yönelik alışkanlık kazanımı hedeflenir.
	2.MODÜL	1. Bölüm: Beden Odaklı Müdahale	Stres fizyolojisi	PE
Beden farkındalığı			SYT	Kişinin stresli durumlarda ortaya çıkan kendi bedensel tepkilerini tespit etmesi hedeflenir.
Nefes farkındalığı			SYT	Nefes egzersizlerinin etki mekanizması ve uygulamanın rasyoneli öğretilir. Farklı nefes teknikleri teorik olarak aktarılır. Uygulama yapılarak yaşantusal öğrenme hedeflenir.
Aşamalı kas gevşetme			SYT	Aşamalı kas gevşetme yönteminin ana prensipleri aktarılır. Örnek bir müdahale gösterilir.
İmajinasyon ile gevşeme			BDT	İmajinasyon ile gevşeme yönteminin ana prensipleri aktarılır. Örnek bir müdahale gösterilir.
Güvenli yer egzersizi			SYT	Güvenli yer egzersizi uygulama yapılarak yaşantusal öğrenme hedeflenir.
Nefes ve gevşeme egzersizlerinin uygulanması			SYT	Ev ödevi: Kişinin gündelik yaşamda uygulama yaparak kaygı ve stres yönetimi becerilerini artırması ve alışkanlık kazanımı hedeflenir.
Kendimden hoşnutum egzersizi			PP	Ev ödevi: Psikolojik iyi oluşun desteklenmesine yönelik alışkanlık kazanımı hedeflenir.
Üç iyi şey günlüğü		PP	Ev ödevi: Psikolojik iyi oluşun desteklenmesine yönelik alışkanlık kazanımı hedeflenir.	
2. Bölüm: Bilişsel Odaklı Müdahale		ABC Modeli	BDT	ABC Modeli üzerinden duygu- düşünce-davranış arasındaki ilişkinin öğrenilmesi. Kişinin duygu düşünce davranış döngüsüne dair bilgi sahibi olması hedeflenir.
		Düşünce farkındalığı egzersizi	BDT	Modeli yaşam olaylarına uyarlamak. Kişinin duygularına neden olan düşünce ve inançlarını ve davranışsal tepkilerini ayırt etme becerisi kazanması hedeflenir.
		Gerçekçi olmayan düşüncelerin analizi	BDT	Kişinin düşüncelerin gerçekliğini sına ve alternatif/gerçeğe uygun düşünceler geliştirme konusunda beceri kazanımı hedeflenir.
		Düşünce inceleme formu	BDT	Ev ödevi: Düşünce inceleme dair yeni öğrenilen bilgilerin oturumlar arasında gerçek yaşam olayları üzerinden çalışılması ve bu yolla kazanımın pekiştirilmesi hedeflenir.
		1. Bölüm: Değerlere Dayalı Davranış Aktivasyonu	Kilit değerler egzersizi	KKT
	Niyetler ve engeller egzersizi		KKT	Değerlere dayalı yaşamı artırma: Kişilerin değerlere dayalı yaşam için belirlediği kilit değere yönelik niyetleri belirlemesi hedeflenir.
Değerlere dayalı eylem planı egzersizi	KKT		Değerlere dayalı davranışlara bağlılık: Kişinin belirlediği niyetleri gerçekleştirme üzere gerçekleştirebileceği eylem adımlarını belirlemesi hedeflenir.	
Değerlere dayalı eylem planı egzersizi	KKT		Ev ödevi: Kişinin değerlere dayalı eylem planını uygulaması ve bu sayede alışkanlık kazanımı ve psikolojik iyi oluşun desteklenmesi hedeflenir.	
2. Bölüm: Psikolojik Özbakım	Özbakım değerlendirme çalışması	PP/SYT	Kişinin halihazırda sahip olduğu özbakım alışkanlıklarını değerlendirmesi, bu yolla bedensel, zihinsel, sosyal, manevi alanda ve iş/başarı alanında hangi özbakım eylemlerinden yararlandığını tespit etmesi; farklı özbakım eylemlerine ilişkin farkındalık kazanması hedeflenir.	
	Özbakım planını oluşturmak	PP/SYT	Bedensel, zihinsel, sosyal, manevi alanlarda ve iş/başarı alanında gerçekleştirilebilecek alternatif özbakım eylemlerinin belirlenmesi ve uygulama takvimine yerleştirilerek özbakım planının somutlaştırılması hedeflenir.	
	Tuzaklar egzersizi	BDT	Katılımcıların planlarının gözden geçirilmesi: Kişinin oluşturduğu özbakım planının gerçekleştirilebilirliğinin değerlendirilmesi, planı uygularken karşılaşılabileceği engelleri ve bunları nasıl çözümlenebileceğini planlaması hedeflenir.	
	Hafta boyu özbakım planının uygulanması	PP/SYT	Ev ödevi: Özbakım planındaki uygulamaları sürdürmek ve takip edebilme ve/veya özdisiplin amacıyla bir kontrol listesinin kullanılması. Bu yolla planın sürekliliği, alışkanlık kazanımı ve psikolojik iyi oluşun desteklenmesi hedeflenir.	

**Çok Boyutlu Çalışana Destek Müdahale ve Tükenmişlik Önleme
Programı Uygulama Kılavuzu (Kısa Form)**

BİRİNCİ OTURUM:

Tanışma ve Psikoeğitim

Birinci Bölüm: Giriş

- Tanışma
- Programın tanıtımı, amacı ve süreç hakkında bilgilendirme
- Oturumların yapısı, düzeni, akışı hakkında bilgilendirme
- Oturumlarda uyulacak kuralların belirlenmesi
- Değerlendirme formlarının dağıtılması
- Oturumlarda kullanılacak katılımcı materyallerinin dağıtılması ve tanıtımı

İkinci Bölüm: Psikoeğitim

- İkinci bölümün gündemleri hakkında bilgilendirme
- Psikoeğitim: İkincil travma ve Stres
- Stres, travmatik stres, ikincil travmatizasyon, tükenmişlik
- Stresin belirtileri
- Uygulama 1: Durum Farkındalığı: Bende Ne Var? Egzersizi
- Psikoeğitim: Stresi Yönetmek
- Uygulama 2: Davranış Farkındalığı: Ne Yapıyorum? Egzersizi
- İşlevsel olan ve olmayan başa çıkma
- Uygulama 3: Davranış Farkındalığı: Başa Çıkma Tipleri Egzersizi
- Stresli durumlar karşısında tepkileri ve duyguları tanımak
- Uygulama 4: Tepki Farkındalığı: Stresli Durumlara Karşı Tepkilerim Egzersizi
- İşlevsel tepkiler vermeyi öğrenmek
- Ev Ödevi 1: Davranış Farkındalığı Egzersizi
- Ev Ödevi 2: Kişisel Sözleşme Egzersizi
- Ev Ödevi 3: İyi ki Var Günlüğü
- Oturumun özetlenmesi
- Katılımcıların soru ve değerlendirmelerinin alınması
- Kapanış

İKİNCİ OTURUM:

Beden Odaklı ve Bilişsel Odaklı Müdahale

- Oturumun açılması
- Önceki haftanın gündemi hakkında kısa tekrar
- Ev Ödevleri hakkında grup içi tartışma
- İkinci oturumun gündemleri hakkında bilgilendirme

Birinci Bölüm: Beden Odaklı Müdahale

- Stres-beyin-beden ilişkisi
- Beden farkındalığı
- Nefes ve gevşeme egzersizlerinin etkisi
- Farklı nefes tekniklerinin öğretilmesi
- Uygulama 5: Nefes Farkındalığı
- Temel düzeyde kısa gevşeme tekniklerinin öğretilmesi
- Aşamalı kas gevşetme
- İmajinasyon ile gevşeme
- Uygulama 6: Güvenli Yer Egzersizi
- Uygulama 7: İmajinasyon ile gevşeme (*Gerginlik Makası* Egzersizi)
- Uygulama 8: Beden Farkındalığı Egzersizi
- Ev Ödevi 4: Nefes ve gevşeme egzersizlerinin uygulanması
- Ev Ödevi 5: *Kendimden Hoşnutum* Egzersizi
- Ev Ödevi 6: *Üç İyi Şey* Günlüğü

İkinci Bölüm: Bilişsel Odaklı Müdahale

- Düşünce ve inançların etkisi
- ABC modeli
- Uygulama 9: Modeli yaşam olaylarına uyarlama: Düşünce Farkındalığı Egzersizi
- Bilişsel çarpıtmaları ve hatalı inançları anlamak
- Uygulama 10: Gerçekçi olmayan düşüncelerin analizi
- Ev Ödevi 7: Düşünce İnceleme Formu
- Oturumun özetlenmesi
- Katılımcıların soru ve değerlendirmelerinin alınması
- Kapanış

ÜÇÜNCÜ OTURUM:

Değerler ve Özbakım Odaklı Müdahale

- Oturumun açılması
- Önceki haftanın gündemi hakkında kısa tekrar
- Ev Ödevleri hakkında grup içi tartışma
- Üçüncü oturumun gündemleri hakkında bilgilendirme

Birinci Bölüm: Değerler

- Değerlere Dayalı Davranış Aktivasyonu
- Değerleri anlamak
- Uygulama 11: *Kilit Değerler Egzersizi*
- Değerlere dayalı yaşamı artırma
- Uygulama 12: *Niyetler ve Engeller Egzersizi*
- Değerlere dayalı davranışlara bağlılık
- Uygulama 13: *Değerlere Dayalı Eylem Planı Egzersizi*
- Ev Ödevi 8: Değerlere Dayalı Eylem Planının hafta boyunca uygulanması

İkinci Bölüm: Özbakım Odaklı Müdahale

- Psikolojik Özbakımı Öğrenmek
- Uygulama 14: Özbakım Değerlendirme Çalışması
- Psikolojik özbakımı sağlamak için bedensel alanda davranış değişimleri
- Psikolojik özbakımı sağlamak için zihinsel alanda davranış değişimleri
- Psikolojik özbakımı sağlamak için iş ve başarı alanında davranış değişimleri
- Psikolojik özbakımı sağlamak için manevi alanda davranış değişimleri
- Psikolojik özbakımı sağlamak için sosyal alanda davranış değişimleri
- Uygulama 15: SMART Modeline göre kendi özbakım planını oluşturmak
- Önlem Planları ve Manevralar
- Uygulama 16: Tuzaklar Egzersizi
- Katılımcıların planlarının gözden geçirilmesi

Sürekliliğin önemi

Ev Ödevi 9: Hafta boyunca özbakım planının uygulanması

Kapanış: Genel Özet ve Sonlandırma

- Başlangıçtan bu yana gelinen sürecin özetlenmesi
- Katılımcıların soru ve değerlendirmelerinin alınması
- Kapanış

EK-15 ÇADEM-TP OTURUM KURALLARI

Programın uygulama sürecinde izlenen grup yürütücüsü ve grup katılımcıları tarafından izlenmesi beklenen kurallar grup yürütücüsü tarafından ilk oturumda ele alınır ve yazılı bir doküman olarak da her bir katılımcıya dağıtılır. Bu kurallar aşağıdaki gibidir:

- Gizlilik, güven ve saygı grubun en temel prensiplerindedir.
- Oturumlarda paylaşılan bilgiler ve/veya konuşulanlar, grup dışından kişilerle paylaşılmayacaktır.
- Oturumlara zamanında ve tüm grup üyeleri ile birlikte başlamak önemlidir, bu nedenle tüm katılımcıların oturum saatinden önce oturumların gerçekleşeceği salona gelmiş olmaları gerekmektedir.
- Cep telefonu, tablet ve benzeri gereçlerin oturumlarda bulundurulmaması veya kapalı olarak muhafaza edilmesi gerekmektedir.
- Oturumlara grup dışından katılım olmayacaktır. Tüm oturumlar, aynı grup üyelerinin katılımı ile gerçekleştirilecektir.
- Grup katılımcıları ve grup yürütücüsü görüşlerini ifade etmek için uygun sözcükler seçmeye özen gösterecektir.
- Grup içerisinde suçlayıcı, aşağılayıcı ve hakaret edici söz ve davranışlardan sakınılacaktır.
- Grup katılımcılarından biri konuşurken, diğerleri sözünü kesmeyecek ve konuşmasının bitmesini bekleyecektir.
- Oturumlarda her grup üyesi, eşit katılım süresine sahiptir. Eğer bir grup üyesi diğer bir grup üyesinin süresinden alıyorsa grup yürütücüsü bu süreci yönetme ve gerekli gördüğünde diğer grup üyesine söz vererek grup içerisindeki paylaşımları dengelemekle yükümlüdür.
- Grup oturumları sırasında gerçekleştirilecek olan kağıt-kalem egzersizleri ve benzeri uygulamalara grup üyelerinin aktif şekilde katılım göstermeleri, oturum sonrasında gerçekleştirilmek üzere verilen ödev ve sorumlulukları yerine getirmeleri beklenmektedir.
- Gerekli görülürse oturumlar süresince grup katılımcılarının ve grup üyelerinin önerisi ile birlikte değerlendirmek koşulu ile yeni grup kuralları belirlenebilecek veya kurallarda değişikliğe gidilebilecektir.