

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖYKÜ ve FİZİKSEL TEMAS YOLUYLA PSİKOLOJİK TRAVMAYA
MARUZ KALAN MESLEK GRUPLARINDA,
DOLAYLI TRAVMATİZASYON, MERHAMET DÜZEYİ ve
YORGUNLUĞU, PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ve TRAVMA SONRASI
BÜYÜMENİN ARAŞTIRILMASI**

Zeynep ŞEKER

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

KOCAELİ
2021

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖYKÜ ve FİZİKSEL TEMAS YOLUYLA
PSİKOLOJİK TRAVMAYA MARUZ KALAN MESLEK GRUPLARINDA,
DOLAYLI TRAVMATİZASYON, MERHAMET DÜZEYİ ve YORGUNLUĞU,
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ve TRAVMA SONRASI BÜYÜMENİN
ARAŞTIRILMASI**

Zeynep ŞEKER

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin

Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Programı için Öngördüğü

Doktora Tezi

Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof. Dr. Cem CERİT

Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER

Etik Kurul Onay No: 2019/900/02

KOCAELİ

2021

ÖZET

Öykü ve Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarında, Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyümenin Araştırılması

Amaç: Bu araştırmada, öncelikli olarak, travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişinin öyküsü üzerinden ya da kişiye fiziksel müdahalede bulunarak bedensel temas üzerinden travmatik yaşantıya meslekleri sebebiyle tanık olunmasının, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin deneyimledikleri travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçler üzerinde bir farklılık yaratıp yaratmadığının anlaşılması amaçlanmıştır. Aynı zamanda, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarının, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğu, merhamet düzeyi, psikolojik sağlık ve travma sonrası büyüme nasıl deneyimledikleri, bu süreçlerin birbiriyle ve sosyodemografik, mesleki ve sosyal destek değişkenleri ile ilişkisinin anlaşılması amacıyla değerlendirmeler yapılmıştır. Son olarak, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarına mensup profesyonellerde görülen travma sonrası büyümenin hangi değişkenler ile ilişki içerisinde olduğu ve yordayıcı faktörlerinin neler olabileceğinin incelenmesi de bu araştırmanın temel amaçlarından biridir.

Yöntem: Sosyodemografik Bilgi Formu, İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Merhamet Ölçeği, Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri, çevrimiçi veri toplama araçları kullanılarak, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarına mensup katılımcılara ulaştırılmıştır. Araştırma sürecinde, katılımcıların bireysel onamı baz alınmıştır. Türkiye genelinden katılım sağlanmakla birlikte, en yaygın katılımın görüldüğü şehirler İstanbul, Ankara ve Bursa'dır. Araştırmadaki toplam 226 katılımcının, 112'si travmatik yaşantıya, travmatik olayı deneyimleyen kişinin öyküsü üzerinden, 114'ü ise kişiye fiziksel müdahalede bulunarak bedensel temas üzerinden maruz kalmıştır.

Bulgular: Öykü ve fiziksel temas yolu ile psikolojik travma alanında çalışan meslek gruplarında, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından gruplar arası bir farklılık bulunmazken, merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve

ilişki kesme), merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklılaştığı görülmektedir. İkincil/dolaylı travmatizasyonun, merhamet yorgunluğu, merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile negatif yönde; merhamet yorgunluğunun (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme), psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde, sadece ilişki kesme düzeyinin travma sonrası büyüme ile pozitif yönde; merhamet düzeyinin, merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme), psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme ile pozitif yönde; psikolojik sağlamlığın ise, travma sonrası büyüme ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bu değişkenlerin, farklı sosyodemografik, mesleki özellikler ve algılanan sosyal destek kaynakları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Son olarak, araştırma kapsamında ele alınan ve literatürde yer alan büyüme ile ilişkili olduğu düşünülen travmatik stres ile ilişkili süreçler, sosyodemografik değişkenler, mesleki deneyimler ile ilişkili faktörler ve sosyal destek faktörleri eklenerek oluşturulan modelin, travma sonrası büyümeyi % 28 oranında açıkladığı ve psikolojik sağlamlık, aile ve yönetici desteği, travmatik yaşantıya yılda 3-5 kez maruz kalma sıklığı ve süpervizyon almanın büyümeyi anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir.

Sonuç: Araştırma sonuçları, öykü ve beden üzerinden temas ile travmatik yaşantıya maruz kalan meslek gruplarında, merhamet düzeyi, merhamet yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra, travmatik yaşantıya dolaylı yoldan maruziyet sonucunda deneyimlenen travmatik stres ile ilişkili bu süreçlerin birçok farklı faktör ile ilişkili olduğu, dolayısıyla bu süreçlerin daha kapsayıcı bir bakış açısıyla ve daha geniş örneklem gruplarında ele alınması gerektiği görülmektedir. Psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarındaki profesyonellerin, meslekleri gereğince dolaylı yollarla maruz kaldıkları travmatik yaşantıların etkilerinin ve sonuçlarının belirlenmesi ve farklılaşan ihtiyaçlarının değerlendirilmesinin önemi görülmektedir. Bu sayede, önleyici ve koruyucu müdahalelerin oluşturulması ve tedavi geliştirilmesine olanak sağlanacaktır.

Anahtar Sözcükler: Travmatik Stres, İkincil Travmatizasyon, Dolaylı Travmatizasyon Merhamet Düzeyi, Merhamet Yorgunluğu, Psikolojik Sağlamlık, Travma Sonrası Büyüme

ABSTRACT

Investigation of Vicarious Traumatization, Compassion Fatigue, Compassion, Psychological Resilience and Posttraumatic Growth in the Professional Groups Exposed to Psychological Trauma through Narratives of and Physical Contact with Survivors

Objective: The main goal of this study is to understand whether being exposed to traumatic experiences due to their profession through the narratives of or physical contact with survivors determines the psychological processes associated with the traumatic stress in professionals working with trauma survivors. At the same time, evaluations were made to understand how these different occupational groups working in the field of psychological trauma experience secondary/vicarious traumatization, compassion fatigue, compassion levels, psychological resilience and posttraumatic growth, and the relationships between these processes and sociodemographic, occupational and social support variables. Finally, one of the main objectives of this study is to examine the predictors of posttraumatic growth in these professionals.

Method: Sociodemographic Information Form, Secondary Traumatic Stress Scale, Compassion Scale, Adult Psychological Resilience Scale and Posttraumatic Growth Inventory were delivered to the participants from different professions using online data collection tools. Participation in the research was based on individual consent. Although the research data was collected from professionals across many cities in Turkey, the highest participation came from Istanbul, Ankara and Bursa. A total of 226 participants was included in the study; 112 of them being professionals exposed to trauma through narratives of survivors and 114 of them were exposed to trauma through physical contact.

Results: While there was no difference between the groups in terms of secondary/vicarious traumatization and posttraumatic growth levels in the occupational groups, it was observed that the levels of compassion fatigue (indifference, disconnection and disengagement), the levels of compassion and resilience differ between groups. Secondary/vicarious traumatization was negatively correlated with compassion fatigue, compassion level and resilience. While

compassion fatigue (indifference, disconnection and disengagement) was positively correlated with psychological resilience, only the disengagement levels were positively correlated with posttraumatic growth. The levels of compassion were positively correlated with compassion fatigue (indifference, disconnection and disengagement), resilience and posttraumatic growth. It was found that resilience had also a significant positive relationship with posttraumatic growth. At the same time, these variables were found to be correlated with different sociodemographic, occupational and social support variables. Finally, a prediction model for posttraumatic growth was built including the variables that found to be related to posttraumatic growth in this study and the variables that were frequently mentioned to be related to posttraumatic growth in the literature. This model estimated posttraumatic growth as 28%. Resilience, family and manager support, exposure to a traumatic event as 3-5 times a year and getting professional supervision were found to be the predictors of posttraumatic growth.

Conclusion: The results of this research reveal that there is a significant difference in the level of compassion, compassion fatigue and psychological resilience between occupational groups exposed to traumatic experiences through narratives of survivors or physical contact with survivors. In addition, processes related to traumatic stress due to indirect exposure to traumatic experience are associated with many different factors, so they should be addressed with a more inclusive perspective and in larger sample groups. It will be possible to create the preventive and protective interventions and develop the treatment methods by differentiating and understanding the needs of the professionals working in the field of trauma, and the effects and consequences of the traumatic experiences they are indirectly exposed to, in accordance with their professions.

Key Words: Traumatic Stress, Secondary Traumatization, Vicarious Traumatization, Compassion Levels, Compassion Fatigue, Psychological Resilience, Posttraumatic Growth

TEŞEKKÜR

“Pali dilinde metta (Sanskritçede maitri) sözcüğü, arkadaş anlamına gelen mita kelimesiyle ilişkilidir. Bu nedenle metta, arkadaşlık ve sevgi dolu iyilik olarak çevrilebilir. En ileri seviyesinde metta, tüm canlılara ayrı ayrı ve hiçbir ayırım gözetmeden eşit ölçüde yöneltilen gerçekçi özen ve ilgidir. İster insan, ister hayvan, ister başka bir canlı olsun onun esenliği, mutluluğu ve refahına derin bir ilgi duymak, Metta'nın değişmez işaretidir. Birine Metta hissettiğinizde, onun sadece mutlu olmasını değil, derinden mutlu olmasını istersiniz. Onun gerçek esenliğini derinden arzularsınız. Dinmek bilmeyen bir şevkle, onun gelişmesini ve ilerlemesini istersiniz.”

Sangharakshita

İyilik ile Yaşamak

Travma alanında çalışmak, büyük ilgi, emek ve özveri ister. Sevmeden ve ilgi duymadan yapılabilecek, tahammül edilebilecek bir iş değildir. Ondandır ki, her gün onlarca kişiye destek vererek bu alanda çalışan herkes, elinden geldiğince, heyecanla, şevkle ve özenle hizmet sağlar, destek verir. Bazen kendi yaşamlarından, sabırlarından ve iyilik hallerinden taviz vermelerini gerektirse bile... Bu yüzden, yıllardır seans odasında ve travma sahasında geçirdiğim zamanın yanında, akademik anlamda da sürdürdüğüm bu yolculuğu tamamlarken, tezimde, odağımı bu alanda çalışanlara, emeklerine ve ihtiyaçlarına vermek benim için çok anlamlıydı.

Tezin yazım süreci, Kovid-19'un tüm dünyada yayıldığı, travma alanında çalışanlar olarak hiç durmadan destek vermeye devam ettiğimiz, yaşamın bazen yavaşladığı bazense başka türlü bir akışta sürdüğü zorlu bir döneme geldi. Canla başla hizmet vermeye devam eden birçok profesyonel, koşturmasının arasında, destek olmak amacıyla katılım gösterdi. Yüz yüze hiç karşılaşmamış bile olsak araştırmayı yaygınlaştırmama yardım eden, katılan, arayıp soran, motive eden ve destek olan isimlerini buraya yazamayacağım kadar çok insanın emeği bu araştırmanın bir parçası oldu. O nedenle, öncelikli olarak, travma alanında çalışan katılımcılar olmak üzere, araştırmanın bir parçası olan herkese yürekten çok teşekkür ederim.

Tez sürecimde, varlığını ve desteğini hep hissettiğim çok değerli iki hocam ile çalışmak benim için büyük şanstı. Doktora programımızın eğitim sürecindeki katkılarının yanı sıra, tez danışmanım olduğu ilk günden itibaren, her aşamada fikirleri ve önerileri ile destek olan, özveriyle benimle birlikte emek veren, düşüncelerime saygı duyan, karmaşık istatistik

analizlerimde benimle birlikte kafa yoran, kurduğum uzun cümleleri sabırla okuyan, değerli danışmanım Prof. Dr. Cem Cerit'e içtenlikle teşekkür ediyorum. Travma alanında doktora programı açılacağını haber verdiği ilk günden itibaren, bu eğitim sürecinin bir parçası olmamı sağlayan, doktorada ve travma sahasında bilgi ve deneyimlerini her zaman bizimle paylaşan, motive eden, başım sıkıştığında destek olan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım, diğer değerli danışmanım Prof. Dr. Tamer Aker'e içtenlikle teşekkür ediyorum.

Doktora eğitim sürecimizde, disiplinlerarası bir programın parçası olduğumuz ve her biri çok değerli birçok hocamızın özveriyle aktardıkları bilgi birikimleri ve deneyimlerinden faydalandığımız için çok şanslı olduğumuza inanıyorum. Bunun yanında, tez sürecinde, üzerimde emeği olan hocalarımı da ayrıca belirtmek isterim. Doktora programının ilk gününden itibaren, hep sıcaklıkla tüm öğrencilerinin yanında olan ve motive eden, çok kıymetli bir öğretmen olmasının yanında, desteğini de hep hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a içtenlikle teşekkür ederim. Araştırma sürecimde, sorularımı hep içtenlikle ve özveri ile yanıtlayan, özellikle istatistik analizlerimde büyük destek veren değerli hocam Prof. Dr. Canan Baydemir'e ve yardımları için Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi ABD hocamız Dr. Emrah Gökay Özgür'e çok teşekkür ederim. Son olarak, doktora programımız süresince bir eli hep üzerimizde olan, süpervizyon derslerimizde kıymetli derya deniz deneyimlerini bizimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a teşekkür ederim.

Akademik yaşamın yanı sıra özel yaşamımda da bu tez sürecinde emeği olan çok insan var. Öncelikle, yaşamımın tüm önemli anlarında olduğu gibi, geçirdiğim 7 yıllık doktora yolculuğumda da desteğini hiç esirgemeyen, hep yanımda olan, motive eden, birlikte büyüdüğüm, sevgi dolu canım aileme ve bana ve tüm ruh hallerime bu süreçte eşlik eden ev arkadaşım Luna'ya yürekten teşekkür ederim. Doktorada sıra arkadaşım, İstanbul-Kocaeli seyahatlerinde yol arkadaşım ve artık ortağım olan Kli. Psk. Dr. Melis Demircioğlu, doktora boyunca birlikte geçirdiğimiz tüm sürecin yanında, yaşamımdaki yol arkadaşlığıyla da iyi ki hayatımda kocaman bir yere sahip. Tez yazma sürecimde, her zorlandığımda telefonun öteki ucunda olan, her pes ettiğimde beni motive eden, üşenmeden kalkıp gelen, başta Nilay Göncü Arslan olmak üzere, tüm yol arkadaşlarımdaki varlıklarına ise çok şükran doluyum.

Son olarak, bu zorlayıcı pandemi döneminde hem çalışmaya devam edip hem Metta Psikoterapi'yi ilmek ilmek inşa ederken, aylarca, gece gündüz, hiç durmadan, pes etmeden, en sonunda bu satırları yazacağım güne inanarak, sabırla çalıştığım için kocaman bir teşekkürü de kendime ediyorum!

Koyduğum bu son noktada yürekten hissediyorum ki, tüm emeklerime değdi!

ORİJİNALLİK BİLDİRİMİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Öykü ve Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarında, Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Baş Etme, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyümenin Araştırılması” 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 danışmanlarım ve bana aittir.

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

05/06/2021

Zeynep Şeker

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ORJİNALLİK BİLDİRİMİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon.....	4
1.1.1. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon Nedir?.....	4
1.1.2. Birincil ve İkincil Travmatizasyon Arasındaki Farklar.....	5
1.1.3. İkincil ve Dolaylı Travmatizasyon Arasındaki Farklar.....	6
1.1.4. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonu Açıklayan Modeller	7
1.1.5. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon Belirtileri ve Gözlemlenen Etkileri.....	9
1.1.6. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon ile İlişkili Faktörler	13
1.1.7. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonun Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı	23
1.1.8. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonu Anlamanın Önemi.....	25
1.2. Merhamet Yorgunluğu	25
1.2.1. Merhamet Yorgunluğu Nedir?	25
1.2.2. Merhamet Yorgunluğunu Açıklayan Modeller	27
1.2.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri ve Gözlemlenen Etkileri	30
1.2.4. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Faktörler	31
1.2.5. Merhamet Yorgunluğunun Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı.....	35
1.2.6. Merhamet Yorgunluğunu Anlamanın Önemi	36
1.3. Psikolojik Sağlık	37

1.3.1. Psikolojik Sağlamlık Nedir?.....	37
1.3.2. Psikolojik Sağlamlık Özellikleri ve Gözlemlenen Etkileri	39
1.3.3. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Faktörler	42
1.3.4. Psikolojik Sağlamlığın Geliştirilmesi.....	48
1.3.5. Psikolojik Sağlamlığın Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı	50
1.3.6. Psikolojik Sağlamlığı Anlamanın Önemi.....	51
1.4. Travma Sonrası Büyüme	52
1.4.1. Travma Sonrası Büyüme Nedir?	52
1.4.2. Direkt ve Dolaylı Travma Sonrası Büyüme Arasındaki Farklar.....	53
1.4.3. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Modeller.....	53
1.4.4. Travma Sonrası Büyüme Özellikleri ve Gözlemlenen Etkileri.....	57
1.4.5. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörler.....	59
1.4.6. Travma Sonrası Büyümenin Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı.....	68
1.4.7. Travma Sonrası Büyüme Anlamanın Önemi	70
1.5. İkincil Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki	70
2. AMAÇ	75
2.1. Araştırmanın Amacı	75
2.2. Araştırmanın Soruları	76
2.3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi	76
2.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	77
3. YÖNTEM.....	79
3.1. Araştırmanın Tipi	79
3.2. Araştırmanın Yeri.....	79
3.3. Araştırmanın Örneklem Yöntemi	80
3.4. Örneklem	80
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	80

3.4.2. Meslek Grupları.....	82
3.4.3. Mesleki Deneyim, Eğitim ve Süpervizyon	83
3.4.4. Algılanan Sosyal Destek	84
3.4.5. Psikolojik ve Psikiyatrik Destek	85
3.5. Verilerin Toplanması.....	86
3.6. Veri Toplama Araçları	86
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF, Ek-1)	86
3.6.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ, Ek-2).....	86
3.6.3. Merhamet Ölçeği (MÖ, Ek-3).....	87
3.6.4. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ, Ek-4).....	88
3.6.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE, Ek-6)	88
3.7. Etik Kurul Onay Yeri ve Numarası.....	89
3.8. Verilerin Analizi.....	89
4. BULGULAR	91
4.1. Öykü ve Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Travmatik Stres ile İlişkili Psikolojik Süreçlerinin Karşılaştırılması.....	91
4.2. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki	94
4.3. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin; Sosyodemografik, Mesleki Deneyimler ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi.....	97
4.3.1. Sosyodemografik Değişkenler ile İlişki	97
4.3.2. Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişki	101
4.3.3. Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişki.....	104
4.4. Katılımcılarda Dolaylı Travma Sonrası Büyüme Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi	105
5. TARTIŞMA	108

5.1. Öyküyle ya da Fiziksel Temas ile Çalışmak	108
5.2. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki	112
5.3. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyümenin Diğer Faktörler ile İlişkisi	118
5.3.1. Sosyodemografik Faktörler	118
5.3.2. Mesleki Faktörler	122
5.3.3. Algılanan Sosyal Destek Faktörü	127
5.4. Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları	129
5.5. Sınırlılıklar	132
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	134
7. KAYNAKÇA	139
8. ÖZGEÇMİŞ.....	161
EKLER.....	165
EK-1: ETİK KURUL ONAY BELGESİ	165
EK-2: KATILIMCI ONAM YAZISI	166
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	167
EK-4: İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ (İTSÖ).....	171
EK-5: MERHAMET ÖLÇEĞİ.....	173
EK-6: YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (YPSÖ).....	175
EK-7: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ	177

SİMGELER ve KISALTMALAR

İTSÖ	İkincil Travmatik Stres Ölçeği
MÖ	Merhamet Ölçeği
SPSS	Statistical Program for the Social Sciences
TSBE	Travma Sonrası Büyüme Envanteri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YPSÖ	Yetişkin Psikolojik Sağamlık Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Merhamet Stresi ve Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 2002).....	27
Şekil 1.2. Farklı Modellerin Derlenmesiyle Oluşturulan Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci Modeli (Pehlivan ve Güner, 2018).....	29
Şekil 1.3. Travma Sonrası Büyüme Kavramsal Model (Schaefer ve Moss, 1998).....	53
Şekil 1.4. Travma Sonrası Büyüme İşlevsel Betimsel Modeli (Tedeschi & Calhoun, 1998)...	55
Şekil 3.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri a. Aile Desteği, b. Arkadaş Desteği, c. Ekip Desteği, d. Yönetici Desteği.....	84

TABLolar

Tablo 3.1. Öykü ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması.....	79
Tablo 3.2. Öykü ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Dağılımı.....	81
Tablo 4.1. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu (Umursamazlık, Bağlantısızlık, İlişki Kesme Alt Ölçekleri), Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlar.....	90
Tablo 4.2. Öykü ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu (Umursamazlık, Bağlantısızlık, İlişki Kesme Alt Ölçekleri), Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırılması.....	92
Tablo 4.3. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Travmatik Stres ile İlişkili Diğer Değişkenlerle İlişkisi.....	94
Tablo 4.4. Katılımcıların Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Travmatik Stres ile İlişkili Diğer Değişkenlerle İlişkisi.....	95
Tablo 4.5. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi.....	98
Tablo 4.6. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi	100
Tablo 4.7. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişkisi.....	102

Tablo 4.8. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişkisi103

Tablo 4.9. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişkisi104

Tablo 4.10. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişkisi.....105

Tablo 4.11. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi.....107



1. GİRİŞ

Travmatik yaşantının kaçınılmaz olduğu günümüzde, Türkiye’de ve dünyada kliniklerde, hastanelerde ya da kriz ve afet sahasında, psikolojik travma alanında müdahale ve destek çalışmaları yürüten, bu travmatik yaşantılara meslekleri gereğince dolaylı yollarla maruz kalan farklı meslek gruplarına mensup birçok profesyonel bulunmaktadır. Psikolog, psikiyatrist, çocuk psikiyatristi, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı gibi ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra, itfaiye eri, polis, adli tıp çalışanları, acil çalışanları ve paramedikler gibi farklı alanlardaki meslek grupları da travmatik yaşantılar ile meslekleri gereğince sıklıkla birebir temas etmektedir. Bu meslek gruplarında bulunan profesyonellerin herhangi bir travmatik yaşantı ya da kriz durumunda, meslekleri gereğince, verdikleri ilk tepki, genellikle olay yerine ve mağdura yönelmek ve gerekli olan desteği sunmak olmaktadır. Bunun yanında, her ne kadar teorik açıklamalarda, bu alanda çalışan profesyonellerin, destek verdikleri kişilerin yanı sıra, kendilerinin de etkilenebileceğinin ve verdikleri hizmetin yanında kendileri ile de ilgilenmeleri gerektiğinin altı çizilse de, psikolojik travma alanında çalışmanın doğası gereği, çalışanlar zaman içerisinde kendi ihtiyaçlarını ihmal edebilmektedir. Daha olumsuz bir ruh halinin yaşanması ile birlikte, travmatik stres tepkilerinin yanı sıra, merhamet düzeyleri de düşebilmekte, kendine dair farkındalık, kendini koruma ve öz bakım ihmal edilebilmektedir.

Ruh sağlığı çalışanlarının, aldıkları akademik eğitimleri gereğince, psikolojik travma alanında çalışırken yaşanabilecek zorluklar, verilebilecek tepkiler ve kendilerini koruyacak yöntemlere dair bilgi birikimi ve deneyimlerinin daha yüksek düzeyde olması sebebiyle, bu alandaki farkındalıklarının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bunun yanında, travma sahasında aktif bir şekilde rol olan, travma ile her gün yüze yüze gelen diğer meslek gruplarının eğitim süreçlerinde, psikolojik travmanın gerekli yere sahip olmadığı ve bu alandaki bilgi, donanım ve farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Gerekli bilgi ve donanımın olmasının yanı sıra, kişinin deneyimlediği psikolojik süreçlerine ve zorluklara dair farkındalığı da önemli bir role sahiptir. Özellikle bu alanda çalışan profesyonellerin, zorlanmalarına rağmen işlevselliklerinin devam ettiği, etiketlenme, işini kaybetme kaygısı yaşamaları ve benzeri sebeplerle kendi iyilik halleri ve psikolojik süreçlerini göz ardı etme eğilimlerinin de artabildiği görülmektedir.

Figley'e göre (1995; 2002, akt. Figley, 2002, s.1436), "empati ve duygusal enerji, ızdırap çekenler ile çalışabilmek, işlevsel bir terapötik ilişki kurabilmek, sürdürebilmek ve empatik bir şekilde karşılık verebilmeyi de içeren etkili hizmeti sunabilmek için gerekli olan motive edici güçtür". Bunun yanında, bu alanda çalışan profesyonellerin, empatik ve merhametli bir tutumla verdikleri bu hizmetin bazı sonuçları ve bedelleri de olmaktadır (Figley, 2002). Psikolojik travma alanında çalışan, iş saatleri içerisinde, defalarca ya da saatlerce travmatik yaşantının istenmeyen ve zorlayıcı yönleriyle karşılaşarak bu meslekleri icra eden profesyonellerin, travmatik yaşantıyı bizzat yaşamış kişilerde olduğu gibi travmatik stres tepkileri göstermeleri gözlemlenmektedir. Son yıllarda DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) tanı kriterleri arasında da mesleği gereği kişinin travmatik yaşantılara maruz kalmasının, travmatik stres tepkilerine sebep olabileceği tanı kriterleri arasında belirtilmektedir.

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin deneyimledikleri travmatik stres tepkilerinin yanı sıra, yaptıkları işin bir sonucu olarak, tükenmişlik, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu deneyimlemeleri de son yıllarda göz önünde bulundurulmaktadır. Kişinin mesleği gereği, maruz kaldığı travmatik yaşantılar sonucunda, inanç sisteminde yaşadığı değişimler ve mağdurun travmatik yaşantısı ile ilişkilendirilen travmatik stres tepkilerini deneyimlemesi *ikincil/dolaylı travmatizasyon* olarak; kişinin travmatik yaşantı deneyimi olan kişilere destek verirken, empati ile bakım vermesinin bir sonucu olarak gözlemlenen duygusal, fiziksel ve sosyal yönden tükenmişlik deneyimlemesi ise *merhamet yorgunluğu* olarak kabul edilmektedir (Kahil & Palabıyıköğlü, 2018; Kaptanoğlu, 1997; Dikmen & Aydın, 2016; Figley & Abendroth, 2011; Figley, 1995).

Travmatik yaşantı deneyimleyen kişinin öyküsüne ve sürecine maruz kalan profesyoneller de, yaşantının öznesi kişiyle benzer şekillerde, bu yaşantılardan ve deneyimlerden etkilenebilirler. Travmatik yaşantı deneyimleyen bir kişinin kişiliği, başa çıkma tutumları, aile öyküsü, daha önce benzer travmatik yaşantılarının olup olmadığı, sahip olduğu sosyal destek ve kişinin kaynaklarının, bu kişi tarafından travmatik yaşantının ne şekilde deneyimlendiği, algılandığı ve atlatıldığını etkilediği düşünülmektedir (Horowitz, 1986, Başoğlu, 1992, akt., Sungur, 1999; Foa & Kozak, 1989). Aynı şekilde, bu alanda çalışan profesyonelin de sahip olduğu özellikler, inanç sistemi, travmatik yaşantı öyküsü, mesleki deneyimleri, çalışma koşulları ve aldığı sosyal destek, kendisinin bu temas ve tanıklık sürecini nasıl deneyimleyeceğini belirlemektedir. Bu sebeple, psikolojik travma alanında, klinikte,

terapi odasında ya da sahada çalışan tüm profesyoneller, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu deneyimlemek açısından, en yüksek risk grubunda kabul edilmektedir (Çolak ve ark., 2012).

İkincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu göz önünde bulundurulduğunda, çoğunlukla ruh sağlığı çalışanları ve hemşireler göze çarpmaktadır. Bunun yanında, travma sahasında travmatik yaşantıya maruz kalan kişiler ile birebir fiziksel müdahale ile temas ederek çalışan paramedikler, itfaiye erleri, polisler ya da adli tıp çalışanları gibi meslek gruplarındaki profesyonellerin de, travmatik yaşantıya maruz kalan kişi ile temasları farklı yollar aracılığıyla gerçekleşse de, benzer zorluklar ve travmatik stres tepkileri deneyimlediği gözlemlenmektedir. DSM-5'te (American Psychiatric Association, 2013), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı kriterlerinden A kriteri kapsamında, travma sahasında çalışan profesyonellerin meslekleri gereğince travmatik yaşantılara maruz kalmanın sonucunda deneyimleyebileceği travmatik stres tepkilerinin de bu kategori altında ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Travmatik olayın nasıl deneyimlendiğine dair yer alan tanı kriterinde görülmektedir ki, travmatik yaşantı; dinlenilerek, tanıklık edilerek veya beden üzerinden temas ile çalışılması sonucu olarak deneyimlenebilir. Bu açıklama, ikincil/dolaylı travmatizasyon kavramına da bir temel sağlamaktadır. Aynı zamanda, A kriterinde verilen örnekler, fiziksel müdahalede bulunarak beden üzerinden ya da kişinin öyküsü ile temas ve tanıklık ederek travmatik yaşantıya maruz kalan tüm profesyonelleri kapsamaktadır. Travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişiye verilen psikolojik ve fiziksel müdahale ve destek sürecinde, travmatik yaşantı ile gerektiğinde fiziksel müdahalede de bulunarak, beden üzerinden çalışarak maruz kalmanın, öykü üzerinden tanıklıktan farklı bir etkisinin olup olmadığı ise bir soru olarak yerini korumaktadır.

Psikolojik travma alanında çalışıyor olmanın, bu mesleği icra edenler üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkilerinin yanı sıra, pozitif yönleriyle de bu etkiyi ele almak mümkündür. Günümüzde, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme kavramları, farklı bir perspektiften travmatik stres ile ilişkili süreci açıklamak için ele alınmaktadır. Kelime anlamıyla, bir şeyin esnek olabilmesi ve sıkıştırılsa da esnese de sonrasında kolaylıkla daha önce olduğu haline yeniden geri dönebilmesini (Gizir, 2007) ifade eden *psikolojik sağlamlığın*, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin psikolojik iyilik halleri için de etkili ve koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir (Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Değirmenci, 2019).

Travma sonrası büyüme ise, deneyimlenen travmatik yaşantıların ardından, kişinin yaşamındaki işlevselliğinde, inanç sisteminde, tutum ve davranışlarında olumlu yönde bir gelişim göstermesini ifade etmektedir (Dürü, 2006). Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin, psikolojik sağlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından incelenmesi çok daha yeni kavramlar olarak araştırma literatürüne son yıllarda girmeye başlamıştır. Günümüzde sıklıkla dikkat çeken bu iki kavram, travmatik yaşantının etkileri açısından değerlendirildiğinde güçlendirici ve koruyucu faktörler olmakla birlikte, gözlemlenebilecek pozitif sonuçlar olarak da kabul edilmektedir.

Bu tez araştırması kapsamında, travma sahasında çalışan profesyonellerin, travmatik yaşantıya öyküyü dinleyerek ya da fiziksel müdahale üzerinden maruz kalmasının, psikolojik süreçlerini nasıl etkilediği ve bu iki grup arasında görülen farklılıkların incelenmesi hedeflenmektedir. Bu farklılığa dikkat çekerek, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin travmatik yaşantıya maruz kalma şekillerinin getirdiği sonuçların anlaşılması önemsenmektedir. Güçlendirici ve koruyucu bir faktör olarak psikolojik sağlamlığın ve bu maruziyetin pozitif bir sonucu olarak görülen dolaylı travma sonrası büyümenin, meslek yaşamlarında travmatik yaşantılara maruz kalan meslek gruplarında nasıl deneyimlendiği de ele alınmaktadır. Travmatik yaşantıya dolaylı yoldan maruziyet sonrasında yaşanabilecek zorlukların önlenmesi, iyileştirilmesi ve çalışanların güçlendirilmesi için göz önünde bulundurulması gereken faktörlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi için yol gösterici bir çalışma olması hedeflenmektedir.

1.1. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon

1.1.1. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon Nedir?

İkincil/dolaylı travmatizasyonu, örseleyici ve travmatik yaşantılar deneyimleyen kişiler ile çalışan, onlara karşı sorumluluk hisseden, yardım eden, bakım ya da destek veren kişilerin bu öyküyü dinleyerek, öğrenerek ya da öyküye tanıklık ederek deneyimlediği duygular, davranışlar ve travmatize olmuş kişinin yaşadığı ile benzer travmatik stres tepkilerini deneyimlemesi olarak tanımlayabiliriz (Saakvitne, 2002; Sabin-Farell & Turpin, 2003; Jenkins & Baird, 2002; Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009; Gürkan & Yalçiner, 2017; Lérias & Byrne, 2003; Figley, 1998). Literatürde, ikincil/dolaylı travmatizasyon kavramını tanımlamak için, Danieli (1982), "*ripple effect* (dalga etkisi)" ve "*trauma infection* (travma enfeksiyonu)",

Miller ve arkadaşları (1988), "*emotional contagion* (duygusal bulaşma)"; Verbosky ve Ryan (1988), "*proximity effects* (yakınlık etkileri)", Remer ve Elliot (1988), "*secondary survivor* (ikincil hayatta kalan)"; McCann ve Pearlman (1990) "*vicarious traumatization* (dolaylı travmatizasyon)"; Dixon (1991) "*peripheral victims* (çevresel kurbanlar)" kavramlarını kullanmışlardır (akt. Kaptanoğlu, 1997).

Yapılan bilimsel çalışmalar, travmatik yaşantılar sonrasında görev alan profesyonellerin, ölüme ya da örseleyici olaylara tanıklık etme ya da arama kurtarma çalışmalarında yer alarak yaralanma/ölüm riski taşımaları nedenleriyle, travma sonrası stres belirtileri deneyimlemeleri açısından risk grubu arasında olduklarını ortaya koymaktadır (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018; Aker, 2006). Travmatik yaşantıya, bir başkasının deneyimi üzerinden dolaylı olarak maruz kalan birçok farklı meslek grubu bulunmaktadır. Psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları gibi ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra, hekimler, arama kurtarma çalışanları, itfaiye erleri, polisler gibi travma sahasında görev alan birçok profesyonel travmatik stres ve ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından risk grubu arasındadır (Pearlman & Saakvitne, 1995; akt. Gürdil, 2014, Yılmaz, 2007).

İkincil ve dolaylı travmatizasyon kavramları, uzun yıllardır travma çalışmaları literatüründe farklı isimlerle yer almaktadır. Bu alandaki literatür incelendiğinde, profesyonellerin deneyimlediği travmatik stres tepkileri, birincil travmatizasyon, karşı aktarım ya da tükenmişlik olarak kabul edilirken, süreç içerisinde ikincil ve dolaylı travmatizasyon kavramlarının diğer kavramlar ile arasındaki fark daha belirgin olarak kabul edilmeye ve araştırılmaya başlanmıştır. Bu sebeple ikincil/dolaylı travmatizasyon üzerinde çalışırken, kavramlar arasındaki farkın ve gözlemlenen belirtilerin anlaşılması önemli bir yere sahiptir.

1.1.2. Birincil ve İkincil Travmatizasyon Arasındaki Farklar

İkincil/dolaylı travmatizasyonu açıklarken, öncelikle, birincil travmatizasyon ile ikincil travmatizasyonun farkının anlaşılması önem kazanmaktadır. Çünkü her ne kadar tepkiler aynı gözükse de, farklılaşan noktalar bulunmaktadır. Travmatik yaşantının öznesinin kişinin kendisinin değil, aile, akraba, yakın arkadaş ya da mesleki olarak sorumlu olduğu kişi olması en temel farktır. Diğer farklar ise, travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin yeniden yaşantıladığı sahneler, rüyalar ya da hatırlatıcılar ile aynı yeniden yaşantılama belirtilerinin deneyimlenmesi, aynı içsel ve dışsal tetikleyicilerin olması ve travmatize olmuş kişiye dair artmış uyarılmışlık

görülmesidir (Figley, 1995; Kahil & Palabıyıkoglu, 2018). Bunun dışındaki, yeniden yaşantılama, uyarılmışlık, kaçınma, kognitif ve duygudurumdaki değişikliklere dair semptomlar her iki durumda da gözlemlenmektedir (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018).

Psikolojik travma alanında çalışan, ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleyen profesyonellerin yaşayabileceği deneyimlere örnek olarak, bir arama kurtarma görevlisinin kurtarma anını hatırlayamaması, çocuk istismarı ile çalışan bir adli tıp uzmanının çocuğun anlattığı hikayeyi sürekli imajine etmesi, rüyasında travmatik olayı yaşantılayan kişinin deneyimlerini görmesi, şiddet ve istismar yaşantılarında görev almanın bir sonucu olarak dünyanın güvensiz bir yer olduğunu düşünmesi, önceki zamanlara kıyasla sosyal yaşantısında geri çekilmeler olması, yaşadığı umutsuz ve olumsuz duygudurum içerisinde sıkışmış hissetmesi ve benzeri tepkiler verilebilir (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018).

1.1.3. İkincil ve Dolaylı Travmatizasyon Arasındaki Farklar

İkincil travmatizasyon ile dolaylı travmatizasyon arasındaki ayırım Türkiye'deki literatürde çok fazla vurgulanmamakta ve çoğunlukla birbiri ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Bunun yanında, son yıllarda, bu alandaki çalışmalar ilerledikçe, bu iki kavram arasında belirli temel farklar olduğu anlaşılmaktadır. Travmatize olan kişiyle kurulan iletişim ve özdeşim sonucunda görülebilen bu iki kavram arasındaki temel fark, dolaylı travmatizasyonun, kişinin bilişsel süreci ve inanç sistemindeki değişikliklere, ikincil travmatizasyonun ise kişinin duygu ve davranışlarındaki olumsuz değişimlere sebep olması şeklinde açıklanabilir (McCann & Pearlman, 1990; Figley, 1998; Canfield, 2005). İkincil travmatizasyon deneyimleyen kişi, travmatize olan kişiyle daha yakın ve birebir temas ve yakınlık ilişkisi sonucunda bu tepkileri deneyimlerken, dolaylı travmatizasyonda kişi, tek bir vaka ile değil, birçok benzer vaka ile çalışmanın kümülatif bir sonucu olarak bu tepkileri yaşantılamaktadır (Pearlman & Mac Ian, 1995).

İkincil travmatizasyon tepkileri, travmatize olan kişi ile yoğun özdeşim kurmanın bir sonucu olarak, daha yoğunluklu şekilde akut stres bozukluğu, tükenmişlik veya TSSB belirtileri ile benzerlik göstermektedir. Dolaylı travmatizasyon deneyimleyen kişilerde ise, travmatik sahnelere sıklıkla tanıklık etmenin ve travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişilerle özdeşim kurmanın bir sonucu olarak travmatik stres tepkilerinin yanında, şemalar ya da temel inanç sisteminde değişimlerin olması ve bunun sonucu olarak kişinin kendisi, diğerleri, ilişkileri ve

dünyaya dair bakış açısında, her alana nüfuz eden, uzun süren bir değişim süreci ve bozulmalar deneyimlemesi göze çarpmaktadır (Saakvitne & Pearlman, 1996, akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1995, akt. Gürdil, 2014; Jenkins & Baird, 2002; McCann & Pearlman, 1990; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Rauvola, Vega & Lavigne, 2019).

Bu ayrımın yanında, her ne kadar bu iki kavramı tanımlayabilmek ve ölçebilmek için, farklı yollar izlenmesi gerekli olsa da; yapılan çalışmalar, bu iki kavramın çoğunlukla örtüştüğünü, aynı zamanda psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin çoğunlukla hem ikincil, hem de dolaylı travmatizasyonu birlikte deneyimlediğini göstermektedir (Pearlman & Mac Ian, 1995).

1.1.4. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonu Açıklayan Modeller

Travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişinin öyküsüne detaylı bir şekilde maruz kalan ruh sağlığı çalışanı, bu öyküyü dinlerken, danışanı ve öyküsünü göz önünde bulundurmasının yanı sıra, hem kendisinin ne düşündüğü ve hissettiğini anlamaya çalışması, hem de kendi incinebilirliğine dair farkındalığı artarak aynı durumun kendi başına gelebilme ihtimalini sorgulamaya ve düşünmeye başlaması kaçınılmazdır (Herman, 1992; Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004). Empatik bir yaklaşıma sahip olmanın, travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişinin öyküsünü görselleştirerek zihninde canlandırmanın, süreçlerine dinleyerek tanıklık etmenin ve dinlerken kendi süreçlerini de sorgulamanın ikincil/dolaylı travmatizasyon yaşamaya dair çalışanı yatkın kılabileceği, aynı zamanda terapistin adalet, umut, güvenlik inançlarının da değişikliğe uğrayabileceği ve bir şey yapamadan dinlemenin tanık suçluluğu doğurabileceği düşünülmektedir (Kaptanoğlu, 1997; McCann & Pearlman, 1990, McFarlane, 1994). İnsanların sahip olduğu “adil dünya” inancı, bir kişinin hiçbir suçu yokken bir haksızlık ya da tehlike yaşayabilecekleri gerçeğini kabul etmelerine engel olur ve yaşanan felaketten kişileri ve buna tanıklık edenleri sorumlu tutabilirler. Bu da kişinin deneyimlenen travmatik yaşantıyı ve kendi etkisini nasıl algıladığını etkilemektedir (Başoğlu, 1992; Staub, 1989; akt. Sungur, 1999). Bunun sonucu olarak ise, terapistin TSSB yaşama riski oluşabildiği gibi, kendi içsel dünyasında ve inanç sistemlerinde de önemli bir yıkım etkisi deneyimleyebileceği bilinmektedir (Çolak ve ark., 2012). Aynı zamanda çok fazla travmatik olaya maruz kalmak ve bunun önlenemez olduğunu bilmenin de ikincil travmatizasyon açısından taşınan riski arttırdığı düşünülmektedir (Kaptanoğlu, 1997).

Kaptanoğlu'nun (1997) empatik yaklaşıma sahip olmanın önemine dair görüşlerini destekleyen Ludick ve Figley'in (2016) geliştirdiği İkincil Travmatik Stres İşleyiş Modeli'ne göre ise, ikincil travmatizasyon üç basamaklı olarak ele alınmaktadır: Empatik tutum, ikincil travmatizasyon ve ikincil travmatizasyon bozukluğu dayanıklılığı. *Empatik tutum*, travmatize olmuş kişinin deneyimine tanıklık etmek, bu kişiye yönelik empatik bir yaklaşımda bulunmak, iletişim ve empati becerilerini kullanmak ve uygun empatik reaksiyonları vermek olarak tanımlanmaktadır. *İkincil travmatik stres* ise, kişinin yaşadığı travmatik deneyime tanık olmak ve bu süreçte deneyimlenen dolaylı maruziyetin yarattığı ikincil travmatizasyon riskini ifade etmektedir. Üçüncü basamak olan *ikincil travmatizasyon bozukluğu dayanıklılığı* ise, kişinin kendisini travmatize olmuş kişiden ayırıştırabilmesi, kendi öz bakımı için gerekli uygulamaları yapabilmesi, önlemleri alabilmesi, yaşantısında hoşnutluk duygusunu deneyimleyebilmesi ve sosyal destek kaynaklarını kullanabilmesi ile bu dayanıklılığı oluşturması olarak kabul edilmektedir (Ludick & Figley, 2016).

Dolaylı travmatizasyon, terapistlerin hem danışanlarını anlayabilmek, onlara destek olabilmek, hem de aynı zamanda kendilerini ciddi zararlı etkilere karşı korumak amacıyla geliştirilen irrasyonel inançları da kapsayan, kişinin inanışları, beklentileri ve varsayımları üzerinden gelişen bir kavram olarak tanımlanmaktadır (McCann & Pearlman, 1990; Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004). İkincil travmatizasyon süreci ise, "Yapılandırıcı Kişisel Gelişim Teorisi (*the Constructivist Self-Development Theory*)" üzerinden açıklanmaktadır. Bu teoriye göre, ruh sağlığı çalışanı olarak danışmanların kendi inanç ve davranış sistemlerini yapılandırmakta etkin bir role sahip oldukları ve uzmanlar tarafından gösterilen dolaylı travmatizasyon tepkilerinin normal ve adaptif olduğu kabul edilmektedir. Kendilik ve gerçeklik algısı inşasının beş aşamalı şekilde gerçekleştiği ileri sürülmektedir: *Referans Çerçevesi, Öz-kapasite, Ego Kaynakları, Psikolojik İhtiyaçlar ve Bilişsel Şemalar, Hafıza ve Perspektif* (McCann & Pearlman, 1992, Pearlman & Saakvitne, 1995, akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; McCann & Pearlman, 1990). Uzmanın, zarar görmüş inanç sisteminin ve ikincil/dolaylı travmatizasyon tepkilerinin bu alanlarda yaşanan bozulmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kişinin kendisini ve dünyayı nasıl algıladığına dair sahip olduğu bağlam ve çerçeve, nedensellik ve dayandırma gibi bilişsel süreçleri dahil eden bir bilgi işleme sistemi olarak açıklanan *Referans Çerçevesi* alanında bozulma, uzmanın, danışanını nasıl algıladığını etkileyebilir ve bu da danışan ile kurulan terapötik ilişkide zorluklara ve problemlere sebep olabilir. *Öz-kapasite*, uzmanın kendi olumsuz duygularını regüle edebilme becerilerini ifade

etmektedir ve bu alanda yaşanan bir zorluğun terapötik ilişki içerisinde de uzmanın danışan için gerekli müdahaleleri yapmasında soruna sebep olabileceği düşünülmektedir. Üçüncü faktör olan, *Ego Kaynakları*, sonuçları göz önünde bulundurabilme, sınır koyabilme ve kendini koruyabilme becerisi olarak belirlenmiştir. Bu alanlarda yaşanan bir zorluğun, uzmanın danışan ile ilişkisinde empati kurabilmesine engel olabileceği gibi işteki mükemmeliyetçilik ve sınırları koruyamama sebebiyle uygulamada ve etik alanda da sorunlar doğurabileceği düşünülmektedir. Dördüncü faktör olan *Psikolojik İhtiyaçlar* ise, uzmanın güvenlik, güven duyma, öz güven, saygı, yakınlık ve kontrol alanında sahip olduğu ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçların karşılanmasının önemini ifade etmekte ve bu ihtiyaçların karşılanması ile birlikte beşinci faktör olan *Bilişsel Şemalar, Hafıza ve Perspektif* alanlarında uzmanın daha işlevsel ve adaptif bilgi işleme süreçlerine sahip olmasının altını çizmektedir. Bu modele göre, yukarıda belirtilen beş farklı alanda deneyimlenen bozulma ve zorlanmaların, uzmanın ikincil travmatizasyon tepkilerine daha açık hale gelmesine ve bu tepkilerin sürdürülmesine sebep olabileceği ifade edilmektedir (McCann & Pearlman, 1992, Pearlman & Saakvitne, 1995, akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; McCann & Pearlman, 1990).

1.1.5. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon Belirtileri ve Gözlemlenen Etkileri

DSM-IV'te, tanı kriterlerine eklenen travmatik yaşantıya tanık olmak ifadesi ile birlikte, ikincil/dolaylı travmatizasyon yaşayan kişilere de travma sonrası stres semptomlarını deneyimledikleri için, TSSB tanısı konulsa da; günümüzde ikincil/dolaylı travmatizasyon literatürde ve uygulamada ayrı bir durum ve semptom kümesi olarak ele alınmaktadır (Kaptanoğlu, 1997; American Psychiatric Association, 2000).

İkincil/dolaylı travmatizasyon, kişinin, başkasının deneyimlediği travmatik yaşantıyı izleyerek ya da dinleyerek tanıklık etmesi sonucunda ortaya koyduğu travmatik stres tepkileri olarak tanımlanmakla birlikte, kendini, diğerlerini ve dünyayı algılayışını, inanç sistemini ve değerlerini sorgulamasına ve kimlik, hafıza ve inanç sisteminde değişikliklere sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak da kişinin güvenlik algısı sarsılabilir ve kişi yetersiz, çaresiz ya da güçsüz hissedebilir (Pearlman & Saakvitne, 1995; akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; McFarlane, 1994). İkincil travmatizasyonda, inanç ve değerler sistemindeki değişim süreci ise, travmatik stres tepkilerinde yaşanan benzer bir şekilde, travmatik yaşantının zihinde işlenmesi sırasında oluşan düşünce sistemi içerisinde deneyimlenen bir asimilasyon ve dissimilasyon süreci olarak açıklanabilir (Sungur, 1999). Kişi yaşadığı travmatik yaşantı

sonrasında, bu yaşantıya dair sorular sormaya ve sorgulamaya başlar. Sorduğu sorular ile kendi inanç sisteminde değişikliklere sebep olabilir ve kendini suçlayabilir. Bu da travmatik yaşantının yanı sıra kişinin bu yaşantıyı nasıl algıladığının ve kendi zihninde nasıl işlemlendiğinin de önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Kişinin travmatik stres tepkilerinin tetiklenmesinin sonlanması ve uzun dönemde bu tepkilerin önlenmesi için travmatik yaşantının nasıl algılandığının çalışılması ve işlenmesi önemli bir yere sahiptir (Sungur, 1999). Travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişi ile olan yakınlık ve kurulan iletişim sonucunda oluşan özdeşim nedeniyle, bu olayı yaşantılayan kişinin yakınları da (aile, akraba, ruh sağlığı çalışanı, yardım çalışanı vb.) benzer travmatik stres tepkileri deneyimlemekte, olaya dair soruları (neden yaşandı?, ne oldu?, neden böyle davranıldı? vb.) zihninde tekrarlamakta ve aynı zamanda zarar görmemeye dair, sahip olduğu güç ve çevresi üzerindeki kontrol algısına dair inanç sistemi sarsılmaktadır (McFarlane, 1994; Figley & Kleber, 1995).

DSM-5'te (American Psychiatric Association, 2013) travmatik yaşantı tanımında özellikle belirtildiği ve Kaptanoğlu'nun (1997) da tanımladığı gibi, kişinin sadece aile üyesi ya da arkadaşlarının deneyimlemesi ile sınırlı olmayan, psikodinamik kuram açısından bakıldığında karşı aktarım perspektifiyle de ele alınan, ikincil/dolaylı travmatizasyon kavramı, travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişi ile ne kadar özdeşim kurulduğuna ya da temas edildiğine bağlı olarak farklı şekillerde gözlemlenebilir (Kaptanoğlu, 1997; Figley & Kleber, 1995). Özellikle dolaylı yoldan travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin daha önce yaşamında benzer deneyimler ya da tanıklıklar varsa, bu durum ikincil travmatizasyon riskini arttırabilmektedir (Kaptanoğlu, 1997). Aynı birincil travmatizasyonda olduğu gibi, ikincil travmatizasyon deneyimleyen kişiler de travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına benzer şekilde, kaçınma, aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşantılaşma gibi travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını deneyimleyebilirler (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018). Ancak, Figley (1995), ikincil travmatizasyonu açıklarken, birincil travmatizasyondan farklı olarak, bir başkasının deneyimlediği yaşam tehdidine dolaylı olarak maruz kalmanın sonucu olarak, bu kişinin travma sonrası stres semptomlarını, travmatik deneyime maruz kalan kişinin yeniden yaşantılaşma imgeleri ve tetikleyicileri üzerinden deneyimlemesini vurgulamaktadır.

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin nasıl etkilendiğine dair, literatürde farklı çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle ruh sağlığı çalışanları olmak üzere, bu alanda çalışan profesyoneller farklı şekilde tepkiler gösterebilirler. Travmatik stres tepkilerinin yanı sıra,

mesleki, fiziksel ve duygusal alanlarda olmak üzere, yaygınlıkla gözlemlenen tepkilerin bazıları şu şekildedir (Regehr & Cadell, 1999, Schauben & Frazier, 1995; akt. Bober & Regehr, 2006; Pross, 2011; Lombardo & Eyre, 2011, akt. Gürkan & Yalçiner, 2017; Pearlman & Saakvitne, 1995; akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; Herman, 1992; Janoff-Bulman, 1982; Stamm, 2005; Iliffe & Steed, 2000; Ortlepp & Friedman, 2002; Figley, 1995; Büyükbodur, 2018; Baird & Kracen, 2006; Bride, Radey & Figley, 2007; Collins & Long, 2003):

- Sık ve yoğun şekilde travmatik yaşantıları dinlemenin bir sonucu olarak güvenlik algısının sarsılması
- Mesleki ve özel yaşantısında, hassasiyet göstermediğine ve önemsemediğine inandıkları kişilere öfkelenme
- Danışanla birlikte, diğerlerinden izole olmasına sebep olabilecek düzeyde yoğun yas süreci deneyimleme
- İşten, sorumluluktan ya da belirli alandaki vakalar ile çalışmaktan kaçınma
- Travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin yaşadığı duyguları (çaresizlik, korku, öfke vb.) deneyimlemek ve özdeşim kurma
- Kontrolünün olmadığı hissi
- Yetkinliğine dair şüphe duymaya başlama
- Başkaları tarafından sorumlu tutularak suçlanma
- Empati becerilerinde azalma yaşanması
- Ağrı, sindirim sorunları, uyku ve dikkat problemleri ve benzeri fiziksel belirtiler yaşama
- Huzursuzluk, keder, kaygı, öfke, irritabilite, duygusal hissizlik, korku ve benzeri duygusal belirtiler deneyimlenmesi
- Stresi ve olumsuz duyguları yönetmekte zorlanması
- Medyada şiddet içeren uyarılardan kaçınma
- Sosyal izolasyon

Aynı zamanda bu alanda çalışan profesyonellerin, “bilişsel açıdan güvenlik, güven duygusu, yakınlık şeması, tutum ve davranış” alanlarında değişiklikler deneyimledikleri ve kendileri ile yakınları için güvenlik algılarında sarsılmalar olduğu görülmektedir (Çolak ve ark., 2012, s.56).

İkincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleyen profesyonellerin bu zorlayıcı duygularla baş etme güçlerini ve kapasitelerini arttırabilmek amacıyla, kendi duygularına erişimi kısıtlamaları gerekebilmektedir. Bunun bir sonucu olarak, kendi yakınları ile de yakınlık kurmakta zorlandıkları, bu konuda ısrarcı ve rahatsız edici düşüncelerin yanı sıra suçluluk duygusu da deneyimledikleri gözlemlenebilmektedir (Saakvitne & Pearlman, 1996; akt. Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004).

Ruh sağlığı çalışanları için bir başka zorlayıcı durum ise, tanık rolünde olmalarıdır. Sadece tanık rolünde öyküyü dinleyen kişi olarak elinden bir şey gelmemesinin yarattığı tanık suçluluğu deneyimlemek ve travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişinin başına gelenlerden dolayı kendini suçlamak görülebilecek tepkilerdendir. Bu durum, profesyonelin çatışmanın ortasında kalmış gibi hissetmesine sebep olmasının yanı sıra, terapötik ilişki içerisinde tarafsız kalmak açısından da zorlanmasına sebep olabilmektedir (Herman, 1992).

Yapılan çalışmalarda, travmatize olmuş bireylerle çalışan meslek gruplarındaki profesyoneller ikincil/dolaylı travmatizasyon tepkileri açısından incelendiğinde, birçok TSSB belirtilerinin gözlemlenmesinin yanı sıra, en sık gözlemlenen TSSB belirtilerinin yeniden yaşantılama (tekrarlayan ısrarcı flashbackler ve kabuslar) ve aşırı uyarılmışlık belirti grupları olduğu görülmüştür (Choi, 2011). Bu alanda çalışan kişi, travmatik olaya maruz kalmış kişinin öyküsünü yoğun empatik bir ilgi ile dinlemesinin sonucu olarak, bu öyküye dair kendi zihninde bir tablo oluşturmaya başlar ve kişinin deneyimlediği duygu ve tetikleyicilerin de etkisinde kalarak, benzer duyguları hissedebilir ve benzer tetikleyicilerin sonucu olarak yeniden yaşantılama tepkileri deneyimleyebilir. Benzer tetikleyiciler, yeniden yaşantılama belirtilerini tetiklemesinin yanı sıra, ısrarcı düşünceler ve bilişsel kaçınma belirtilerine de sebep olabilmektedir (Steed ve Downing, 1998, akt. Yılmaz, 2006).

Aynı zamanda, uzun süreli bir şekilde, bu travmatik yaşantılara maruz kalınması ve travmatize olan kişilere yoğun empatik yaklaşım gösterilmesi gerekliliğinin sonucunda oluşturduğu etki ile deneyimlenen ikincil/dolaylı travmatizasyonun kişilerin kendilik anlayışında, diğerlerini ve dünyayı algılayışında, manevi ve spiritüel inanç sisteminde yıkıma, kapasite ve becerilerinde düşmeye ya da olumsuz anlamda değişikliklere sebep olabildiği gözlemlenmiştir (Vrklevski & Franklin, 2008; Sabin-Farell & Turpin, 2003; Collins & Long, 2003). Çocuk cinsel istismarı ile çalışan adli tıp uzmanları, çocuk psikiyatristleri ve sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlediği dolaylı travmatizasyon üzerine yapılan bir araştırmada

(Çolak ve ark. 2012), bu alanda çalışan profesyonellerin tutum ve davranışlarında önemli değişimler olduğu bulunmuştur. Özellikle dış ortamdan gelebilecek tehlikelere karşı ve çocukların özellikle internet ortamında kimlerle ne şekilde iletişim kurduğuna dair artan bir hassasiyet gösterdikleri görülmüştür. Erkek uzmanların, çocuklarda cinsel istismar vakalarıyla çalışmalarının sonucu olarak, diğer çocuklara yönelik temaslarda daha yoğun şekilde yanlış anlaşılmaya dair kaygılar deneyimledikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda çocuğu olan uzmanların (özellikle erkek uzmanların), olmayanlara kıyasla, tutum ve davranışlarının daha yüksek düzeyde etkilendiği ve duyarlılıklarının arttığı görülmüştür. Bu alanda çalışan profesyonellerde en sık görülen değişimin, dış ortamdan gelebilecek tehlikelerle ilgili inançlarda değişimler olmasının yanı sıra, en yaygın görülen ise, yakınındaki çocukların internet ortamında zarar görebilme ihtimaline dair inançlardır (Çolak ve ark., 2012).

1.1.6. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon ile İlişkili Faktörler

Psikolojik travma alanında çalışan her profesyonel, travmatik stres tepkisi deneyimlememekle birlikte, çalışanlar farklı şekillerde bu süreci yaşantılayarak travmatik stres ve ikincil/dolaylı travmatizasyon tepkileri gösterebilmektedir. İkincil/dolaylı travmatizasyonu etkileyen özellik ve durumların incelenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, riski attıran belirli faktörler olduğu kabul edilmektedir. Bunlar, yaşantılanan ya da tanıklık edilen travmatik yaşantının özelliklerini kapsamakla birlikte, kişiye özgü sosyodemografik özellikler, kişilik özellikleri ya da mesleki deneyim ve çalışma koşulları gibi faktörler de kişinin ikincil/dolaylı travmatizasyon yaşayabilme riskini etkilemektedir.

Eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, sosyoekonomik düzey, kişinin inanç sistemi, baş etme yöntemleri, psikolojik sağlamlık, gereğinden fazla sorumluluk almak, sosyal destek kaynakları, mesleki deneyim süresi, psikolojik travma alanında eğitim ve süpervizyon alınıp alınmadığı, çalışma saatleri, mesleki deneyim, çalışılan kurumdaki ekip ve yönetim ile ilişkilerin ve süreçlerin nasıl işlediği, algılanan sosyal destekleri, destek verilen kişi ile kurulan ilişkinin niteliği, empatik ilişki, çalışılan travmatik olayın türü ve ne şekilde bu olaya maruz kalındığı bu faktörlerden bazılarıdır (Hiçdurmaz & İnci, 2015; Yılmaz, 2006; Kahil & Palabıyıkoglu, 2018; Gürkan & Yalçınır, 2017; Gürdil, 2014; Özkul & Çalık Var, 2018). Belirtilen bu faktörler daha detaylı incelendiğinde, literatürde birçok farklı çalışma ile karşılaşılmaktadır.

Sosyodemografik faktörler

Sosyodemografik faktörlerin ikincil/dolaylı travmatizasyon üzerindeki etkisi incelendiğinde, literatürde farklı çalışmalar bulunmaktadır. Cinsiyetler arası farka bakıldığında, literatürde çelişen bulgular görülmektedir. Gürdil'in (2014) çalışmasında, travmatik stres tepkileri açısından cinsiyetler arasında bir fark bulunmazken; Yeşil'in (2010) 112 acil sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği araştırmada, kadın sağlık çalışanlarının travmatik stres tepkilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci ve Erden'in (2016) psikolog, avukat, sosyal hizmet görevlisi ve ambulans görevlileri ile yaptıkları çalışmada ise, travma sonrası stres belirtileri ve tükenmişlik açısından, cinsiyetler arasında bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

Yaş faktörünün ise, TSSB belirtileri ile negatif bir ilişki içerisinde olduğu, yaş arttıkça travma sonrası stres belirtileri deneyimleme sıklığının azaldığı bulunmuştur (Çolak ve ark., 2012; Kahil & Palabıyıkoglu, 2018). Araştırmacılar, yaş ilerledikçe travmatik stres tepkilerinin azalmasını, psikolojik travma alanında çalışma deneyiminin artması ile birlikte daha işlevsel başa çıkma tutumları geliştirilmesi ile açıklamaktadır (Çolak ve ark., 2012). Çolak ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre ise, çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren adli tıp uzman ve asistanları, çocuk psikiyatrisi uzman ve asistanları ve sosyal çalışma görevlileri arasında, meslek, yaş ya da medeni durumlara göre dolaylı travmatizasyon düzeyleri açısından bir farklılık gözlemlenmemiştir.

Yılmaz'ın (2006), Türkiye'de arama kurtarma çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada ise, eğitim düzeyi, medeni durum ve kişinin kendi öyküsünde travmatik yaşantısının olmasının travma sonrası stres belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Gerçekleştirilen çalışmada, bekar ve eğitim düzeyi yüksek çalışanların travma sonrası stres düzeylerinin, bekar ve eğitim düzeyi düşük olanlara kıyasla daha yüksek olduğu, evli ve eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların ise, eğitim düzeyi daha düşük olanlara kıyasla daha yüksek travma sonrası stres düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Psikiyatrik Öykü

Travmatik yaşantıya dolaylı yoldan maruz kalan profesyonelin, tıbbi öyküsünde psikiyatrik bir hastalığın varlığının, travma sonrası stres belirtileri ve ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri ve bu durum ile başa çıkma kapasitesini etkilediği, bu sebeple kişileri ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimi açısından daha yüksek risk grubunda kıldığı kabul

edilmektedir (Johnsen, Eid, Lovstad & Michelsen, 1997; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Green, Grace ve Glesser, 1985; akt. Yılmaz, 2006; Duruduygu, Aker & Acicbe, 2003).

Kişisel Travmatik Yaşantı Öyküsü

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonelin, kendi öyküsünde travmatik yaşantıların olmasının travma sonrası stres belirtileri ve ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyi ile ilişkisi hakkında literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda, bu alanda çalışırken, kişinin kendi travmatik yaşantı deneyimi ile ilişkili belirtilerinin tetiklenebileceği ve bunun da travmatik stres tepki düzeyi ve ikincil/dolaylı travmatizasyon riskinin daha yüksek olmasına sebep olabileceği ileri sürülmektedir (Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996, akt., Yılmaz, 2006; Yeşil, 2010; Gürdil, 2014; Altekin, 2014; Kahil & Palabıyıkoglu, 2018; Yılmaz, 2006). Özellikle profesyonelin kendi öyküsünde istismar ya da duygusal ihmal mevcut ise, bunun ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir (Kassam-Adams, 1995; Jenkins & Baird, 2002; Pearlman & Mac Ian, 1995; Wall, 2001; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Bunun yanı sıra, bazı çalışmalarda, çocukluk çağı travmatik yaşantı deneyimi olan profesyonellerin, travmatik yaşantıları olan kişilerin deneyimlerine tanıklık ettiklerinde daha fazla anksiyete yaşadıkları gözlemlenmiştir (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; akt. Yılmaz, 2006; Nelson-Gardell & Harris, 2003).

Bu çalışmaların yanı sıra, eğer kişinin daha öncesinde kendisinin deneyimlediği travmatik bir yaşantısı yoksa, değişkenlerin hiçbirinin yordayıcılığının olmadığı ve önceki travmatik yaşantının algılanan ciddiyeti ile şu anki belirtilerin şiddeti arasında ilişki olmadığı görülmüştür (Yılmaz, 2006; Moran & Britton, 1994). Bober ve Regehr'ın (2006) psikoterapistler ile gerçekleştirdikleri araştırmada elde edilen sonuçlar, uzmanın geçmişinde travma öyküsünün olmasının, travmatik stres düzeyleri ve temel inançları ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Sadece tedavi arayışı içerisindeki uzmanların, travmatik yaşantı öykülerinin ikincil/dolaylı travmatizasyon ile ilişkili olduğunun bulunmasının, kişi için travmatik yaşantıların henüz çözümlenmemesi ve stres yaratmaya devam etmesi sebebiyle travmatik stres düzeylerinin yüksek olduğuna işaret ettiği düşünülmektedir (Bober & Regehr, 2006). Benzer şekilde, uzmanın geçmiş travma öyküsünün, ikincil travmatizasyonu arttıran etkisinin olabileceği gibi azaltan bir faktör de olabileceği farklı çalışmalarda ortaya konmaktadır (Yılmaz, 2006; Yeşil, 2010; Altekin, 2014; Gürdil, 2014; Kahil, 2016; Jenkins & Baird, 2002; Figley, 1995). Bu çelişkinin sebebinin, kişinin kendi travmatik yaşantısını ne şekilde

deneyimlediği, algıladığı, baş etme mekanizmaları, kendi sürecini tamamlamış olup olmadığı, yaşadığı deneyime dair kendi inançları ve benzeri faktörlerin olduğu düşünülmektedir.

Aynı zamanda, profesyonelin kendi travmatik yaşantı öyküsünün ve etkilerinin farkında olması, gerekli psikoterapötik desteği alması, hem kişinin kendi geçmişinde çözülmemiş sorunları ile baş etmesine olanak tanıdığı gibi hem de karşı aktarım ihtimalini azaltarak ikincil/dolaylı travmatizasyon riskinin de düşmesine katkı sağlayacaktır (Hesse, 2002; Sexton, 1999; Yassen, 1995; akt. Bober & Regehr, 2006; Pearlman & Saakvitne, 1995; akt., Gürdil, 2014).

Bireysel Farkındalık

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin bireysel farkındalıklarının yüksek olması, kendi düşünce, duygu ve davranışlarını gözlemleyebilmeleri ve kendilerinin yaşadıkları veya tanıklık ettikleri travmatik yaşantılara yönelik verdikleri tepkileri anlayabilmeleri koruyucu ve önleyici faktörler arasında önemli bir yere sahiptir (Hogancamp ve Figley, 1983; akt. Kahil & Palabıykoğlu, 2018). Bu farkındalığın bir sonucu olarak, kişi, kendisi için hem koruyucu ve önleyici yöntemler kullanabilecek, hem de gerekli durumlarda meslektaş desteği ya da profesyonel destek almayı göz önünde bulundurabilecektir. Skovholt (2012), bireysel farkındalığın yüksek olması sayesinde, uzmanın psikolojik sağlamlığının daha yüksek olmasını sağlayabileceğini ileri sürmektedir; bunun bir sonucu olarak da ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleme riskinin ve tepkilerinin azaltılabileceği düşünülebilir. Aynı zamanda, bireysel farkındalıkların yüksek olması ile ilişkili olabilecek şekilde, psikologlar ve danışmanlar arasında, kendini ikincil/dolaylı travmatizasyon hakkında eğitmenin de kullanılan yöntemler arasında olduğu bilinmektedir (akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

Görev Alınan Travmatik Yaşantının Türü

Yapılan araştırmalarda, profesyonellerin, hangi travmatik yaşantılarda görev aldıklarının önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Travmatik yaşantılar arasından şiddet ve ölüm tehdidinin ya da yaşantısının ya da tanıklığının olmasının, ciddi fiziksel saldırılar ve çocuk ölümlerine tanıklık edilmesinin, cansız beden ile temas edilmesinin ve insan eliyle gerçekleştirilmiş saldırılara maruz kalmanın travmatik stres tepkilerini, ikincil/dolaylı travmatizasyon riskini ve şiddetini arttıran temel yaşantılar olduğu ileri sürülmektedir (Perez, Jones, Englert & Sachau, 2010; akt. Kahil & Palabıykoğlu, 2018; Altekin, 2014; Yeşil,

2010; Ursano, Fullerton, Vance & Kao, 1999; akt., Yılmaz, 2006; Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, 1995).

Fullerton, Ursano ve Wang (2004)'ın uçak kazası sonrasında görev alan arama kurtarma çalışanları ile gerçekleştirdikleri araştırma, enkazdan cansız bedenleri çıkarması gereken grubun, fiziksel tehlikeye maruz kalan ve kazadan kurtulanlarla çalışan gruba kıyasla, akut stres belirtileri, travma sonrası stres belirtileri ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. İnsan eliyle gerçekleştirilen şiddete (tecavüz, ev içi şiddet, çocuk istismarı, işkence ve benzeri) maruz kalan kişilerle çalışan profesyonellerin de daha yüksek düzeyde travmatik stres tepkileri deneyimlediği bulunurken, sadece tecavüz yaşantısına maruz kalan kişilerle çalışanların inanç sisteminde daha fazla bozulma olduğu görülmektedir (Bober & Regehr, 2006). Bunun yanı sıra, özellikle çocuklar ile çalışan profesyonellerin ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından riskinin arttığı düşünülmektedir (Smith Hatcher, Bride, King & Catrett, 2011; Bride, Jones & Macmaster, 2008; akt. Kahil & Palabıyıkolu, 2018).

Ben-Porat ve Itzhaky (2009)'nin çalışmasında, aile içi şiddet ile çalışan terapistlerin, bu alanda çalışmayanlara kıyasla, inanç sistemlerinde daha yüksek düzeyde negatif deneyimler yaşadıkları ve bu değişimin de aile içi ilişkileri ile dünyayı ve insanlığı nasıl bir perspektif ile algıladıklarını da olumsuz anlamda etkilediğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Pearlman ve Saakvitne'nin (1995, akt. Gürdil, 2014) ikincil/dolaylı travmatizasyon sonucu, psikoterapistlerin, diğer kişilerle ilişkilerinin, güvenlik algılarının, dünyayı nasıl algıladıklarının, diğer kişilere güven duyma gibi psikolojik ihtiyaçlarının ve yakınlık algılarının zarar görebileceği açıklamasıyla örtüşmektedir.

Özellikle arama kurtarma çalışmalarında yer alan, travma sahasında görev alan profesyonelin, riskli bir alanda bulunarak yaşamsal bir risk altında olmasının yanı sıra, ekip arkadaşlarının deneyimlediği riskler, kayıplar ve yaralanmaların ve verilen destek sırasında kayıpların yaşanması gibi esas travmatik olay ile ilişkili olan ikincil travmatik yaşantılarla karşılaşma olasılıkları da bulunmaktadır. Bu durum, travmatik stres tepkilerinin artması ve ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Al-Naser & Everly, 1999; Bryant, Richard & Allison, 1995; Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998; akt. Yılmaz, 2006).

Farklı bir sonuç olarak, Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) acil servis ve ambulans hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, doğal yollarla ya da insan eliyle gerçekleşen travmatik yaşantılar ile ikincil travmatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmekte, araştırmacılar bu sonucu acil serviste çalışan profesyonellerin doğal afet durumlarında görev alma olasılıklarının daha düşük olması ile ilişkilendirmektedir.

Empati

Yüksek düzeyde empati becerisine sahip olmanın, ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Özellikle ruh sağlığı çalışanları açısından bakıldığında, travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin öyküsünü tekrarlayan bir şekilde, onu anlamaya çalışarak ve sürecin işlenmesine destek olarak empatik bir tutumla dinlemenin ve destek olmanın uzmanı zorlayabileceği ve uzun vadede ikincil/dolaylı travmatizasyona açık hale getirebileceği düşünülmektedir (Collins & Long, 2003; Miller, 1998; Yeşil ve ark., 2010).

Leinweber ve Rowe'un (2010) doğum ebeleri ile yaptığı bir çalışmada, yüksek empati düzeyine sahip olan ebelerin, zorlayıcı doğum deneyimi olan hastalar ile çalıştıklarında travmatize olma risklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçları destekleyen bir başka çalışma ise, şiddet yaşayan, intihar girişimi olan ya da trajik bir şekilde ölen hastalara bakım veren ya da bu hastaların yakınları ile iletişim kurması gereken hemşireler, bu durumları, kendileri için ikincil travmatizasyon tepkileri açısından en yüksek etkili sebepler olarak ifade etmişlerdir (Komachi, Kamibeppu, Nishi & Matsuoka, 2012).

Bunun yanında, burada değinilmesi gereken önemli nokta, bu kurulan empatinin profesyoneli ikincil/dolaylı travmatizasyon riskine açık konuma getirmesine rağmen, destek verilen kişiye işlevsel bir hizmet sunulabilmesi için empati derecesinin azaltılmasının doğru olmadığı, bu sorunun çözümünde önemli olanın profesyonelin dayanıklılığının farklı yollarla desteklenmesi ve işlevsel baş etme tutumları geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Bride, 2012; akt. Özkul & Çalık Var, 2018).

Deneyimlenen Çaresizlik

Kişinin sosyodemografik ve kişisel özelliklerine dair faktörlere ek olarak, profesyonelin travmatik yaşantıya maruz kalan kişiye destek verdiği süreçte deneyimlediği çaresizlik duygusunun da etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir. Psikolojik travma alanında, çocuklar ile çalışan meslek gruplarından polisler ve psikoterapistlerin ve afetlerde arama kurtarma çalışmalarında çocuk bedenlerini enkazdan çıkartmak zorunda kalan arama kurtarma çalışanlarının maruz kaldıkları öykü karşısında deneyimledikleri üzüntü, çaresizlik ve dehşet duygularının da ikincil/dolaylı travmatizasyon tepkilerini arttırdığına dair bulgular bulunmaktadır (Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999; Carlier, Lamberts & Gersons, 2000; akt. Yılmaz, 2006; North ve ark., 2002). Herlofsen (1994; akt. Yılmaz, 2006)'in yazınında da benzer sonuçlar desteklenmekte olup, doğal afetlerde tanıklık eden kişilerin yoğun bir şekilde çaresizlik duygusunu deneyimlemesinin, bu kişileri ikincil travmatizasyon açısından risk altında bıraktığına dikkat çekmektedir.

Mesleki Özellikler (Deneyim, Süre, İş Yükü)

Travma alanında çalışan profesyonellerin mesleki deneyimleri ve çalışma koşullarının da ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından etkili faktörler olduğu kabul edilmektedir. Meslekte geçirilen süre, çalışma saatleri, iş yükü ve görülen vaka sayısı bu faktörler arasında olmakla birlikte, literatürde bu faktörlerin etkisine dair birbiri ile çelişen araştırmalar mevcuttur.

Farklı meslek gruplarında gerçekleştirilen çalışmalarda, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin travmatik stres tepkilerinin daha yüksek olduğu ve çalışma yükü, saatleri ve travmatik yaşantıyı konu alarak yapılan görüşme sayısının daha fazla olması ile birlikte ikincil/dolaylı travmatizasyon riskinin de arttığı görülmektedir (Altekin, 2014; Bober & Regehr, 2006; Büyükbodur, 2018; Adams, Figley & Boscarino, 2008; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004).

Afet alanında çalışan meslek gruplarının, psikolojik travma alanında geçirdikleri mesleki deneyim süresi arttıkça, TSSB'na daha yatkın hale geldiği ve risk altında oldukları gözlemlenmektedir (Barton, Blanchard & Hickling, 1996; Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; North, Smith & Spitznagel, 1994; akt. Yılmaz, 2006; Fullerton, Ursano & Wang, 2004). Yılmaz (2006), meslekte geçirilen süre ve deneyimin artmasının, daha fazla sayıda travma sahasında görev alınarak travmatik yaşantılara daha yoğun bir şekilde maruz

kalındığının da bir göstergesi olması sebebiyle, bu durumun kişinin travmatik stres tepkileri deneyimleme riskini arttırabileceği görüşünü öne sürmektedir. Aynı zamanda, travmatik yaşantılara yoğun ve sık bir şekilde maruz kalmanın, kişiyi psikolojik ve fiziksel olarak daha dayanıksız hale getireceğini ve kişinin başa çıkma kapasitesini düşürebileceğini ve işlevsel başa çıkma yöntemleri kullanmasında bozulmalara sebep olabileceğini ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (Bryant & Harvey, 1996; McFarlane, 1988; Regehr, Hill ve Glancy, 2000; Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996; akt. Yılmaz, 2006).

Kahil'in (2016) gerçekleştirdiği çalışmada, mesleki deneyim süresinin ikincil travmatizasyon ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur; literatürdeki başka çalışmalarla da benzer şekilde, meslekte geçirilen süre arttıkça, travmatik stres tepkilerinin de daha fazla gözlemlenmesi ile birlikte, travma sonrası stres bozukluğu ve ikincil travmatizasyon düzeylerinin ve riskinin de arttığı gözlemlenmiştir (Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996; Wagner, Heinrichs & Ehler, 1998; akt. Yılmaz, 2006; Weiss, Marmar, Metzler & Ronfeldt, 1995; Bober & Regehr, 2006). Hyman'ın (2004) çalışması da bu bulguları destekler nitelikte göstermektedir ki, sıklıkla, yüksek şiddet ve risk içeren, savaş ve terör eylemlerinin olduğu travma sahalarında uzun sürelerle görev alan yardım çalışanlarının ikincil travmatizasyon düzeyleri düşükten orta düzeye doğru değişmektedir. Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) gerçekleştirdikleri çalışmada da, acil servis ve ambulans hizmetleri alanında görev alan profesyonellerin bu alanda çalışma süreleri arttıkça, ikincil travmatizasyon düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Bu bulgulara karşıt görüş sunan, Çolak ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre, istismar olguları ile ilgilenme süresinin ve görülen olgu sayısının, tutum ve davranışlardaki değişiklikler ile ilgisinin anlamlı düzeyde olmadığı ortaya konmuştur. Gürdil'in (2014) çalışmasında, mesleki deneyim süresi ile ikincil travmatizasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Schwartz'ın (2008; akt. Kahil, 2016) çalışmasında da benzer şekilde, meslekte geçirilen sürenin artması ile ikincil travmatizasyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmalarda, psikolojik travma alanında çalışılan süre ve edinilen deneyim arttıkça, profesyonellerin travmatik yaşantı ile çalışmaya dair tepkilerini yönetebileceği ve bu sayede daha az zorlayıcı duygu ve stres deneyimleyebileceği ileri sürülmektedir (Lonergan ve ark., 2004; Shamai, Kimhi, & Enosh, 2007; akt., Cohen & Collens, 2013; Hunter & Schofield, 2006). Bu durumu Hunter ve Schofield (2006), çalışanın bu tarz

travmatik yaşantılar ile karşılaşma sıklığıının bir sonucu olarak şok olma düzeyinin düşmesi ile açıklarken; farklı görüşler, psikolojik travma alanında çalışma deneyimi arttıka, profesyonellerin baş etme becerilerinin ve kapasitelerinin gelişmesi ve daha işlevsel başa çıkma tutumlarını kullanmaları sebebiyle daha düşük düzeyde ikincil/dolaylı travmatizasyon riskine sahip olduklarını ileri sürmektedir (Cohen & Collens, 2013; Çolak ve ark., 2012; Yılmaz, 2006).

Gönüllü ya da Profesyonel Olarak Maruziyet

Psikolojik travma alanında çalışan meslek grupları, görevlerini gönüllü ya da profesyonel olarak icra etmektedirler. Kahil'in (2016) yaptığı çalışmada, verilen yardım hizmetinin gönüllü ya da profesyonel olarak gerçekleştirilmesine dair farklar incelenmiş ve profesyonel olarak hizmet verenlerin ikincil travmatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada aynı zamanda, travmatik deneyime mesleği nedeniyle ya da özel yaşantısında maruz kalmanın bir fark oluşturmadığı, benzer travmatik stres tepkilerinin gözlemlendiği görülmüştür.

Eğitim Düzeyi ve Psikolojik Travmaya Dair Eğitim ve Süpervizyon Almak

Yapılan bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi arttıka ikincil travmatizasyon riskinin azaldığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıka, sosyal desteğin alımının arttığı, deneyimlenen tepkilerin daha iyi anlaşıldığı, daha işlevsel baş etme becerilerinin kullanılması ile birlikte başa çıkma becerilerinin güçlendiği ve yardım arayışının da arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra, özellikle psikolojik travma alanında spesifik olarak alınmış eğitimler ve klinik süpervizyonların ikincil/dolaylı travmatizasyon ile negatif yönde bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. (Green, Grace, Glesser, 1985; akt., Çolak ve ark., 2012; Yılmaz, 2006; Altekin, 2014; Duruduygu, Aker & Acicbe, 2003)

Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017), acil servis ve ambulans hizmetlerinde çalışan doktor, hemşire, paramedik, sağlık memuru, acil tıp teknisyenleri ve anestezi teknikerlerinden oluşan 117 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %63,2'sinin psikolojik travma alanında çalışırken, yardım ve destekte buldukları kişilerin deneyimledikleri travmatik yaşantıdan etkilendiği görülrken; çalışanların %82,1'inin bu alanda çalışmanın psikososyal etkilerine ve sonuçlarına yönelik herhangi bir eğitim almadıkları bulunmuş olup, bu durumun sonucu olarak eğitimin koruyucu etkisinin deneyimlenmediği ifade edilmektedir.

Psikolojik travma ile çalışmaya ve mesleki alandaki uygulamalara dair gerekli eğitimleri almış olmanın ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerini etkilediği görülmektedir (Slattery & Goodman, akt. Özkul & Çalık Var, 2018; Adams, Boscarino, Figley, 2006; Baird & Jenkins, 2003; Ortlepp & Friedman, 2002). Profesyonelin ne yaptığını biliyor olması ve bu süreçte travmatik yaşantıya maruz kalan kişiye gerekli desteği verirken çaresizlik hissinin azalması için gerekli donanıma sahip olması önemli bir etkiye sahiptir (Ortlepp & Friedman, 2002).

Bir başka çalışma ise, bunun aksi bir bulgu sunmaktadır, eğitim düzeyinin ikincil travmatizasyon ile bir ilişkisinin olmadığı ileri sürülürken, Yılmaz'ın (2006) çalışmasında, daha düşük eğitim düzeyindeki katılımcıların yüksek eğitim düzeyine sahip olan katılımcılara kıyasla daha düşük düzeyde travmatik stres belirtilerini sergilediği bulunmuştur (Schwartz, 2008; akt. Kahil, 2016; Yılmaz, 2006).

Alınan ve Algılanan Sosyal Destek

Alınan ve algılanan sosyal desteğin travmatik stres tepkileri ve ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyi ile ilişkili ve aynı zamanda koruyucu bir faktör olduğu birçok çalışma tarafından bulunmuştur (Kahil, 2016; Sungur, 1999; Gürkan & Yalçiner, 2017, Ortlepp & Friedman, 2002, Özkul & Çalık Var, 2018; Yılmaz, 2006). Travmatik stres ve ikincil/dolaylı travmatizasyon sürecinin nasıl deneyimlendiği ve bu zorluklarla nasıl baş edildiğinin şekillenmesinde sosyal desteğin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Alınan sosyal destek, kişinin hissettiği çaresizlik, kontrol kaybı, yetersizlik gibi duyguları daha işlevsel bir perspektifle işlememesine destek olmaktadır. Bunun yanı sıra, travmatik yaşantı ve ilgili düşünce ve duyguların güvenli bir ortamda paylaşılmasının, bu bilginin nasıl işlendiği üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Sungur, 1999). Bu paylaşım, kişinin işlevsel ve rasyonel olmayan düşüncelerini (kendini suçlama, dünyanın tehlikeli bir yer olması, aşırı genelleme vb.) ve duygularını daha gerçekçi bir zeminde değerlendirebilmesine ve oluşabilecek yeni inanç sisteminde daha esnek ve işlevsel bir bakış açısına sahip olabilmesine destek olur (Sungur, 1999). Bu bulguları destekler nitelikte bir örnek olarak, North ve arkadaşlarının (2002), arama kurtarma çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %50'sinin bombalamanın ardından yaşadıkları zorlayıcı deneyimler ile aile ve arkadaşlarından aldıkları destek ile başa çıktıklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Schaefer ve Moos'un (1992; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016) çalışmasında ise, algılanan sosyal desteğin kişiyi ikincil travmatizasyon riski açısından korumakla birlikte, kişinin sosyal ve kişisel kaynaklar ve yeni baş etme yöntemleri geliştirebilmesine olanak sağladığı ileri sürülmektedir. Sosyal desteğin yeterli olmamasının, kişiyi ikincil/dolaylı travmatizasyona daha açık bir hale getirdiği kabul edildiği için, risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Sungur, 1999; Gürkan & Yalçın, 2017; Adams, Boscarino & Figley, 2008; Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

Bunun yanında, literatürde, ikincil travmatizasyon ile sosyal destek arasında hiçbir ilişki bulunmadığını ya da negatif yönlü bir ilişki bulunduğunu gösteren çelişkili çalışmalar da bulunmaktadır (Fullerton, Ursano & Wang, 2004; Hyman, 2004).

Öz Bakım

Öz bakım düzeyleri yüksek olan kişilerin ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016; Howard, 2010). Howard'ın (2010) travma terapistleri ile gerçekleştirdiği araştırmada, öz bakımın kişinin içsel negatif psikolojik süreçlerini kendisinin regüle edebilmesinde rol oynadığı görülmektedir.

1.1.7. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonun Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı

Literatürde yapılan çalışmalar sonucunda, değer verilen ya da sorumlu hissedilen kişinin deneyimlediği travmatik yaşantının, yakın ilişki içerisinde bulunan aile, akraba ve yakın arkadaşları etkilemesinin yanı sıra, yardım eden ya da müdahalede bulunan profesyonelleri de etkilediği görülmektedir (Figley, 2002). Birçok farklı meslek grubuna mensup profesyoneller ikincil travmatizasyon deneyimlemek açısından risk altındadır. Psikologlar ve psikiyatristler gibi ruh sağlığı çalışanları ve travmatik yaşantı deneyimi olan kişilere bakım veren, yardım eden ya da müdahalede bulunan profesyoneller (Arama kurtarma çalışanları, polisler, avukatlar, hakimler, psikososyal destek elemanları ve benzeri), dolaylı şekilde travmatik yaşantıdan etkilenen, ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından risk grupları arasında kabul edilmektedir (Pearlman & Saakvitne, 1995; akt. Gürdil, 2014; Kaptanoğlu, 1997; Figley, 2002, Kahil & Palabıyıköğlü, 2018; Çolak ve ark., 2012).

İkincil/dolaylı travmatizasyonun yaygınlığına dair son yıllarda, ruh sağlığı çalışanları, sağlık çalışanları, polisler, arama kurtarma çalışanları, itfaiye erleri ve benzeri meslekleri icra

eden katılımcılar ile birçok çalışma gerçekleştirilmiştir (akt., Yılmaz, 2006). TSSB'nun yaşam boyu sıklığı %1 ile 14 arasında değişiklik gösterirken (American Psychiatric Association, 1994), Türkiye'de psikolojik travma alanında çalışan, yardım eden rolündeki profesyonellerin travma sonrası stres belirtileri geliştirme riskinin %10 ile 29 arasında olduğu görülmektedir (Çakmak, Aydın Er, Can Öz ve Aker, 2009; Yılmaz, 2007). Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde ise, özellikle ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlar ile gerçekleştirilen birçok çalışma bulunmaktadır (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018). Zara ve İçöz'ün (2015) Türkiye'de ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller ile gerçekleştirdiği araştırmada ise, özellikle başkalarına saygı ve öz güven alanında daha fazla zorlanma yaşayan katılımcıların %44,9'unun ortalama ve üzeri düzeyde, %25,4'ünün ise yüksek düzeyde ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimlediği bulunmuştur.

Çolak ve arkadaşlarının (2012) adli tıp uzmanları, çocuk psikiyatristleri ve sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirdiği, 289 kişinin katıldığı çalışmada ise, katılımcıların %50,9'unun travmatik stres tepkileri yaşadığı gözlemlenirken, %11,9'unun olası TSSB tanısı aldığı görülmektedir. Şahin ve Cerit'in (2019) ambulans çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, TSSB tanı oranı %16,9 olarak bulunmuştur. Handan ve Cerit'in (2018), savaş sonrasında Türkiye'ye göç eden ve insani yardım kuruluşunda çalışan Suriyeli mülteciler ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise, çalışanlarda %8,6 oranında TSSB tanı alma oranı görülürken, travmatik yaşantı ve işkence yaşantısı deneyimlerinin artması ile birlikte bu düzeylerin arttığı görülmüştür. Doğal afet ya da terör saldırıları gibi travmatik yaşantılarda destek veren askeri sağlık kuruluşunda çalışan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, özellikle hemşirelerin ikincil travmatizasyon düzeyleri açısından yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Akbayrak, Oflaz, Aslan & Özcan, 2005, akt., Özkul & Çalık Var, 2018).

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında da benzer sonuçlar göze çarpmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, sosyal hizmet uzmanlarının %55'inin, tutuklu çocuklara eğitim veren öğretmenlerin %81'inin ve çocuklar ile koruma hizmeti kapsamında çalışan profesyonellerin ise %92'sinin en az bir TSSB belirti grubunu karşıladığı bulunmuştur (Smith Hatcher ve ark., 2011; akt Kahil & Palabıyıkoglu, 2018; Bride, Jones & Macmaster, 2008; Bride, 2007). Adams Figley ve Boscarino'nun (2008) 11 Eylül sonrasında görev alan sosyal çalışmacılar ile gerçekleştirdiği çalışmada, ikincil travmatizasyon düzeylerinde artış görülürken, Ekundayo, Gregson, Holttum ve Billings'in (2013) çalışmasında, ikincil travmatizasyon açısından

değerlendirildiğinde, özellikle terapistlerin yüksek risk altında olduğu bulunmuştur. Taubman-Ben-Ari ve Weintraub'un (2008, akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016) çalışmasında hemşirelerin doktora kıyasla daha yüksek düzeyde ikincil travmatizasyon deneyimledikleri ortaya koyulurken; Shiri ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise, doktorlar hemşireler ya da terapistler arasında ikincil travmatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Daha güncel bir durum olarak, Covid-19 pandemisinin yaşandığı günümüzde, özellikle sağlık çalışanları olmak üzere, ruh sağlığı çalışanları ve psikosozyal hizmet alanlarında çalışanların travmatik stres tepkileri açısından risk altında olduğu gözlemlenmektedir. Holmes, Rentrop, Korsch-Williams ve King'in (2021) sosyal çalışmacılar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, çalışanların %26,21'i TSSB tanı kriterlerini karşılarken, %16,22'sinin şiddetli yas semptomları yaşadıkları ve bunun yanında, %63,71'inin tükenmişlik, %49,59'unun ise ikincil travmatizasyon deneyimlediği görülmektedir.

1.1.8. İkincil/Dolaylı Travmatizasyonu Anlamanın Önemi

İkincil/dolaylı travmatizasyon deneyimi, psikolojik travma alanında çalışan profesyoneller açısından kaçınamayacakları yüksek bir risk olarak kabul edilmektedir (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018). Ludick ve Figley (2016)'in de çalışmalarının sonucunda önerdiği üzere, ikincil/dolaylı travmatizasyonun önlenmesinin sadece ruh sağlığı ve yardım çalışanlarının ruh sağlığının korunmasını sağlamadığı, aynı zamanda bu çalışmaların sonucunda destek veren kişiyi koruyarak ve güçlendirerek verilen hizmetin de daha kaliteli olacağını ve bireysel ve örgütsel alanda daha geniş çaplı olumlu sonuçlar doğuracağını öne sürmektedirler. Bu sebeple, bu kavramı yeterince kavramak ve bireysel ve kurumsal anlamda gerekli önleyici ve koruyucu stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması travma sahası için çok önemli bir yere sahiptir.

1.2. Merhamet Yorgunluğu

1.2.1. Merhamet Yorgunluğu Nedir?

Merhamet, Türk Dil Kurumu tarafından (2019), "Bir kimsenin veya bir başka canlıının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma" olarak tanımlanmaktadır. Merhamet deneyimleyen kişi, acı çeken kişinin, yaşadığı sıkıntı ve zorluklarla ilgili harekete geçme ve yardım etme güdüsüne sahiptir. Özellikle sağlık çalışanlarında, merhamet ile çalışma, acı çeken, hasta olan kişiye bakım verme motivasyonu sıklıkla gözlemlenir. Merhamet doyumu

ise, ızdırap çeken kişilere verilen desteğin ve edilen yardımın sonucunda duyulan tatmini ifade etmektedir (Stamm, 2002). Verilen bakımın ve desteğin karşılığında kişinin durumunun daha iyiye gittiğinin gözlemlenmesi ve hasta/acı çeken kişi ile kurulan pozitif ilişki sonucunda bakım veren/çalışan kişi, deneyimlediği olumlu geribildirim ile birlikte yaptığı iş ile ilgili daha fazla doyum yaşamaktadır. Bu doyum, aynı zamanda yapılan işin/verilen desteğin daha nitelikli hale gelmesine olanak vermektedir (Slatten, Carson & Carson, 2011, akt., Konal & Ardahan, 2018; Coetzee & Klopper, 2010).

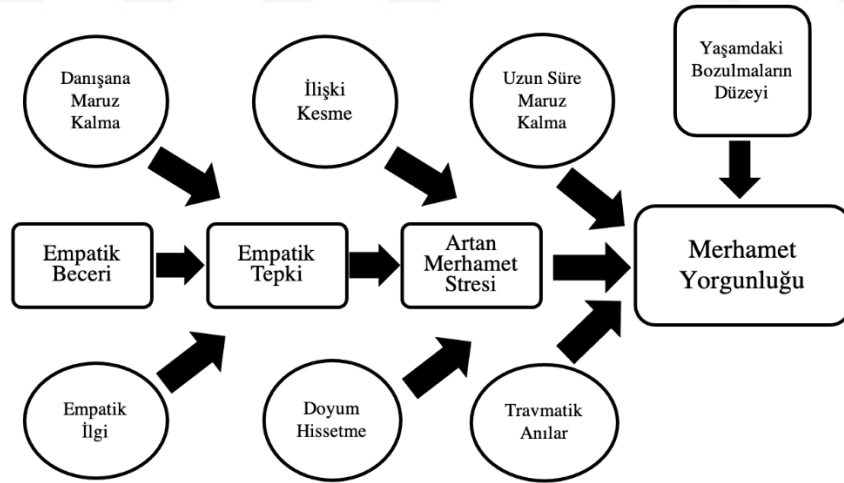
Bunun yanında, kişi, uzun vadeli şekilde, bakım vermeyi ve merhamet göstermeyi deneyimlediğinde, zaman içerisinde bu desteği verirken, kendi bakımını ihmal ederek, birikmiş bir şekilde tükenmişlik hissetmeye başlar (Dikmen & Aydın, 2016). Tükenmişlik, ikincil travmatizasyon ve merhamet stresi kavramları ile benzer belirtileri ve etkileri olması sebebiyle çok karıştırılan, ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik belirtilerini de kapsayan bir şekilde çoklu bir düzlemde ele alınan merhamet yorgunluğu kavramı (Figley, 1995; Pehlivan & Güner, 2018; Stamm, 2010), ilk defa Joinson (1992) tarafından hemşirelerde görülen tükenmişliği araştırdığı bir çalışma sonucunda ortaya konmuştur. Merhamet yorgunluğu, acı çeken ya da travmatize olan kişiler ile çalışan, süreçlerine tanıklık eden ve bu kişilere destek vermekle yükümlü olan kişilerin, dolaylı yoldan maruz kalınan travmatik yaşantının bir sonucu olarak deneyimledikleri, zaman içerisinde artış gösteren bir şekilde hissettikleri duygusal anlamdaki tükenmişlik olarak tanımlanmaktadır (Joinson, 1992). Hemşireler ile yapılan bu çalışmada, hastaların yaşadıkları ızdırap ve travmatik yaşantıya tanıklık ve eşlik ederken zorlanmalarının bir sonucu olarak ya duyguların tamamen bloke edildiği ya da çaresizlik ve öfke deneyimlendiği ifade edilmektedir.

Figley (1995), travmatik yaşantıya dolaylı yoldan maruz kalma, duyulan yoğun empati ve uzun süreli deneyimlenen stresin bir sonucu olarak meydana gelen, öncesinde herhangi bir belirtiyeye sebep olmaksızın aniden de ortaya çıkabilecek, kümülatif bir tükenmişliğin etkilerinin ve aynı zamanda yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılmışlık gibi ikincil travmatizasyon tepkilerinin gözlemlendiği bir durum olan merhamet yorgunluğunu, “bakım vermenin bedeli” olarak açıklamaktadır. Merhamet yorgunluğu, hem ikincil travmatizasyon hem de tükenmişlik belirtilerini de kapsayan, yaşamlarında bakım ya da ilgi gereksinimi bulunan kişiler ile birlikte yaşamaları gereken ya da işinin getirdiği görev ve sorumluluklar gereği bunu ortaya koymak zorunda kalan kişilerin deneyimlediği bir durum olarak tanımlanabilir (Çolak ve ark., 2012; Doman, 2010 akt. Polat & Erdem, 2017).

Merhamet yorgunluğu açısından, süreğen bir şekilde destek ve bakım veren kişilerin yanı sıra, özellikle risk altında bulunan belirli meslek grupları vardır: Sağlık çalışanları (özellikle hemşireler ve acil servis, onkoloji, yoğun bakım ve pediatri alanında çalışanlar), polisler, itfaiye erleri, acil yardım ekipleri, sosyal hizmet uzmanları, öğretmenler, avukatlar ve hakimler (Uslu & Korkmaz, 2017; Sabo, 2011; Jenkins & Warren, 2012, akt. Konal & Ardahan, 2018; Hooper, Craig, Janvrin & Wetsel, 2010; Stamm, 2002; Yoder, 2010). Bu meslek gruplarında çalışan profesyonellerin ortak özelliğine bakıldığında, fiziksel ya da psikolojik travmatik yaşantıya maruz kalan kişilere bakım ve destek vermelerinin yanı sıra, görevleri gereği, dikkatli olmaları ve fiziksel ve duygusal yoğunluk içeren bir bakım sürecinde görev almaları gerekliliği göze çarpmaktadır.

1.2.2. Merhamet Yorgunluğunu Açıklayan Modeller

Figley (2002), merhamet yorgunluğunu “Merhamet Stresi ve Merhamet Yorgunluğu Modeli” ile açıklamaktadır. Bu model, Figley’in (2002) çalışmasında, psikoterapistlerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu üzerinden tanımlanmaktadır. Şekil 1.1’de, model, orijinal makaleden çevirisi yapılarak detaylı şekilde gösterilmektedir.



Şekil 1.1. Merhamet Stresi ve Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 2002)

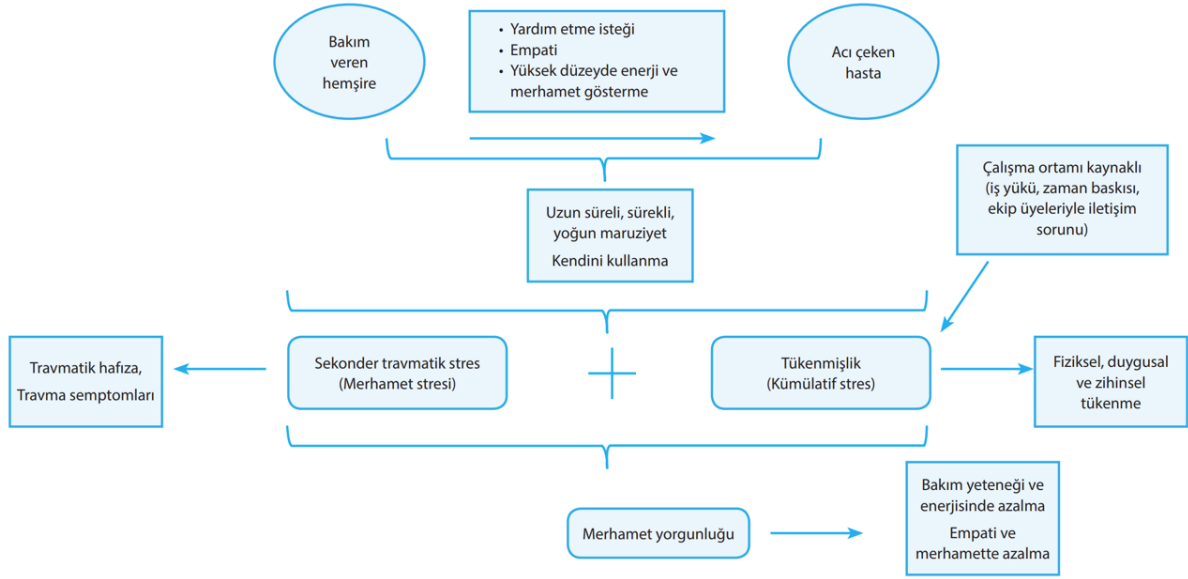
Bu modele göre, kişi, empatik ilgisi, tepkileri ve yetenekleri gibi empati özelliklerinin yanı sıra, danışana maruz kalma süresi, yaşamındaki aksaklıklar, bağlılığın azalması, hissettiği doyum, kişisel travmatik yaşantıları ve deneyimlediği stres sonucunda, merhamet yorgunluğu deneyimler. Kavramlar detaylı şekilde aşağıda açıklanmaktadır (Figley, 2002):

- *Empatik Beceri:* Diğer kişinin çektiği acıyı fark edebilmek anlamına gelen empatik beceri, psikoterapistlerin karşılarındaki kişiyi anlayabilmeleri ve etkili hizmeti sunabilmeleri için en gerekli ögelerden biri olarak kabul edilmekle birlikte, merhamet yorgunluğu açısından da kişiyi en yatkın hale getiren faktör olarak kabul edilmektedir.
- *Empatik İlgi:* Sadece empatik becerilere sahip olmak yeterli değildir, gerekli hizmeti sunabilmek için ihtiyacı olan kişilere karşılık verebilme motivasyonunu ifade eden empatik ilgiye de sahip olunması gerekmektedir.
- *Danışana Maruz Kalma:* Danışanın yaşadığı travmatik yaşantıya ve çektiği ızdıraba doğrudan bir şekilde maruz kalırken deneyimlenen duygusal enerjiiyi ifade etmektedir.
- *Empatik Tepki:* Psikoterapistin empatik bir şekilde, karşısındaki ızdırıp çeken danışanı duyguları, düşünceleri ve davranışları ile birlikte anlamasının yanı sıra, danışanın yaşadığı ızdırabı azaltmak için gerekli müdahalelerde bulunmasıdır. Danışan tarafından deneyimlenen duyguların, sahip olunan terapötik ilişki içerisinde psikoterapisti de etkilemesi çok yüksek ihtimal dahilindedir.
- *Merhamet Stresi:* Danışana gösterilen empatik tepkiyi vermekle meydana gelen duygusal enerji ve danışanın çektiği acının azaltılmasına yönelik sürekli devam eden taleplerin sonucunda psikoterapistin deneyimlediği strestir. Eğer psikoterapist deneyimlediği bu stres ile baş etmek için gerekli tutum ve davranışları uygulayarak, stresini yönetmezse, merhamet yorgunluğu yaşaması çok olasıdır.
- *İlişki Kesme:* Psikoterapistin kendini koruma ve öz bakım ihtiyaçlarını farkına varmasıyla birlikte, danışan ile kurduğu ilişkide, deneyimlediği zorlayıcı düşünce ve duygulara, bilinçli ve rasyonel bir şekilde mesafe koymasını ifade etmektedir. Eğer tüm çabasına rağmen, psikoterapist ilişkiyi kesmekte zorlanıyorsa, bu durum onu merhamet yorgunluğu deneyimlemesi açısından yüksek risk altında bırakmaktadır.
- *Uzun Süre Maruz Kalma:* Psikoterapistin danışana ve onun travmatik yaşantısına uzun süreli ve süreğen bir şekilde maruz kalmasıdır. Merhametli ve empatik olması gereken danışanlara ve profesyonel bir hizmet veren kişi olmaya dair bir mola vermesi ve izin kullanması gerekmektedir.

- *Travmatik Anılar:* Psikoterapistin deneyimlediği travmatik yaşantıları ifade etmekle birlikte, bu alanda çalışarak travmatize olmuş kişiye destek verdiği süreçte, uzmanın da travmatik yaşantılarının ve duygusal reaksiyonlarının tetiklenmesini ifade etmektedir.
- *Yaşamdaki Bozulmalar:* Psikoterapistin yaşamında meydana gelen, dikkatini ve enerjisini yöneltmesi gereken, ani değişimler, yaşamsal zorluklar ve sorumluluklardır. Strese sebep olduğu bilinen bu yaşam deneyimleri, belirtilen diğer faktörler ile birlikte görüldüğünde, stres düzeyini arttırmakta ve psikoterapisti merhamet yorgunluğu deneyimlemeye daha açık hale getirmektedir.

Figley'in (2002) bu modeline göre merhamet yorgunluğu, birbiri ile etkileşim içerisinde olan birçok farklı faktörü barındıran dinamik ve kümülatif bir sürecin sonucu olarak deneyimlenmektedir.

Figley'in (2002) modelinin yanı sıra, Pehlivan ve Güner (2018); Stamm (2002), Coetzee ve Klopper (2010) ile Circenis ve Millere'nin (2011, akt., Pehlivan & Güner, 2018) modellerini derleyerek, merhamet yorgunluğunun oluşum sürecini detaylı bir şekilde açıklamışlardır; özgün makaleden alıntılanan model tablosu Şekil 1.2'de gösterilmiştir. Yardım etme isteği, empati ve merhamet göstermek ile başlayan model, çalışanın uzun süreli acı çeken hastaya maruz kalması ve kendini kullanması sonucunda, buna eşlik eden çalışma ortamı kaynaklı sorunlar ile birlikte, ikincil travmatik stres/merhamet stresi ve tükenmişlik/kümülatif stres deneyimlendiğini göstermektedir. Bu durum, kişilerin travmatik hafızasının tetiklenmesine ve fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme yaşamalarına sebep olmaktadır. Bunların sonucu olarak da kişi merhamet yorgunluğu yaşamakta ve bakım yeteneği, enerjisi, empatik ilgisi ve duyduğu merhamette azalma deneyimlemektedir (Pehlivan ve Güner, 2018).



Şekil 1.2. Farklı Modellerin Derlenmesiyle Oluşturulan Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci Modeli (Pehlivan ve Güner, 2018)

1.2.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri ve Gözlemlenen Etkileri

Merhamet yorgunluğunun belirtileri birçok kaynakta tükenmişlik ve ikincil/dolaylı travmatizasyon ile aynı belirtiler olarak sunulmuştur. Bu belirtiler, fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere kişisel yaşamda görülmekle birlikte, iş yaşamında da bazı belirtiler ve değişiklikler gözlemlenmektedir.

Yaygınlıkla gözlemlenen fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtiler şu şekildedir (Lombardo & Eyre, 2011; Coetzee & Klopper, 2010; Showalter, 2010):

- *Fiziksel belirtiler:* Yorgunluk, ağrılar, kas gerginlikleri, kardiyak ve sindirim sistemi alanında şikayetler, uyku ve iştah problemleri, bağışıklık sistemine bağlı olarak gelişen problemler
- *Duygusal belirtiler:* Ruh halinde değişimler, aşırı hassasiyet, mutsuzluk, çökkünlük, öfke, irritabilite, kaygı, umutsuzluk ve huzursuzluk
- *Bilişsel belirtiler:* Dikkat ve konsantrasyon zorlukları, kişinin manevi ve spiritüel inanç ve değerlerinde değişimler, duyarsızlık
- *Davranışsal belirtiler:* Kendine gerekli bakımı vermeme, daha sık hata yapma, sosyal izolasyon, artan alkol ve madde kullanımı

Figley'e göre (2002), merhamet yorgunluğu deneyimlemek, kişinin başka kişilerin deneyimlediği ızdırabı taşımaya dair ilginin ya da kapasitenin azalmasına sebep olmaktadır. Bununla ilişkili olabilecek, iş yaşamında görülen belirti ve değişiklikler ise, işe dair motivasyonun ve alınan doyumun düşmesi, isteksizlik hissedilmesi, devamsızlık ve izin sayısında artış olması, belirli hastalar/danışanlar ile çalışmaktan kaçınma, hastalar/danışanlar ile olan ilişkide bozulmalar (yardım etmeye dair istek ve motivasyonun azalması, empati becerilerinin azalması, tepkisiz kalma, az vakit ayırma, alay etme ve benzeri) olarak ifade edilmektedir (Uslu & Korkmaz, 2017; akt. Konal & Ardahan, 2018; Coetzee & Klopper, 2010; Showalter, 2010; Lombardo & Eyre, 2011).

Çocuk kliniği hemşireleri ile yapılan bir çalışmada (Meyer ve ark., 2015, akt., Cingi & Eroğlu, 2019), merhamet yorgunluğu deneyimleyen hemşirelerin, iş doyumlarının etkilendiği görülmektedir. Hemşireler ile gerçekleştirilen başka çalışmalarda ise, merhamet yorgunluğuna bağlı olarak deneyimlenen fiziksel ve duygusal stresin bir sonucu olarak, hem çalışanların iş ortamlarında daha gergin, isteksiz olmaları, yardım etme motivasyonu ve empatik ilgilerinin düşmesi ve tahammülün düşük olması hem de işe dair işe dair doyumun azalması, hata yapma olasılığının artması, objektifliğin azalması ve devamsızlığın artması görülmektedir (Sabo, 2006; Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010; McHolm, 2006; Maiden, Georges & Connely, 2011; Gentry, Baggerly & Baranowsky, 2004; akt., Konal & Ardahan, 2018; Johnson, 2014; Polat & Erdem, 2017).

1.2.4. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Faktörler

Literatürde merhamet yorgunluğunun ilişkili olduğu faktörler incelendiğinde birçok farklı çalışma ile karşılaşılmaktadır. Bu yazında, farklı modelleri temel alarak bu faktörler bireysel faktörler ve mesleki deneyim ve koşullara bağlı faktörler olmak üzere iki alt başlıkta ele alınmaktadır.

Bireysel Faktörler

Figley'e (1995) göre, psikolojik travma alanında çalışan, empatik becerisi olan ve travmatize olmuş kişiye ve onun öyküsüne maruz kalan profesyonellerin bir noktada merhamet yorgunluğu deneyimlemesi kaçınılmazdır. Bu noktada, kişiyi merhamet yorgunluğuna yatkın kılan belirli faktörler olduğunu belirtmiştir: *Empati duymak, profesyonelin kendi çözümlenmiş ve çözümlenmemiş travmatik yaşantıları ve etkisi ve çocukların deneyimlediği travmatik*

yaşantılara maruz kalmak. Duyulan empati sayesinde, destek ve bakım verilen kişinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda, bu empati düzeyinin artması ile birlikte, destek ve bakım veren kişinin ikincil travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu deneyimleme riski de artmaktadır. Profesyonelin kendi travmatik yaşantıları, eğer çözümlenmemiş ise, bu alanda çalışırken yeniden tetiklenebileceği ve verilen desteğe etki edebileceği gibi; çalışanın destek ve bakım verdiği kişiye ve onun travmatik yaşantı ile baş etme yoluna bakış açısını da etkileyebilmektedir. Son olarak da çocukların deneyimlediği acıya tanıklık etmenin, bu alanda çalışan kişileri merhamet yorgunluğuna açık hale getirdiği düşünülmektedir (Figley, 1995). İleriki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda da, empati düzeyinin yüksek olmasının çalışanları merhamet yorgunluğu yaşamaya yatkın ve açık hale getirdiği bulgusu desteklenmektedir (Smith, 2013; akt. Polat & Erdem, 2017).

Merhamet doyumunun, merhamet yorgunluğu ile ters yönde bir ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur. Kişilerin merhamet doyumunu düzeyleri arttıkça, merhamet yorgunluğu düzeyi ya da riski düşmektedir. Yoder (2010) çalışmasında, “kişilerarası ilişkilerde mutluyum, kendim olabiliyorum ve diğerleri ile ilişki içerisindeyim” inançlarına sahip olarak kendini gerçekleştirdiğini düşünen hemşirelerin, kendini sıkışmış hissetme gibi ruminatif düşünceler ile baş etme ve kişisel ve profesyonel yaşam dengesi kurabilme gibi alanlarda daha az zorlandıklarını ortaya koymaktadır.

Bazı çalışmalar kişilerin içsel süreçlerinin de merhamet yorgunluğu deneyimlemeleri üzerinde etkisi olduğunu vurgulamaktadır. *İçsel kaynakların* kullanılmasının, bir baş etme mekanizması olarak koruyucu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Özellikle *spiritüelliğin*, kişinin düşük depresif belirtiler, yüksek özgüven, iyilik hali ve yaşam doyumunu yaşayarak, stresle daha iyi baş etmesini sağladığı ileri sürülmektedir (Simpson, 2005, Koenig, 1998, akt., Simpson & Starkey, 2006). Yaşam içerisinde anlamlılık hissini kaybeden danışmanların, duygusal olarak hissizleşebileceği, umutsuzluk hissedebileceği ve daha öfkeli olabileceği düşünülmektedir. Spiritüel yanı yüksek kişilerin ise, özellikle iş yaşamlarında, spiritüelliği etkili bir baş etme mekanizması olarak kullanabildikleri, yaşama dair daha fazla anlam ve bağ kurulmakla birlikte, daha düşük bir düzeyde dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu riski taşıdığı bulunmuştur. (Pearlman & Saakvitne, 1995; Pearlman & Mac Ian, 1993, akt., Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; Herman, 1992; Simpson & Starkey, 2006).

Merhamet yorgunluğunun, *çok bunalmış olma ve pozitif değişime dair herhangi bir etkisinin olmadığını düşünmekle* birlikte geldiği ve tükenmişlik belirtilerinden kafa karışıklığı, çaresizlik ve destek verilen kişilerden izole olma durumları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Figley & Abendroth, 2011). Beaumont, Durkin, Hollins Martin ve Carson'ın (2016) ebe öğrenciler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, yüksek *kendini eleştirme* düzeyine sahip kişilerin ötekine şefkat duyabilme, kendine nazik olabilme ve iyilik hallerinin daha düşük olmasının yanı sıra, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Maytum, Heiman ve Garwick (2004), kronik hastalıkları olan çocuklarla çalışan hemşireler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği tetikleyen en yaygın görülen faktörleri *hastayı önemsemek, sisteme dair problemler ve kişisel meseleler* olmak üzere üç kategoride açıklamışlardır. *Bireysel tetikleyiciler*, fazla dahil olma, kişisel beklentiler, kişisel bağlılıklar ve kişinin kendi yaşamında deneyimlediği krizler olarak belirlenirken, *profesyonel tetikleyiciler* ise, kronik hastalıkları olan çocuklar ve ailelerine bakım vermek, işin getirdiği roller ve sorumluluklar, aşırı iş yükü ve sisteme dair deneyimlenen zorluklar olarak açıklanmıştır. Yoder (2010) ise, hemşireler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, Maytum, Heiman ve Garwick'in (2004) sonuçlarını baz alarak aynı üç kategoride merhamet yorgunluğu ile ilişkili faktörleri açıklamıştır. Hastayı önemsemeye dair etkileyen faktörler, hastanın ne kadar ciddi fiziksel, duygusal ya da finansal bir tehdit ya da ölüm tehdidi altında olduğu ile ilişkilidir. Sisteme dair problemler ise, çalışma gün ve saatlerinin fazlalığı, fazla hasta sayısı, hastaya dair yerine getirilmesi gereken sorumlulukların fazlalığı ve fazla duyarlı olmaktır. Kişisel meseleler ise, çalışanın deneyimsiz olması, yeterli enerjisinin olmaması, hastaların ciddi semptomlarını görmezden gelmek olarak belirtilmiştir (Yoder, 2010).

Algılanan sosyal desteğin de merhamet yorgunluğu ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Sosyal desteğin olması da kişinin merhamet yorgunluğu ile baş edebilmesinde önemli bir faktör olarak belirtilmiştir. Özel ve iş yaşamında, ilişkilerin desteklenerek, çalışanın sosyal destek sisteminin geliştirilmesi, stres ve zorluklar ile baş etme kapasitesini arttırmaktadır, bunun sonucu olarak da kişi merhamet yorgunluğu ile baş etmede ve kendisini korumakta daha fazla kaynağa sahip olmaktadır (Figley, 2002).

Mesleki Deneyim ve Koşullara Bağlı Faktörler

Mesleki deneyim, meslekte geçirilen süre ve çalışma koşullarının da merhamet düzeyi ve yorgunluğu üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Doktorlar ile yapılan bir araştırmada, meslekte geçirdikleri süre daha uzun olan ve daha fazla teknolojik imkanlara sahip sağlık merkezlerinde çalışan doktorların merhamet doyum düzeyi daha yüksek bulunurken, mesleğe daha yeni başlayan ve çalışma koşulları daha işlevsiz olan doktorlarda ise bu düzeyin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Bhutani, Bhutani, Balhara & Kalra, 2012). Cingi ve Eroğlu'nun (2019) cerrahi alanda çalışan hekimler ile gerçekleştirdikleri çalışmada da, *yaş* ve meslekte geçirilen süre arttıkça, merhamet doyumunun arttığı görülmektedir. Araştırmacılar yaş deneyim ile ilişkilendirmiş olup; bu sonucu, artan yaş ve deneyim ile birlikte hekimlerin mesleki becerilerinin ve ön görülerinin de arttığını, bu sebeple hata oranının düşmesinin yanı sıra, uygulanan tedavilerde alınan olumlu sonuçlar ile birlikte daha iyi empati kurabilme becerilerinin olduğunu ileri sürmektedirler (Cingi ve Eroğlu, 2019).

Yoder'in (2010) çalışması, bu sonuçları desteklemektedir; hastanede ve ev bakımında çalışan hemşirelerle gerçekleştirilen araştırmada, *çalışılan bölümün* yanı sıra, günlük *çalışma saatleri* 8 ile 12 saat olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Evlilik ve aile terapistleri ile yapılan bir başka çalışmada, *yoğun vaka görmenin yarattığı memnuniyetsizlik* ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, memnuniyetsizlik arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyinin de ilişkili olarak yükseldiği görülmüştür (Lee, 1995; akt. Figley & Abendroth, 2011). Sosyal çalışmacılar ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise, 9/11 terör saldırısı sonrasında görev alan 236 sosyal çalışmacının merhamet yorgunluğu düzeylerinin çalıştıkları travmatize olmuş kişiler ile pozitif bir korelasyona sahip olduğu bulunmuştur (Salston & Figley, 2003). Sonuçlar, *çalışılan grubun* da merhamet yorgunluğu üzerindeki etkisi olduğuna işaret etmektedir.

Polat ve Erdem'in (2017), Türkiye'de çalışan sağlık profesyonelleri ile yaptıkları araştırmada elde edilen sonuçlarda, üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hastanelerde çalışan personelin umursamazlık ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığının bulunması, *çalışma koşullarının* etkisini desteklemektedir. Roberts, Flannely Weaver ve Figley'in (2003) çalışmasında, Amerika Kızıl Haç kuruluşunda çalışan gönüllülerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin diğer tüm yardım kuruluşlarında çalışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu bulgular da *çalışılan kurumun*

merhamet yorgunluğu üzerinde etkisi olduğunu desteklemektedir. Aynı araştırmada, merhamet yorgunluğu düzeylerinin *destekleyici iş ortamı* ile negatif bir korelasyona sahip olduğu, destekleyici iş ortamına sahip olan kişilerin merhamet yorgunluğunun daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Salston & Figley, 2003).

Bu bulgularla çelişen şekilde, Roberts, Flannely Weaver ve Figley'in (2003) çalışmasındaki bir diğer bulgu ise, 9/11 terör eylemleri ardından gönüllü olarak psikolojik travma sahasında görev alan din adamlarının çalıştıkları süre ile merhamet yorgunlukları düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Abendroth ve Flannery'nin (2006) evde bakım hizmeti veren hemşireler ile gerçekleştirdikleri çalışmada da, herhangi bir demografik ve iş ile ilişkili değişkenin katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

1.2.5. Merhamet Yorgunluğunun Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı

Figley (1995, s.1), "Empati hissetmeye ve göstermeye dair kocaman bir kapasitesi olan kişiler, çok daha yüksek merhamet stresi yaşama riski altındadırlar." cümlesiyle merhamet yorgunluğu deneyimleme riski olan grubun ne kadar geniş olabileceğini ortaya koymaktadır.

Eğitim, çocuklar ile çalışmak ve aile meseleleri gibi birçok farklı alanda gözlemlense de, merhamet yorgunluğunun sağlık çalışanları arasında çok daha yaygınlıkla görüldüğü bilinmektedir (Stamm, 1997-2005; akt. Yoder, 2010). Bu nedenle, yapılan araştırmalar çoğunlukla sağlık çalışanları alanında gerçekleştirilmektedir. Smith'in (2012) çalışmasında sağlık alanında çalışan profesyonellerin %25-50'sinin merhamet yorgunluğu belirtileri deneyimledikleri görülmektedir. Özellikle hemşireler ile yapılan çalışmalarda, hemşirelerin önemli bir kısmının ya merhamet yorgunluğu açısından orta veya yüksek düzeyde bir risk altında olduğu ya da süregelen bir şekilde merhamet yorgunluğu deneyimlediği görülmektedir (Gök, 2015, akt., Cingi ve Eroğlu, 2019; Johnson, 2014; akt. Polat & Erdem, 2017; Uslu & Buldukoğlu, 2017; Hooper, Craig, Janvrin & Wetsel, 2010; Yoder, 2010; Dikmen & Aydın, 2016). Bunun yanı sıra Polat ve Erdem'in (2017) hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada, merhamet yorgunluğunun kadın çalışanlarda daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır. Benzer bir sonuç Bhutani, Bhutani, Balhara ve Kalra'nın (2012) çalışmasında da, cerrahi alanda çalışan kadın cerrahlarda görülmüştür.

Çocuk palyatif bakım hizmetlerinde çalışan çoğunluğu doktor sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %18'inin merhamet yorgunluğu deneyimlediğini bulmuşlardır (Kase, Waldman & Weintraub, 2018, akt., Cingi & Eroğlu, 2019). Roberts, Flannely Weaver ve Figley'in (2003), 9/11 terör saldırılarından sonra travma sahasında görev almış farklı yardım kuruluşlarında görev alan din adamları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların yaklaşık %55'inin orta ve yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu deneyimledikleri görülmektedir. Lee'nin (1995; akt. Figley & Abendroth, 2011), 132 evlilik ve aile terapisti ile yaptığı araştırmada ise, terapistlerin orta düzeyde merhamet yorgunluğu deneyimledikleri bulunmuştur.

Literatürdeki yaygın bulguların aksine, Polat ve Erdem (2017) 346 sağlık personeli ile gerçekleştirdiği çalışma bulgularına göre, sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu açısından risk altında olmadığını, özellikle hemşirelerin merhamet yorgunluğunu daha yüksek düzeyde deneyimlemediklerini ve bunun sonucu olarak da iş ve özel yaşamlarındaki tutum ve davranışlarında anlamlı değişikliklerin olmadığını ileri sürmektedir.

Yaygınlığı çok daha az olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının dışında farklı alanlarda da merhamet yorgunluğu ile ilişkili çalışmalar mevcuttur. Roop ve Figley'in (2004, akt., Figley & Abendroth, 2011) hayvan barınakları, kurtarma ekipleri ve veteriner kliniklerinde çalışan 780 hayvan kurtarma çalışanı ile gerçekleştirdikleri araştırmada, bu alanlarda çalışanların %53,1'inin yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşama riski altında olduğu belirtilmiştir.

1.2.6. Merhamet Yorgunluğunu Anlamanın Önemi

Merhamet yorgunluğu kavramını ilk kez ortaya atan Joinson (1992) ilk yazınında, merhamet yorgunluğunu anlamanın ve üzerinde durulması gerektiğinin özellikle altını çizer. Çünkü sebep olan faktörlerin kaçınılmaz olduğu merhamet yorgunluğunun duygusal olarak yıkıcı etkilerinin olması ve profesyonellerin kişiliklerinin bundan etkilenmesi söz konusu iken, diğer taraftan bunu deneyimleyen kişinin eğer yüksek düzeyde kendisine ve bu kavrama dair farkındalığı yoksa, yaşadığı bu zorlayıcı deneyimi tanımlayamayacağını belirtir.

Figley'in (1996; akt. Roberts, Flannely, Weaver & Figley, 2003) de belirttiği gibi, merhamet yorgunluğu ızdırıp çeken ve travmatize olmuş kişiler ile çalışmanın doğal, ön görülebilir, tedavi edilebilir ve önlenabilir bir sonucudur. Bu sebeple, empatik ilgi ve merhametin işin doğası gereği çok önemli bir yere sahip olduğu psikolojik ve fiziksel travma

alanlarında çalışırken, merhamet yorgunluğunu tanımak, anlamak, fark etmek, değerlendirmek ve ardından kişinin kendine bakım vermesi, bununla baş etmek ve kendini korumak için gerekli adımları atması, psikolojik travma alanında çalışan profesyoneller için yaşamsal bir öneme sahiptir (Joinson, 1992; Figley, 1995; Simpson & Starkey, 2006).

1.3. Psikolojik Sağlamlık

1.3.1. Psikolojik Sağlamlık Nedir?

Kelime anlamı olarak, sıkıştırılıp esnetildikten sonra orijinal formuna veya pozisyonuna dönebilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik sağlamlık (The Random House Sözlük, 1967, akt. Işık, 2016), Amerikan Psikiyatri Birliği (2002) tarafından, travmatik yaşantı, tehdit, yüksek düzeyde stres ve zorlukların ardından, kişinin temel kişisel gelişimini de kapsayan bir şekilde kendini toparlayarak yeniden adapte olabilme kapasitesi olarak açıklanmaktadır (American Psychiatric Association, 2012). Literatürde, önceki yıllarda, iyileşme süreci olarak kabul edilen psikolojik sağlamlığı, Bonanno (2008) kişinin stabil bir dengeyi sürdürebilme becerisi olarak tanımlamaktadır. Kişinin, iyileşme sürecinde psikopatolojik belirtilerinin sonlanması ifade edilirken, psikolojik sağlamlık ise kişinin normal düzeyde işlevselliğini sürdürürken, huzursuzluk hissetmesinin yanında, halen yeni ve olumlu duygu ve deneyimler geliştirebilmesi ve sağlıklı işlevselliğini eş zamanlı olarak sergileyebilmesini ifade etmektedir (Bonanno, Papa, & O'Neill, 2001).

Travmatik yaşantıların yaygınlığı ve bunun sonucunda TSSB tanısı alan kişilerin oranı incelendiğinde, her travmatik yaşantı sonrasında kişilerin travmatik stres ile ilişkili patolojik tepkiler vermemesi, travma teorisyenlerinin ilgisini çeken bir gündem haline gelmiştir. Travmatik yaşantılar sonrasında patolojik bir tepki vermeden sağlıklı bir uyum sergileyebiliyor olmak, her zaman kişinin zorlayıcı deneyimi ertelediği ya da inkar ettiği anlamına gelmemekte ve olağanüstü bir duygusal güce sahip olan bu kişilerin psikolojik sağlamlığının yüksek olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir (Casella & Motta, 1990; akt. Bonanno, 2008).

Travmatik yaşantılar sonrasında, kişilerde psikolojik sağlamlığının yaygınlıkla görülebileceği ve bu özelliğin kişinin travmatik yaşantıyı nasıl deneyimlediği ve travmatik yaşantı sonrasında verdiği tepkiler üzerindeki etkisinin göz ardı edildiği düşünülmektedir (Bonanno, 2008). Psikolojik sağlamlık, olumlu tutum ve işlevsel baş etme müdahalelerini kapsayan sürekli gelişen dinamik yapıda bir süreci ifade etmektedir. Kişinin, travmatik ya da

zorlayıcı deneyimler ile karşılaştığında, esneklik ve uyum kapasitesini arttırarak, psikolojik iyilik halini koruyarak ya da sürecin sonrasında yeniden kazanarak, bu durumlar ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmesi ve yeniden eski durumuna dönebilmesidir (Hijemdal, 2007; Wagnild & Collins, 2009, akt., Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Bonanno, 2008; Wu ve ark., 2013; Southwick ve ark., 2014). Luthar ve Cicchetti (2000), dinamik bir süreç olan psikolojik sağlamlığı iki katmanlı bir yapı olarak ele alırlar: Güçlüklere maruz kalma ve Pozitif uyumlanma sonuçları. Bu noktada, psikolojik sağlamlığı, başarılı ya da yeterli olmaktan ayıran faktör ise, ortada zorlayıcı bir deneyimin, bir risk ya da tehdit durumunun olması ve kişinin bunun ardından yeniden adapte olabilme tutumunu sergilemesi gerekliliğidir (Luthar ve Cicchetti, 2000; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000a; Jensen, Trollope-Kumar, Waters & Everson, 2008, akt., Cooke, Doust & Steele, 2013). Psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin, deneyimledikleri zorluklar karşısında bununla baş edebilecek güç ve dayanıklılığa sahip olduklarına dair bir inanç sistemine sahip oldukları ifade edilmektedir (Sagone & Caroli, 2013, akt., Özçetin & Hiçdurmaz, 2017).

Masten, Best ve Garnezy (1990, akt. Gizir, 2007), psikolojik sağlamlığı, zorlayıcı veya tehdit edici durumların olmasına karşın başarılı bir şekilde adapte olabilme süreci, kapasitesi ve sonucu olarak tanımlamaktadır. Yaşamlarında farklı zorluk ve travmatik yaşantılar bulunan çocukların, psikolojik sağlamlık düzeylerinin üç temel düzlemde incelendiği açıklanmaktadır: Risk grubunda olunmasına rağmen ortaya çıkan olumlu sonuçlar, Stres altında sürdürülebilen yeterlilik ve Travmatik yaşantıların etkilerinin ardından iyileşebilme (Masten, Best & Garnezy, 1990, akt. Gizir, 2007).

Dolaylı psikolojik sağlamlık ise, günümüzde daha yeni bir kavram olarak literatürde dikkat çekmektedir. Dolaylı psikolojik sağlamlık, travma sahasında çalışan profesyonellerin, terapötik bir ilişki içerisinde bulunmanın, danışanların psikolojik sağlamlıklarına tanıklık etmenin doğal bir sonucu olarak psikolojik travma alanında çalışmanın zorlayıcı ve acı veren yanları ile umut veren ve büyümeyi destekleyen yanlarını dengelemeyi sağlayan, yapılan işin değerli görülmesini sağlayan, bu alanda çalışmanın pozitif bir sonucu ve kişisel büyümesi olarak tanımlanmaktadır (Hernandez, Gangsei & Engstrom, 2007). Dolaylı psikolojik sağlamlık, psikolojik travma alanında çalışan profesyonelin, danışanlar ile kurduğu ilişki sırasında, travmatik yaşantı öyküsüne eşlik ederken, işlevsel bir şekilde terapötik ilişkiyi de sürdürebilmesine olanak sağlamaktadır (Canfield, 2005; Collins & Long, 2003).

1.3.2. Psikolojik Sağlık Özellikleri ve Gözlemlenen Etkileri

En basit tanımıyla zorluklar karşısında yeterliliği ifade eden psikolojik sağlamlığın bir kişilik özelliği mi, bir sonuç mu, yoksa dinamik bir süreç mi olduğu travma literatüründe halen araştırmacılar tarafından tartışılan bir soru olarak yerini korumaktadır (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000a; Southwick ve ark., 2014). Gentry ve Kobasa (1984) psikolojik sağlamlığı kişinin stres ile baş etme gücünü arttıran koruyucu bir kişilik özelliği olarak ele alırken, Luthar ve Zigler (1991), Rutter (1990) gibi araştırmacılar travmatik ve zorlayıcı yaşantılar deneyimlendiğinde kişinin işlevselliğini sürdürebildiği dinamik gelişen bir süreç olarak ele almaktadır (akt., Şavur, 2012).

Gizir'in (2007) literatürde bulunan psikolojik sağlamlığın tanımları ve özelliklerine dair yaptığı derleme çalışmasında, psikolojik sağlamlığın dört temel özelliği olduğu ortaya konmaktadır; *psikolojik sağlık olgusunun dinamik bir süreç olması, travma, zorlu yaşam olayları ya da belirgin bir risk altında başarılı bir baş etme sergilenmesi, sağlıklı uyum gösterme (pozitif adaptasyon) ve yeterlilik geliştirebilme* (Garmezy, Masten & Tellegen, 1984; Rutter, 1990, 1999; Doll & Lyon, 1998; Masten & Reed, 2002; akt. Gizir, 2007; Luthar ve Cicchetti, 2000; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000a).

Psikolojik sağlık alanında yapılan ilk çalışmalarda, Kobasa (1979) stresli yaşam olayları ile karşılaşmış hastalanan ve hastalanmayan kişiler arasındaki farkları incelemiştir. Edinilen sonuçlara göre, psikolojik sağlık, kendilik algısına daha bağlı olunması, değerlerin hedeflerin ve kapasitenin olması ile birlikte yaşamın anlamlı bulunması, yaşama dahil olunması ve yaşantılanan deneyimler üzerinde kişinin kendisinin de kontrol sahibi olmasını ifade eden içsel kontrol odağına sahip olunması ile birlikte gelişmektedir. Psikolojik sağlık, kişilerin travmatik ve zorlayıcı yaşantılar karşısında nasıl tepki verdikleri ve psikopatoloji geliştirip geliştirmeyeceklerinin belirleyicisi olarak açıklanmaktadır (Kobasa, 1979).

Richardson (2002), psikolojik sağlamlığın kişilerde 3 farklı şekilde gözlemlendiğini ifade etmektedir:

1. Zorluklar karşısında kişinin sahip olduğu kendine özgü özellikler
2. Gelişimsel ve yaşam deneyimleri sürecinde psikolojik sağlamlığı geliştiren süreçlerin deneyimlenmesi
3. Psikolojik sağlamlığın gelişmesini sağlayan bilişsel sistemin olması

Friborg ve arkadaşları (2005, akt., Kavi & Karakale, 2018) ise, psikolojik sağlamlığın görülmesini 5 faktörlü bir yapıda ele almaktadır: *Kişisel Yeterlik, Sosyal Yeterlik, Kişisel Yapı, Aile Uyum ve Toplumsal Uyum*dur. Kişinin, kişisel ve sosyal yaşamı içerisinde, kendine güvenini oluşturabilmesi ve koruyabilmesi, sosyalleşebilmesi, yaşamını planlayabilme ve organize edebilme becerisinin olması ve aile ve arkadaşlar olmak üzere çevresinden sosyal destek alabilmesiyle psikolojik sağlamlığın görüldüğünü ifade etmektedir.

Sezgin (2012, akt., Işık, 2016) ise, psikolojik sağlamlığın 3 boyuttan oluşan bir kişilik özelliği olduğunu ileri sürmektedir: *Bağlanma, Kontrol ve Güçlük*. Bağlanma boyutu, kişinin gündelik yaşama dahiliyetini ve bu yaşam akışına yüklediği anlam ve sahip olduğu amaçlar olarak açıklanırken; kontrol boyutu, kişinin kendisinin karşılaştığı zorluklar ve krizler karşısında baş edebilme gücüne ve kontrolüne dair inancını ve buna yönelik tutum ve davranışlarını; güçlük boyutu ise, değişime yüklenen anlamları, değişimi kişinin kendisini geliştirmek ve ilerlemek için bir fırsat olarak görmesini ifade etmektedir.

Psikolojik sağlamlık, yaşantılanan risk ve zorluklar karşısında, pozitif uyum gösterme, yeterli şekilde baş edebilme ve koruyucu faktörlerin ortaya konması ile birlikte, deneyimlenen bu risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin etkileşime girmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Windle, 1999, akt., Gizir, 2007). Bu sebeple, psikolojik sağlamlığı açıklarken, kişinin aile, okul ve iş gibi yaşamının farklı alanlarında sahip olduğu içsel ve dışsal koruyucu kaynaklarının varlığının altını çizmek gerekmektedir (Kavi & Karakale, 2018). Koruyucu faktörler, riskli durumlar ile karşılaşıldığında baş edebilme ve adapte olabilme kapasitesine olumlu etkisi açısından psikolojik sağlamlığın önemli bir parçasıdır (Gizir, 2007; Kavi & Karakale, 2018). Bu kaynaklar, kişisel özelliklerin yanı sıra bireysel, aile ve çevre ile ilgili özellikleri kapsayan psikososyal değişkenleri içermektedir. Koruyucu faktörlerin, yaşantılanan zorluk karşısında göstereceği etki kişiler arasında farklılıklar göstermektedir. Dolayısıyla bu koşulların bireysel bazda değerlendirilmesi gerekmektedir (Gizir, 2007).

Literatürde içsel (bireysel) ve dışsal (ailesel ve çevresel) faktörler olmak üzere 2'ye ayrılarak da ele alınan, psikolojik sağlamlık ile ilişkili koruyucu kaynaklar şu şekildedir (Gizir, 2007, Kavi & Karakale, 2018; Kararımak, 2006; Çetin, Yeloğlu & Basım, 2015; Işık, 2016):

- *Bireysel Koruyucu Faktörler:* Zeka, akademik başarı, mizaç, iç kontrol odağı, benlik saygısı, kişisel farkındalık, kendini kabul edebilme, özerkliğini kazanma, yaşamda

hedeflerin olması, olumlu ve umutlu bakış açısı, sakin kalabilme becerisi, işlevsel problem çözme becerileri, iyimser tutum, sosyal alanlardaki beceriler, mizahi beceriler, amaç ve hedeflere sahip olunması, sağlık, cinsiyet ve yaş

- *Ailesel Koruyucu Faktörler:* Aile üyeleriyle kurulan olumlu ve destekleyici iletişim ve ilişki tarzı, saygı ve bağlılığın deneyimlenmesi, etkili ebeveynlik yaşantıları, ebeveynlerin gerçekçi ve yüksek hedeflerinin olması
- *Çevresel Koruyucu Faktörler:* Başarılı akademik yaşam ve iş hayatı, olumlu ve destekleyici ilişkilerin kurulduğu sosyal çevre, etkin ve işlevsel toplumsal kaynaklar

Koruyucu kaynaklara sahip olunmasının, psikolojik sağlamlığın yüksek olması ile ilişkisinin yanı sıra; bu etkileşimin bir sonucu olarak da, kişinin yaşamının ileriki zamanlarında da karşılaştığı zorlayıcı, travmatik yaşantılar ve risk durumları ile daha iyi baş edebileceği ve bunların yaratabileceği olumsuzlukların etkisinin azaltılabileceği düşünülmektedir (Kararımk, 2006).

Psikolojik sağlamlığın, kişilik ve psikolojik iyilik hali üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. İnanç sistemi, baş etme tutumları ve travmatik yaşantılar sonrasında süreci nasıl deneyimlediği gibi birçok farklı faktörle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Genel bir perspektifle ele alındığında, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin yaygınlıkla gözlemlenen özellikleri ise şu şekildedir (Connor, Davidson & Lee, 2003; Lee, Brown, Mitchell & Schiraldi, 2008; Kenny, Gallagher, Alvarez-Salvat & Silsby, 2002; Karataş & Cakar, 2011; Kanevsky, Corke & Frangkiser, 2008; Schwarzer & Warner, 2013, Collishaw ve ark, 2007; akt. Özçetin & Hiçdurmaz, 2017)

- Karşılaştıkları zorlayıcı deneyimler ile daha işlevsel bir şekilde baş edebilmek
- Travmatik yaşantılar sonrasında yaşamlarına yeniden uyum sağlayabilmek
- Yüksek iyimserlik düzeyine sahip olmak
- Aile ve arkadaşlarından sosyal destek alabilmek
- Daha düşük düzeyde yalnızlık ve umutsuzluk yaşadıklarını ifade etmek
- Kendilerini verimli kişiler olarak tanımlamak
- Problem odaklı baş etme yöntemleri daha sık kullanmak

Travmatik yaşantılar sonrasında, kişinin işlevselliği bozulmadan, bu zorluklarla baş edebilmesi, olumlu bir şekilde adapte olabilmesi, psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olması

ile ilişkilendirilmektedir ve bu durumun ileride karşılaşılabilecek zorluklar ve krizler karşısında da kişinin dayanıklılığını arttırdığı ileri sürülmektedir (Luthar, Lyman & Crossman, 2014, akt. Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Bonanno ve ark., 2012). Psikolojik sağlık düzeyi yüksek kişilerin, yaşadıkları zorlayıcı deneyimler karşısında, işlevselliklerini kaybetmemeleri, bu durum ile baş edebilecek güce ve dayanıklılığa sahip oldukları inancı ve bunun sonucu olarak streslerini yönetmekte daha işlevsel yöntemler kullanarak, daha kısa sürede sonuç alabilmeleri, kişiyi travmatik stres tepkileri ve sonuçları açısından daha az risk altında kılmaktadır (Walsh, 2007; akt. Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004; Erdener, 2019). Travmatik stres tepkilerini deneyimlediklerinde ise, daha hızlı iyileşme süreci yaşadıkları, travma sonrası büyüme deneyimlemeye daha açık oldukları ve karşılıklı bir etkileşimle bu süreci deneyimledikleri gözlemlenmektedir (Luthar & Cicchetti, 2000; Bonanno, Papa & O'Neill, 2001).

Buna ek olarak, dolaylı psikolojik sağlamlığın profesyonellerde hangi özellikler ile gözlemlendiğine dair de çalışmalar bulunmaktadır. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom ve Gangsei'nin (2017) travmatik yaşantıya maruz kalan kişiler ile çalışan profesyonellerin deneyimledikleri pozitif etkilerin anlaşılması amacıyla yaptıkları çalışmada, Dolaylı Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, dolaylı psikolojik sağlık 7 faktör ile açıklanmaktadır:

- Yaşam hedefleri ve bakış açısında değişiklik
- Danışandan esinlenen umut
- Danışanın spiritüalitesinin terapötik bir kaynak olarak algılanmasında artış
- Beceriklilik kapasitesinde artış
- Öz bakım ve öz farkındalık uygulamalarında artış
- Danışanların sosyal yeri ile ilişkili güçleri ve önceliklerine dair artan bilinçlilik
- Travma öyküsünü dinlerken şu anda ve burada kalabilme kapasitesinde artış

1.3.3. Psikolojik Sağlık ile İlişkili Faktörler

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, psikolojik sağlamlığın görülmesinin ve geliştirilmesinin birçok farklı bireysel ve mesleki özelliğe bağlı olarak farklılaşacağı ortaya konmaktadır. McCann ve arkadaşlarının (2013) hemşirelik, sosyal hizmet, psikoloji, danışmanlık ve tıp alanları olmak üzere sağlık alanında çalışan profesyoneller ile

gerçekleştirdikleri çalışmada, yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, iş ve kişisel yaşam arasında kurulan denge, mizah anlayışı, kendini rahatlatılabilme becerilerinin olması, mesleki alanda gerekli eğitimlerin alınmasının ve aynı zamanda sosyal desteğin de bulunması gibi birçok farklı değişkenin psikolojik sağlık için belirleyici faktörler olduğu belirtilmektedir.

Kişinin zorlayıcı ve travmatik yaşantıları nasıl karşıladığını belirleyen psikolojik sağlamlığı açıklayan, *psikolojik, sosyal ve kültürel* olmak üzere birçok farklı değişken bulunmaktadır (Southwick ve ark., 2014). Bunlardan bazıları, merhamet doyumunu, yüklenen kişisel anlamlar, tükenmişlik, ikincil travmatizasyon, toleransta düşüklük gibi kişinin meslek yaşamı ile ilişkili faktörleri kapsarken, aynı zamanda genetik ve nörobiyolojik faktörler, çocukluk dönemindeki gelişim süreci, kişilik özellikleri, kontrol algısı, bilişsel özellikler, cinsiyet, yaş, sosyal destek, umutlu olmak, iyimserlik, savunma mekanizmaları, zorlayıcı ve travmatik yaşantı deneyiminin ne olduğu, işlevsel baş etme yöntemlerinin kullanımı ve kişinin duygudurum regülasyonu gibi farklı bireysel özellikler kişinin psikolojik sağlamlığının gelişmesinde etkili faktörler olarak kabul edilmektedir (Agaibi, 2003; Fredrickson, 2002; Schore, 2003; Southwick, Morgan, Vythilingham, Krystal, & Charney, 2004; Wilson, 1995; Zeidner & Endler, 1996; Zuckerman, 1999; akt. Agaibi & Wilson, 2005; Hoge, 2007; akt. Kavi & Karakale, 2018; Cooke, Doust & Steele, 2013; Işık, 2016; Şavur, 2012). Bu noktada, psikolojik sağlamlığın ilişkili olduğu faktörlerin farklı başlıklar altında daha detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir.

Sosyodemografik Faktörler

Sosyodemografik faktörlerin psikolojik sağlık ile ilişkisi incelendiğinde, birbiri ile çelişen farklı bulgular mevcuttur. Cinsiyet ve yaş faktörlerinin psikolojik sağlık ile ilişkisi incelendiğinde, Zeidner ve Endler'in (1996, akt. Agaibi & Wilson, 2005) ve Mizmizlioğlu'nun (2018) ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller ile gerçekleştirdikleri araştırmalarda, cinsiyet farklılığına ve yaş değişimine bağlı olarak psikolojik sağlık düzeylerinde herhangi bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur.

Kişisel Özellikler

Agaibi ve Wilson (2005), psikolojik sağlamlığın karmaşık bir davranışsal repertuardan etkilendiğinden ve aynı zamanda kişilik özellikleri ile olan ilişkisinden bahsetmektedir. Esneklik, enerjiklik, mizah ve duygudurum regülasyonu gibi ego dayanıklılığını kapsayan

özelliklerin yanı sıra, dışa dönüklük, yüksek özgüven, girişkenlik, dayanıklılık, kontrol algısı ve bilişsel geribildirim gibi kişilik özelliklerinin psikolojik sağlık ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Bu özellikler, kişinin, stresli durumlar karşısında davranışsal olarak uyum sağlayabilmesini, işlevselliğini sürdürebilmesini ve psikopatolojik durumlara yönelik bir psikolojik bağışıklık geliştirebilmesini sağlayacaktır.

Psikolojik sağlamlığa etki ettiği kabul edilen olumlu kişisel özellikler incelendiğinde, akademik başarı, olumlu sosyal ilişkiler, düşük düzeyde duygusal ve davranışsal problemler, psikiyatrik bir hastalığın bulunmaması ve psikososyal uyum bileşenlerinin varlığı ortaya konmaktadır (Gizir, 2007).

Yapılan bir başka çalışmada ise, benlik saygısı düzeyinin yüksek olmasının kişinin psikolojik sağlık düzeyini arttırdığı görülmektedir (Kararımak & Siviş-Çetinkaya, 2011). Kişinin kendisine verdiği değer artmasının çocukluktan itibaren koruyucu ve önleyici bir role sahip olarak, kişinin yaşamında karşılaştığı zorluklar ile baş edebilmesinde daha dayanıklı hale gelmesine ve krizlerin ardından yaşamına adapte olarak devam edebilmesine fırsat verdiği düşünülmektedir.

Psikolojik sağlamlığı yüksek, pozitif duyguları sürdürebilen ve deneyimlenen olayların kontrolünün kendisinde olduğu inancına sahip olan kişilerin, karşılaştıkları zorluklar ile baş edebilme güçlerinin yüksek olmasının yanı sıra, bu duygulanım ve bakış açısının kişinin tutum ve davranışlarını da etkileyerek, motivasyonuna, kendini geliştirmesine ve problem çözme becerilerine de etki edeceği düşünülmektedir (Kararımak & Siviş-Çetinkaya, 2011; Frederickson ve Joiner, 2002; akt. Kavi & Karakale, 2018).

Psikolojik sağlamlığın, aynı zamanda, belirsizliğe yönelik tahammülsüzlük ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Cooke, Doust ve Steele'in (2013) hekimler ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, hekimlerin, belirsizliği tolere edebilmeleri ile ilişkili olarak hasta ile ilgili olumsuz sonuçlara dair daha az endişe duymaları ve belirsizliği açığa vurmaya ilgili daha isteksiz olmalarının, yüksek psikolojik sağlık düzeyi ile ilişkili olduğu görülmektedir (Cooke, Doust ve Steele, 2013). Bu çalışmada aynı zamanda, hekimlerin hasta bakımına yükledikleri kişisel anlamlar ile psikolojik sağlık düzeylerinin pozitif yönde bir ilişki içerisinde olduğu ortaya konmaktadır. Bu sonuçlar da, yaşanan deneyime yüklenen anlamların da psikolojik sağlık üzerinde etkili olabileceğini işaret etmektedir.

Psikolojik İyilik Hali ve Psikiyatrik Öykü

Psikolojik sağlamlığın, psikolojik iyilik hali üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Özçetin & Hiçdurmaz, 2017). Bunun yanında, bu koruyucu etkinin yüksek düzeyde gözlemlenebilmesi için, psikolojik sağlamlığın, kişinin kendisini nasıl algıladığı, yaşam koşullarındaki avantaj ve dezavantajları, sosyal destek kaynakları ve diğer koruyucu faktörlerin birlikte görülmesi gerekli bulunmuştur (Suchankova ve ark., 2009, Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010, akt., Özçetin & Hiçdurmaz, 2017). Değirmenci'nin (2019) Türkiye'de 394 kamu çalışanı ile gerçekleştirdiği çalışmada da çalışanların psikolojik sağlamlıklarının yüksek olması, iyimser olmanın da aracılık rolü ile, psikolojik iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur.

Psikolojik sağlamlığın, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi farklı psikolojik sorunlar ve stres tepkilerinin yönetilmesinde rol oynadığı düşünülmektedir (Connor & Zhang, 2006, akt., Özçetin & Hiçdurmaz, 2017). Cevizci ve Müezz'in (2019) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri araştırmada, çalışanların anksiyete, depresyon, somatizasyon ve genel psikolojik belirtileri ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olmak üzere psikolojik sağlamlığı işaret eden özelliklerinin daha yüksek olması ile olumsuz psikolojik belirtilerin azaldığı görülmektedir.

Kişisel Travmatik Yaşantı Öyküsü

Kişisel travmatik yaşantı deneyiminin bulunmasının kişinin gelişimini tetikleyebileceği ve bununla ilişkili olarak psikolojik sağlamlığının da etkilenebileceği düşünülmektedir (Linley & Joseph, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004; Frey, Beesley, Abbott & Kendrick, 2017). Bunun yanında, Khosbaba ve Maddi'nin (1999) yetişkinler ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, çocukluk döneminde, aile içinde kayıp, sağlıkla ilgili veya sosyoekonomik problemler gibi zorlayıcı yaşantıların deneyimlenmesinin psikolojik sağlamlık ile ilişkisi olmadığı ortaya konurken, telafi edici aile standartlarının bulunması ve kişinin kendisini aile içerisinde ve sosyal yaşamında nasıl algıladığına dair deneyimlerin, psikolojik sağlamlık düzeyleri ile ilişkili olduğunu ileri sürülmektedir.

Psikolojik Travmaya Dair Eğitim ve Süpervizyon

Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) acil servis ve ambulans hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, psikososyal hizmetlerin olası etkileri ve sonuçlarına yönelik alınan hizmet içi eğitimin psikolojik sağlık düzeyleri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar, alınan eğitimlerin, çalışanların baş etme becerilerinin güçlendirilmesine olanak tanıdığını ileri sürmektedir.

Aynı zamanda, literatürde birçok çalışma, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerde, eğitim ve süpervizyon desteğinin alınmasının, çalışanların travmatik yaşantıya maruz kalmanın sonucu olarak görülebilecek olumsuz etkileri ve deneyimledikleri zorlukları farklı bir bakış açısıyla ele alabilme ve baş edebilmelerine olanak sağladığı ve dolaylı psikolojik sağlık gibi pozitif sonuçların da gelişmesinde önemli bir role sahip olduğunun altını çizmektedir (Figley & Kiser, 2013; Pearlman & Caringi, 2009; Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015; Walsh, 2007; akt. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017; Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom & Gangsei, 2015).

Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı

Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) çalışmasındaki bir diğer ilişkili faktör ise, iş yerinde deneyimlenen travmatik yaşantılara maruz kalma sıklığıdır. İş yerinde travmatik yaşantıya daha sıklıkla maruz kalan kişilerin psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olarak bulunmasını, araştırmacılar, ya çalışanın zaman içerisinde kümülatif bir şekilde duyarsızlaşmasına ya da bu alanda deneyim kazanarak zorluklarla baş etme gücünün artmasına bağlamaktadır. Travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişilere maruz kalma süresi ve meslekte geçirilen sürenin de psikolojik sağlık düzeyleri üzerinde etkili olduğu görüşü başka çalışmalar ile de desteklenmektedir (Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011; Frey, Beesley, Abbott & Kendrick, 2017).

Alınan ve Algılanan Sosyal Destek

Aile, arkadaş ve kişinin yaşamında sahip olduğu sosyal çevreden aldığı sosyal desteğin, kişinin merhamet duyulma, sevilme, şefkat ve benzeri duygusal ihtiyaçlarının da karşılanmasını sağlamanın yanı sıra, sorunlar ile baş edebilme gücünü de arttırdığı kabul edilmektedir. Algılanan bu destek ile birlikte, kişinin dayanıklılığının artması ve psikolojik sağlamlığının da

gelişmesi gözlemlenmektedir (Basım & Çetin, 2011; Terzi, 2006; akt., Kavi & Karakale, 2018). Aynı zamanda, iş yerinden alınan, algılanan sosyal desteğin, kişinin merhamet doyumunu ile ilişkili olarak dolaylı psikolojik sağlık düzeyi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (Frey, Beesley, Abbott & Kendrick, 2017).

Görev Alınan Travmatik Yaşantı

Şavur'un (2012) sivil toplum alanında ve bakanlık bünyesinde çalışan, afet ve acil durumlarda görev alan, yardım çalışmalarında bulunan ve bulunmayan 225 katılımcıyla yaptığı çalışmada, yardım çalışmalarında görev alan çalışanların psikolojik sağlık düzeylerinin, yer almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Araştırmacılar bu sonucu yorumlarken, psikolojik sağlamlığı, çalışanların yaptıkları işin niteliğinden ya da çalıştıkları yerden bağımsız bir özellik olarak ele almaktadır.

Silveira ve Boyer'in (2015; akt. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017) psikoterapistler ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise, psikoterapistler, kişilerarası travmaya maruz kalan gençlerle uyguladıkları tedavi sürecinde ve sonucunda, çocuk ve gençlerin gücünden aldıkları ilham ile kendi kişisel ilişkilerinde olumlu değişimler deneyimlediklerini, daha umutlu ve pozitif olduklarını ve yaşama dair bakış açılarının şekillendiğini ifade etmektedirler.

İş Tatmini ve Tükenmişlik

İş yaşamında, çalışanların psikolojik sağlamlığının yüksek olması organizasyonel işleyiş ve devamlılık açısından önemli bir yere sahiptir. Psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin, stres, çatışma ve kriz yönetimlerinin yüksek düzeyde işlevsel olması, problemler ile baş edebilme becerilerinin olumlu yönde olması, yaşanan zorlukları bir fırsata çevirebilme ve benzeri becerilerinin de güçlü olması sebebiyle kişilerin kendi yaptıkları iş ve kurumlara yönelik tatmin ve bağlılıklarının da yüksek olacağına inanılmaktadır. Bunun da aynı zamanda, sahip olunan bu özelliklerle birlikte, kişilerin tükenmişlik tepkileri ile baş edebilmelerine de olanak tanıyabileceği düşünülmektedir (Kavi & Karakale, 2018; Basım & Çetin, 2011).

Hemşireler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, yoğun stresli durumlarla karşı karşıya kalan hemşirelerin psikolojik sağlamlıklarının artmasıyla, yaptıkları işten duydukları tatmin de artmakta; tükenmişlik deneyimlemeleri ve işten istifa etme riskleri azalmaktadır (Çam &

Büyükbayram, 2017, akt. Cevizci & Müezzini, 2019). Mizmizlioğlu'nun (2018) ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatrist, psikolog ve psikiyatri hemşireleri ile gerçekleştirdiği çalışma da, bu bulguları desteklemekte ve kişilerin iş tatminleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışanların iş tatmininin yüksek olmasının, psikolojik sağlamlık üzerinde belirleyici bir faktör olduğu görülmektedir.

Avustralya'da mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyoneller ile gerçekleştirilen bir çalışmada, dolaylı psikolojik sağlamlığın, iş tatmini ve kültürel olarak esnek olabilmek ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015). Stevenson, Philip ve Anderson'ın (2011) sağlık, hapishane ve bağımlılık alanında çalışan 15 aile hekimiyle gerçekleştirdiği niteliksel çalışmada ise, çalışılan kuruma dair organizasyonel değişkenlerin psikolojik sağlamlık üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

1.3.4. Psikolojik Sağlamlığın Geliştirilmesi

Psikolojik sağlamlık, doğuştan ya da genetik sahip olunan bir özellik olmadığı gibi, zaman içerisinde gelişebilen dinamik bir yapıya sahiptir. Kişinin yaşamı içerisinde deneyimlediği olumlu, destekleyici ve güçlendirici deneyimler, psikolojik sağlamlık düzeyinin de gelişmesinde etkili olacaktır (Karairmak, 2006). Yaşanılan zorluklar ve travmatik yaşantılar sonucunda deneyimlenen ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu gibi kişinin iyilik hali ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip durumlar ile baş etmekte ve bunların önlenmesinde önemli bir katkıya sahip olduğu ileri sürülen psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi de bir koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir (Pak, zcan & oban, 2017; zkul & alık Var, 2018). Bu amaçla, literatürde tavsiye edilen birçok strateji ve müdahale bulunmaktadır.

Bonanno (2008), psikolojik sağlamlığın gelişmesini *dayanıklılık, kendini geliştirme, baş etme mekanizması olarak bastırma, pozitif duygulanım ve mizah becerisine* bağlamaktadır. *Dayanıklılık*, yaşam amacını bulmak, kişinin çevresindekileri ve gerçekleşen olayların sonuçlarını etkileyebilmeye dair inancı, pozitif ve negatif olayların sonucunda renebilme ve büyüyebilme kapasitesi olmak üzere üç farklı bağlamda açıklanmaktadır. *Kişinin kendisini geliştirebilme kapasitesi* ise, kendi inanç sistemini, kişilik özelliklerini, baş etme becerilerini, diğerleri ile ilişkileri gibi farklı alanlarda kendisini geliştirebilmesini ifade etmektedir. *Bastırma savunma mekanizmasına* dair ise, literatürde birçok farklı çelişen bilgi bulunmaktadır.

Bastırma savunma mekanizmasının disfonksiyonel ve uzun dönemde kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde zararlı etkilere sahip olabileceğini ileri süren çalışmaların (Bonanno & Singer, 1990; Weinberger, Schwartz & Davidson, 1979; akt. Bonanno, 2008) aksine Bonanno (2008), bastırma savunma mekanizmasını kullanan travmatize olmuş kişilerin, kullanmayanlara kıyasla ilerleyen yıllarda adaptasyon ve iyilik süreçleri arasında anlamlı bir fark olmadığını, hatta daha iyi düzeyde bir uyum ortaya koyduklarını ileri sürmektedir. *Pozitif duygulanım ve mizah becerisinin* ise, negatif duygular ile baş edebilme gücü ve yaşam içerisinde uyumlanabilme kapasitesini arttırdığı gibi, stres düzeyini de düşürdüğü ifade edilmektedir (Fredrickson & Levenson, 1998, Keltner & Bonanno, 1997, akt. Bonanno, 2008; Bonanno & Keltner, 1997).

Psikolojik sağlamlık, yetişkinlikte geliştirilebilmekle birlikte, çocukluktan itibaren sahip olunan deneyimlerin de bu özellik üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Kobasa ve Maddi (1987; akt., Erdener, 2019), psikolojik sağlamlığın gelişim sürecinde, çocukluk yaşantılarının önemini vurgulamakta; anne ve babaların çocuklarına yönelik tutumlarının ve gösterdikleri değerlerin yanı sıra, gelişimsel süreçlerinde sorumluluk almalarını desteklemelerinin altını çizerek; Erikson'ın Psikososyal Gelişim Teorisi ile de ilişkilendirilerek, Bağımsızlığa Karşı Kuşku ve Utanç döneminde, ebeveynleri tarafından desteklenerek kendine güveni desteklenen çocuklarda bu yolla, karar alma, baş etme, kontrol edebilme gibi psikolojik sağlamlığın da işaretleri olan kişilik özelliklerinin gelişimine fırsat verildiği vurgulanmaktadır (Pollock, 1989; akt. Erdener, 2019; Agaibi & Wilson, 2005).

Çocuklarda psikolojik sağlamlığın gelişmesini Gürkan (2006, akt., Kavi & Karakale, 2018) ise, 4 koruyucu özelliğe sahip olmalarına bağlamaktadır: *Sosyal Yetkinlik, Sorun Çözme Becerisi, Özerklik, Amaçlara Sahip Olma ve Gelecek Duygusu*. Bu özelliklere sahip olan çocuğun, sosyal yaşamında karşılaştığı kişilerle rahatlıkla iletişim kurabilmesi, sorunları işlevsel bir şekilde çözümleyebilmesi, kendi özerk kimliğini oluşturmasının yanı sıra, kazandığı bağımsızlıkla birlikte buna saygı duyulmasını sağlaması ve kendi amaçları için çabalayan umutlu bir tutum içerisinde olması beklenir. Bu özelliklere sahip olmanın sonucu olarak da çocuğun psikolojik sağlamlık düzeyinin gelişmesi beklenir.

Psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi için önerilen yaklaşımlara bir başka örnek olarak, *Risk, Nitelik ve Süreç Odaklı Yaklaşım* açıklanabilir. *Risk Odaklı Yaklaşım*, yaşam içerisinde var olan risklerin tespit edilerek azaltılması ya da ortadan kaldırılmasını hedef alırken; *Nitelik*

Odaklı Yaklaşım yaşam içerisinde var olan risklerin etkilerinin kişinin sahip olduğu özellikler ve koruyucu faktörlerin geliştirilmesi ile azaltılmasını hedeflemektedir. *Süreç Odaklı Yaklaşım* ise, kişinin baş etme becerisi ve kapasitesini geliştirmesini sağlayacak kaynakların belirlenmesi ve geliştirilmesinin yanı sıra, bu kaynakların kullanılmasına yönelik harekete geçilmesinin desteklenmesini kapsamaktadır (Masten, 1994; Masten ve Reed, 2002; Masten & Powell, 2003, akt., Gizir, 2017).

Literatürde birçok farklı kaynaktan psikolojik sağlamlığın geliştirilebilmesi için kişilerin gündelik yaşamlarında da uygulayabilecekleri stratejiler bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2012) psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi için kişilerin kendi yaşamlarında uygulayabileceklerini belirttiği önerileri şu şekilde özetlenebilir: Kişinin sosyal ilişkilerini geliştirmesi, fiziksel bakımını önemsemesi, *mindfulness* çalışmalarını gerçekleştirmesi, bağımlılık geliştiren maddelerden kaçınması, yaşam içerisinde anlam bulması, diğerlerine yardım etmesi, proaktif olması, hedeflerine yönelik hareket etmesi, değişimi kabullenmesi, umutlu bir bakış açısına sahip olması ve gerektiğinde yardım talep edebilmesi.

Meslek yaşamında da, psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi için birçok strateji ve müdahale bulunmaktadır. Stevenson, Philips ve Anderson'ın (2011), sağlık, hapisane ve bağımlılık alanında çalışan 15 aile hekimi ile gerçekleştirdiği niteliksel çalışmada, hekimlerin, hastalarına saygı duymaları, yaptıkların işin akışına ve planlamasına dair kontrol hissini sürdürebilmeleri ve yaptıkları işe dair ilgi ve özen duyuyor olmalarının psikolojik sağlamlığın geliştirilmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.

1.3.5. Psikolojik Sağlamlığın Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı

Yapılan araştırmalara göre, psikolojik sağlamlığın gelişebilmesi için, kişinin yaşamının herhangi bir döneminde zorlayıcı ve travmatik yaşantılar deneyimlemesi gerekmektedir. Eğer kişinin yaşamında, zorlayıcı veya travmatik yaşantılar deneyimlenmemişse ve kişinin yaşam kalitesi yüksek ve başarılı ise, bu kişilerin psikolojik sağlamlığının yüksek olduğunun ileri sürülemeyeceği, sadece başarılı ya da yeterli kişiler olduklarının anlaşılacağı ileri sürülmektedir (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000a, 2000b). Bu tanım bağlamında incelendiğinde, özellikle dolaylı psikolojik sağlamlığın, psikolojik travma alanında çalışan, destek ve bakım veren kişilerde görüldüğü belirtilmektedir.

Literatürde, gerçekleştirilen çalışmalarda görülmektedir ki; şiddet, işkence, kaçırılma, yerinden edilme, kişilerarası şiddet ve benzer travmatik yaşantılara maruz kalan kişilere ve bu kişilerin aile üyeleri ve yakınlarına destek veren ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller ve öğretmenler dolaylı psikolojik sağlamlığın görüldüğü meslek grupları arasında kabul edilmektedir (akt. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017). Bu sonuçlarla çelişkili bir bulgu olarak, acil servis ve ambulans hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, meslek gruplarına göre psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Pak, Özcan & Çoban, 2017).

Psikolojik sağlamlığın yaygınlığına dair yapılan çalışmalara bir örnek olarak ise, Cooke, Doust ve Steele'nin (2013) 128 aile hekimi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların, %82'si orta düzeyde psikolojik sağlamlık düzeyine sahipken, sadece %10'unun yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

1.3.6. Psikolojik Sağlamlığı Anlamanın Önemi

Yaşamda benzer zorlukları ve travmatik yaşantıları deneyimlemesine rağmen kişilerin gösterdikleri farklı tepkiler, bu kişiler için mevcut olan risk ve koruyucu faktörlerin neler olduğunun anlaşılması gerektiğinin altını çizmektedir. Kişilerin psikolojik sağlamlığının yüksek olması hem kişisel hem de iş yaşamında destekleyici ve koruyucu bir faktör olarak yerini almaktadır. Bu kişilerin sorunlar ile daha iyi baş edebilmeleri, çatışma, kriz ve stres yönetiminin işlevsel olmasıyla birlikte psikolojik iyilik hallerinin de daha yüksek olması gözlemlenmektedir (Kavi & Karakale, 2018). Aynı zamanda psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin, psikolojik bozuklukları deneyimleme sıklığının da daha az olduğu bulunması (Hoge, 2007; akt. Kavi & Karakale, 2018), önleyici ve koruyucu bir yaklaşım olarak psikolojik sağlamlığın geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

İnsanlar, başa çıkmaları gereken bir durum ile karşılaşana kadar sahip oldukları gücü ve dayanıklılığı farkına varamayabilirler. Kişi ancak stres altındayken, sahip olduğu bu özellikleri ortaya koyarak bu durumun üstesinden gelmeye çalışır (Galea ve ark., 2003, akt., Erdener, 2019). Psikolojik sağlamlığı yüksek olan kişilerin psikolojik hallerinin daha iyi olmasının yanı sıra daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürme eğilimlerinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (Güngörmüş, Okanlı & Kocabeyoğlu, 2015, akt., Erdener, 2019; Southwick ve

ark., 2014). Bu sonuçlar da psikolojik sağlamlığın güçlendirici ve koruyucu etkisinin altını çizmektedir.

1.4. Travma Sonrası Büyüme

1.4.1. Travma Sonrası Büyüme Nedir?

İnsanların acı ve ızdırap çekmesinin dönüştürücü bir gücü olduğu, yüzyıllardır farklı inanç sistemleri, edebiyat metinleri ve felsefik öğretilerde yer almaktadır. Kişinin yaşadığı zorlayıcı durumlar ve krizlerin ardından, acı ve ızdırap çekerek, kişisel gelişim ve değişiminin önünü açabileceği ve kendi zihinsel kapasitesini daha bilge bir tutum ile kullanabileceği vurgulanmaktadır (Caplan, 1964; Frankl, 1963; Maslow, 1954; Yalom, 1980; akt. Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 1996). Travma sonrası büyüme kavramı ise ilk olarak 1980li yıllarda ele alınmaya başlanmış olup, kişilerin travmatik bir yaşantının ardından deneyimledikleri olumlu değişim ve gelişimler olarak tanımlanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi, 1999, akt., Yılmaz, 2006; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998; Tedeschi ve Calhoun, 2004).

Tedeschi ve Calhoun (2004), travmatik yaşantıyı olumlu bir sonuç ile ele alabilmeyi kapsayan travma sonrası büyümeyi bir deprem metaforu ile açıklamaktadır. Kişilerin zihinlerinde kendisine “varsayımsal bir dünya” yarattığı kabul edilir. Deneyimlenen psikolojik krizler ya da travmatik yaşantılar sismik bir aktivite gibi bu inanç sistemini sarsan bir etki yaratır. Psikolojik stres ile birlikte, kişinin yaşamın amacı ve anlamını sorgulamasına kadar uzanan bir şekilde, güvenlik, kontrol, ön görülebilirlik, kimlik ve gelecek algısı bu sismik hareket ile birlikte zorlanır. Travmatik yaşantı ya da kişisel kriz daha büyük bir şekilde deneyimlendiğinde ise, bu bir depreme benzetilir. Depremde bu fiziksel yapının yıkılması ile birlikte, yeni oluşturulacak yapı, öncesindeki eksiklikler ve yanlışlar da göz önünde bulundurulur, yeni depremlere daha hazırlıklı ve dayanıklı hale getirilir. Bu deneyim, travma sonrası büyüme olarak adlandırılmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Travma sonrası büyüme, travmatik yaşantının direkt bir sonucu değildir, kişinin bu zorlayıcı deneyimin ardından yeni gerçekliği ile baş etme çabasını içeren bir süreçtir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Bu alanlarda görülen değişimlerin, travmatik yaşantı sonrasında hızlı bir şekilde ortaya çıktığının gözlemlenmesinin yanında, yeniden bir yapılanmayı içeren travma sonrası büyümenin bir süreç olduğu kabul edilir (Tennen ve Affleck, 1998; akt. Yılmaz, 2006).

1.4.2. Direkt ve Dolaylı Travma Sonrası Büyüme Arasındaki Farklar

Manning-Jones, Terte ve Stephens'in (2015) yaptığı sistematik literatür taramasında, mülteciler ile çalışan profesyoneller, psikoterapistler, çevirmenler ve sosyal çalışmacılar gibi psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek grupları ile gerçekleştirilen araştırmalarda tanımlanan direkt ve dolaylı travma sonrası büyümenin belirtilerinin, Tedeschi ve Calhoun'un (1996) çalışmasında belirtilen, değerler ve öncelikler, inanç sistemindeki büyüme, kişisel olarak güçlenme ve gelişen kişiler arası ilişkiler belirtileriyle benzer olmakla birlikte (Shamai & Ron, 2009, Splevins ve ark., 2010, Guhan & Liebling-Kalifani, 2011, akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2015; Barrington & Shakespeare-Finch, 2013; Arnold, Calhoun, Tedeschi & Cann, 2005), bu iki kavram arasında bazı farklar da ortaya konmuştur.

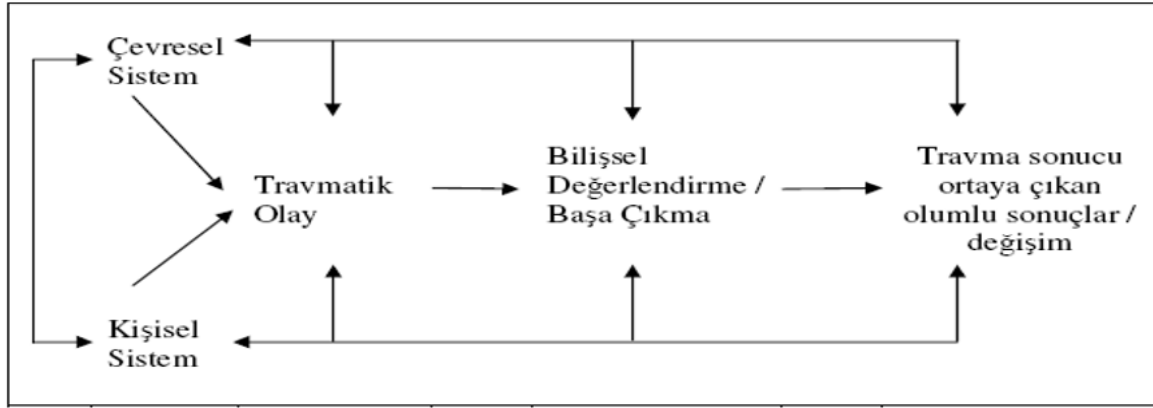
Farklı çalışmalardan derlenen bu farklar özetlenecek olursa:

- Direkt travma sonrası büyümede, kişisel güçlenme ön plandayken, dolaylı travma sonrası büyümede, bu değişim insanlığın psikolojik sağlamlığı üzerinden tanımlanır.
- Direkt travma sonrası büyümede, kişinin deneyimlediği spiritüel büyüme daha bireysel düzlemde yaşanırken, dolaylı travma sonrası büyümede travmanın iyileşmeye yardım ettiğini kabul eden spiritüel inançlar ön plana çıkar.
- Dolaylı travma sonrası büyüme deneyimleyen profesyoneller, kendilerini mesleklerinde daha yeterli hissettikleri gibi, yaptıkları iş aracılığıyla travma mağdurlarına temas etmeleri nedeniyle bu işin değerli olduğu inancına sahiptirler.

1.4.3. Travma Sonrası Büyüme Açıklayan Modeller

Literatürde, travma sonrası büyüme ile ilişkili faktörlerin bir araya getirilerek açıklandığı farklı modeller bulunmaktadır. Schaefer ve Moss'un (1998, akt., Yılmaz, 2006) oluşturduğu kavramsal model, travma sonrası büyüme sürecini 4 aşamada açıklar (Şekil 1.3). *İlk aşamada*, kişinin sahip olduğu cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey olmak üzere olay öncesi deneyimleri kapsayan kişisel sistem ve sosyal destek ağı, ekonomik kaynaklar, kültürel yapıyı içeren çevresel sistem bulunmaktadır. *İkinci aşamada*, bu iki sistemin, deneyimlenen travmatik yaşantı ve bu yaşantı ile ilişkili özellikler (şiddeti, süresi, ne zaman meydana geldiği, kişinin yaşamını etkileme düzeyi) üzerinde belirleyici rolü üzerinde durulur. *Üçüncü aşamada*, bu özelliklerin etkisi ile travmatik yaşantının nasıl deneyimlendiği, kişinin bu yaşantıyı nasıl

bir bilişsel değerlendirme sürecinden geçirdiği ve nasıl bir başa çıkma tutumu edindiğini belirler. Tüm bu süreçlerin sonucunda *son aşamada* ise, kişinin travmatik yaşantı sonucunda deneyimlediği olumlu sonuç ve değişim gözlemlenir. Modele göre, travma sonrası büyümenin sonucu olarak, kişinin kaynaklarının ve sosyal destek sisteminin güçlenmesi ile işlevsel başa çıkma tutumlarının edinilmesinin gözlemlenebileceği ileri sürülmektedir.

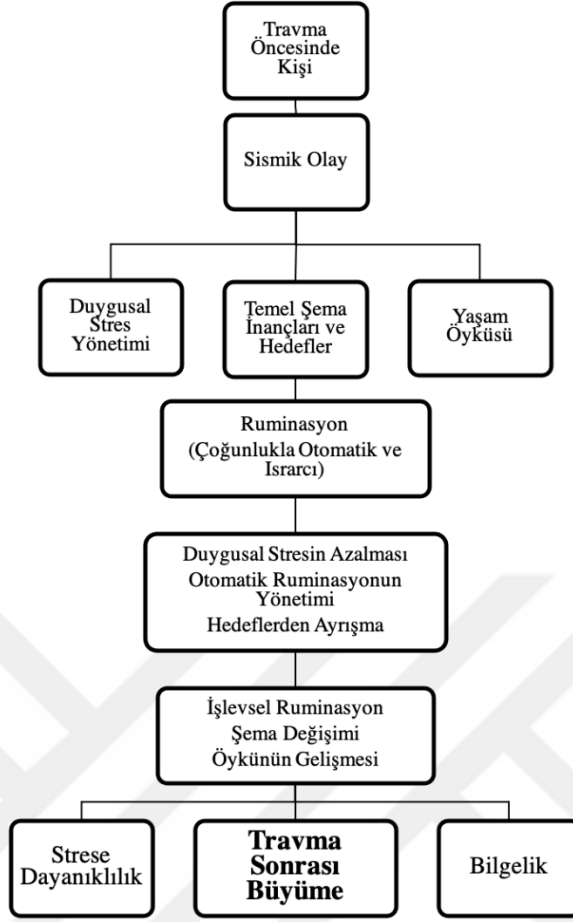


Şekil 1.3. Travma Sonrası Büyüme Kavramsal Model (Schaefer ve Moss, 1998)

Calhoun ve Tedeschi'nin (1998), travma sonrası büyümeyi açıklayan daha kapsamlı bir model ortaya koymaktadır: *Travma Sonrası Büyümenin İşlevsel-Betimsel Modeli* (Şekil 1.4). Bu model, olay öncesinde ve sonrasında deneyimlenen birçok farklı değişkeni barındırmaktadır. Modelin aşamaları detaylı bir şekilde açıklanmaktadır (akt., Yılmaz, 2006; Tedeschi ve Calhoun, 2004):

- Öncelikli olarak, kişinin olay öncesinde kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük ve yeni deneyimlere açık olma özellikleri) ve psikolojik durumunun nasıl olduğu, zorlayıcı durumlarda olumlu duyguların farkındalığı, psikolojik iyilik halinin nasıl olduğu, esnekliği, kişinin bilişsel işleme süreci, optimistliği ve değişim ve gelişime açık işlevsel bir inanç sistemine sahip olması önemli bir yere sahiptir.
- Travmatik yaşantı meydana geldikten sonra, kişinin deneyimlediği zorluğu, inançlarını ve stresini nasıl yönettiği, kullandığı başa çıkma yöntemleri, kendisi için belirlediği öncekinden daha yüksek düzeyi işaret eden hedeflere sahip olması, bu yaşantı ile nasıl bir mücadele içerisine gireceğini işaret etmektedir.

- Gerçekleştirilen mücadelenin ardından, kişinin deneyimlediği travmatik yaşantıyı anlamaya ve anlamlandırmaya yönelik, tekrarlayan şekillerde, kendi isteği dışında otomatik olarak gerçekleşen bir ruminasyon süreci başlar.
- Bu ruminasyon sürecinin ardından, kişinin gerçekçi olmayan beklenti ve hedeflerinden ve varsayımlarından vazgeçmesi ile birlikte, işlevsel stres yönetimi sayesinde başarılı bir başa çıkma süreci ortaya konulur.
- Ardından, istemli ve kişiyi olumlu değişim ve sonuçlara götüren, travmatik yaşantının nasıl işlemlendiği ve bilişsel süreçleri içeren, işlevsel bir ruminasyon süreci başlar. Bu süreç zaman almaktadır. Kişinin, eski yaşam biçiminin artık radikal bir şekilde değişen yeni gerçekliği ile uyum sağlamadığının farkına varmasını gerektirir.
- Ruminasyon ve başa çıkma süreçlerine, kendini açma, alınan sosyal destek, rahatlatma yöntemleri ve kaynaklar, oluşturulan yeni şemalar ve işlevsel başa çıkma yöntemleri eşlik eder. Kişinin öyküsünü yeniden yapılandığı, kendini açma süreci, yazarak, başkalarına anlatarak ya da dua ederek gerçekleştirilebilir. Bu süreç, yeni şemaların oluşumu ile ilişkilidir. Kendine yeni bir öykü yaratılması ve yeni bakış açıları için istekli olunması önemli bir etkiye sahiptir.
- Süreç tamamlandığında, kişi daha düşük düzeyde travmatik stres tepkileri gösterdiği gibi, travma sonrası büyüme de gerçekleşir (Calhoun ve Tedeschi, 1998, akt., Yılmaz, 2006; Tedeschi ve Calhoun, 2004).



Şekil 1.4. Travma Sonrası Büyüme İşlevsel Betimsel Modeli (Calhoun & Tedeschi 1998, akt., Tedeschi & Calhoun, 2004)

Janoff-Bulman'ın (2004) modelinde ise, 3 farklı model üzerinden travma sonrası büyüme açıklanır: *Acı Yoluyla Güçlenme*, *Psikolojik Hazırlıklılık* ve *Varoluşsal Yeniden Değerlendirme*. Kişinin, zorlayıcı bilişsel işleme sürecini tamamlaması ile birlikte, bu 3 farklı modeli aynı anda deneyimlemesi söz konusu olduğu gibi, kişide sadece bir tanesinin deneyimlenmesi üzerinden de travma sonrası büyüme gözlemlenebilir. Model temelinde, başa çıkma tutumlarının travma sonrası büyüme ile ilişkisine dayanmaktadır (Yılmaz, 2006). Birinci model olan, *acı yoluyla güçlenmede*, kişi maruz kaldığı travmatik yaşantı sırasında deneyimlediği acı ile birlikte, aslında sahip olduğu güçlü yanlarının ve kaynaklarının farkına vardığı gibi, yeni başa çıkma yöntemleri ve kaynaklar da geliştirir. Bu noktada, kişinin bilişsel işleme süreci önemli bir yere sahiptir; çünkü deneyimlenen acı verici sürecin yeniden değerlendirilmesi ve farklı bir perspektifle ele alınmasını gerektirir. *Psikolojik hazırlıklılık* modelinde, travmatik yaşantılar sonrasında, başarılı başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ile

birlikte, kişinin ileriki zamanlarda daha zorlayıcı travmatik yaşantılara hazırlıklı olmasını ifade eder. Psikolojik hazırlılık bir nevi travma sonrası büyüme olarak kabul edilen, “olumlu bir kazanımdır” (Yılmaz, 2006, s.65). Psikolojik sistemin, deneyimlenen zorlanmaların ardından daha dayanıklı bir hale gelmesi, Meichenbaum’un (1985) stres aşılama modeline benzetilmektedir (akt, Yılmaz, 2006). Travmatik yaşantılar kişilerin incinmezlik algısını sarsmaktadır; kendisinin başına kötü şeyler gelmeyeceğine inanan kişinin, travmatik yaşantı deneyiminden sonra, dünyayı algılayışı sarsılır ve bunu kabullenmekte zorlanır. Kişi bu olumsuz yaşantı ile baş edebilmesinin ardından, artık travmatik yaşantıların kendisinin de başına gelebileceğini farkındadır ve kendisi için bunlarla daha dayanıklı bir şekilde baş edebileceği bir yapı oluşturur (Yılmaz, 2006). *Varoluşsal yeniden değerlendirme* modeli ise, Tedeschi ve Calhoun’un (2004) modelindeki travma sonrası büyümenin beş faktöründen, yaşamın takdir edilmesi, başkalarıyla ilişki kurma ve manevi değişim faktörleri ile benzerlik göstermektedir.

Janoff-Bulman (2004), travma sonrası büyümenin travmatik stres tepkilerinde azalma ile ilişkili olduğunu öne sürerken, Tedeschi ve Calhoun (2004), travmatik yaşantının kayıp ve kazançları bir arada bulundurduğunu, kişinin hangisine odaklandığını belirleyici olduğunu, travmatik yaşantının ardından olumlu bir bakış açısı geliştirmekle birlikte, kişinin kendi incinebilirliğini kabulüyle birlikte gelen güçlenmeyi, hazırlıklılık halini ve dayanıklılığını deneyimleyebileceğini ileri sürmektedir (akt., Yılmaz, 2006). Bunun yanında, literatürde travma sonrası büyüme kavramına dair birbiriyle karşıt görüşler sunan çalışmalar da yer almaktadır. Travma sonrası büyümeyi bazı araştırmacılar “bilişsel bir yanılısma ya da sahip olunan kaynakların bir ürünü” olarak kabul etmektedirler (Taylor & Armor, 1996; Hobfoll, 1991 akt., Yılmaz, 2006).

1.4.4. Travma Sonrası Büyüme Özellikleri ve Gözlemlenen Etkileri

Travma sonrası büyüme kavramına dair literatürde pek çok açıklama bulunmakla birlikte, Tedeschi ve Calhoun’un modeli önemli bir yere sahiptir (1996; 2004). Travmatik yaşantı sonrasında, travma sonrası büyüme sürecinde deneyimlenen olumlu değişimler, bu modele göre, Travma Sonrası Büyüme Envanteri’nde de (Tedeschi & Calhoun, 1996) kullanıldığı şekilde, beş düzlemde ele alınmaktadır:

- Kişilerarası ilişkilerde olumlu değişim

- Kendilik algısında olumlu değişim
- Yaşamanın değerini anlama
- Yeni seçeneklerin fark edilmesi
- İnanç sisteminde gelişim

Tedeschi ve Calhoun'a göre (2004), travmatik yaşantı sürecinde, kişisel özellikler, destek alma, kendini açma ve tehdit edilen bilişsel sistemde yeniden işlemlenmenin önemli bir etkiye sahip olduğu kabul edilir. Travma sonrası büyüme deneyimleyen kişilerde, yaşama dair duyulan minnette artış, daha anlamlı kişilerarası ilişkiler kurulması, kişinin kendi güçlü yanlarına dair algısının artması, önceliklerin değişmesi, yaşamda yeni ve farklı olasılıkların olduğunun fark edilmesi ve daha zengin bir varoluşsal ve spiritüel yaşama sahip olunması görülmektedir. Süreğen ve dinamik bir süreç olarak kabul edilen travma sonrası büyüme, kişinin yaşam öyküsü ve yaşamına dair bilgeliğinin etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

İnsanlar, özellikle ölüm ile yüzleşme deneyimi başta olmak üzere, önemli yaşamsal krizlerin ardından, önceki inanç sistemi ve kültürel bağlamda sahip olduğu dini, spiritüel ve varoluşsal inançlarını sorgulama sürecini deneyimleyebilirler. Bu dönem içerisinde, inançların tamamen kaybedildiği dönemler yer alsada, en sonunda, kişiler, çoğunlukla, çok daha derin bir farkındalıkla, yaşama dair inanç ve felsefelerinin çok daha gelişmiş, tatmin edici ve anlamlı olduklarını belirtmektedirler (Tedeschi & Calhoun, 2004). İnanç sistemindeki gelişimin sadece dini olarak ele alınmaması gerektiği, herhangi bir dini inancı olmayan kişilerin de temel varoluşsal sorgulamalar ile birlikte travma sonrası büyüme deneyimleyebilecekleri vurgulanmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Cohen ve Collens'in (2013) gerçekleştirdiği metasentez çalışmasında, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerde, yüksek düzeyde uyumluluk hissiyatı, empati, sosyal ve organizasyonel destek gibi faktörlerin sonucunda gözlemlenebilecek dolaylı travma sonrası büyümenin belirli alanlarda pozitif değişimi kapsadığı açıklanmaktadır: Kişinin spiritüel inanç sisteminde yeni bir anlayış kazanması, sahip olduğu kaynaklara dair yüksek bir farkındalık geliştirmesi, güçlendirilmiş bir optimist bakış açısı (Arnold, Calhoun, Tedeschi & Cann, 2005; Linley, Joseph & Loumidis, 2005; Linley & Joseph, 2007).

Psikolojik travma alanında çalışan profesyoneller tekrarlayan ve kümülatif bir şekilde travmatik yaşantılara dolaylı yollarla maruz kalır. Bu maruziyet sonrasında, ilk başta şok tepkisi ile kendisini gösteren ve sonrasında zamanla düşen travmatik stres düzeyleri sürecinde, kişinin bu deneyimi kendi içerisinde nasıl anlamlandırdığı dolaylı travma sonrası büyüme üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Eğer kişi deneyimlediği bu travmatik stres sürecindeki anlam arayışını sonuçlandırabilir ve uyum sağlayabilirse dolaylı travma sonrası büyüme gerçekleşirken; eğer uyumu beraberinde getiren anlam arayışı gerçekleşmezse, bu deneyimlerin olumsuz sonuçlara sebep olabileceği düşünülmektedir (Linley & Joseph, 2011; Park & Folkman, 1997; akt. Barrington & Shakespeare-Finch, 2013). Barrington ve Shakespeare-Finch'in (2013) çalışmasında yer alan mülteciler ile çalışan profesyonellerin de belirttiği üzere, klinisyenler bilinçli bir şekilde kendi düşünme biçimlerini değiştirebildiği gibi, öz bakım ve aldıkları sosyal destek kaynaklarından faydalanarak travma çalışmalarını anlamlandırma girişiminde bulunmaktadırlar.

Bauwens ve Tosone'nun (2010) “profesyonel travma sonrası büyüme” olarak tanımladığı, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin, bu alanda çalışıyor olmanın bir sonucu olarak deneyimlediği büyüme sürecinin, kişilerin profesyonel yaşamlarında olumlu değişimler deneyimlemesini sağladığı belirtilmektedir. Literatürde, dolaylı travma sonrası büyüme deneyimleyen profesyonellerde, yeni teorik oryantasyonlar edinme, daha açık ve esnek sınırlara sahip olma, danışanlar ile daha derin bir ilişki kurma, danışanlara karşı daha derin merhamet duygusu hissetme, meslek yaşamında daha işlevsel öz bakım yöntemleri geliştirme ve politik olarak daha aktif olmayı arzulama davranışlarının görülmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Ai, Cascio, Santangelo, & Evans-Campbell, 2005, akt., Bauwens & Tosone, 2010).

1.4.5. Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Faktörler

Travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunu düşünülen birçok faktör bulunmaktadır. Travma sonrası büyümeyi ve belirleyici faktörleri açıklarken, deneyimlenen travmatik yaşantının öncesinde ve sonrasında gözlemlenen olmak üzere birçok farklı değişkeni değerlendirmek gerekmektedir. Literatürdeki bu faktörlerin travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilişkisine dair birçok çalışma gerçekleştirilmiştir.

Ezerbolat ve Özpolat'ın (2016) yaptığı derleme yazınında, travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörleri, demografik özellikler, travmatik yaşantının şiddeti, travma sonrası stres

belirtileri, sosyal destek, duyguların dışavurumu, baş etme becerileri ve kişilik özellikleri olarak özetlemiştir. Linley ve Joseph'e (2004) göre, sosyodemografik özellikler, kişilik özellikleri, baş etme tutumları, bilişsel değerlendirme (tehdit algısı, kontrol ve farkındalık), algılanan sosyal destek, kişinin duygudurumu ve psikososyal stres kaynaklarının travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Türkiye'de, 1999 Düzce depreminden sonra gerçekleştirilen bir çalışmada ise, yapılan analizler sonucunda, evli olmak, algılanan sosyal desteğin olması, psikolojik iyilik hali ve problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasından oluşan modelin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde travma sonrası büyüme düzeyini yordadığı görülmektedir (Şakiroğlu, 2019).

Manning-Jones, Terte ve Stephens'in (2016) çalışmasında ise, sağlık çalışanlarının çalışma yaşamlarında birçok farklı baş etme yöntemini kullandığı, özellikle meslektaşlarla paylaşım, iş ve özel yaşam dengesinin kurulması, profesyonel limitlerin kabulü, mizah yeteneğinin olması, inanç sistemine sahip olmak ve zevk veren aktivitelerde bulunmak gibi yöntemlerin daha sık kullanılması sonucunda, ikincil travmatizasyon deneyimleme risklerinin azalmasıyla birlikte, bu stratejilerin kullanımının çalışanların dolaylı travma sonrası büyüme deneyimlemesine olanak verebileceği ileri sürülmektedir (Clemans, 2004; Markwell & Wainer, 2009; Marriage & Marriage, 2005; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

Manning-Jones, Terte ve Stephens'in (2015) gerçekleştirdikleri sistematik literatür derlemesi sonucunda, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin deneyimlediği dolaylı travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörleri; bilişsel ve psikolojik, davranışsal, kişilerarası ve dışsal faktörler olmak üzere 4 alanda toplamışlardır:

- *Bilişsel ve Psikolojik Faktörler*
 - Empatik ilişkilene
 - Optimizm ve pozitif duygulanım
 - Yapılan işe dair tatmin duygusu, yeterlilik inancı ve işi değerli görmek
 - Uyumlanmaya dair güçlü duyumsama
 - Teorik yönelim
 - Psikolojik sağlamlık
- *Davranışsal Faktörler*
 - Öz bakım
 - Bireysel psikoterapiye devam etmek

- *Kişilerarası Faktörler*
 - Sosyal destek (süpervizyon ve akran desteği)
 - Travmatik yaşantıya direkt olarak maruz kalan kişinin travma sonrası büyüme deneyimlemesine tanıklık etmek
- *Dışsal Faktörler*
 - Meslekte geçirilen süre
 - Kişisel travma öyküsünün olması

Yukarıda belirtilen bu faktörlerin dolaylı travma sonrası büyüme üzerindeki etkilerine dair literatürde birçok çelişkili sonuç bulunmaktadır. Bazı çalışmalar bu faktörlerin varlığının dolaylı travma sonrası büyüme düzeyine olanak tanıyıp artmasına zemin hazırladığını ileri sürerken; bazı bulgular bu faktörler arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmektedir. Aynı zamanda farklı meslek gruplarında da bu faktörlerin etkileri farklı şekillerde gözlemlenebilmektedir.

Sosyodemografik Faktörler

Sosyodemografik özelliklerin travma sonrası büyüme ile ilişkisine bakıldığında, her ne kadar bazı kısıtlı çalışmalar kadınların travma sonrası büyüme düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu işaret etse de, literatürdeki çalışmaların çoğunluğunun, travma sonrası büyüme düzeyleri arasında cinsiyetlere göre tutarlı bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır (akt., Yılmaz, 2006; Baghjari, Esmailinasab & Shahriari-Ahmadi, 2017).

Yaş açısından farklılıklar incelendiğinde ise, travma sonrası büyüme sürecinin yetişkinlere özgü bir kavram olduğu ve genç yetişkinlerin yaşlılara kıyasla daha yüksek olasılıkla travma sonrası büyüme deneyimledikleri bulunmuştur (Linley & Joseph, 2004; akt. Yılmaz, 2006). Çocuklarda travma sonrası büyüme sürecinin gözlemlenmemesini, Yılmaz (2006), travma sonrası büyümenin gerçekleşmesi için, bilişsel sistemlerin ve şemaların değişim sürecinin söz konusu olmasının etkili olduğunu ifade etmektedir. Benzer şekilde sosyoekonomik düzey ile eğitim düzeyinin de travma sonrası büyüme ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmaktadır (Linley ve Joseph, 2004).

Kişisel Özellikler

Kişinin travmatik yaşantı öncesindeki kişilik özellikleri de önemli bir yere sahiptir. Tedeschi ve Calhoun'a (1998) göre, dışa dönüklük ve deneyime açıklık, travma sonrası büyüme ile ilişkili iki temel kişilik özelliğidir. Olumlu duygularla ilgili farkındalığın olması ve travmatik yaşantı sonrasında edinilen yeni deneyimi ve düşünceleri işlemleyerek inanç sisteminde değişikliklere açık olan kişilerin travma sonrası büyüme deneyimine daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Karancı ve arkadaşlarının (2012), travmatik yaşantı öyküsü bulunan yetişkinler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, gelişime açıklık, geçimlilik, sorumluluk alma, olayı kabul edebilme, sosyal destek kaynaklarına ulaşabilme ve başa çıkma yöntemleri gibi kişiye özgü özelliklerin de travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Cryder, Kilmer, Tedeschi ve Calhoun'un (2006) travmatik yaşantı ya da dikkat çeken düzeyde stres deneyimi olan çocuk ve ergenler ile gerçekleştirdiği çalışmada, yeterlilik inançlarının travma sonrası büyümeyi işaret eden belirtiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar, literatürdeki psikolojik sağlamlık üzerine gerçekleştirilen çalışmalar ile benzer şekilde, bu bulgunun, çocuğun kendisini ve yeterliliklerini nasıl algıladığı ve olumlu beklentilerinin olmasının, stres ya da travmatik yaşantıya nasıl tepki vereceği ve bu zorlayıcı süreci nasıl deneyimleyeceği üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu destekler nitelikte olduğunu belirtmişlerdir (Werner & Smith, 1982; Wyman, Cowen, Work, & Kerley, 1993; akt Cryder, Kilmer, Tedeschi ve Calhoun, 2006). Aynı zamanda, destekleyici, cesaretlendiren, yargılamayan ve kabullenici bir sosyal desteğin olmasının da kendini yeterli görme inançlarının gelişmesine olanak sağladığı öne sürülmektedir. Yılmaz'ın (2006) travma sahasında çalışan profesyoneller ile gerçekleştirdiği çalışmada da benzer şekilde, dünyaya ilişkin varsayımlar, genel belirtiler ve stres ile başa çıkma tarzları açısından yüksek puan alan kişilerin daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme deneyimledikleri bulunmuştur.

Kovid-19 pandemisinin deneyimlendiği tüm dünyada belirsizliğin devam ettiği günümüzde, Vazquez ve arkadaşlarının (2021) yetişkinler ile yaptığı bir çalışma sonucunda geliştirdikleri hipotez aşamasındaki modelde, kişilerin dünyaya ilişkin olumlu bir bakış açısına sahip olmalarının, geleceğe dair açıklığın ve insanlık ile özdeşleşme özelliklerine sahip olmanın kişilerde travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Kişisel Travmatik Yaşantı Öyküsü

Yılmaz'ın (2006), Türkiye'de arama kurtarma çalışanları ile yaptığı çalışmada, daha önce kişisel öyküsünde travmatik yaşantısı bulunan kişilerin, eğitim, yaşanan en kötü olaya ilişkin olumlu duygular, temel varsayımlar ve etkili başa çıkma yöntemlerinin olmasının travma sonrası büyümeyi yordadığı bulunurken, travmatik yaşantı öyküsü bulunmayan katılımcılar için sadece görevden kaynaklı genel olarak yaşanan olumlu duyguların etkisinin olduğu görülmektedir.

Literatürde, travmatik stres ile ilişkili negatif tepkilerin görülmesinin, travma sonrası büyümeyle bağlı görülen pozitif tepkiler arasında bir ilişki olduğunu destekler çalışmalar da bulunmaktadır (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Bauwens & Tosone, 2010). Karancı ve arkadaşları (2012), travmatik yaşantı öyküsü bulunan yetişkinlerde, deneyimlenen travmatik yaşantının ardından gözlemlenen stres tepkilerinin şiddetinin ve olayın etkisinin de travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Psikolojik travma alanında çalışan profesyoneller ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise, psikoterapistlerin cinsiyetlerinin (kadınlarda daha yüksek), devam eden bir terapi ve/ya süpervizyon sürecinde olup olmadıklarının ve kişisel travma öykülerinin travma sonrası büyüme düzeyleri ile pozitif yönde bir ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur (Linley & Joseph, 2007). Howard'ın travma terapistleri ile gerçekleştirdiği çalışma da bu bulguları destekler şekilde, kişisel travma öyküsü olan, bireysel terapi sürecine devam eden ya da tamamlamış olanların, daha fazla pozitif değişimler ve büyüme deneyimlediklerini ifade ettikleri görülmektedir (2010).

Travmatik Yaşantının Türü ve Şiddeti

Travma sonrası büyüme sürecinde, kişinin deneyimlediği travmatik yaşantının şiddetinin önemli bir etkisi olduğu savunulmaktadır. Karancı (2005), deneyimlenen travmatik yaşantının şiddetinin travma sonrası büyümeyle ilişkili olduğunu ortaya koyarken, Linley ve Joseph (2004), travmanın şiddeti ile travma sonrası büyüme arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, ancak deneyimlenen travmatik yaşantı ile ilgili tehdit algısı arttıkça travma sonrası büyüme düzeyinin de yükseldiğini ileri sürmektedir.

Karşıt bir görüş olarak, Cryder, Kilmer, Tedeschi ve Calhoun (2006) çocuk ve ergenlerde, travmatik yaşantının şiddetinin travma sonrası büyüme ile bir ilişkisi olmadığını ileri sürmektedir, bunun yanında araştırmacılar daha ileri araştırmaların gerçekleştirilmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

Şiddetin yanı sıra, travmatik yaşantının türünün de travma sonrası büyüme üzerinde etkisi olduğu savunulmaktadır. Dürü (2006), doğal afet deneyimleyen kişilerin, trafik kazası deneyimleyenlere kıyasla daha sıklıkla ve daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme deneyimlediklerini belirtmiştir.

Yaşam Öyküsünü Gözden Geçirmek

İşlevsel ruminasyon kapsamında kabul edilebilecek, sosyal destek faktörü ile de ilişkili olan kişinin yaşam öyküsünü gözden geçirmesi, yeniden yapılandırması ve ifade etmesi de travma sonrası büyüme üzerinde etkili faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Kişi öyküsünü gözden geçirip yeniden yapılandırırken, travmatik yaşantı deneyimini de aynı şekilde yeniler, onarır ve farklı bir şekilde yerine koyar. Öykünün bu şekilde değişim geçirmesi, deneyimlenen travmatik yaşantıya ve bu yaşantının nasıl algılandığına dair bir değişim sağlar, olumlu yönde gerçekleşen bu değişim de travma sonrası büyümeye zemin hazırlar (Calhoun ve Tedeschi, 1998, akt., Yılmaz, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Travma sonrası büyüme modelinde altı çizilen kendini açma sürecinin bir parçası olan yeniden yapılandırılan öykünün diğer kişiler ile paylaşılması, sosyal destek alınarak başkaları ile girilen etkileşim ile birlikte iyileşme ve büyüme üzerinde etkili olur. Bu paylaşımın, toplumsal düzeyde de kişilerin inanç sistemlerine etki edebilmesinin yanında, dolaylı travma sonrası büyüme deneyimine de sebep olabileceği düşünülmektedir (Bloom, 1998, Karakasian, 1998, Tedeschi, 1999, akt. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Cohen ve Collens (2013) gerçekleştirdikleri meta sentez çalışmasında, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin tanık oldukları travmatik yaşantıların sonucunda deneyimledikleri travmatik stresin, inanç sistemlerinde ve günlük rutinlerinde olumlu ve olumsuz değişikliklere sebep olabileceği; bu değişikliklerin aynı zamanda, bu yaşantıya maruz kalan kişinin büyümesine tanıklık edilmesi ile birlikte dolaylı travma sonrası büyümeyi ortaya çıkarabileceği ileri sürülmektedir. Benzer şekilde, Ilifée ve Steed'in (2000) ve Harrison ve Westwood'un (2009) çalışmalarında, psikolojik travma alanında çalışmanın duygusal yükünün

nasıl algılandığı ve bu alandaki zorluklarla baş edebilmeye dair inançlarının, çalışanın pozitif değişim ve büyüme yaşamasının önünü açabileceği ileri sürülmektedir (akt., Cohen & Collens, 2013).

Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı

Travma sonrası büyümeden bahsedebilmek için, öncelikli olarak kişinin zorlayıcı bir yaşam deneyimi veya travmatik bir yaşantısının olması gerekmektedir (Turner & Cox, 2004; Collier, 2016; Tedeschi & Calhoun, 2004). Ben-Porat ve Itzhaky'nin (2009) aile içi şiddet ile çalışan sosyal çalışmacılar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, bu alanda çalışan uzmanların, farklı alanlarda çalışanlara kıyasla daha düşük travma sonrası büyüme düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bunun üzerine araştırmacılar, katılımcılar ile yeniden görüştiklerinde, psikolojik travma alanında çalışmayan katılımcıların kendi kişisel öykülerinde çok sayıda travmatik yaşantı deneyimine sahip oldukları anlaşılmıştır. Bu da profesyonellerin sadece görevleri nedeniyle maruz kaldıkları travmanın değil, aynı zamanda kişisel öykülerindeki travmatik yaşantı deneyimlerinin de travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde etkin bir role sahip olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Stevens'in (2015), klinik psikologlar ile gerçekleştirdiği çalışmada ise, haftalık olarak dolaylı yollarla travmatik yaşantıya maruz kalan ve dayanıklılığı yüksek psikologların, daha yüksek düzeyde büyüme düzeylerine sahip olduğunu bulunmuştur.

Baş Etme Tutumları

Baş etme tutumlarının travma sonrası büyüme üzerinde de etkisi olduğu kabul edilmektedir. Tedeschi ve Calhoun'un (2004), Travma Sonrası Büyüme Modeli'nde de altı çizdiği üzere, özellikle işlevsel ruminasyon sürecinin ve etkin baş etme yöntemlerinin kullanılmasının travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisi vardır. Literatürdeki travma sonrası büyüme üzerine gerçekleştirilmiş birçok araştırma bu görüşü destekler niteliktedir. Travmatik stres tepkilerini yönetebilmek amacıyla kullanılan başa çıkma yöntemleri, travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasını belirleyen gerekli faktörlerdendir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Garcia ve arkadaşlarının (2016), deprem ve tsunami travmatik yaşantısı bulunan 349 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, işlevsel ruminasyon ve problem odaklı baş etme yöntemlerinin travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde belirleyici etkisi olduğu görülmektedir.

Kunz, Joseph, Geyh ve Peter'ın (2018) gerçekleştirdikleri çalışmada, travmatik yaşantılar sonrasında kişilerin deneyimledikleri travmatik stres tepkilerinin, kullanılan baş etme tutumları ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki ilişkiye etki ettiği bulunmuştur. Bunun yanı sıra, kişilerin kullandıkları problem odaklı ya da kaçınmacı baş etme tutumları arasında travma sonrası büyüme düzeylerine etkileri açısından anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, yaşanan duruma göre işlevsel olacak şekilde kullanılan baş etme tutumlarında esneklik gösterebilmenin travma sonrası büyüme üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Kunz, Joseph, Geyh & Peter, 2018). Başka çalışmalarda da, problem çözme ve duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanımının travma sonrası büyüme ile pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir (Güneş, 2001, akt. Yılmaz, 2006; Karancı, 2005; Linley ve Joseph, 2004).

Baghjari, Esmailinasab ve Shahriari-Ahmadi'nin (2017) çalışmasında, duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanan kişilerin baş etme tutumlarının travma sonrası büyüme düzeyi ile ilişkisi bulunmazken; problem odaklı baş etme yöntemlerinin kullanımı, bilişsel değerlendirme yapılması ve sosyal desteğin travma sonrası büyüme düzeyini önemli ölçüde yordadığı bulunmuştur. Benzer sonuçlar, He, Xu ve Wu'nun (2013) çalışmasında da desteklenmekle birlikte, özellikle problem odaklı bir baş etme tutumu olarak sosyal desteğin ve yardım talep edebilme davranışının travma sonrası büyüme üzerinde etkisi vurgulanmaktadır. Aynı zamanda, bir baş etme yöntemi ve kişilik özelliği olarak da kabul edilebilecek olan mizah becerisine sahip olunmasının, dolaylı travma sonrası büyüme düzeylerini olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

Alınan ve Algılanan Sosyal Destek

Travmatik yaşantı sonrasında, sosyal destek kaynaklarının kullanımının travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilişkili olduğu, alınan sosyal destek arttıkça travma sonrası büyüme düzeylerinin de arttığı ve sosyal desteğin travma sonrası büyüme için etkin bir yordayıcı olduğu görülmektedir (Güneş, 2001, akt. Yılmaz, 2006; Karancı, 2005; Kang ve ark., 2017). Sosyal desteğin aynı zamanda, deneyimlenen sosyal etkileşim ve aktarım ile birlikte, kişinin bilişsel işleme ve yeni şemaların oluşum sürecine olumlu bir katkı sağladığı düşünülmektedir (Calhoun ve Tedeschi, 1998, akt. Yılmaz, 2006).

Keskin (2013) aile içi şiddete maruz kalmış 138 kadın ile gerçekleştirdiği çalışmasında, bu bilgilerle örtüşen sonuçlar sunmaktadır. Kadının çevresi ile yaşadığı durumu paylaşması ve arkadaş ve aile sosyal desteğine sahip olmasının, travma sonrası büyümeyi işaret eden kişilerarası ilişkiler ve kendiliğin algısındaki olumlu değişimi, yeni seçenekleri değerlendirme gelişimini ve yaşamın değerini anlamayı yordayan etkin faktörlerden olduğu bulunmuştur.

Bunun yanı sıra, hastalık süreçlerini travmatik yaşantı olarak deneyimleyen kişiler için, sosyal destek kaynağı olarak hasta ve yakınları ile yakın temasta bulunan, özellikle hemşireler olmak üzere, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarının, travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde etkili ve kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği ileri sürülmektedir (Hiçdurmaz & Arı İnci, 2015, Turner & Cox, 2004).

Sosyal desteğin dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri üzerindeki etkisi incelendiğinde, farklı kaynaklardan alınan sosyal desteğin farklı etkilerinin olduğu anlaşılmaktadır. Süpervizyon ve akran desteğinin dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunurken, organizasyonel destek, aile ve arkadaş desteğinin dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin ya da yordayıcılığının olmadığı görülmektedir (Satkunanayagam, Tunariu & Tribe, 2010; akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2015; Tehrani, 2010; Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011, Linley & Joseph, 2005, 2007).

Öz Bakım

Öz bakım becerilerinin güçlendirilmesi, travmatik yaşantıyı deneyimlemiş kişi ile kurulan özdeşimin ayrıştırılması ve sosyal desteğe sahip olmanın ikincil/dolaylı travmatizasyon riskini ve olumsuz sonuçlarını azaltmasının yanı sıra, travma sonrası büyüme ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kahil & Palabıyıkoglu, 2018)

Öz bakımın yüksek olmasının, travma sonrası büyüme ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu ve travma sonrası büyümeye olanak sağladığını ortaya koyan farklı çalışmalar bulunmaktadır (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016). Bir çalışmada, dolaylı travma sonrası büyümenin, espiri yapabilme yeteneği, öz bakım ve akran desteği ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ve bu özelliklerin yordayıcı etkileri olduğu görülmektedir (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

1.4.6. Travma Sonrası Büyümenin Görüldüğü Alanlar ve Yaygınlığı

Travma sonrası büyüme kavramı son yıllarda daha fazla göze çarpmakta; bu alanda yapılan çalışmaların sayısı artmaktadır. Eş kaybı, otoimmün hastalıklar ya da kanser tanısı almak, organ nakli, kalp krizi geçirmek, çocukların sağlık problemleri ile baş etmek, trafik kazaları, yangın, cinsel taciz ve istismar, askerlik deneyimi, mültecilik deneyimi, rehin alınmak ve benzeri alanlarda travmatik yaşantı deneyimi olan geniş popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, bu gruplarda travma sonrası büyümenin görüldüğü ortaya konmuştur (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Bunun yanı sıra, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin dolaylı travma sonrası büyüme deneyimleyebildikleri görülmektedir. Arnold, Calhoun, Tedeschi ve Cann (2005), klinisyenlerin, bu alanda çalışmaları sonucunda negatif belirtilerin yanı sıra, pozitif sonuçlar da deneyimlediklerini belirtmiştir. Tehrani (2007), bakım veren 10 profesyonel ile gerçekleştirdiği niteliksel araştırmada, negatif belirtilerin yanı sıra, katılımcıların %92'sinin bakım verme rolleri ile ilişkili olarak pozitif değişimler deneyimlediğini bulmuştur. Linley ve Joseph'in (2007) 157 psikoterapist ile gerçekleştirdiği çalışmada ise, kurulan terapötik ilişkinin olumlu değişimler ve merhamet doyumunu düzeylerinin en önemli yordayıcısı olmakla birlikte, hafta içerisinde daha fazla seans alan uzmanların, daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme yaşadıkları görülmektedir.

Manning-Jones, Terte ve Stephens'in (2016) araştırmasında ise, sosyal çalışmacıların psikologlara kıyasla daha yüksek ikincil travmatizasyon düzeylerine sahip olmakla birlikte, dolaylı travma sonrası büyüme düzeylerinin de daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Araştırmacılar bu sonuçları, Naturale (2007) ve Joseph (2011; akt. Manning-Jones, Terte ve Stephens, 2016)'in çalışmaları ile de örtüşen bir bulgu olarak, sosyal çalışmacıların birçok afet ve krizin ardından akut dönemde müdahalede bulunması nedeniyle, dolaylı olarak kişinin deneyimlediği travmatik yaşantıya, çaresizlik ve yıkıma daha sık şekilde maruz kalması ile ilişkilendirmektedir. Aynı zamanda diğer alanlarda görev alan sağlık çalışanlarına kıyasla, travmatik yaşantıya maruz kalan kişiyle daha yüksek düzeyde özdeşim kurulması ihtimalinin sonucu olarak daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme görülebileceği düşünülmektedir. Çalışmalarda, hemşirelerin ve psikoterapistlerin doktora kıyasla daha yüksek düzeyde dolaylı travma sonrası büyüme deneyimledikleri gözlemlenmektedir (Shiri ve ark., 2008; Taubman-Ben-Ari & Weintraub, 2011; akt. Manning-Jones, Terte ve Stephens, 2016).

Bu noktada, literatürde psikoterapist kavramının, sosyal çalışmacılar, psikologlar, farklı ruh sağlığı çalışanları gibi birçok farklı meslek grubunu barındırdığının altının çizilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Manning-Jones, Terte ve Stephens, 2016).

Çin’de gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise, acil servis çalışanlarının, profesyonel yaşamlarının bir sonucu olarak dolaylı travma sonrası büyüme deneyimledikleri görülmektedir (Kang ve ark., 2017). Çalışma bulgularında, acil servis çalışanlarının travma sonrası büyüme düzeylerinin literatürdeki farklı çalışmalarda yer alan sonuçlara kıyasla daha yüksek olmasının, Çin’in sosyokültürel değerleriyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür.

Shakespeare-Finch ve arkadaşlarının (2003) acil servis ambulans çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %98,6’sının meslekleri gereğince deneyimledikleri dolaylı bir travmatik yaşantının ardından en az bir pozitif bir değişim yaşadıkları bulunmuştur. Belirtilen bu değişimler, yaygınlıkla kişilerin kendilerinin kişisel gücüne dair bakış açıları, yaşama dair farklı bir perspektifle şükran duymaları ve kişilerarası ilişkilerde değişim yaşamaları alanlarında gözlemlenmiştir.

Literatürde, travma sonrası büyümenin yaygınlığına dair çalışmaların ise daha az olduğu göze çarpmaktadır. Travmatik yaşantılar sonrasında deneyimlenen travma sonrası büyümenin ne düzeyde yaşandığının belirlenmesi çok mümkün olmamakla birlikte, travmatik yaşantı deneyiminin ardından olumlu değişimler olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Xiaoli ve arkadaşları (2019), gerçekleştirdikleri sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasının sonucunda, travma sonrası büyüme düzeyini belirlemenin zorluğundan bahsetmişlerdir. Kullanılan ölçeklerin net bir kesim noktasının olmaması nedeniyle, araştırmalarda ortalama ve üzeri düzeyde travma sonrası büyümeyi belirlemenin farklı şekillerde yapıldığı görülmektedir. Yapılan bu metaanaliz çalışmasında, travma sonrası büyümenin görülme yaygınlığı %10 ile %77,3 arasında olmakla birlikte, yapılan analizler sonucunda genel yaygınlık %52,58 olarak bulunmuştur. Travmatik yaşantıyı kendisi deneyimleyen ve bu travmatik yaşantının üzerinden kısa bir süre geçen, 60 yaş altı, itfaiye eri, asker, yoğun bakım çalışanı gibi spesifik meslek gruplarında çalışan kişilerin orta ve yüksek düzeyde olmak üzere daha yüksek oranda travma sonrası büyüme deneyimledikleri görülmektedir (Xiaoli ve ark., 2019).

1.4.7. Travma Sonrası Büyüme Anlamının Önemi

Travma sonrası büyümenin etkilerinin incelendiği çalışmalarda, farklı sonuçlar elde edilmekle birlikte; travma sonrası büyümenin deneyimlenmesi, kişilerin üzülmelikleri, mutluluk düzeylerinin çok yükseldiği ya da stres düzeylerinin düştüğü anlamına gelmek zorunda değildir. Travma sonrası büyüme, zorluklar yaşanmasının yanı sıra, kişinin daha anlamlı bir yaşam deneyimlemesine olanak sağlayan bir kazanım olarak kabul edilmektedir.

Tedeschi ve Calhoun (2004), kaybın olduğu yerde kazancın da olabileceğinin altını çizmektedir. Travmatik yaşantı sonrasında sadece olumsuz sonuçlarına odaklanılmadan ve travmatik stres tepkilerini ve önemini ihmal etme yanılığısına düşmeden, bu yaşantıların olumlu sonuçlar da doğurabileceğinin vurgulanması, kişilerin travmatik yaşantılar sonrasında değişebilmesine, büyümesine ve güçlenebilmesine olanak tanımaktadır.

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin, travma sonrası büyüme kavramına dair farkındalıkları, psikolojik travma tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Özellikle psikoterapi sürecinde, uzmanın, sadece travma sonrası stres belirtilerine odaklanmak yerine, travma sonrası büyüme işaretlerini de süreç içerisinde fark etmesi ve danışan ile bunu paylaşması, danışanın travmatik yaşantı sonrasında büyüyerek dönüşümüne rehberlik edecek ve yolunu açacaktır (Tedeschi, Calhoun & Groleau, 2015).

1.5. İkincil Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki

Literatürde travmatik stres ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda, travmatik yaşantının ardından gözlemlenen, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlık ve travma sonrası büyüme deneyimleri arasında etkileşimsel ve dinamik bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bölümde, kavramlar arasındaki bu ilişki, literatürdeki çalışmaların ortaya koyduğu farklı perspektiflerle ele alınarak açıklanmaktadır.

İkincil/dolaylı travmatizasyon ile merhamet yorgunluğu arasında bir ilişki olduğu görüşü birçok çalışma tarafından desteklenmektedir. Figley'e (1995) göre, hemşireler, acil servis çalışanları ve diğer profesyonellerden, meslek yaşamlarında, ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleyen kişilerin merhamet yorgunluğu açısından risk altında olduğu kabul edilmektedir. Hemşireler ile yapılan farklı çalışmalarda da, bu sonuçları destekleyen

şekilde, merhamet yorgunluğu ile depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Hegney ve ark., 2014; Meyer ve ark., 2015, akt. Cingi ve Eroğlu, 2019). Giles'in (2011, akt., Polat & Erdem, 2017) araştırmasında, benzer şekilde, hemşirelerin tükenmişlik ile merhamet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve tükenmişlik düzeyi yükseldikçe merhamet düzeyinin düştüğü görülmektedir. Benzer sonuçlar, Adams, Boscarino ve Figley'in (2006) 233 sosyal çalışmacı ile gerçekleştirdikleri çalışmada da görülmekte ve farklı alanlarda çalışanlarda da merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik ve ikincil/dolaylı travmatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmaktadır.

Psikolojik sağlamlığın ise, kişinin baş etme gücünü artırması sebebiyle ikincil/dolaylı travmatizasyon riski açısından koruyucu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. İkincil/dolaylı travmatizasyon ile psikolojik sağlamlığın ilişkisi incelendiğinde, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin ikincil travmatizasyon düzeylerinin daha düşük olduğu görülmekte ve psikolojik sağlamlığın koruyucu bir faktör olduğu kabul edilmektedir (Pak, Özcan & Çoban, 2017; Büyükbodur, 2018; Bride, 2012, akt. Özkul & Çalık Var, 2018) Başka bir çalışmada da, psikolojik sağlamlığın merhamet doyumunu ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu bulunurken, ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir (Cooke, Doust & Steele, 2013).

Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom ve Gangsei'nin (2017) travma sahasında çalışan ve travmatik yaşantıya maruz kalan kişilere destek veren 190 profesyonel ile gerçekleştirdikleri çalışmada, dolaylı psikolojik sağlamlık düzeylerinin merhamet doyumunu ve travma sonrası büyüme ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunurken; merhamet yorgunluğu ya da tükenmişlik ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Araştırmacılar bu sonucu, psikolojik sağlamlık kavramının, merhamet yorgunluğu ya da tükenmişliğin zıddını ifade etmediğinin bir göstergesi olarak kabul etmektedir.

İkincil/dolaylı travmatizasyon ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki hakkında ise literatürde birçok çelişen bulgu bulunmaktadır. Kanser hastaları, sosyal çalışmacılar, hemşireler ve doktorlar ile gerçekleştirilen çalışmalarda travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009; Gibbons, Murphy & Joseph, 2011; Taubman-Ben-Ari & Weintraub, 2008; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017). Bunun yanında, travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasında bir ilişki olduğunu öne süren

çalışmalar da bulunmaktadır. Frazier, Conlon ve Glaser'in (2001, akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017) cinsel istismar yaşantısına maruz kalan katılımcılarla gerçekleştirdikleri çalışmada, travma sonrası büyüme düzeyleri yüksek olan katılımcıların, travma sonrası stres tepkilerinin şiddetinin azaldığı görülmekte ve travma sonrası büyüme deneyiminin koruyucu bir faktör olarak travmatik stres tepkilerini etkileyebileceği öne sürülmektedir. Bir başka çalışmada ise, psikoterapistler, danışmanlar, savaş ve işkence mağdurları ile çalışan sağlık çalışanlarının deneyimlediği travma sonrası stres tepkilerinin şiddetinin, travma sonrası büyüme düzeyleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu ortaya konmaktadır (Samios, Rodzik, & Abel, 2012; O'Sullivan & Whelan, 2011; Kjellenberg, Nilsson, Daukantaitė & Cardeña, 2014; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017). Gerçekleştirilen bu metaanaliz çalışmasında, birincil ya da ikincil/dolaylı travmatizasyon ile travma sonrası büyümenin birbirleri ile ilişkili süreçler oldukları ileri sürülmektedir.

Literatürde, gözlemlenen travma sonrası stres belirtileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişki, pozitif doğrusal bir ilişki, eğrisel bir ilişki ya da hiçbir ilişkinin olmaması olarak modellenmektedir (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2015). Birçok çalışma, bu iki kavram arasında, direkt bir ilişkiden ziyade, daha dinamik, kompleks ve eğrisel bir ilişki modelini ortaya koymaktadır (Coolican, 2009; Butler ve ark., 2005, akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017). Eğrisel ilişki modeli, saldırıya maruz kalan ve kanser hastaları gibi direkt şekilde travmatik yaşantıya maruz kalan kişilerde görülmesinin yanında (Kleim & Ehlers, 2009; Lechner ve ark., 2006, akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017), özellikle psikoterapistler, doktorlar ve hemşireler gibi travmatik yaşantıya dolaylı yoldan maruz kalan profesyonellerde de gözlemlenmektedir. Bu modele göre, kişinin travma sonrası büyüme deneyimleyebilmesi için öncelikle deneyimlenen travmatik yaşantının yeterince zorlayıcı olması gerekmektedir. Deneyimlenen travma sonrası stres tepkileri arttıkça, travma sonrası büyüme düzeyinin de yükselebileceği ileri sürülmektedir. Bunun yanında, travma sonrası büyüme düzeyi belirli bir noktaya ulaştıktan sonra, travma sonrası stres tepkilerinin şiddeti halen yüksek olmaya devam etse de, büyüme düzeyinin daha fazla yükselmediği açıklanmaktadır (Shiri ve ark., 2008).

Eğrisel modeli destekleyen çalışmalar arasında yer alan Manning-Jones, Terte ve Stephens'in (2017), 103 sosyal çalışmacı, 76 hemşire, 72 danışman, 70 psikolog ve 44 doktor olmak üzere toplam 365 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği çalışmada, hemşireler, sosyal

çalışmacılar ve danışmanlar arasında ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde herhangi yordayıcı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bunun yanında, sadece psikologlar arasında ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin dolaylı travma sonrası büyüme düzeylerini yordadığı görülmektedir. Araştırmacılar bu sonuçları, psikologların, psikoterapi sürecinde, travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin öyküsüne, detaylara, duygu ve düşüncelerine daha sık ve derin bir şekilde dolaylı yoldan maruz kalmasının, kendilerinin de bu travmatik yaşantıyı bilişsel bir işleme sürecinden geçirmelerine sebep olabilmesi ile ilişkilendirmektedir.

Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme arasında ise, karşılıklı etkileşim içerisinde olan dinamik bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Farklı çalışmalarda, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmaktadır (Yu ve ark., 2014; Li, Cao & Liu, 2015; Shalev 2002, akt. Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Luthar & Cicetti, 2000; Bonanno, Papa & O'Neill, 2001; Kang ve ark., 2017). Deneyimledikleri zorluklar karşısında, psikolojik sağlamlığı yüksek olan, işlevselliğini koruyarak bu süreçle baş edebilen ve yeni ve farklı inanç sistemlerine dair değişime açık olan kişilerin travma sonrası büyüme deneyimledikleri görülmektedir (Westphal & Bonanno, 2007).

Zorlayıcı ve travmatik yaşantıların ardından, psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin, daha sıklıkla problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmasının, travma sonrası büyüme deneyimlemeye daha yatkın ve açık bir hale gelmelerine zemin hazırladığı düşünülmektedir (Büyükaşık-Çolak, Gündoğdu-Aktürk & Bozo, 2012, akt., Kavi & Karakale, 2018). Kişinin travmatik yaşantısı ile işlevselliğini ve psikolojik iyilik halini kaybetmeden baş edebilmesi, travmatik stresin inanç sistemi üzerinde bozulma yaratma riskini azaltmakta ve bu da kişinin zorlayıcı yaşantılar sonucunda yeni bakış açıları ve deneyimler kazanabilmesinin önünü açmakta ve travma sonrası büyüme sürecini desteklemektedir (Oginska-Bulik, 2015; Nishi, Matsuoka & Kim, 2010, akt., Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Tedeschi & Calhoun, 2004; Bonanno, 2008; Levine ve ark., 2009).

Tedeschi ve Calhoun da (1996, 2004), pozitif bilişsel yorumlama ve işlevsel baş etme gibi psikolojik sağlamlık ile ilişkili baş etme müdahalelerinin kullanımının, travmatik yaşantı ile baş etme dayanıklılığını arttırabileceği gibi aynı zamanda travma sonrası büyümeye olanak tanıdığını belirtmektedir. Bunun yanında, bazı çalışmalar, bu sonuçlarla çelişkili görüşler ileri sürmektedir; psikolojik sağlamlığı yüksek bir kişi travmatik yaşantıyı deneyimlediğinde,

bununla dayanıklı bir şekilde baş etmesinin bir sonucu olarak, travma sonrası büyüme için gerekli olan yaşamını yeniden anlamlandırma sürecini deneyimlemeyeceği için, bunun travma sonrası büyümenin önünü kesen bir faktör olabileceği öne sürülmektedir (akt., Kang ve ark., 2017).



2. AMAÇ

2.1. Araştırmanın Amacı

Psikolojik travma alanında gerek psikolojik gerek fiziksel olarak destek veren bir mesleği icra ediyor olmak, ilgili meslek gruplarının psikolojik süreçlerinde de kaçınılmaz bir etkiye sahiptir. Günümüzde bunu gösteren birçok araştırma gerçekleştirilmekle birlikte, travma sahası uygulamaları esnasında da alanda çalışan profesyonellerin deneyimlediği travmatik stres belirtilerini gözlemlemek mümkündür. Son yayınlanan DSM-5 (2012)'te de belirtildiği üzere, mesleki sebeplerle psikolojik travmaya maruz kalmak da kişinin travmatik yaşantıyı bizzat yaşamada olduğu gibi travmatik stres tepkilerine sebep olabilmektedir.

Günümüzde ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlık ve travma sonrası büyüme kavramları, artık gerek literatürde gerek uygulama alanında daha geniş bir yer kapsamaktadır. Bu bilgiler, gözlemler ve deneyimler göz önünde bulundurulduğunda, bu araştırmada, psikolojik travma alanında çalışan meslek gruplarının deneyimlediği travmatik stres ile ilişkili etkilerin neler olduğunun daha detaylı ve geniş bir perspektifle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin, travmatik yaşantıya meslekleri sebebiyle tanıklıklarının, travmatik yaşantıyı deneyimleyen kişinin öyküsüyle temas üzerinden ya da kişiye bedensel müdahalede bulunarak fiziksel temas üzerinden olmasının, deneyimlenen travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçler üzerinde bir farklılık yaratıp yaratmadığı henüz cevaplanmamış bir soru olarak literatürde yerini korumaktadır. Öykü ile temas ya da fiziksel müdahale yoluyla travmatik yaşantıya maruz kalmanın sonucu olarak, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunun yanı sıra, psikolojik sağlık ve travma sonrası büyüme düzeylerinde görülen farklılaşmanın değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Farklı duyu sistemlerinin dahil olmasıyla gerçekleşen fiziksel temas üzerinden travmatik yaşantıya maruziyetin, travmatik stres tepkileri üzerinde bir etkisi olduğu, psikolojik süreçlerin ve ihtiyaçların değişebileceği ön görülmektedir. Bu kapsamda, bizim çalışmamızın, öykü yoluyla veya fiziksel müdahaleyle temas etmenin sebep olabileceği farklılıklara dair literatürde ilk defa bir karşılaştırma yapılmış olması nedeniyle önemli bir katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Aynı zamanda, psikolojik sağlamliğın, koruyucu ve destekleyici bir faktör olarak ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu ile ilişkisinin ve travma sonrası büyüme üzerindeki etkisinin anlaşılmasının önemli bir yere sahip olduğu kabul edilmektedir. Son olarak ise, günümüzde travma literatüründe geniş bir yer almaya başlayan travma sonrası büyümenin, kişilerin travmatik yaşantının öznesi olarak geliştirilmesinin yanı sıra, dolaylı yoldan travmaya maruz kalmanın sonucu olarak da deneyimlenebileceği öne sürülmektedir. Profesyonellerin deneyimlediği bu değişim, dolaylı travma sonrası büyüme olarak ele alınmaktadır. Bu amaçla, psikolojik travma alanında farklı meslek gruplarındaki profesyonellerin, dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri, bu düzeylerin hangi farklı etmenler ile ilişki içerisinde olduğu ve dolaylı travma sonrası büyümenin belirleyici faktörlerinin neler olabileceğinin incelenmesi bu araştırmanın temel amaçlarından biridir.

2.2. Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada, üç temel soruya cevap aranmıştır. Sorular şu şekildedir:

- 1) Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından farklılık var mıdır?
- 2) Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri birbiriyle, sosyodemografik, mesleki ve sosyal destek değişkenleri ile ilişkili midir?
- 3) Psikolojik travma alanında görev alan meslek profesyonellerinde travma sonrası büyümenin öngörücüleri nelerdir?

2.3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Psikolojik travma alanında gerek uygulama sahasında gerek sağlık alanında gerekse psikoterapi odasında çalışırken, bu mesleği icra eden profesyonellerin, maruz kaldıkları zorlayıcı deneyimler sonrasında yaşadıkları psikolojik süreçlerinin anlaşılması ve belirlenmesi zaruri bir öneme sahiptir. Yaşanılan zorlukların, travmatik stres ile ilişkili süreçlerin, psikososyal sorunların ve özellikle öz bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, oluşturulacak destek mekanizmalarının da temelinde yer almaktadır. Psikolojik travma alanında çalışan meslek gruplarının, öykü veya fiziksel temas üzerinden deneyimlerine göre kategorize edilmesinin ise,

ilerleyen zamanlarda, bu gruplarda ihtiyaçların, yařanılan problemlerin ve önleyici mekanizmaların daha yerinde řekilde tespit edilmesine olanak saėlayacaėı dűřünülmektedir.

Farklı meslek gruplarındaki profesyonellerin ihtiyaçlarının ve yaşadıkları travmatik stres ile ilişkili psikolojik sűrelerinin belirlenmesi sayesinde, önleyici ve koruyucu müdahalelerin oluşturulması ve aynı zamanda tedavi yöntemlerinin de geliştirilmesi açısından önemli katkı sağlayacağı dűřünülmektedir. Bu araştırma kapsamında, belirlenen amaç ve sorular doğrultusunda, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarının kendi psikolojik sűreleri ile ilgili olarak neler deneyimlediklerine dair önemli bir alana dikkat çekmek hedeflenmektedir.

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan sorular ile ilişkili belirlenen hipotezler şu şekildedir:

1. **H0:** Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından farklılık yoktur.

H1: Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından farklılık vardır.

2. **H0:** Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri birbiri ile ilişkili değildir.

H1: Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri birbiri ile ilişkilidir.

3. **H0:** Psikolojik travma alanında görev alan meslek profesyonellerinde travma sonrası büyüme düzeyi, travmatik stres ile iliřkili psikolojik sűreler, sosyodemografik özellikler, mesleki özellikler ve algılanan sosyal destek deėiřkenleri ile açıklanamaz.

H1: Psikolojik travma alanında görev alan meslek profesyonellerinde travma sonrası büyüme düzeyi, travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçler, sosyodemografik özellikler, mesleki özellikler ve algılanan sosyal destek değişkenleri ile açıklanabilir.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmada, psikolojik travma alanında çalışan ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra, travma sahasında fiziksel müdahale yolu ile travmatik yaşantıya maruz kalan diğer meslek gruplarının (Polis, acil tıp çalışanları, itfaiye eri vb.) travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçleri ölçek ve envanter uygulamaları ile değerlendirilmiştir. Örneklem grubu, çevrimiçi yollarla ölçek ve envanterlerin katılımcılara ulaştırılması aracılığıyla, katılımında gönüllülük esası temel alınarak, seçkisiz yöntem kullanılarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında kullanılması belirlenen Sosyodemografik Bilgi Formu, İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Merhamet Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin uygulanması yolu ile veri toplanması gerçekleştirilmiştir. Müdahale komponenti olmadan, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarındaki profesyonellerin özelliklerini ve travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçlerini tanımlayıcı nitelikte ölçek ve envanter kullanımı ile araştırmanın gerçekleştirilmesi nedeniyle, çalışma tanımlayıcı araştırmalar kapsamındadır. Bunun yanında, aynı örneklem grubunda ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyümenin düzeyleri ve bu süreçlerle ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek amacıyla analizlerin de gerçekleştirilmesi sebebiyle kesitsel araştırma olarak da kabul edilmektedir.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma kapsamında, öncelikli olarak belirlenen veri toplama araçları çevrimiçi ortamda “*Google Formlar*” programı ile hazırlanmıştır. Hazırlanan ölçek ve envanterler, katılımcılara mesaj ve e-posta yolu ile iletilmiştir. Ölçeklerin uygulanması aşamasında, ilgili meslek gruplarının meslek örgütleri, hastaneler ve farklı kamu kuruluşları ile iletişime geçilerek, ölçeğin ilgili profesyoneller arasında yaygınlaştırılması sağlanmıştır. Araştırmaya katılım için, bireysel onam baz alınmıştır. Bu bağlamda, farklı meslek gruplarına mensup profesyoneller tarafından araştırmaya Türkiye genelinde katılım sağlanmakla birlikte, en yaygın katılımın görüldüğü şehirler sırasıyla İstanbul, Ankara ve Bursa'dır.

3.3. Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırma kapsamında, örnekleme katılımcılara çevrimiçi ortamda ulaşılmıştır. Veri toplama araçları olarak, belirtilen sırayla, Sosyodemografik Bilgi Formu, İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Merhamet Ölçeği, Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Travma Sonrası Büyüme Envanteri yer almıştır. Sosyodemografik Bilgi Formu'nun başında, araştırmanın amacına ve içeriğine dair kısa bir bilgi verilmiş ve katılımın gönüllü olduğu belirtilmiştir. Ölçeklerin çevrimiçi ortamda yanıtlanması ortalama 20-30 dakika sürmektedir.

Veri toplanması sürecinde, örnekleme yer alan katılımcıların kadın-erkek sayısı ve öykü-beden ile çalışan farklı meslek gruplarının dengelenmesi, tabakalama yöntemi kullanılarak korunmaya çalışılmıştır.

3.4. Örneklem

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya 228 kişi katılmıştır. Katılımcılardan iki kişi, mesleklerinin (ebe ve beyin cerrahisi) çalışmanın amacına uygun olmaması sebebiyle çalışmanın dışında bırakılmıştır. Araştırmaya, 133'ü kadın (%58.8), 93'ü erkek (%41.2) olmak üzere, toplam 226 kişi dahil edilmiştir. Çalışma, Türkiye'de farklı illerden profesyonellerin katılımına olanak verecek şekilde, çevrimiçi anket veri toplama araçları aracılığıyla yaygınlaştırılarak gerçekleştirilmiştir. Toplamda 31 farklı şehirden katılım olmakla birlikte, katılımcıların çoğunluğu İstanbul'da (%48.7) yaşamaktadır, bunu Ankara (%8), Bursa (%6.2) ve İzmir (%5.8) şehirleri takip etmektedir.

Katılımcıların genelinde sosyodemografik bilgiler incelendiğinde, **yaş** aralığı 20 ile 60 arasında değişmekle birlikte, yaş ortancası 34.35 (28-39) olarak bulunmuştur. **Medeni durumlarına** bakıldığında, 66 kişi (%29.2) bekar, 129 kişi (%57.1) evli, 22 kişi (%9.7) boşanmış ve 9 kişinin (%4) 3 yıl ve üzeri ilişkisi olduğu görülmektedir. "Dul" seçeneği hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiştir. Katılımcıların **eğitim durumu** incelendiğinde ise, ilköğretim mezunu olan katılımcı yoktur; lise mezunu 16 kişi (%7.1), üniversite mezunu 102 kişi (%45.1) ve lisans üstü eğitim mezunu ise 108 kişi (%47.8) bulunmaktadır. Katılımcıların, aynı zamanda, kendi **ekonomik düzeylerini** nasıl gördüklerini değerlendirmeleri de istenmiştir. Katılımcıların geneline bakıldığında, 12 kişi (%5.3) ekonomik durumunu kötü düzeyde olarak

belirtirken, 120 kişi (%53.1) ortalama düzeyde, 88 kişi (%38.9) iyi düzeyde, 6 kişi (%2.7) çok iyi düzeyde olarak ifade etmektedir (Tablo 3.1).

Aynı zamanda, araştırmada karşılaştırılan iki farklı grup olarak, *öykü ve fiziksel temas yoluyla* psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarının sosyodemografik bilgileri de ayrıca analiz edilerek, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve ekonomik düzey dağılımları Tablo 2.1’de gösterilmektedir. Bunun yanı sıra, öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, medeni durum ve ekonomik düzeyleri dağılımı açısından farklılaşıp farklılaşmadığı da Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizlerin sonucunda, medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik düzey dağılımlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuş olup, sonuçlar Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Öykü ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması

		Tüm Katılımcılar (n= 226)	Öykü Yoluyla Temas (n=112)	Fiziksel Yolla Temas (n=114)	p
Yaş (Yıl)	Ortanca (25-75 değer aralığında)	34.35 (28-39)	34.50 (30-39.75)	30 (26-36.25)	0.001
Cinsiyet n (%)	Kadın	133 (%58.8)	85 (%75.9)	48 (%42.1)	<0.001
	Erkek	93 (%41.2)	27 (%24.1)	66 (%57.9)	
Medeni Durum n (%)	Bekar	66 (%29.2)	28 (%25)	38 (%33.3)	0.061
	Evli	129 (%57.1)	64 (%57.1)	65 (%57)	
	Boşanmış İlişkisi Var (3 Yıl ve Üzeri)	22 (%9.7) 9 (%4)	15 (%13.4) 2 (%4.5)	7 (%6.1) 4 (%3.5)	
Eğitim n (%)	Lise	16 (%7.1)	2 (%1.8)	14 (%12.3)	<0.001
	Üniversite	102 (%45.1)	26 (%23.2)	76 (%66.7)	
	Yüksek Öğretim	108 (%47.8)	84 (%75)	24 (%21.1)	
Ekonomik Düzey n (%)	Kötü	12 (%5.3)	1 (%0.9)	11 (%9.6)	0.008
	Ortalama	120 (%53.1)	56 (%50)	64 (%56.1)	
	İyi	88 (%38.9)	53 (%47.3)	35 (%30.7)	
	Çok İyi	6 (%2.7)	2 (%1.8)	4 (%3.5)	

3.4.2. Meslek Grupları

Araştırma kapsamında, psikolojik travma alanında görev alan farklı meslek gruplarından profesyonellerin katılımı sağlanmıştır. Tüm katılımcılar, araştırma kapsamında, örneklemin genelinde yapılan analizlerin yanı sıra, iki grup olarak ayrılarak karşılaştırmalı da incelenmiştir:

- 1. Öyküyle Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Grupları:*
Araştırmaya, ruh sağlığı alanında, travmatik deneyime maruz kalmış kişilerle öyküleri üzerinden dinleyerek çalışan 112 kişi katılmıştır. Öykü üzerinden çalışan meslek grupları, psikolog, psikiyatrist, psikolojik danışman, çocuk psikiyatristi, psikoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi, çocuk gelişimci ve sosyolog olarak belirlenmiştir.
- 2. Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Grupları:*
Fiziksel teması içeren yollarla destekte bulunarak çalışan 114 kişi katılmıştır. Fiziksel müdahalede bulunarak çalışan meslek grupları, adli tıp uzmanı, paramedik, itfaiye eri, ambulans görevlisi, acil servis doktoru, hemşire, polis, acil servis çalışanı, aile hekimi ve acil tıp teknisyeni olarak kabul edilmektedir.

İki gruptaki katılımcıların meslek gruplarının sıklığı ve yüzdesi tabloda verilmiştir (Tablo 3.2).

Araştırmacı tarafından belirtilen ayrımın yanı sıra, katılımcıların kendileri tarafından, verdikleri desteği tanımlamaları istendiğinde ise, 88 kişi (%38.9) travmatik deneyime maruz kalmış kişileri dinleyerek, 30 kişi (%13.3) fiziksel destekte bulunarak (sağlık müdahalesi, ölenlere müdahale, acil durum müdahalesi vb.) destek verdiğini belirtirken, 108 kişi (%47.8) her iki şekilde de destek olduğunu ifade etmiştir. Meslek gruplarındaki yukarıdaki ayrım göz önünde bulundurulduğunda, psikolojik destek veren belirli meslek gruplarının (psikiyatri hemşireleri, psikiyatrist ve çocuk psikiyatristi), gerekli durumlarda fiziksel müdahale yoluyla da destekte bulunması ve fiziksel müdahale yolu ile destekte bulunan meslek gruplarının ise gerekli durumlarda travma deneyimine maruz kalan kişilerin öykülerini dinleyerek de temas etmeleri gerekliliğini/durumunu yaşadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların 128'i (%56.6), travmatik yaşantılarda müdahalelerinin profesyonel yaşamları gereği olduğunu belirtmişlerdir. Sekiz kişi (%3.5) gönüllü olarak bu desteği verirken, 90 kişi (%39.8) her iki şekilde de bu hizmeti verdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 3.2. Öykü ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Dağılımı

Fiziksel Temas Yolu ile		Öyküyle Temas Yolu ile	
Meslek	n (%)	Meslek	n (%)
İtfaiye Eri	22 (%19.3)	Psikolog	40 (%35.7)
Paramedik	19 (%16.7)	Sosyal Hizmet Uzmanı	21 (%18.8)
Polis	18 (%15.8)	Çocuk Psikiyatristi	17 (%15.2)
Adli Tıp Uzmanı	15 (%13.2)	Psikiyatrist	13 (%11.6)
Acil Servis Doktoru	14 (%12.3)	Psikolojik Danışman	10 (%8.9)
Hemşire	12 (%10.5)	Psikiyatri Hemşiresi	8 (%7.1)
Acil Tıp Teknisyeni	9 (%7.9)	Çocuk Gelişimci	1 (%0.9)
Acil Servis Çalışanı	3 (%2.6)	Psikoterapist	1 (%0.9)
Ambulans Görevlisi	1 (%0.9)	Sosyolog	1 (%0.9)
Aile Hekimi	1 (%0.9)		
Toplam	114	Toplam	112

3.4.3. Mesleki Deneyim, Eğitim ve Süpervizyon

Katılımcılara mesleklerini ne kadar süredir icra etmekte oldukları ve kaç yıldır travmatik olaylarda (doğal afet, patlamalar, istismar, şiddet vb.) görev aldıkları sorulmuştur. Mesleğe yeni başlayanlar olduğu gibi, icra ettikleri meslekte ve travmatik olaylarda görev alma sürecinde henüz hiç deneyimi olmayanlar katılımcıların örneklem içerisinde bulunması ile birlikte, en uzun *mesleki deneyim ve travmatik olaylarda görev alma süresi* ise 420 ay (35 yıl) olarak bulunmuştur. Katılımcıların geneline bakıldığında, icra ettikleri meslekte profesyonel deneyim süresi ortalaması $129.03 \pm 6,46$ (ay) iken, travmatik olaylarda görev alma sürelerinin ortalaması ise $104.71 \pm 5,65$ (ay) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların meslekleri gereği, doğal afet, istismar, şiddet ve benzeri *travmatik yaşantılara maruz kalma sıklıklarına* bakıldığında ise, her hafta karşılaşanların sayısı 106 (%46.9), ayda 3-4 kez karşılaşanların sayısı 56 (%24.8), ayda 1 kez karşılaşanlar 27 kişi

(%11.9), yılda 3-5 kez karşılaşanlar 27 kişi (%11.9) ve yılda 1-2 kez karşılaşanların sayısı ise 10 kişi (%4.4) olarak bulunmuştur.

Mesleki alanda aldıkları eğitim incelendiğinde ise, katılımcılardan 108 kişi (%47.8) *psikolojik travma üzerine eğitim* aldığını belirtirken, 118 kişi (%52.2) bu alanda bir eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Psikolojik travma alanında çalışırken aldıkları *süpervizyon* sorulduğunda ise, katılımcıların 26'sı (%11.5) şu anda süpervizyon aldıklarını, 47'si (%20.8) daha önceden süpervizyon aldıklarını ancak şu anda devam etmediklerini, 153'ü (%67.7) ise bugüne kadar hiç süpervizyon almadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamında yapılan ileriki analizlerde, süpervizyon desteğini daha önce aldıklarını belirten kişiler, "evet" cevabı verdiklerini belirtenler ile aynı kategoride değerlendirilmiştir.

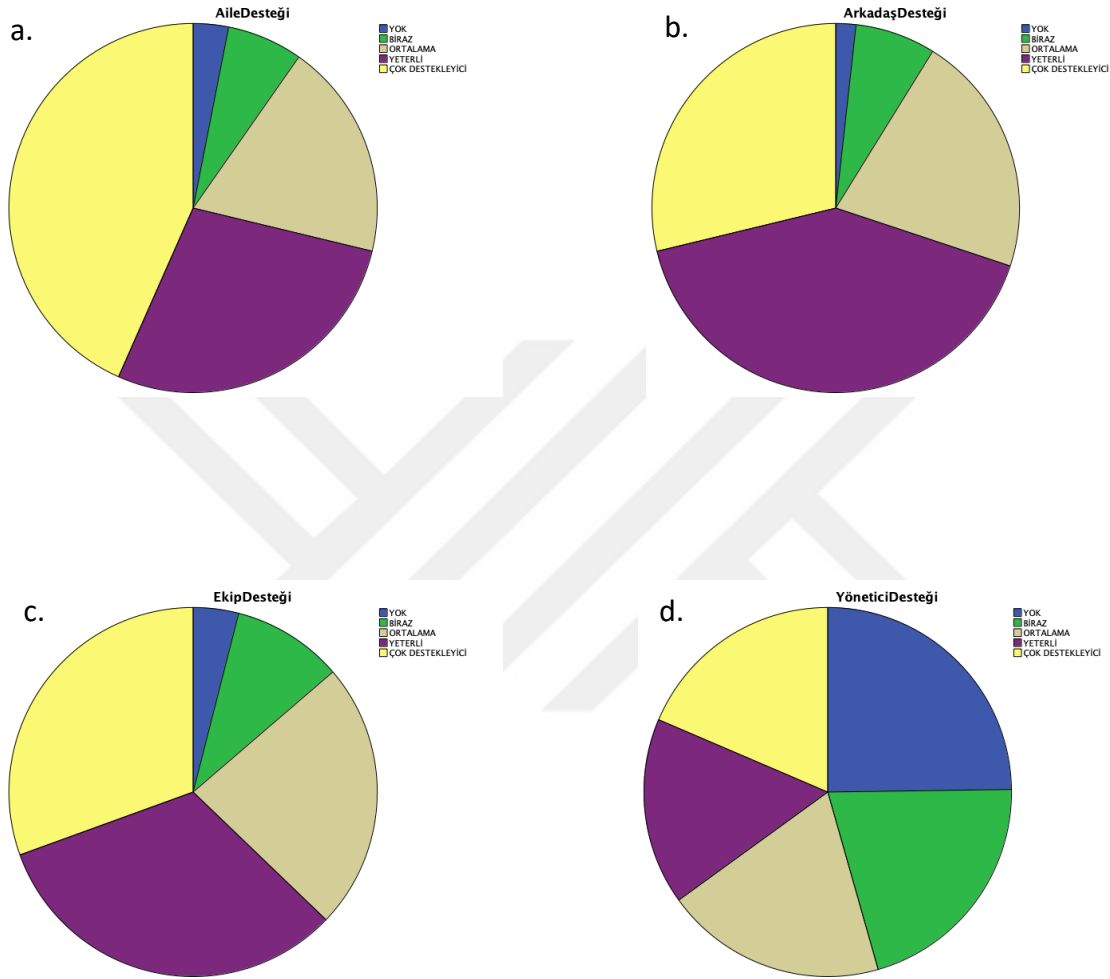
3.4.4. Algılanan Sosyal Destek

Katılımcıların iş yerinde birlikte çalıştıkları ekip ve yöneticileri, aileleri ve arkadaşlarından olmak üzere farklı kaynaklardan aldıkları *algılanan sosyal destek* de incelenmiştir. Öncelikli olarak katılımcıların profesyonel yaşantılarında travma alanında nasıl görev aldıkları sorulmuştur ve 197'si (%87.2) bir *ekip ile çalışırken*, 29'u (%12.8) *yalnız çalıştıklarını* belirtmişlerdir.

İş yerlerinde alınan sosyal destek, mesleki destek ve mesleki süpervizyon, akran desteği ve akran süpervizyonu, psikolojik travma alanında alınan eğitim ve iş arkadaşlarıyla paylaşım olarak tanımlanmıştır. Aldıkları desteği nasıl yorumladıkları sorulduğunda, 123 katılımcı (%54.4) *iş yerlerinde ihtiyaç duydukları sosyal desteği* aldıklarını, 103 katılımcı ise (%45.6) böyle bir destekleri olmadığını ifade etmişlerdir. İş yerinde birlikte çalıştıkları *ekipten aldıkları desteği*, 69 kişi (%30.5) çok destekleyici düzeyde, 73 kişi (%32.2) yeterli düzeyde, 53 kişi (%23.5) ortalama düzeyde, 22 kişi (%9.7) biraz destekleyici ve 9 kişi (%4) ise yok olarak tanımlamaktadırlar. Bunun yanında, *yöneticilerinden aldıkları desteği* tanımlamaları istendiğinde ise, 42 kişi (%18.6) çok destekleyici düzeyde, 37 kişi (%16.4) yeterli düzeyde, 44 kişi (%19.5) ortalama düzeyde, 47 kişi (%20.8) biraz destekleyici ve 56 kişi (%24.8) ise yok olarak belirtmiştir (Şekil 3.1).

Aile ve arkadaş tarafından alınan sosyal desteğine bakıldığında ise, katılımcıların 7'si (%3.1) hiç aile desteği olmadığını, 4'ü (%1.8) ise hiç arkadaş desteği olmadığını belirtirken, yarısından fazlası arkadaşları ve ailelerinden aldıkları desteği yeterli düzeyde (sırasıyla, 93

(%41.2), 63 (%27.9) katılımcı) ya da çok destekleyici düzeyde (sırasıyla, 65 (%28.8), 98 (%43.4) katılımcı) bulduklarını ifade etmişlerdir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri a. Aile Desteği, b. Arkadaş Desteği, c. Ekip Desteği, d. Yönetici Desteği

3.4.5. Psikolojik ve Psikiyatrik Destek

Katılımcıların %36.7'si (83 kişi) *psikoterapi desteği* daha önce almış ya da halen psikoterapi desteğini almaya devam etmekte iken, %63.3'ü (143 katılımcı) daha önce böyle hiçbir bir destek almadıklarını ifade etmektedir. *Psikiyatrik tedavi öyküsü* incelendiğinde ise, katılımcıların %35'i (79 katılımcı) daha önce tedavi aldığını ve %36.7'si (83 katılımcı) ise halen psikiyatrik ilaç kullanımı olduğunu belirtmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması, Kasım 2019 ve Eylül 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplanması hedeflenen 200 katılımcı sayısına ulaşılmasının ardından, çevrimiçi veri toplama formu kapatılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF, Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış, katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yer aldığı 38 sorudan oluşan bir bilgi formudur. Form içerisinde aynı zamanda kişinin mesleki yaşantısı, mesleki eğitim bilgileri, aldığı sosyal destek, kendisinin ve ailesinin psikiyatrik ve tıbbi geçmişine dair sorular yer almaktadır. Mesleki yaşantıya dair; kaç yıldır bu işi yaptıkları, hangi travmatik olaylarda görev aldıkları, bu görevlerdeki sorumlulukları, ne sıklıkla karşılaştıkları sorulmuştur. Mesleki eğitim bilgilerine dair; travmaya dair aldıkları eğitimler, süpervizyonlar ve bunların sürelerine yer verilmiştir. Aldıkları sosyal desteklerde ise; iş, aile, ekip arkadaşları ve arkadaşlarından aldıkları destek ve bunların türleri değerlendirilmiştir. Aynı zamanda, kişinin ve ailesinin psikiyatrik ve tıbbi geçmişinde; kronik hastalıklar, psikoterapi ve psikiyatrik tedavi öyküsü, alınan tanılar, ailede psikiyatrik öyküye dair bilgiler sorulmaktadır.

3.6.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ, Ek-2)

Bride, Robinson, Yegidis ve Figley (2003) tarafından geliştirilen İkincil Travmatik Stres Ölçeği'nin (Secondary Traumatic Stress Scale) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Yıldırım, Kıdak ve Yurdabakan (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geliştirilme amacı, psikolojik travma alanında çalışan meslek gruplarının, travmatize olmuş danışanları ile kurduğu profesyonel ilişki aracılığıyla, dolaylı yoldan maruz kaldıkları travmatik yaşantılar sonucunda deneyimleyebileceği istemsiz uyarılmalar, kaçınma ve uyarılmışlık semptomlarını ölçmektir. Bir öz bildirim ölçeği olan İkincil Travmatik Stres Ölçeği, 5li Likert tipi 17 maddeden oluşmaktadır.

Yeniden yaşantılama/İstemsiz uyarılmalar, kaçınma, uyarılmışlık ve travmatik stresin olumsuz etkilerinin karakteristik özellikleri olmak üzere 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Maddelerde, “hiçbir zaman” ifadesi 1 puan, “çok sık” ifadesi ise 5 puan almaktadır. Ölçekten

alınabilecek puan aralığı 17 ile 85 arasındadır. Ölçeğin puanlaması, her maddede verilen cevapların puanlarının toplanması ile hesaplanmaktadır. Alınan puanın artması, ikincil travmatik stres düzeyinin de artmasına işaret etmektedir.

Bride ve arkadaşlarının (2003) geliştirdiği ölçeğin Cronbach alfa (α) iç tutarlılık katsayısı 0.94; alt ölçeklerinden istemsiz uyarılmanın 0.83, kaçınmanın 0.89, uyarılmışlığın ise 0.85 olarak bulunmuştur. Türkçe'ye uyarlanan İkincil Travmatik Stres Ölçeği'nin, tüm ölçek iç tutarlılık kat sayısı ise, 0.91; alt ölçeklerden kaçınma 0.78, uyarılmışlık 0.82 ve istemsiz uyarılma ise 0.84 olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında ikincil ve dolaylı travmatizasyonun birlikte değerlendirilmesi hedeflenirken, dolaylı travmatizasyonu değerlendirmek amacıyla belirleyici olarak kullanılan bir ölçek bulunmaması sebebiyle, İTSÖ kullanılmıştır. Bu sebeple, giriş ve tartışma bölümlerinden farklı olarak, araştırmanın metot ve bulgular bölümlerinde dolaylı travmatizasyon da, ikincil travmatizasyon olarak ele alınacaktır.

3.6.3. Merhamet Ölçeği (MÖ, Ek-3)

Pommier (2011) tarafından geliştirilen Merhamet Ölçeği'nin (The Compassion Scale) Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir. Neff's (2003) Öz-şefkat Modeli'ni temel alarak geliştirilen bu ölçeğin, geliştirilme amacı, Batı odaklı olmayan bir perspektif ile, araştırmalarda şefkat kavramının incelenbilmesini sağlamaktır. Ölçek, 5li Likert tipi 24 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme olmak üzere 6 alt ölçeği bulunmaktadır. Maddelerde, “hiçbir zaman” ifadesi 1 puan, “her zaman” ifadesi ise 5 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 24 ile 120 arasındadır. Ölçekte umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçeklerinde ters çevrilerek hesaplama yapılmakla birlikte, ölçeğin puanlaması, her maddede verilen cevapların toplam puanlarının alınması ile hesaplanmaktadır.

Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin, tüm ölçek Cronbach alfa (α) iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .85 olarak belirlenirken, alt ölçeklerde, sevecenlik için .73, umursamazlık için .64,

paylaşımların bilincinde olma için .66, bağlantısızlık için .67, bilinçli farkındalık için .70 ve ilişki kesme için .60 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ, Ek-4)

Ölçeğin orijinali olan Adult Resilience Measure, Resilience Research Centre (2016, akt., Jefferies, MecGarrigle & Ungar, 2018) tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen Child and Youth Resilience Measure'ın revizyonu ile ortaya konulan bu Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin birçok farklı dil ve kültüre uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin en son geçerlik ve güvenirlik çalışması Child and Youth Resilience Measure-Revised üzerinden Jefferies, MecGarrigle ve Ungar (2018) tarafından gerçekleştirilirken, Cronbach's alpha değeri 0.87 olarak bulunmuştur (akt., Resilience Research Centre, 2018).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ise, Arslan (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin, 21 yaş ve üzeri kişilerde geçerli psikometrik özelliklere sahip olduğu bulunmuştur. Toplam varyansın %65'nin ölçeğin dört faktörlük yapısı tarafından açıklandığı, bunun yanı sıra toplam iç tutarlık kat sayısı 0.94, test-tekrar test katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

3.6.5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE, Ek-6)

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin (The Posttraumatic Growth Inventory) Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kağan, Güleç, Boysan ve Çavuş (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, travmatik ve stresli olayların ardından ortaya çıkabilecek olumlu psikolojik değişimleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 6lı Likert tipi 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Ölçeğin orijinal formunda, başkalarıyla ilişkiler, yeni olanaklar, kişisel dayanıklılık, manevi değişim ve hayata değer verme üzere 5 alt ölçek bulunurken, Türkçe'ye uyarlanmış versiyonunda, benlik algısında değişim, yaşam felsefesinde değişim ve başkalarıyla ilişkilerde değişim üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Maddelerde, “Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.” ifadesi 0 puan, “Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.” ifadesi ise 5 puan almaktadır. Toplam puan

hesaplamasının yanı sıra, her alt ölçek için, verilen cevapların puanlarının toplamı ile hesaplama yapılmaktadır.

Tüm ölçek Cronbach alfa (α) iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .92 olarak belirlenirken, alt ölçeklerde, bu değer kendilik algısında değişim 0.88, yaşam felsefesinde değişim 0.78 ve ilişkilerde değişim 0.77 olarak bulunmuştur.

3.7. Etik Kurul Onay Yeri ve Numarası

Etik Kurul Onayı, Maltepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 2019/900/02 numarası ile 7 Ocak 2020 tarihinde verilmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Program for Social Sciences (SPSS, IBM Corp., Armonk, NY, USA) 22 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sürecinde, öncelikli olarak, sosyodemografik bilgilerin dağılımlarının analizi ve verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Ardından, öykü ve fiziksel temas yolu ile çalışan farklı meslek grupları arasındaki farklılıklar, travmatik strese bağlı psikolojik süreçlerin birbiri ile ilişkisi ve son olarak da travma sahasında çalışan meslek gruplarının travma sonrası büyüme süreci analiz edilmiştir.

Öncelikle katılımcıların, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Ölçekleri'nden aldıkları toplam puanların normal dağılmadıkları bulunmuştur.

Tanımlayıcı istatistikler n (%) ve ortanca (25-75 değer aralığında) şeklinde ifade edilmiştir. Değişkenlerin, normal dağılmadıklarının bulunması sebebiyle, gruplar arası sayısal verilerin karşılaştırılmasında nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin birbiri ile ilişkisi ise, Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelenmiş ve sonuçlar korelasyon katsayısı (r) ve istatistiksel anlamlılık (p) şeklinde sunulmuştur.

Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla sayıda grubun sayısal verilerinin karşılaştırılmasında Bağımsız örneklem Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Travma sonrası büyümenin yordayıcılarını belirlemek için ise, çalışmada travma sonrası büyüme ile ilişkili

bulunan veriler ve literatürde travma sonrası büyümeyle sıklıkla ilişkilendirilen değişkenler bir araya getirilmiş ve doğrusal çoklu regresyon analizi kullanılarak bir regresyon modeli oluşturulmuştur. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları dört ana başlıkta toplanmıştır.

4.1. Öykü ve Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının Travmatik Stres ile İlişkili Psikolojik Süreçlerinin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamında, travmatik yaşantıya meslekleri nedeniyle maruz kalan farklı meslek grubundan 226 katılımcının genelinde, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri olmak üzere travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçler incelenmiştir.

Öncelikli olarak katılımcıların, İTSÖ, MÖ (Merhamet düzeyi ve yorgunluğu işaret ettiği belirtilen, Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme alt ölçekleri), YPSÖ ve TSBE'nden aldıkları puanların ortancaları, ölçek aralıkları da ele alınarak incelenmiş olup Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu (Umursamazlık, Bağlantısızlık, İlişki Kesme Alt Ölçekleri), Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanlar

Tüm Katılımcılar (n=226)		
	Ortanca (25-75 değer aralığında)	Ölçek Aralığı
İkincil Travmatizasyon	36 (28.75-46)	17-85
Merhamet Yorgunluğu- Umursamazlık	16 (14-18)	4-20
Merhamet Yorgunluğu- Bağlantısızlık	16 (15-18)	4-20
Merhamet Yorgunluğu- İlişki Kesme	16 (14-18)	4-20
Merhamet Düzeyi	98 (92-105)	13-130
Psikolojik Sağlamlık	82 (72-89)	21-105
Travma Sonrası Büyüme	61 (44.75-73)	0-105

Katılımcıların genelinin incelenmesinin yanı sıra, araştırma hipotezleri doğrultusunda, öncelikli olarak, katılımcılar, öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek grupları olmak üzere iki grup olarak kategorize edilmiştir. Ruh sağlığı çalışanları (psikolog, psikiyatrist, psikolojik danışman, çocuk psikiyatristi, psikoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi, çocuk gelişimci ve sosyolog) öykü ile temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek grubu olarak kabul edilirken, itfaiye eri, polis, adli tıp uzmanı, acil çalışanı (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni vb.), ambulans çalışanı, aile hekimi ve paramedikler ise fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan grup olarak belirlenmiştir. Katılımcılardan 112 kişi (%49.6) öykü ile temas yolu ile, 114 kişi (%50.4) ise fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan grupta yer almaktadır.

Öykü ile temas yoluyla çalışan katılımcıların icra etmekte oldukları mesleklerindeki çalışma süreleri 12 ile 420 ay arasında değişmekte ve bu grup için, icra edilen meslekte geçirilen sürenin ortalaması $135.11 \pm 9,02$ aydır. Psikolojik travma alanında çalışma deneyim süreleri de, 12 ile 420 ay arasında değişmekte olup, bu alanda çalışılan toplam sürenin ortalaması ise, $102.38 \pm 7,21$ aydır. Fiziksel temas yoluyla çalışan 114 kişinin, icra etmekte oldukları mesleklerindeki süreleri hiç deneyimi olmaması ile 420 ay arasında değişmekte ve bu grup için, icra edilen meslekte geçirilen sürenin ortalaması $123.06 \pm 9,26$ aydır. Psikolojik travma alanında çalışma deneyim süreleri ise, hiç deneyimi olmaması ile 420 ay arasında değişiklik gösterirken, bu alanda geçirilen toplam çalışma süresinin ortalaması ise, 106.98 ± 8.69 ay olarak bulunmuştur.

Bu iki grubun mesleki deneyimlerinin yanı sıra travma üzerine aldıkları eğitim ve süpervizyon deneyimleri açısından incelendiğinde ise, öykü ile temas yoluyla çalışan katılımcıların 84'ünün (%75) psikolojik travma üzerine eğitim aldığı, 28 katılımcının (%25) ise daha önce psikolojik travmaya dair hiçbir eğitim almadığı; bunun yanı sıra, 68'inin (%60.7) süpervizyon aldığı, 44 katılımcının (%39.3) ise daha önce hiç süpervizyon almadığı bulunmuştur. Fiziksel temas yoluyla çalışan katılımcıların ise, 24'ünün (%21.1) psikolojik travma üzerine eğitim aldığı, 90 katılımcının (%78.9) ise daha önce psikolojik travmaya dair hiçbir eğitim almadığı, sadece 5'inin (%4.4) süpervizyon aldığı, 109 katılımcının (%95.6) ise daha önce hiç süpervizyon almadığı bulunmuştur. Aynı zamanda, yapılan analizlerden elde edilen bulgular sonucunda, bu iki grubun psikolojik travma üzerine eğitim ve süpervizyon

desteği alma oranları açısından incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştıkları görülmektedir (Sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$).

ykw ve fiziksel temas yolu ile psikolojik travma alanında çalışan bu iki grubun, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçekleri), psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri incelenmiştir ve ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 4.2’de sunulmuştur.

ykw ve fiziksel temas yolu ile psikolojik travma alanında çalışan katılımcılardan oluşan bu iki grup, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyleri, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçekleri, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır ve iki grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 4.2. ykw ve Fiziksel Temas Yolu ile Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarının İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu (Umursamazlık, Bağlantısızlık, İlişki Kesme Alt lekleri), Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme leklerinden Aldıkları Toplam Puanların Karşılaştırılması

	Fiziksel Temas Yolu ile n=114	ykw ile Temas Yolu ile n=112	P
	Ortanca (25-75 değer aralığında)	Ortanca (25-75 değer aralığında)	
İkincil Travmatizasyon	36 (28-48)	36 (29-43)	0.411
Merhamet Yorgunluğu- Umursamazlık	16 (14-18)	17 (15-18)	0.030
Merhamet Yorgunluğu- Bağlantısızlık	16 (14-18)	17 (16-19)	<0.001
Merhamet Yorgunluğu- İlişki Kesme	16 (14-18)	17 (15-18)	0.047
Merhamet Düzeyi	97 (90-103.50)	99 (94.25-105.75)	0.020
Psikolojik Sağlamlık	86 (76-91.25)	79,50 (70.25-84.75)	<0.001
Travma Sonrası Büyüme	62 (45-71.50)	59 (44-73)	0.828

Yapılan analizler sonucunda, öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan bu iki grup arasında ikincil travmatizasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.2). Bunun yanında, bu iki grubun, merhamet düzeyi, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçekleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştıkları görülmektedir (Tablo 4.2).

Elde edilen analizler sonucunda, öykü ve fiziksel temas yolu ile psikolojik travmaya maruz kalan meslek grupları karşılaştırıldığında, ikincil travmatizasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından, istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılaşmadıkları görülmektedir. Bunun yanında, öyküyle temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarındaki katılımcıların, fiziksel temas yolu ile maruz kalan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek düzeyde merhamet düzeyine sahip oldukları ve merhamet yorgunluğunun işareti olarak kabul edilen, umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zamanda, fiziksel temas yolu ile psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarındaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin, öyküyle temas yolu ile maruz kalan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeyleri Arasındaki İlişki

Öykü ve beden ile temas yoluyla travmatik yaşantıya maruz kalan meslek gruplarının karşılaştırılmasının ardından, katılımcıların genelinde, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerinin birbirleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizlerin sonucunda, *ikincil travmatizasyon düzeylerinin*, merhamet düzeyleri, umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçeği ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile istatistiksel düzeyde anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunurken, travma sonrası büyüme düzeyleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.3). İkincil travmatizasyon ile merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunun işareti olarak kabul edilen umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçek düzeyleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında negatif bir korelasyon olduğunun

bulunması; merhamet düzeyi, umursamazlık, bağlantısızlık, ilişki kesme düzeyleri ve psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek katılımcıların ikincil travmatizasyon düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Olası merhamet yorgunluğunu işaret eden *umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin* ikincil travmatizasyon ile negatif yönde, merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeyleri yüksek olan katılımcıların ikincil travmatizasyon düzeylerinin düşük, merhamet ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bunun yanında, sadece ilişki kesme düzeyinin travma sonrası büyüme düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyona sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Travmatik Stres ile İlişkili Diğer Değişkenlerle İlişkisi

(r, p)	İkincil Travmatizasyon	Umursamazlık	Bağlantısızlık	İlişki Kesme
İkincil Travmatizasyon	1.00	-0.314, <0.001	-0.278, <0.001	-0.168, 0.011
Merhamet Yorgunluğu-Umursamazlık	-0.314, <0.001	1.00	0.662, <0.001	0.702, <0.001
Merhamet Yorgunluğu-Bağlantısızlık	-0.278, <0.001	0.662, <0.001	1.00	0.630, <0.001
Merhamet Yorgunluğu-İlişki Kesme	-0.168, 0.011	0.702, <0.001	0.630, <0.001	1,00
Merhamet Düzeyi	-0.242, <0.001	0.822, <0.001	0.742, <0.001	0.747, <0.001
Psikolojik Sağlamlık	-0.350, <0.001	0.346, <0.001	0.223, 0.001	0.261, <0.001
Travma Sonrası Büyüme	-0.084, 0.210	0.114, 0.086	0.073, 0.275	0.146, 0.029

Merhamet düzeylerinin ise, ikincil travmatizasyon, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleriyle olmak üzere tüm değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Aynı zamanda ölçeğin umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçekleri ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Merhamet düzeyinin, ikincil travmatizasyon düzeyleri ile arasındaki negatif korelasyon ve psikolojik sağlamlık ile travma sonrası büyüme

düzeyleriyle arasındaki pozitif korelasyon; merhamet düzeyi arttıkça ikincil travmatizasyon düzeyinin azaldığını ve psikolojik sağlık ile travma sonrası büyüme düzeylerinin de yükseldiğini işaret etmektedir (Tablo 4.4).

Analiz sonuçlarına göre, *psikolojik sağlamlığın* da ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçekleri ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Psikolojik sağlamlığın ikincil travmatizasyon ile negatif bir korelasyon içerisinde olması, psikolojik sağlık arttıkça ikincil travmatizasyonun düştüğünü ifade ederken, merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt ölçek düzeyleri ve travma sonrası büyüme düzeyleri arasındaki pozitif korelasyon; psikolojik sağlık düzeyi yükseldikçe, katılımcıların merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğu düzeyi ve travma sonrası büyüme düzeylerinin de yükseldiğini göstermektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Travmatik Stres ile İlişkili Diğer Değişkenlerle İlişkisi

(r, p)	Merhamet Düzeyi	Psikolojik Sağlamlık	Travma Sonrası Büyüme
İkincil Travmatizasyon	-0.242, <0.001	-0.350, <0.001	-0.084, 0.210
Merhamet Yorgunluğu-Umursamazlık	0.822, <0.001	0.346, <0.001	0.114, 0.086
Merhamet Yorgunluğu-Bağlantısızlık	0.742, <0.001	0.223, 0.001	0.073, 0.275
Merhamet Yorgunluğu-İlişki Kesme	0.747, <0.001	0.261, <0.001	0.146, 0.029
Merhamet Düzeyi	1.00	0.360, <0.001	0.200, 0.003
Psikolojik Sağlamlık	0.360, <0.001	1.00	0.317, <0.001
Travma Sonrası Büyüme	0.200, 0.003	0.317, <0.001	1.00

Travma sonrası büyüme düzeylerinin diğer travmatik stres ile ilişkili süreçleri incelendiğinde ise, ikincil travmatizasyon, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4). Bunun yanında, merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden ilişki kesme düzeyi ve psikolojik sağlık düzeyleri ile istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyona sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Elde edilen sonuçlar, travma sonrası büyüme düzeyi yüksek katılımcıların, orantısal bir şekilde, merhamet düzeyi, ilişki kesme ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4). Travma sonrası büyüme düzeyinin araştırma kapsamında incelenen değişkenlerle ilişkisi ve yordayıcıları ise, bir sonraki bölümde daha geniş kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır (Bakınız, Bölüm 4.4).

4.3. Katılımcıların İkincil Travmatizasyon, Merhamet Düzeyi ve Yorgunluğu, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin; Sosyodemografik, Mesleki Deneyimler ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi

Analizlerin bu aşamasında, katılımcıların tamamı ele alınarak, psikolojik travma alanında çalışan profesyonellerin deneyimledikleri ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyleri ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeylerinin sosyodemografik, mesleki ve algılanan sosyal destek değişkenleri ile ilişkisi incelenmiştir.

4.3.1. Sosyodemografik Değişkenler ile İlişki

İncelenen travmatik stres ile ilişkili değişkenlerin sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde, *ikincil travmatizasyon düzeylerinin* cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı ve kadınların ikincil travmatizasyon düzeylerinin erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Bunun yanı sıra, ekonomik düzeyin de ikincil travmatizasyon düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki farklılaşmayı belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapıldığında, katılımcılardan ekonomik düzeyini ortalama ile iyi düzeyde ($p=0.025$) ve iyi ile çok iyi düzeyinde ($p=0.044$) belirtenlerin ikincil travmatizasyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Ekonomik düzeylerini iyi olarak tanımlayan katılımcıların ikincil travmatizasyon düzeyleri, ortalama ve çok iyi tanımlayan katılımcılardan daha düşük olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Bunlara ek olarak, ikincil travmatizasyon düzeylerinin, psikoterapi desteği alması ile istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkisi bulunmazken, katılımcıların daha önce psikiyatrik tedavi öyküsünün olması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Psikiyatrik tedavi geçmişi olan katılımcıların daha yüksek düzeyde ikincil travmatizasyon düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4.5. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi

		İkincil Travmatizasyon	Merhamet Yorgunluğu -Umursamazlık	Merhamet Yorgunluğu -Bağlantısızlık	Merhamet Yorgunluğu -İlişki Kesme
Yaş (Yıl)		r=-0.071, p=0.286	r=0.143, p=0.031	r=0.107, p=0.109	r=0.108, p=0.105
Cinsiyet Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Kadın	40 (30.50- 46.50)	16 (14-18)	17 (15-19)	17 (15-18)
	Erkek	33 (27-42)	16 (14-18)	16 (15-18)	16 (14-18)
Medeni Durum Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Bekar	36 (27.75- 46)	16 (14- 17.25)	16 (15-18)	16 (14-18)
	Evli	36 (29-46)	16 (14-18)	16 (15-19)	16 (14-18)
	Boşanmış	41 (27.50- 43.25)	17 (15.75- 18)	17 (15.75- 18)	17 (15.75- 18)
	İlişkisi Var/+3 yıl	37 (29- 44.50)	16 (14.50- 17)	16 (15.50- 17.50)	16 (15- 16.50)
Eğitim Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Lise ve Altı	28 (22.50- 46.75)	18 (14.25- 19.75)	15.50 (13- 18.75)	16 (14.25- 18)
	Üniversite	40 (28.75- 48)	16 (14-17)	16 (15-18)	16 (14-18)
	Lisans Üstü	36 (29.25- 42.75)	17 (15-18)	17 (16-19)	17 (15-18)
Ekonomik Düzye Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Kötü	38 (30- 54.50)	15 (14-18)	17 (12.75- 19.50)	16.50 (14.25- 18.75)
	Ortalama	39 (30-47)	16 (14-18)	17 (15-18)	16 (14-18)
	İyi	35 (27- 41.75)	17 (15-18)	16 (15- 18.75)	16 (15-18)
	Çok İyi	46 (36.75- 60.25)	14.50 (13- 16.25)	15 (14- 17.25)	15 (13.50- 17.25)
Psikiyatrik Tedavi Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Evet	42 (34-48)	16 (14-17)	16 (15-18)	16 (14-18)
	Hayır	35 (26-43)	17 (14-18)	17 (15-18)	17 (15-18)
Psikoterapi Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Evet	37 (30-48)	17 (15-18)	17 (16-19)	17 (15-18)
	Hayır	36 (28-44)	16 (14-18)	16 (15-18)	16 (14-18)

Olası merhamet yorgunluğunu işaret eden **umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin**, sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde ise, sadece umursamazlık düzeyinin yaş değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir pozitif korelasyon içerisinde olduğunun bulunması, yaşın arttıkça merhamet ve umursamazlık düzeylerinin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.5).

Umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleri katılımcılarda eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değişiklik göstermektedir (Tablo 4.5). Yapılan detaylı analizlerde, lisans üstü öğrenim ile lisans öğrenimi düzeyindeki katılımcıların umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Gruplar arasındaki farklılaşmayı belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapıldığında, sadece lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu; lisans üstü öğrenim düzeyindeki katılımcıların lisans öğrenim düzeyindeki katılımcılara kıyasla, umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir (Sırasıyla; $p=0.035$, $p=0.012$). İlişki kesme düzeylerinin herhangi bir sosyodemografik değişkenle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı görülmektedir (Tablo 4.5).

Katılımcıların psikoterapi desteği alması ile bağlantısızlık düzeyleri arasında ve psikiyatrik tedavi öyküsünün olması ile umursamazlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Psikoterapi desteği alan katılımcıların daha düşük bağlantısızlık düzeyine, psikiyatrik tedavi öyküsü olan katılımcıların ise, daha yüksek umursamazlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Katılımcıların **merhamet düzeylerinin** sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde, sadece yaş ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon içerisinde olduğu bulunmuştur. Yaş arttıkça, merhamet düzeyinin de yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.6).

Psikolojik sağlamlık düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisine bakıldığında, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin sadece eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Lisans üstü öğrenim ile; lise ve altı öğrenimi ve lisans öğrenimi düzeyindeki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbirinden anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir (Sırasıyla; $p=0.009$, $p=0.003$). Bu ilişki, eğitim

düzeyi daha yüksek olan katılımcılarda, psikolojik sağlamlık düzeyinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6).

Bunun yanı sıra, psikoterapi ve psikiyatrik tedavi öyküsünün olması ile de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuş olup, psikoterapi ya da psikiyatrik tedavi öyküsü olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkisi

		Merhamet Düzeyi	Psikolojik Sağlamlık	Travma Sonrası Büyüme
Yaş (Yıl)		r=0.167, p=0.012	r=-0.079, p=0.240	r=-0.027, p=0.691
Cinsiyet	Kadın	99 (92-105.50)	81 (72-88)	63 (48.50-74)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Erkek	97 (91.50-105)	82 (73.50-91)	57 (37.50-69.50)
	Bekar	97 (92-103)	81 (69-89)	62,50 (46.50-77)
Medeni Durum	Evli	98 (91-106)	83 (74.50-90)	60 (40-68.50)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Boşanmış	101,50 (95.75-105)	80 (68.75-82.50)	62 (39.25-76)
	İlişkisi Var/+3 yıl	97 (88-100.50)	81 (71.50-91.50)	62 (50.50-73)
Eğitim	Lise ve Altı	97,50 (90.50-108.25)	88,50 (74.25-103)	62.50 (46-86)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Üniversite	97 (90-103)	85 (75.75-91)	61 (44.75-71.50)
	Lisans Üstü	99 (92-106)	79,50 (71-84.75)	60 (44-73)
Ekonomik Düzey	Kötü	96 (87.50-107.25)	80 (72-87)	47 (29.75-63)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Ortalama	99 (90-105)	82 (70.25-89.75)	60 (44-72.75)
	İyi	98 (94-105)	82 (75-89)	63.50 (49.25-76)
	Çok İyi	92 (90.25-97.50)	71 (63.75-83.50)	45.50 (31-66.25)
Psikiyatrik Tedavi	Evet	96 (90-104)	79 (70-84)	62 (47-74)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Hayır	99 (94-105)	85 (74-91)	61 (44-72)
Psikoterapi	Evet	99 (95-105)	81 (72-85)	64 (49-76)
Ortanca (25-75 değer aralığında), p	Hayır	98 (91-105)	84 (74-90)	61 (39-71)

Travma sonrası büyüme düzeyi ile, sosyodemografik değişkenler arasında sadece ekonomik düzey ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılaşmayı belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapıldığında, sadece iyi ve kötü ekonomik düzeye sahip katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu ($p=0.045$); ekonomik düzeyini iyi olarak tanımlayan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin, ekonomik düzeyini kötü olarak tanımlayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

4.3.2. Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişki

İkincil travmatizasyonun mesleki deneyimler ile ilişkisi incelendiğinde, sadece psikolojik travmaya dair eğitim almış olmanın ikincil travmatizasyon düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Psikolojik travmaya dair eğitim alan katılımcıların, almayanlar ile karşılaştırdığında, daha düşük ikincil travmatizasyon düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Olası merhamet yorgunluğunu işaret eden *umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin* mesleki deneyimlere bağlı değişkenler ile ilişkisine bakıldığında, umursamazlık ve ilişki kesme düzeylerinin icra edilen meslekte geçirilen süre ile pozitif bir korelasyon içerisinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). İcra edilen meslekte geçirilen sürenin artması ile birlikte olası merhamet yorgunluğuna işaret eden değişkenlerin düzeyleri de artmaktadır. Meslek yaşamı gereğince travmatik deneyime ne sıklıkla maruz kalındığının umursamazlık düzeyi ile anlamlı düzeyde bir ilişkisi olduğu görülmektedir (Tablo 4.7). İkili gruplar arasındaki farklılaşmayı belirlemek amacıyla yapılan analizlerde, bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmediği için travmatik deneyime maruz kalma sıklığı ile büyüme arasında tutarlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Psikolojik travmaya dair eğitim alınıp alınmadığının umursamazlık düzeyleri ile, travmaya dair eğitim ve süpervizyon alınıp alınmadığının ise bağlantısızlık düzeyleri pozitif yönde bir korelasyon içerisinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Psikolojik travma üzerine eğitim alan katılımcıların umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleri, eğitim almayan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Süpervizyon alan katılımcıların ise, bağlantısızlık düzeylerinin almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişkisi

	İkincil Travmatizasyon	Merhamet Yorgunluğu -Umursamazlık	Merhamet Yorgunluğu -Bağlantısızlık	Merhamet Yorgunluğu -İlişki Kesme	
Meslekte Geçirilen Süre	r=-0.030, p=-0,658	r=0.161, p=0.015	r=0.099, p=0.138	r=0.134, p=0.044	
Travma Alanında Çalışılan Süre	r=0.005, p=0.939	r=0.127, p=0.057	r=0.068, p=0.307	r=0.105, p=0.117	
Her Hafta	37 (29-46)	16 (14-18)	16 (14-18)	16 (14-18)	
Travmatik Deneyime Maruz Kalma Sıklığı	Ayda 3-4 Kez 36 (26.25-47.75)	16 (14-18)	16 (15.25-18)	16,50 (15-18)	
Ortanca (25-75 değer aralığında)	Ayda 1 Kez 32 (24-44)	0.384 17 (15-19)	0.045 18 (15-19)	0.202 17 (14-18)	0.163
	Yılda 3-5 Kez 36 (28-41)	17 (16-19)	16 (16-18)	17 (16-19)	
	Yılda 1-2 Kez 39.50 (32.25-45)	16,50 (14-19)	18 (15-20)	16 (14-18.25)	
Travmaya Dair Eğitim	Evet 35 (28-42.75)	17 (15-19)	17 (16-19)	17 (15-18)	
Ortanca (25-75 değer aralığında)	Hayır 40 (29.75-48)	0.009 16 (14-17.25)	0.021 16 (15-18)	0.002 16 (14-18)	0.104
Süpervizyon	Evet 36 (28-44)	16 (14-18.50)	17 (16-19)	17 (15-18)	
Ortanca (25-75 değer aralığında)	Hayır 37 (29-46)	0.395 16 (14-18)	0.468 16 (15-18)	0.025 16 (14-18)	0.401

Mesleki deneyimler açısından incelendiğinde, *merhamet düzeylerinin* icra edilen meslekte geçirilen ve travma alanında çalışılan süre ile pozitif bir korelasyon içerisinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.8). Meslekte geçirilen süre ve travma alanında çalışma süresinin artması ile birlikte merhamet düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Bunun yanında, psikolojik travmaya dair eğitim alınıp alınmadığının da, merhamet düzeyi ile pozitif yönde bir korelasyon içerisinde olduğu görülmektedir. Sonuçlar, psikolojik travma üzerine eğitim alan katılımcıların merhamet düzeylerinin eğitim almayan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.8).

Psikolojik sağlamlık düzeyleri, mesleki deneyimlere bağlı değişkenler açısından incelendiğinde ise, sadece süpervizyon alınıp alınmamasına göre katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bu sonuçlar, süpervizyon alan katılımcıların daha düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 4.8).

Travma sonrası büyümenin mesleki deneyimlere bağlı değişkenler ile ilişkisi analiz edildiğinde ise, sadece travmatik deneyimlere maruz kalma sıklığı ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. İkili gruplar arasındaki farklılaşmayı belirlemek amacıyla yapılan detaylı analizlerde, bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğu incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmediği için travmatik deneyime maruz kalma sıklığı ile büyüme arasında tutarlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Mesleki Deneyimlere Bağlı Değişkenler ile İlişkisi

		Merhamet Düzeyi		Psikolojik Sağlamlık		Travma Sonrası Büyüme	
Meslekte Geçirilen Süre		r=0.186, p=0.005		r=0.020, p=0.761		r=0.018, p=0.783	
Travma Alanında Çalışılan Süre		r=0.142, p=0.034		r=-0.015, p=0.826		r=-0.032, p=0.632	
Travmatik Deneyime Maruz Kalma Sıklığı Ortanca (25-75 değer aralığında)	Her Hafta	97 (90-115)	0.199	80 (71-86)	0.072	59.50 (37-73)	0.025
	Ayda 3-4 Kez	98 (91.25-104.75)		85.50 (75-91.75)		64.50 (51-76.75)	
	Ayda 1 Kez	100 (93-107)		87 (74-91)		59 (30-64)	
	Yılda 3-5 Kez	99 (98-105)		82 (75-89)		66 (51-76)	
	Yılda 1-2 Kez	96.50 (93.25-110.75)		82.50 (75.75-92.50)		51 (24.50-69)	
	Travmaya Dair Eğitim Ortanca (25-75 değer aralığında)	Evet		99 (95-106)		0.012	
Hayır	97 (90-103.25)	83 (74.75-90.25)	61 (39.75-71.25)				
Süpervizyon Ortanca (25-75 değer aralığında)	Evet	99 (92-106)	0.440	78 (70.50-83.50)	<0,001	66 (49.50-73.50)	0.157
	Hayır	98 (91.50-105)		85(76-91)		60 (43-71.50)	

4.3.3. Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişki

Algılanan sosyal destek kaynakları aile, arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan sosyal destek olmak üzere 4 grupta incelenmiştir. Aile, arkadaş, ekip ve yönetici desteği olmak üzere tüm sosyal destek kaynaklarının, katılımcıların *ikincil travmatizasyon* düzeyleri ile negatif bir korelasyon içerisinde olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça ikincil travmatizasyon düzeylerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 4.9). Olası merhamet yorgunluğunu işaret eden *umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin* ise, algılanan sosyal destek kaynakları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. İkincil Travmatizasyon ve Merhamet Yorgunluğunu İşaret Eden Umursamazlık, Bağlantısızlık ve İlişki Kesme Alt Ölçek Düzeylerinin Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişkisi

	İkincil Travmatizasyon	Merhamet Yorgunluğu Umursamazlık	Merhamet Yorgunluğu Bağlantısızlık	Merhamet Yorgunluğu İlişki Kesme
Aile Desteği (r, p)	r=-0.155, p=0.020	r=0.101, p=0.130	r=0.128, p=0.055	r=0.114, p=0.086
Arkadaş Desteği (r, p)	r=-0.197, p=0.003	r=0.042, p=0.531	r=0.045, p=0.499	r=0.080, p=0.233
Ekip Desteği (r, p)	r=-0.225, p=0.001	r=0.111, p=0.096	r=-0.008, p=0.909	r=0.117, p=0.080
Yönetici Desteği (r, p)	r=-0.146, p=0.028	r=0.083, p=0.215	r=0.031, p=0.645	r=0.090, p=0.178

Merhamet düzeyinin, algılanan sosyal destek ile ilişkisi incelendiğinde, benzer şekilde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.10). Aile, arkadaş, ekip ve yönetici desteği olarak algılanan tüm sosyal destek kaynaklarının, *psikolojik sağlamlık* düzeyleri ile pozitif yönde bir korelasyona sahip olduğu ve algılanan sosyal desteğin artmasıyla, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin de arttığı görülmektedir (Tablo 4.10). *Travma sonrası büyümenin* algılanan sosyal destek kategorisi ile ilişkisi incelendiğinde, arkadaş, ekip ve yönetici desteği ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. Arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan algılanan sosyal destek düzeyi yüksek katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Travma sonrası büyüme düzeyinin, aile desteği ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Düzeylerinin Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri ile İlişkisi

	Merhamet Düzeyi	Psikolojik Sağlık	Travma Sonrası Büyüme
Aile Desteği (r, p)	r=0.128, p=0.055	r=0.454, p<0.001	r=0.117, p=0.080
Arkadaş Desteği (r, p)	r=0.102, p=0.127	r=0.286, p<0.001	r=0.238, p<0.001
Ekip Desteği (r, p)	r=0.079, p=0.238	r=0.349, p<0.001	r=0.222, p=0.001
Yönetici Desteği (r, p)	r=0.095, p=0.154	r=0.185, p=0.005	r=0.284, p<0.001

4.4. Katılımcılarda Dolaylı Travma Sonrası Büyüme Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi

Araştırmanın bu aşamasında, icra ettikleri meslek nedeniyle, psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarındaki tüm katılımcıların dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu amaçla, sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra, farklı kaynaklardan alınan algılanan sosyal destek, ikincil travmatizasyon, merhamet düzeyi, merhamet yorgunluğu ve psikolojik sağlık düzeylerinin yordayıcılığı incelenmiştir.

Araştırmada yukarıda gerçekleştirilen analizlerden elde edilen bulgular sonucunda, travma sonrası büyüme ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanan değişkenler ve literatürde travma sonrası büyümeyi yordadığı diğer araştırmalar tarafından desteklenen ve araştırma hipotezi kapsamında yer alan değişkenler bir araya getirilerek travma sonrası büyümeyi yordayan değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu amaçla, travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu saptanan, merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden değişkenlerden ilişki kesme düzeyi, psikolojik sağlık düzeyi, ekonomik düzey, travmatik deneyime maruz kalma sıklığı, arkadaş desteği, ekip desteği ve yönetici desteği bağımsız değişkenleri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu düşünülen ikincil travmatizasyon, umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin yanı sıra mesleki deneyimlerle ilişkili olarak icra ettikleri meslekte ne şekilde psikolojik travmaya maruz kaldığı (öyküyle ya da fiziksel temas yoluyla), psikolojik travma eğitimi ve süpervizyon alınıp alınmadığı, icra ettikleri meslekte ve travma alanında geçirilen çalışma süresi de

eklenerek oluşturulan model doğrusal çoklu regresyon analizine alınmıştır (Tablo 4.4, 4.6, 4.8, 4.10). Ekonomik düzey ve travmatik deneyimlere maruz kalma sıklığı değişkenleri, *dummy* değişken olarak düzenlenerek, regresyon analizlerinde *dummy* değişkenlerin kullanımının gerektirdiği şekilde, her bir kategori ayrı bir değişken olarak düzenlenerek analize dahil edilmiştir. Yapılan analizlerden elde edilen bulgular, oluşturulan bu modelin, travma sonrası büyüme varyansının yüzde 28'ini açıkladığını göstermektedir ($f(22, 202)=3.489, p<0.001, R^2=0.28$, Uyarlanmış $R^2=0.20$). Bu modelde, psikolojik sağlamlık, aile desteği, yönetici desteği, travmatik yaşantıya yılda 3-5 kez maruz kalma sıklığı ve süpervizyon alıp almamanın da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.11).



Tablo 4.11. Travma Sonrası Büyüme Düzeyini Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi

Model	df		F	R²	p
Regresyon	22		3.489	0.28	<0.001
Değişkenler	Standardize Olmayan Katsayı		Standardize Katsayı		
	B	SS	Beta	t	p
(Constant)	-24.432	19.102		-1.279	.202
İkincil Travmatizasyon	.185	.132	.099	1.403	.162
Merhamet	.508	.287	.245	1.774	.078
Merhamet Yorgunluğu – Umursamazlık	-1.650	.882	-.208	-1.871	.063
Merhamet Yorgunluğu – Bağlantısızlık	.386	.860	.047	.448	.654
Merhamet Yorgunluğu – İlişki Kesme	-.052	.881	-.006	-.059	.953
Psikolojik Sağlamlık	.591	.168	.312	3.517	<.001
Ekonomik Düzey (Orta)	7.844	6.104	.186	1.285	.200
Ekonomik Düzey (İyi)	11.385	6.411	.264	1.776	.077
Ekonomik Düzey (Çok iyi)	-.792	10.142	-.006	-.078	.938
Meslekte Geçirilen Süre	.001	.026	.006	.052	.958
Travma Alanında Çalışılan Süre	-.024	.030	-.097	-.813	.417
Çalışma Şekli (Öykü&Fiziksel)	5.362	3.718	.128	1.442	.151
Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı (Her hafta)	-3.113	4.393	-.074	-.709	.479
Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı (Ayda 3-4 kez)	.116	4.747	.002	.024	.981
Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı (Ayda 1 kez)	-9.986	5.533	-.152	-1.805	.073
Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı (Yılda 3-5 kez)	-15.398	7.213	-.151	-2.135	.034
Travma Alanında Eğitim Süpervizyon Alma	1.472	3.702	.035	.398	.691
	-10.120	4.023	-.226	-2.516	.013
Aile Desteği	-3.391	1.465	-.175	-2.315	.022
Arkadaş Desteği	1.754	1.605	.080	1.093	.276
Ekip Desteği	.077	1.528	.004	.051	.960
Yönetici Desteği	3.103	1.107	.213	2.803	.006

5. TARTIŞMA

Literatürde ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi, merhamet yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyümeyi inceleyen araştırmalar çoğunlukla tek ve birbirine benzer meslek gruplarına odaklanarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada, travma sahasında çalışan birçok farklı meslek grubunun dahil edilerek, daha geniş bir perspektifle bu kavramların ele alınmasının yanı sıra, sosyodemografik, mesleki ve sosyal destek algısı gibi farklı değişkenler ile bu kavramların ilişkisinin çalışılması, bu alana dair çok kapsayıcı bir bakış açısı sunmaktadır.

5.1. Öyküyle ya da Fiziksel Temas ile Çalışmak

Literatürde, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğu, merhamet düzeyi, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme kavramları ayrı ayrı değerlendirilerek birçok çalışma tarafından ele alınmıştır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, bu çalışmaların uygulandığı gruplara, alanlara ve bu grupların özelliklerine (sosyodemografik, kişilik, mesleki vb.) bağlı olarak farklı sonuçlar elde edilmektedir. Bu nedenle bu kavramlar incelendiğinde, çok daha geniş bir perspektifle ve bütüncül bir bakış açısına sahip olunması gerekmektedir.

Araştırmanın ilk sorusu olan, müdahalede bulunulan/destek verilen kişinin deneyimlediği travmatik yaşantıya, profesyonelin öykü ya da fiziksel temas üzerinden maruz kalmasının etkisi ve sonuçlarındaki farklılıklar, literatürde henüz cevaplanmamış bir soru olarak yerini korumaktadır. Travma sahasında görev alan birçok farklı alandan meslek grubu bulunmaktadır ve bu çalışanların deneyimledikleri psikolojik süreçlerin yanı sıra, ihtiyaçları da farklılaşmaktadır. Travma sahasında çalışan profesyoneller için önleyici ve destekleyici müdahaleleri gerçekleştirebilmek için, öncelikli olarak deneyimlenen bu süreçleri ve ihtiyaçları daha iyi anlamak ve değerlendirebilmek gerekmektedir.

Araştırmanın bu hipotezinin sonuçlarını literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırmak çok mümkün olmamaktadır. Çünkü literatürde yapılan çalışmaların çoğunluğunun tek bir meslek grubunun ya da kısıtlı sayıda meslek grubunun deneyimlediği süreçler üzerinden gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu araştırmada ise, ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra, fiziksel müdahalede bulunarak çalışan meslek gruplarının da çalışmaya dahil edilmesi nedeniyle, daha

heterojen bir örneklem grubu incelenmiştir. Literatürde bu şekilde karşılaştırmalı bir çalışma sonucuna rastlanmamış olup, bu araştırmanın sonuçlarının bu konuya dikkat çekmesi beklenmektedir.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, öykü ve fiziksel temas yolu ile travmatik yaşantıya maruz kalan kişiler ile çalışmalar gerçekleştiren meslek grupları arasında, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı bulunurken; merhamet düzeyi, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme ve psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından farklılaşmalar olduğu görülmektedir.

İki grup arasında, merhamet yorgunluğu düzeyleri açısından görülen bu farklılaşma, Figley'in (1995, 2002), empati ve duygusal yatırımın bir sonucu olarak daha yüksek ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu deneyimlenmesi riski olduğunu öne süren teorisi göz önünde bulundurularak açıklanabilir. Bu araştırma kapsamında da, özellikle ruh sağlığı çalışanlarının, travmatik yaşantıya maruz kalan kişi ile yakın ve sürekli şekilde empatik temasının bir sonucu olarak, fiziksel temas üzerinden çalışanlara kıyasla, daha yüksek düzeyde ikincil travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu, fiziksel temas ile çalışanların ise travma sahasında meslekleri gereğince her gün birçok travmatize olmuş kişiye ve travmatik yaşantıya maruz kalmalarının bir sonucu olarak daha yüksek düzeyde dolaylı travmatizasyon deneyimlemeleri ön görülmektedir. Ön görüldüğü üzere, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin, öykü ile temas eden grupta, fiziksel temas yolu ile travmatik yaşantıya maruz kalanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bunun yanında, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, her iki grubun da aynı düzeyde ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimlediği bulunmuştur. İkincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin aynı görülmesinin, literatürde daha yeni yeni ayrı kavramlar olarak ele alınmaya başlanan ikincil ve dolaylı travmatizasyon arasındaki fark ile açıklanabileceği düşünülmektedir. İkincil travmatizasyon, çalışanın, tek bir travmatize olmuş kişi ile kurduğu yakınlık sonucu, bu kişinin travmatik stres tepkileri üzerinden benzer şekilde deneyimlediği bir süreç olarak açıklanırken; dolaylı travmatizasyon, sık ve yoğun bir şekilde birçok travmatik yaşantıya maruz kalan kişi ile çalışılması sonucu gözlemlenen kişinin inanç sistemindeki değişiklikleri vurgulamaktadır (Pearlman & Mac Ian, 1995). Bu noktada öykü ile temas üzerinden çalışan ruh sağlığı çalışanlarının, tek bir danışan

ile kurduğu yakınlığın ve empatinin bir sonucu olarak ikincil travmatizasyon deneyimlemesi, bunun yanında travma sahasında çalışan, polis, itfaiye eri, acil çalışanları ya da adli tıp uzmanları gibi gün içerisinde birçok mağdur ve travmatik yaşantıya maruz kalan çalışanların travmatik stres tepkileri ve inanç sistemlerinde değişim ve bozulmalar nedeniyle dolaylı travmatizasyon deneyimleme riski çok yüksektir (Saakvitne & Pearlman, 1996, akt., Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1995, akt., Gürdil, 2014, Jenkins & Baird, 2002; McCann & Pearlman, 1990; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Rauvola, Vega & Lavigne, 2019). Uygulanan ölçekte ise, ikincil ve dolaylı travmatizasyon farkının anlaşılması mümkün olmadığı için, araştırma sonucunda ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinde görülen bu sonuçlar, kavramların ölçülmesinde ayırım yapılamaması nedeniyle, iki grupta da bu travmatik stres tepkilerinin aynı düzeyde bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Aynı zamanda, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri, Bride'ın (2007) kendi araştırmasında tavsiye ettiği kategorizasyona göre incelendiğinde, araştırmadaki katılımcıların ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin düşük seviyede olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ise, örneklem grubunun heterojen bir yapıya sahip olması nedeniyle farklı meslek gruplarının travmatik yaşantıya farklı şekillerde maruz kalışının farklı etkiler ve sonuçlar doğurabileceğine işaret ettiği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, bu sonuçlar, fiziksel temas yolu ile bu yaşantılara maruz kalan profesyonellerin, diğer travma sahası çalışanları ile aynı düzeyde ve şekilde travmatik stres tepkileri deneyimleyebileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, bu iki grubun merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık açısından da farklılaştığı görülmektedir. Merhamet düzeylerinin öyküyle temas ile travmatik yaşantıya maruz kalan ruh sağlığı çalışanlarında daha yüksek olduğu görülmektedir. İkincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu ile benzer şekilde, Figley'in (1995, 2002) teorisi baz alındığında, ruh sağlığı çalışanlarının danışanları ile kurduğu, öyküyü dinleyen, anlamaya ve desteklemeye çalışan, danışanların deneyimledikleri acı ve zorluklara bu kadar yakın ve sıklıkla teması ve eşlik etmeyi içeren bu ilişkinin bir sonucu olarak, merhamet düzeylerinin daha yüksek olması ön görülen bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Hissedilen yüksek düzeydeki merhamet duygusunun da zaman içerisinde kümülatif bir şekilde merhamet yorgunluğu riskini arttırması ve bunun sonucunda öykü ile çalışan grupta merhamet yorgunluğu düzeyinin de daha yüksek düzeyde görülmesi, literatürdeki diğer araştırmacıların çalışmalarında da ileri sürülen görüşlerle örtüşür niteliktedir (Figley, 1995, 2002; Pehlivan &

Güner, 2018; Pak, Özcan & Çoban, 2017). Fiziksel temas ile travmatik yaşantıya maruz kalan meslek gruplarında ise, empatik iletişimin ve yakınlığın deneyimlenmesine daha az fırsat yaratan çalışma koşulları göz önünde bulundurulduğunda, bu farklılaşmanın anlaşılır olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, literatürdeki çalışmalarda da altı çizildiği üzere, kadınlarda empati becerilerinin erkeklere kıyasla daha gelişmiş olduğu bilinmektedir (Christov-Moore ve ark., 2014; Loo, 2009) ve bununla ilişkili olarak bu sonuçlar, öykü yoluyla temas eden grupta kadın katılımcı sayısının, fiziksel müdahale yoluyla temas eden gruptan anlamlı ölçüde fazla olması ile de açıklanabilir.

İlginç bir bulgu olarak, psikolojik sağlamlık düzeylerinin, fiziksel temas yolu ile travmatik yaşantıya maruz kalan meslek gruplarında, öykü üzerinden bu yaşantıya maruz kalan ruh sağlığı çalışanlarına kıyasla, daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar, travmatik yaşantıya maruziyetin mi psikolojik sağlamlık düzeyini yükselttiği yoksa koruyucu bir özellik olarak psikolojik sağlamlığın yüksek olduğu kişilerin mi travmatik stres ile daha iyi baş ederek bu belirtileri daha hafif ve yönetilebilir düzeyde deneyimlediklerine dair farklı görüşler öne sürmektedir (Pak, Özcan & Çoban, 2017; Kararımak, 2006; Özkul & Çalık Var, 2018). Yapılan çalışma sonucunda elde edilen bu bulgu, fiziksel temas ile gün içerisinde sıklıkla ve birçok farklı mağdura ve travmatik yaşantıya maruz kalan bu meslek gruplarının, zamanla mesleklerini icra ederken edindikleri bu deneyim ile daha işlevsel baş etme yolları geliştirebildiklerini ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin de bu süreç içerisinde -öykü ile temas eden gruba göre- daha yüksek bulunmuş olabileceğini düşündürmektedir (Yılmaz, 2006; Pak, Özcan & Çoban, 2017; Kararımak, 2006; Özkul & Çalık Var, 2018). Aynı zamanda, literatürde benzer bir karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışma bulunmaması nedeniyle bu sonucun literatüre yeni bir bulgu olarak katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Travma sonrası büyüme düzeyleri açısından incelendiğinde, fiziksel temas yoluyla maruz kalan meslek gruplarının büyüme düzeyleri öykü ile maruz kalanlara kıyasla daha yüksek olmasına rağmen, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde olmadığı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar incelenip karşılaştırıldığında, her iki grupta puan ortalamalarının beklenenden düşük düzeyde olduğu görülmektedir (Örneğin; Manning-Jones, Terte, Stephens, 2016; Kang ve ark., 2017). Dolaylı travma sonrası büyüme kavramı, profesyonelin, travmatik yaşantıya maruz kalan kişinin sürecine tanıklık sonucu deneyimlediği travmatik stres tepkileri sonucunda yaşanmaktadır. Bu noktada, travmatik yaşantıya maruz

kalan kişinin deneyimlediği bu sürece öykü ya da fiziksel müdahale yolu ile temas etmenin, büyüme düzeyleri üzerinde farklılaştıran bir etkiye sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Calhoun ve Tedeschi'nin (1998, akt., Tedeschi & Calhoun, 2004) İşlevsel Betimsel Travma Sonrası Büyüme Model'inde, kişilerin ruminasyon süreci, baş etme tutumları ve sosyal destekleri, travma sonrası büyüme düzeyleri üzerinde belirleyici ve yordayıcı bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bu model baz alınarak sonuçlar değerlendirildiğinde, travmatik yaşantıya ne yolla maruz kalındığından çok büyümeyi yordayan kişisel özellikler, mesleki deneyimler, çalışma koşulları gibi diğer faktörlerin daha ön planda tutularak değerlendirilmesinin yapılması gerekliliği görülmektedir.

5.2. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişki

Araştırmanın ikinci sorusu kapsamında, psikolojik travma alanında farklı meslek gruplarında çalışan tüm katılımcılarda, travmatik stres ile ilişkili bu kavramların birbirleri ile ve sosyodemografik özellikler, mesleki özellikler ve algılanan sosyal destek faktörleri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Rauvola, Vega ve Lavigne'nin (2019), kişinin mesleki sorumlulukları gereği, dolaylı yollarla travmatik yaşantıya maruz kalması sonucu yaşadığı stres temelli psikolojik süreçleri ifade eden, empati temelli stres olarak kategorize ettiği, merhamet yorgunluğu, ikincil ve dolaylı travmatizasyon kavramlarının birbiri ile ilişkili olduğu görüşü birçok çalışma tarafından desteklenmektedir. Bu çalışmada da ikincil/dolaylı travmatizasyonun, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarında, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeyleri yükseldikçe, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyinin düştüğü görülmektedir. Literatürde bazı çalışmalar ikincil/dolaylı travmatizasyon ile merhamet yorgunluğu arasında çok daha düşük düzeyde bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir (Sodeke-Gregson, Holtum & Billings, 2013). Bunun yanında, ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleyen kişinin, zaman içerisinde travmatik stres ve tükenmişlik belirtilerini deneyimlemesi ile birlikte, kümülatif bir yorgunluğu ifade eden merhamet yorgunluğu yaşayabileceğini destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Dolayısıyla, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyi ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönde bir ilişki bulunması, bu çalışmalarla çelişen bir bulgudur (Adams, Boscarino & Figley, 2006; Figley, 1995;

Schimpff, 2019; McCann & Pearlman, 1990; McCann & Saakvitne, 1995; & Pearlman & MacJan, 1995). Bunun yanında, daha detaylı bir şekilde araştırma sonuçları incelendiğinde, Merhamet Ölçeği'nin (Akdeniz & Deniz, 2016), “Kendimi acı çeken insanlara karşı duygusal olarak yakın hissetmem.”, “İnsanlar bana üzüntülerini anlattıkları zaman kendimi onlardan uzaklaşmış hissederim.”, “Diğer insanların sorunlarının beni ilgilendirmediğini düşünürüm.”, “İnsanlar sıkıntılı olduklarında, onlarla genellikle başkalarının ilgilenmesini isterim.” ve “Baskalarının sorunlarıyla ilgili pek fazla düşünmem.” gibi bağlantısızlık, umursamazlık ve ilişki kesme alt ölçeklerinde bulunan maddelerin, profesyonellerde kendini uzaklaştırma, ilgide azalma, travmatik yaşantıya mesafe koyma ya da önem vermemeye başlama gibi düşünce, tutum ve davranışların artmasını ifade ettiği anlaşılmaktadır. Mesafelenmeyi ve duyarsızlaşmayı işaret eden bu sürecin artması ile birlikte, bu durumun profesyonellerde travmatik yaşantıya maruziyetin şiddetini azaltabileceği gibi, bu yaşantı sırasında deneyimi nasıl algıladığı ve psikolojik süreçleri nasıl etkilediği de farklılaşacaktır. Bunun bir sonucu olarak kişinin umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeyleri yükseldikçe, empati ve kurulan yakınlık sonucu deneyimlenen ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimleme riskinin ve düzeyinin de ilişkili olarak azalmasının söz konusu olabileceği düşünülmektedir.

İkincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ile de ilişkili bulunmuştur. Literatürde gerçekleştirilen diğer çalışmalarla örtüşen bir sonuç olarak merhamet düzeyi yükseldikçe ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyinin düştüğü görülmektedir (Figley, 1995; Smith, 2013; akt. Polat & Erdem, 2017). Kişinin merhamet düzeyi arttıkça, destek verdiği kişi ile kurduğu empatik ilişki ve yakınlıkla birlikte, dolaylı yollardan deneyimlenen travmatik yaşantı ile nasıl ilişkilendiği ve bu yaşantının nasıl algılandığının bir sonucu olarak ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyinin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

İkincil/dolaylı travmatizasyonun, psikolojik sağlamlık ile de ilişkili olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Sonuçlar literatürdeki birçok çalışmayla örtüşmektedir (Bride, 2012, akt. Özkul & Çalık Var, 2018; Pak, Özcan & Çoban, 2017; Büyükbodur, 2018). Koruyucu ve destekleyici bir faktör olarak, çalışanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olması, esnek olmak, değişime adapte olabilmek, toparlanma gücünün yüksek olması gibi kişisel özelliklerin de varlığı ile birlikte, kişilerin kriz ve zorlayıcı deneyimle ile daha işlevsel şekilde baş etmelerinin yanı sıra, ihtiyaç duydukları desteği talep

etmelerini ve almalarını da sağlamaktadır. Bu sayede kişinin, travmatik stres tepkilerinin daha az şiddetli ve zorlayıcı bir şekilde deneyimlemesi söz konusu olmaktadır.

Literatürde, ikincil/dolaylı travmatizasyon ile travma sonrası büyüme arasında bir ilişki olup olmadığına dair farklı görüşler yer almaktadır. Bazı çalışmalar ikincil/dolaylı travmatizasyonun büyüme ile hiçbir ilişkisinin olmadığını ya da büyümeyi yordamadığını ileri sürerken; bazı araştırmacılar, kişinin ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimlemesiyle birlikte travmatik stres tepkileri arttıkça, büyümenin de daha yüksek düzeyde olacağını ileri sürmektedir (Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson, & Andrykowski, 2009; Gibbons, Murphy & Joseph, 2011; Taubman-Ben-Ari & Weintraub, 2008; Frazier, Conlon & Glaser, 2001; Samios, Rodzik, & Abel, 2012; O'Sullivan & Whelan, 2011; Kjellenberg, Nilsson, Daukantaitė & Cardeña, 2014; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017). Gerçekleştirilen bu araştırmada ise, ikincil/dolaylı travmatizasyonun travma sonrası büyüme ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar literatürdeki iki farklı görüş ile açıklanabilir. Travma sonrası büyümenin gerçekleşmesi için öncesinde travmatik bir yaşantının var olması, bu yaşantının sismik bir etki ile kişinin yaşamını önemli bir düzeyde sarsması ve bir değişime, yeniden yapılanmaya sebep olacak düzeyde bir yıkım olması gerekmektedir (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2017). Bride'nin (2007) İTSÖ ile ilgili belirttiği kategorizasyona göre, araştırma örnekleminin ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Düşük düzeyde travmatik stres tepkileri deneyimlemenin, büyümenin ortaya çıkmasını hazırlayacak düzeyde bir zemin yaratmayabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, kişilerin travmatik stres tepkileri sonucunda, travma sonrası büyüme deneyimlemekle birlikte, zaman içerisinde bir noktaya geldiğinde, travmatik stres tepkileri devam etse de daha fazla büyümenin gözlemlenmeyeceği ileri sürülmektedir (Shiri ve ark., 2008). Bu araştırmada, katılımcıların mesleklerinde ve travma alanında çalışma deneyimlerinin süresinin ortalamasının 8 ile 12 yıl arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda, Shiri ve arkadaşlarının (2008) teorisinde de belirtildiği üzere, belirli bir düzeyin ardından travma sonrası büyüme deneyiminin stabil bir noktada durmasının, bu iki değişken arasında ilişki bulunmamasını açıklayabilecek faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından ise, psikolojik sağlık düzeyinin yüksek olmasının da kişilerin baş etme gücünü arttırmakla birlikte travmatik stres tepkilerini deneyimleme riskini düşürebileceği ve travma sonrası büyümenin gelişimine gerekli zemini hazırlamayacağı görüşü ileri sürülmektedir (akt., Kang ve ark., 2017).

Araştırma kapsamında çalışılan örneklem grubunun ikincil travmatizasyon düzeyinin, travma sonrası büyümeye zemin hazırlayacak düzeyde yüksek olmamasının yanı sıra, psikolojik sağlık düzeyinin de yüksek olmasının da sonuçları bu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, Manning-Jones, Terte ve Stephens'ın (2017), doktor, hemşire, danışman ve psikologlarla gerçekleştirdiği çalışmada, sadece psikologlar için ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin travma sonrası büyümeyi yordadığı ve bu durumun psikologların travmatize olmuş kişinin öyküsüne daha detaylı ve derin bir şekilde maruz kalmasının kendi bilgi işleme sürecinde etki yaratmasının bir sonucu olduğu ileri sürülmektedir. Gerçekleştirilen bu çalışmada ise, ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra, travma sahasında çalışan, travmatik yaşantıya dolaylı maruziyetlerinin farklı şekillerde gerçekleştiği birçok farklı meslek grubundan katılımcıdan oluşan heterojen bir örneklem grubu bulunmaktadır. Bu çeşitlilik göz önünde bulundurulduğunda, farklı meslek gruplarında travmatik yaşantıya maruz kalma şeklinin farklılaşmasının bir sonucu olarak travmatik stres tepkilerinin ve ilişkili olarak travma sonrası büyüme sürecinin de nasıl deneyimlendiğinin farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, merhamet yorgunluğunun, ikincil/dolaylı travmatizasyon ile ilişkisinin yanı sıra, psikolojik sağlıkla da pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla merhamet doyumunu, öz şefkat ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiye odaklanmakla birlikte; bazı çalışmalar, merhamet yorgunluğu ile psikolojik sağlık arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmektedir (Örneğin, Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017). Kapoulitsas ve Corcoran (2015) ise, psikolojik sağlığı yüksek olan kişilerin merhamet yorgunluğu düzeyinin ise daha düşük olduğunu ileri sürmektedir. Bu araştırmadaki sonuçlar, literatürdeki bazı çalışmalar ile çelişkili gözükmeyle birlikte (Örneğin, Burnett & Wahl, 2015; Kapoulitsas & Corcoran, 2015), bu çalışmada kullanılan ölçeğin göz önünde bulundurularak sonuçların değerlendirilmesinin daha anlamlı olduğu düşünülmektedir. Sonuçlara göre, merhamet yorgunluğunu işaret eden, umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeyleri yüksek kişilerde, psikolojik sağlık düzeylerinin de yüksek olduğu anlaşılmaktadır. İkincil/dolaylı travmatizasyon ile benzer bir şekilde, psikolojik sağlığı yüksek kişilerin, meslekleri gereği travmatik yaşantıya maruz kalmanın sonucunda, bir uyumlanma ve baş etme yöntemi olarak, travmatik stres ile ilişkili durumlarda, diğer insanlarla ilişkiyi kesme, uzaklaşma, umursamama ya da mesafelenerek bağlantıyı koparma gibi düşünce, tutum ve davranışlar ile merhamet yorgunluğu deneyimleyebileceklerini ve bu şekilde

ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin de daha düşük olarak görülebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada, merhamet yorgunluğunun, bağlantısızlık ve umursamazlık düzeylerinin travma sonrası büyüme ile ilişkili olmadığı, sadece ilişki kesme düzeyinin travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu ve ilişki kesme düzeyi arttıkça büyüme düzeyinin de arttığı görülmektedir. Schimpff (2019) çalışmasında, yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu deneyimleyen kişilerin, yüksek düzeyde TSSB belirtileri yaşadıkları, ancak travma sonrası büyüme deneyimlemediklerini ortaya koymaktadır. Araştırmacılar bu sonuçları, kişilerin deneyimledikleri travmatik yaşantıya dair anlamlandırma ve iyileşme süreçlerini tamamlamamış olmaları ile ilişkilendirmektedir. Literatürdeki çalışmalar, merhamet doyumunu düzeylerinin artmasının travma sonrası büyüme düzeylerini de yükselteceğini (Linley & Joseph, 2007; Putterman, 2005; Hyatt-Burkhart, 2014) ileri sürerken, bazı çalışmalar aynı zamanda, merhamet yorgunluğu arttıkça travma sonrası büyüme düzeylerinin de yükseldiğini belirtmektedir (Putterman, 2005). Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, merhamet yorgunluğunu işaret eden ilişki kesme düzeyinde, katılımcıların yaşamlarındaki ve mesleklerindeki destek verdikleri kişiler ile ilişkilerini kesmelerinin travma sonrası büyüme düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olduğu görülmektedir. Calhoun ve Tedeschi'nin (1998, akt., Tedeschi & Calhoun, 2004) travma sonrası büyüme modelinde belirtildiği üzere, ilişkiler ve diğer kişilere bakış açısındaki değişimler büyümenin bir işareti olarak kabul edilirken; ilişki kesme olarak belirtilen bu tutum ve davranışların da büyüme kapsamında ele alınabilecek bu değişimlerle ilişkili olma ihtimalinin daha detaylı incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Merhamet düzeyinin ise, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği üzere, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri merhamet düzeyi yüksek kişilerde daha düşük olarak bulunurken, literatürdeki diğer çalışmalar ile örtüşen bir bulgu olarak, merhamet yorgunluğunun da yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, merhamet yorgunluğunun, bakım ve destek veren kişilerin merhametli bir tutumla yoğun ilgi ve empati duyması sonucu kümülatif bir şekilde, hissedilen bu yoğun merhametin sonucunda merhamet yorgunluğu deneyimleyebileceği görüşünü desteklemektedir (Figley, 1995, 2002). Merhamet düzeyi yüksek kişilerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Merhamet düzeyi ve merhamet doyumunun psikolojik sağlamlık ile pozitif

yönde ilişkisini destekleyen birçok çalışma olmakla birlikte (Örneğin, Burnett & Wahl, 2015), Weng ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği araştırmada, merhamet düzeyi yüksek kişilerin, zorluklarla baş edebilme güçlerinin ve zihinsel kapasitelerinin daha yüksek olduğu ve bununla ilişkili olarak psikolojik sağlık düzeylerinin geliştiği ileri sürülmektedir. Kendi bilişsel, duygusal ve davranışsal iyilik halini sürdürürken, aynı zamanda acı ve ızdırap çeken diğer kişilere merhamet ile yaklaşarak destek vermeyi ifade eden “Merhametli psikolojik sağlık” kavramında da açıklandığı üzere, özellikle öz şefkatin, psikolojik sağlamlığın gelişmesinde, önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (Gammie, 2015). Daha fazla çalışma ve bilimsel verilerle desteklenmesi gereken bu görüş, araştırma sonuçlarındaki merhamet düzeyinin yüksek olması ile psikolojik sağlamlığın da yükselmesi görüşü ile örtüşmektedir.

Merhamet düzeyinin travma sonrası büyümeyle ilişkisinin olduğu; merhamet düzeyi yüksek kişilerin travma sonrası büyüme düzeyinin de yüksek olduğu görülmektedir. Merhamet, kişilerin kendine ve ötekine duyduğu bir duygu olarak iki farklı düzlemde ele alınmaktadır. Literatürde, ötekine duyulan merhametten ziyade, öz şefkat ile travma sonrası büyümenin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kişilerin öz şefkat düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkili şekilde psikolojik esnekliklerinin artmasının bir sonucu olarak travma sonrası büyümenin yükseldiği ileri sürülmektedir (Misurya, Udgirkar, Shukla & Anand, 2021). Özellikle, öz şefkatle bağlantılı olarak travmatik yaşantıya yaklaşım ve bu yaşantıyı anlamlandırmanın, travma sonrası büyüme, pozitif yeniden çerçeveleme ve pozitif yaşamın anlamı alanlarındaki gelişim ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Wong & Yeung, 2017; Londono Connally, 2017). Bunun yanında, bu araştırma kapsamında kullanılan Merhamet Ölçeği'nin öteki için duyulan merhamet ve merhamet yorgunluğunu temel aldığı bilinmektedir; dolayısıyla bu ilişkiyi böyle bir görüş temelinde açıklamak çok mümkün durmamaktadır. Calhoun ve Tedeschi'nin (1998, akt., Tedeschi & Calhoun, 2004) teorisinde de yer aldığı şekilde, bir başkasının travmatik yaşantı deneyimini nasıl algılandığının işlevsel bir ruminasyon süreciyle değerlendirilmesi ve merhamet düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili olarak kurulan empati ve özdeşimin bir sonucu olarak kişi travmatik yaşantıyı yoğun bir şekilde hissedip deneyimleyebilir; bunun sonucunda, bu yaşantıyı anlamlandırmasıyla büyüme deneyimlemesinin ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Gerçekleştirilen araştırmada, travma sonrası büyümenin, ilişki kesme, merhamet düzeyi ve psikolojik sağlık düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlık ile

travma sonrası büyüme arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürde birçok çalışmanın pozitif yönde olan bu ilişkiyi desteklediği görülmektedir (Yu ve ark., 2014; Li, Cao & Liu, 2015; Shalev, 2002, akt. Özçetin & Hiçdurmaz, 2017; Luthar & Cicetti, 2000; Bonanno, Papa & O'Neill, 2001; Kang ve ark., 2017). Psikolojik sağlamlığı yüksek kişilerin, travma sonrası büyüme düzeylerinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Araştırmanın sonuçları, bu bulgular ile örtüşmektedir ve bu çalışmada da, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan katılımcıların travma sonrası büyüme düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişki literatürde farklı bakış açılarıyla ele alınmaktadır. Psikolojik sağlamlığı yüksek olan kişilerin, travmatik yaşantı ile esnek ve işlevsel bir şekilde baş edebileceği, işlevselliğini sürdürebileceği ve daha düşük düzeyde travmatik stres tepkileri deneyimleyeceği belirtilmektedir. İşlevsel baş etme ve dayanıklılığın olmasının, Tedeschi ve Calhoun'un (2004) deprem metaforunda açıkladığı, travmatik yaşantı sonrası meydana gelen büyümeye zemin hazırlayan yıkımın önüne geçeceği ve sonuç olarak travma sonrası büyümenin deneyimlenmeyeceği ihtimali ileri sürülmektedir (akt., Kang ve ark., 2017). Bunun yanında, psikolojik sağlamlığın travma sonrası büyüme ile pozitif yönde ilişkisinin yanı sıra, büyüme üzerinde belirleyici de bir rolü bulunduğu görüşü bu çalışmanın sonuçları dahil birçok çalışma tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir.

5.3. İkincil/Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Düzeyi, Psikolojik Sağlamlık ve Travma Sonrası Büyümenin Diğer Faktörler ile İlişkisi

5.3.1. Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet: Sosyodemografik faktörler açısından incelendiğinde, cinsiyete göre farklılaşmanın sadece ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinde olduğu görülmektedir. Kadınların ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, literatürdeki bazı çalışmalar ile örtüşmektedir, bununla birlikte literatürde bu alanda birçok çelişkili bulgu görülmektedir. Birinci ve Erden (2016) ile Gürdil'in (2014) gerçekleştirdiği çalışmada, travmatik stres tepkileri açısından cinsiyetler arası bir farklılık gözlemlenmezken; Yeşil'in (2010) çalışmasında ise, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek travmatik stres tepkileri deneyimledikleri bulunmuştur. Zeidner ve Endler'in (1996, akt. Agaibi & Wilson, 2005) ve Mizmizlioğlu'nun (2018) çalışmaları da, psikolojik sağlamlık ile cinsiyet arasında bir ilişki ve cinsiyetler arası bir farklılaşma olmadığını ileri sürmektedir. Linley ve Joseph'in (2007) çalışmasında ise, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde

travma sonrası büyüme deneyimlediklerini ortaya koymaktadır. Bu çelişkili sonuçlar, çalışmanın yapıldığı örneklemin özellikleri ve meslek grubunun, sonuçları etkileyebileceğini düşündürmektedir. İkincil/dolaylı travmatizasyon ile ilgili veriler daha az olmakla birlikte, travmatik deneyime erkekler daha sık maruz kalsa da, kadınların travmatik bir deneyimden sonra daha fazla TSSB geliştirme riskine sahip olması nedeniyle ikincil/dolaylı travmatizasyonun da kadınlarda daha sık görülmesi ön görülen bir sonuç olarak kabul edilmektedir.

Yaş: Değişkenlerden sadece merhamet düzeyi ve umursamazlık düzeylerinin yaş ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Yaşın, travmatik stres ile ilişkili değişkenler üzerindeki etkisi farklılaşmaktadır. Yaş arttıkça travmatik stres tepkilerinin sıklığının azalması gözlemlenebileceği gibi (Çolak ve ark., 2012; Kahil & Palabıyıkoglu, 2018), yaşın ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri açısından bir farklılık yaratmadığını ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (Çolak ve ark., 2012). Zeidner ve Endler (1996, akt. Agaibi & Wilson, 2005) ve Mizmizlioğlu'nun (2018) çalışmalarında, yaşın değişimine bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeylerinde bir farklılaşma olmadığı belirtilmektedir. Yılmaz (2006), genç yetişkinlerde, yaşlılara kıyasla daha yüksek travma sonrası büyüme düzeyi gözlemlendiğini belirtmekle birlikte, çocuklarda travma sonrası büyüme gözlemlenmemesinin sebebini, bilişsel sistemlerin ve şemaların gelişiminin bilgi işleme süreci için önemli bir yere sahip olması ile açıklamaktadır. Gerçekleştirilen bu çalışmada ise, yaş arttıkça, duyulan merhametin ve bununla birlikte merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık düzeylerinin de yükseldiği görülmektedir. Artan yaş ile birlikte, merhamet düzeyinin artmasının, gelişen bilişsel beceriler ve duyulan empati düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında, merhamet yorgunluğunun kümülatif bir sürecin sonucu olduğu kabul edildiğinde (Figley, 1995), yaşın artması meslekte geçirilen süre ve edinilen deneyimle birlikte daha fazla travmatik yaşantıya dolaylı maruziyeti ifade etmektedir, bu da bu sürecin bir sonucu olarak, umursamazlık düşünce, tutum ve davranışları olarak ortaya konulan merhamet yorgunluğunun daha fazla deneyimlenmesine sebep olabilir.

Medeni durum: Medeni durumun travmatik stresle ilişkili değişkenler ile ilişkisine dair farklı bulgular ortaya konmuştur. Yılmaz'ın (2006) çalışmasına göre, bekar ya da evli olmak üzere değişen medeni durumun deneyimlenen travmatik stres tepkilerini etkilediği belirtilmektedir. Bu çalışmada ise, medeni durumun ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet

yorgunluğu, merhamet düzeyi, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olmadığı görülmektedir.

Eğitim: Eğitim düzeyinin, sadece merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleriyle ve psikolojik sağlamlıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna göre, lisans üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların lisans düzeyine kıyasla daha yüksek bağlantısızlık ve umursamazlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Lise ve altı eğitim düzeyi ile diğer eğitim düzeyi kategorileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve kategoriler arası tutarlı bir ilişki olmadığı için, bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyinin de yükseldiği ileri sürülememektedir.

Psikolojik sağlamlığın eğitim düzeyi ile ilişkisi, araştırmalarda yaygınlıkla hizmet içi eğitim üzerinden değerlendirilmiş olup, alınan eğitimler arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de arttığı belirtilmektedir (Pak, Özcan & Çoban, 2017). Bu çalışmada ise, örgün ve mesleki eğitim iki ayrı değişken olarak ele alınarak değerlendirilmiştir. Lisans üstü eğitim ile lisans ve lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığı; lisans üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların, lisans ile lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılardan daha düşük düzeyde psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ancak, lisans ve lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılar karşılaştırıldığında psikolojik sağlamlık düzeyi açısından ilişki bulunamadığı için, eğitim ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin daha dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Lise ve altı eğitim düzeyindeki katılımcıların icra ettikleri meslekler incelendiğinde, daha çok acil tıp teknisyeni, itfaiye eri ve hemşire oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde, düşük eğitim düzeyinin yanında, travma alanında, bu meslek grubuna mensup kişilerin, gün içerisinde birçok travmatize olmuş kişi ve travmatik yaşantıya maruz kalmalarıyla birlikte, psikolojik sağlamlık düzeylerinin gelişerek daha yüksek olması, birçok çalışma tarafından ileri sürülen görüşler ile örtüşmektedir (Pak, Özcan & Çoban, 2017; Kararımak, 2006; Özkul & Çalık Var, 2018). Bunun yanında, eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla psikolojik sağlamlığın da yüksek olmasını destekleyen görüşler ile çelişen bu bulgular, araştırma örnekleminde eğitim düzeyi yüksek olan grubun çoğunlukla öykü yoluyla temas eden grup olması ve bu grupta da psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Bunun yanında, bazı çalışmalar eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin düşük ve travma sonrası büyüme düzeylerinin de ilişkili olarak daha yüksek olduğunu işaret ederken (Linley ve Joseph, 2004), bu çalışmada böyle bir ilişki görülmektedir. Sonuçlar, bu araştırma kapsamında, eğitim düzeyinin, daha çoğunlukla öykü ve fiziksel temas yoluyla travmatik yaşantıya maruz kalan farklı meslek grupları arasındaki farklılaşmayı yansıtıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Ekonomik düzey: Ekonomik düzeyin ikincil/dolaylı travmatizasyon ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ekonomik düzeyini çok iyi olarak tanımlayan kişilerin, iyi olarak tanımlayanlara kıyasla daha yüksek ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Bu bulgular, ekonomik düzey ile ikincil/dolaylı travmatizasyon ilişkisi çok nadir göz önünde bulundurulmuş bir alan olmakla birlikte, refah düzeyi arttıkça, kişinin yaşam koşulları iyileştikçe, daha düşük düzeyde ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimlenmesi görüşünü destekleyen literatürdeki bazı sonuçlar ile çelişmektedir (Quinn, Ji & Nackerud, 2019). Bunun yanında, ekonomik düzey grupları arasında karşılaştırma yapıldığında, sadece ortalama ile iyi ve çok iyi ile iyi ekonomik düzeye sahip katılımcılar arasında ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri açısından bir farklılık görülmesi ve ekonomik düzey kategorileri arasında ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyleri açısından tutarlı bir farklılık olmaması bu bulgunun yorumlanmasını güçleştirmektedir.

Travma sonrası büyüme düzeyleri açısından incelendiğinde de benzer bir durum görülmektedir. Ekonomik düzeyini iyi olarak tanımlayan katılımcıların büyüme düzeylerinin, kötü olarak tanımlayan katılımcılara kıyasla, anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular literatürdeki diğer araştırmalar ile örtüşmektedir (Linley ve Joseph, 2004). Bunun yanında, diğer ekonomik düzey kategorilerinin birbiri ile ilişkili bulunmaması ve ekonomik düzey kategorileri arasında travma sonrası büyüme düzeyleri açısından tutarlı bir farklılık gözlemlenmemesi bu bulgunun yorumlanmasını mümkün kılmamaktadır.

Psikiyatrik Tedavi Öyküsü: Katılımcıların psikiyatrik tedavi alıp almamasının, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar detaylı incelendiğinde, psikiyatrik tedavi öyküsü bulunan kişilerin daha yüksek ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyine ve daha düşük umursamazlık düzeyine sahip olduğu, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuçların, psikolojik sağlamlık düzeyi daha düşük olan ve daha fazla ikincil

travmatizasyon deneyimleyen kişilerin daha fazla psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duymaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Tıbbi öyküsünde, psikiyatrik bir hastalığın var olması, kişinin başa çıkma tutumlarını etkilemesi ile birlikte, travmatik stres tepkileri ve ikincil/dolaylı travmatizasyon açısından daha yüksek risk grubunda olduğu görüşü ile örtüşen bir bulgudur (Johnsen, Eid, Lovstad & Michelsen, 1997; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Green, Grace ve Glesser, 1985; akt. Yılmaz, 2006; Duruduygu, Aker & Acicbe, 2003). Aynı zamanda, bu sonuçlar, psikolojik sağlamlığı düşük olan kişilerin travmatik stres ile baş etmekte daha fazla zorlandıkları ve psikolojik bozukluk geliştirme risklerinin daha yüksek olduğu görüşünü de desteklemektedir (Cevizci & Müezzini, 2019). Merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık düzeyinin daha düşük olması değerlendirildiğinde, katılımcıların psikiyatrik tedaviyi ne zaman aldığı bilinmemesi nedeniyle bu tedavinin etkilerine ve sonuçlarına dair kesin bir yorum yapmayı zorlaştırmaktadır.

Psikoterapi Öyküsü: Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların psikoterapi geçmişinin olmasının ise, merhamet yorgunluğunu işaret eden bağlantısızlık ve psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğu görülmektedir. Psikoterapi geçmişi bulunan kişiler daha yüksek bağlantısızlık ve daha düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olarak bulunmuştur. Psikiyatrik tedaviye benzer bir şekilde, öncelikle psikoterapi desteğinin ne zaman alındığının bilinmemesi önemli olmakla birlikte, bu bulgu, merhamet yorgunluğu yüksek ve psikolojik sağlamlığı daha düşük düzeyde olan kişilerin bu desteğe olan talep ve ihtiyaçlarının da daha fazla olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır.

5.3.2. Mesleki Faktörler

Meslekte Geçirilen Süre ve Travma Alanında Çalışma Deneyimi Süresi: Literatürde, travma sahasında ne kadar süre çalışıldığı merhamet yorgunluğu ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını ileri süren çalışmaların yanı sıra (Roberts, Flannely, Weaver & Figley, 2003; Abendroth & Flannery, 2006); gerçekleştirilen birçok çalışmada da, meslekte geçirilen sürenin, travma alanında çalışma deneyimi ve iş yükünün ikincil/dolaylı travmatizasyon riskini arttığı ortaya konmuştur (Altekin, 2014; Bober & Regehr, 2006; Büyükbodur, 2018; Adams, Figley & Boscarino, 2008; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004; Pak, Özcan & Çoban, 2017). Çolak ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre, mesleki deneyim süresi ile ikincil/dolaylı travmatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya konmuştur. Schwartz (2008) ise, çalışanların meslekte geçirdikleri süre arttıkça, baş etme becerilerinin de daha fazla gelişeceğini

ve bunun sonucu olarak daha düşük ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyi deneyimleyeceklerini ileri sürmektedir. Bunun yanında, Cingi ve Eroğlu'nun (2019) alışmasında, meslekte geçirilen süre arttıkça merhamet düzeyinin de ilişkili bir Şekilde yükseldiği görölmektedir. Bunun deneyimle birlikte beceri ve öngörülerin artması, hata yapma oranlarının düşmesi ve daha iyi sonuçlar alınmasıyla birlikte, empati yapabilme becerilerinin gelişmesiyle ilişkili olduğu ileri sürölmektedir.

Bu çalışmada ise, katılımcıların mesleklerinde geçirdikleri süre ve travma alanında çalışma deneyimi sürelerinin sadece merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve ilişki kesme ile ilişkili olduğu görölmektedir. Meslekte geçirilen süre arttıkça, merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve ilişki kesme düzeylerinin de arttığı; aynı zamanda travma alanında çalışma süresi arttıkça da merhamet düzeyinin yükseldiği görölmektedir. Bu sonuçlar, Figley'in (1995) teorisi ile de örtüşmektedir; artan süre ile birlikte, kişinin destek ve bakım verdiği kişilere ve yaptığı işe dair algısının değiştiği, kurduğu empati ve hissedilen yakınlığın bir sonucu olarak duyduğu merhamet düzeyinin yükseldiği düşünölmektedir. Cingi ve Eroğlu'nun (2019), yaş ve meslekte geçirilen sürenin artması ile birlikte, profesyonellerin artan mesleki beceri ve öngörülerinin, daha yüksek empati kurabilmeleri ve merhamet doyumlarının artması ile sonuçlandığı görüşü ile de örtüşmektedir. Bunun yanında, artan bu süre ve yüksek merhamet düzeyinin bir sonucu olarak ise, zaman içerisinde kümülatif bir Şekilde alışanların belirli bir düzeyde merhamet yorgunluğu deneyimleyebileceği ve umursamazlık düzeylerinin artabileceği kabul edilmektedir. Kişinin, deneyimlediği merhamet yorgunluğunun bir sonucu olarak, bakım ve destek verdiği kişilere dair umursamazlık düzeyinin artması ve ilişkisini kesip mesafelenmesi gibi düşünce, tutum ve davranışlarını ortaya koymasđ, beklenen bir sonuç olarak görölmektedir.

Travmatik Yaşantıya Maruz Kalma Sıklığı: Literatürde, birçok çalışmada, travmatik yaşantıya maruz kalmanın ve yoğun vaka görmenin travmatik stres tepkileri ve merhamet yorgunluğu belirtileri açısından çalışanı risk altında bıraktđı ileri sürölmektedir (Yılmaz, 2006; Hyman, 2004; Lee, 1995; akt. Figley & Abendroth, 2011). Gerçekleştirilen bu araştırma sonuçlarına göre, sadece merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve travma sonrası büyüme düzeyleri travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Bunun yanında, ikili karşılaştırmalarda maruz kalma sıklığı kategorileri arasında umursamazlık ve

travma sonrası büyüme düzeyleri açısından tutarlılık gözlemlenmemesinden dolayı, maruz kalma sıklığı ile bu değişkenler arasında tutarlı bir ilişkiden bahsetmek söz konusu olmamıştır.

Bu sonuçlar, literatürdeki diğer çalışmalar ile çelişmektedir. Öncelikle, birçok çalışma ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığı arttıkça, daha yüksek olacağını ileri sürerken (Lee, 1995; akt. Figley & Abendroth, 2011); bu çalışmada, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğunun bağlantısızlık ve ilişki kesme düzeylerinin travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığı ile bir ilişkisi olmadığı, umursamazlık düzeyinin ise travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığına göre tutarlı bir ilişki içinde olmadığı görülmektedir.

Bunun yanında, Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) çalışmasında, çalışanların travmatik yaşantıya maruz kalma sıklıkları arttıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin yükseldiği görülmektedir. Bu durumun ya çalışanın zaman içerisinde kümülatif bir şekilde duyarsızlaşması ya da bu alanda deneyim kazanarak bu zorlukla baş etme gücünün artması ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmadaki sonuçlar, Pak, Özcan ve Çoban'ın (2017) çalışmasındaki ile benzer bir şekilde, uzun yıllardır mesleği icra etmek ve yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olmak ile bağlantılı olarak travmatik yaşantıya maruziyet ile baş etme gücünü artmış olabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda, bu çalışmada, ön görülen travmaya maruziyet sıklığının artmasıyla diğer değişkenlerde olumsuzlaşma sonucunun elde edilememiş olması da bu durumla ilişkili olabilir. Ayrıca, destekleyici ve koruyucu diğer faktörlerin etkisi ile birlikte, farklı meslek gruplarında, bu maruziyetin nasıl algılandığı ve deneyimlendiğinin değişiklik gösterebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Travmaya Dair Eğitim Alınması: Psikolojik travma alanında eğitim alınmasıyla, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık ve bağlantısızlık düzeyleri ile merhamet düzeyleri arasında ilişki olduğu görülmektedir. Eğitim alan kişiler daha düşük ikincil/dolaylı travmatizasyon deneyimlerken, bu kişilerin merhamet yorgunluğunu işaret eden umursamazlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim alan kişilerin ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin daha düşük olması sonucu literatürdeki birçok araştırma tarafından desteklenirken, umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin daha yüksek olması, birçok çalışma ile çelişen bir sonuç ortaya koymaktadır (Slattery & Goodman, 2009, akt. Özkul & Çalık Var, 2018; Adams, Boscarino, Figley, 2006; Baird & Jenkins, 2003; Ortlepp & Friedman, 2002). Çalışanların travmaya ve etkilerine

dair eğitim almamış olmalarının, ne yaptığını biliyor olmak ve gerekli desteği verirken yapılan işe hakim olmanın getirdiği koruyucu faktöre sahip olmadıkları anlamına geldiğini ileri sürülmektedir. Bunun yanında eğitim ve süpervizyon desteğinin kişilerin bakış açıları ve baş etme mekanizmalarını da olumlu yönde etkileyeceği ve bunun sonucu olarak dolaylı psikolojik sağlamlık geliştirmelerine olanak sağlayabileceği de düşünülmektedir (Figley & Kiser, 2013; Pearlman & Caringi, 2009; Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015; Walsh, 2007; akt. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017; Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom & Gangsei, 2015). Psikolojik travma alanında alınan eğitim sonucunda, deneyimin ve bilgi birikiminin artması ile birlikte, kişinin travmatik stres ile ilişkili durumları daha iyi anlamlandırabilmesi ve baş etmesi beklenmektedir. Araştırmada bulunan düşük ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeyi bu görüşü desteklerken; yükselen umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin, kişilerin aldıkları eğitim ile birlikte, yapmış oldukları işe dair bakış açılarının ve baş etme yöntemlerinin değişmesi, önemseme düzeylerinin düşerek, daha fazla mesafelenerek ve daha az ilişkilenerik mesleklerini icra ediyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Aynı zamanda, eğitim alan katılımcıların merhamet düzeyleri de daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, bu alanda eğitim aldıkça, bakım ve destek verilen grubun daha iyi anlaşılması, empati kurabilme ve iletişim becerilerini desteklenmesi ve aynı zamanda kişinin travmatik stresi daha iyi anlaması ile birlikte merhamet düzeylerinin de ilişkili olarak gelişebileceğini düşündürmektedir. Bunun yanında, bu araştırmada, travmaya dair eğitim alan grubun çoğunlukla öykü üzerinden travmatik yaşantıya temas ederek çalışan ruh sağlığı çalışanları olduğu görülmektedir. Bulgular bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, travma eğitimi alan katılımcıların merhamet düzeylerinin yüksek olması; öykü ile temas eden grubun fiziksel müdahale ile temas eden gruba kıyasla daha fazla bu alanda eğitim alması ve karşılaştırmalı analizlerde merhamet düzeylerinin daha yüksek bulunması ile açıklanabilir.

Zehr (2015), çalışanların merhamet yorgunluğuna dair aldıkları eğitim ile birlikte, yorgunluk düzeylerinin zaman içerisinde düştüğünü ifade etmektedir. Bu bakış açısıyla değerlendirildiğinde, alınan hizmet içi eğitimlerin etkisinin daha uzun vadede değerlendirilmesinin daha uygun olabileceği düşünülmektedir.

Süpervizyon: Süpervizyon alan katılımcıların merhamet yorgunluğunu işaret eden bağlantısızlık düzeylerinin daha yüksek, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir. Literatürde, terapistler ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise, süpervizyon alan kişilerin, daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu deneyimlediği görülmektedir ve araştırmacılar bu sonucu, süpervizyon desteği alınmasının değil, içeriğinin ve kalitesinin daha etkili olması görüşü ile açıklamaktadır (Sodeke-Gregson, Holtum & Billings, 2013). Bober ve Regehr'in (2006) psikoterapistler ile gerçekleştirdiği çalışmada da, zevk veren aktiviteler yapılması, öz bakım uygulamaları, kendini geliştirme ya da süpervizyon alınmasının, travmatik stres düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını bulgulamıştır. Uzmanların bu baş etme ve kendini koruma stratejilerini uygulamasının, özellikle akut olmak üzere, travmatik stres tepkilerini azaltmak için beklenen etkiyi yapmadığı görülmektedir. Araştırmacı, profesyonellerin çalışma yükü ve organizasyonel koşulların daha fazla etkiye sahip olduğunun anlaşılması sebebiyle, bireyselden çok organizasyonel önleyici ve koruyucu yöntemlerin ve başa çıkma tutumlarının geliştirilmesinin daha işlevsel olabileceğini ifade etmektedir. Gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarına göre, kullanılan ölçekte, bağlantısızlık düzeyinin yüksek olması, merhamet yorgunluğunu işaret etmekle birlikte, bu sonuçların iki görüş ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Sodeke-Gregson, Holtum ve Billings'in (2013) de öne sürdüğü üzere, süpervizyonların içerik ve kalitesinin bilinmemesinin bu sonuçları etkilemesi olasılığı göz önünde bulundurulmaktadır. Aynı zamanda, bağlantısızlık ölçeğinde, kişinin bağlantıyı keserek süreç ve travmatik stres tepkileri ile baş etmesini sağlayan tutum ve davranışları ifade ettiği görülmektedir; süpervizyon alan kişilerde, bireysel süreçlerinin dahil olarak, merhamet yorgunluğu ile birlikte bağlantısızlık düşünce, tutum ve davranışlarının artabileceğini düşündürmektedir.

Süpervizyon ve psikolojik sağlamlık ilişkisi incelendiğinde ise, bu çalışmada, süpervizyon alan kişilerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olması literatürdeki birçok çalışmayla çelişen bir sonuç olarak bulunmuştur. Yaygınlıkla gözlemlenen bulgu, travmaya dair eğitim ve süpervizyon alan kişilerin, yaşadıkları deneyime bakış açılarının değişmesi ile birlikte daha farklı baş etme yolları geliştirebildikleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olması olarak ortaya konmaktadır (Figley & Kiser, 2013; Pearlman & Caringi, 2009; Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015; Walsh, 2007; akt. Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom & Gangsei, 2017; Hernandez-Wolfe, Killian, Engstrom & Gangsei, 2015; Kapoulitsas & Corcoran, 2015). Bu çelişkili sonuçlar, araştırma

kapsamında, birçok farklı meslek grubunu ve eğitim arka planını kapsayan heterojen bir örneklem ile çalışılması ile açıklanabilir. Süpervizyon aldığını belirten katılımcıların öykü ile temas yoluyla çalışanlar olduğu ve fiziksel müdahale ile temas yoluyla travmatik yaşantıya maruz kalan katılımcıların çoğunluğunun süpervizyon desteği almadığı görülmektedir. Bunun yanında, örnekleme, psikolojik sağlamlığı yüksek olan grubun fiziksel müdahale yoluyla temas eden grup olması ve süpervizyon aldığını belirten katılımcıların çoğunlukla psikolojik sağlamlık düzeyi daha düşük bulunan öykü üzerinden temas eden gruptan olması nedeniyle, psikolojik sağlamlık ve travmaya dair eğitim almış olmanın arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş olabilir.

5.3.3. Algılanan Sosyal Destek Faktörü

Algılanan sosyal destek, aile, arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan destek olarak tanımlanmış olup; literatürdeki diğer çalışmalarda genellikle sosyal desteğin daha bütün bir kavram olarak incelenmekte olup bu şekilde detaylandırılmamış olduğu anlaşılmaktadır.

Aile, arkadaş, ekip ve yönetici olmak üzere, algılanan sosyal destek kaynaklarının ikincil/dolaylı travmatizasyon, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu bulunurken, merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu düzeylerini işaret eden umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme ile ilişkisinin olmadığı görülmektedir.

Literatürde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunun sosyal destek ile ilişkisi birçok çalışma tarafından ortaya konulurken, bu sonuçlar yaygınlıkla görülen bulgular ile çelişmektedir. Çalışmalar, algılanan sosyal desteğin, merhamet yorgunluğu ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğunu, özellikle aileden alınan desteğin merhamet yorgunluğu için yordayıcı bir faktör olduğunu; destekleyici bir iş ortamına sahip olmanın ise, çalışanların merhamet yorgunluğunun daha düşük düzeyde olmasına etki ettiğini ortaya koymaktadır (Örneğin, Salston & Figley, 2003; Ariapooran, 2014; Pergol-Metko & Czyzewski, 2020). Ariapooran'ın (2014) çalışmasında, bu çalışma ile benzer şekilde, merhamet yorgunluğu ile sosyal destek arasında bir ilişki bulunmamakta; partner, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal destek daha detaylı incelendiğinde ise, sadece aileden alınan desteğin yordayıcı bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu bulguların daha iyi anlaşılması için, farklı değişkenler de dahil edilerek detaylı analizler ile incelenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Bunun yanında, aile, arkadaş, ekip ve yönetici alanlarından alınan sosyal desteğin ikincil/dolaylı travmatizasyon ile negatif yönde bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Bu kaynaklardan alınan algılanan sosyal destek arttıkça, ikincil/dolaylı travmatizasyon düzeylerinin düştüğü bulunmuş olup, bu sonuçların birçok çalışma ile örtüştüğü görülmektedir (Kahil, 2016; Sungur, 1999; Gürkan & Yalçiner, 2017, Ortlepp & Friedman, 2002, Özkul & Çalık Var, 2018; Yılmaz, 2006). Çalışanların, sosyal desteği yaşanan zorlayıcı deneyimler ile baş etme mekanizması olarak gördükleri anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar, algılanan sosyal desteğin, ikincil/dolaylı travmatizasyon ile baş etmekte ve bu süreci yönetmekte önemli bir dışsal ve koruyucu kaynak olduğunu düşündürmektedir. Kişinin sosyal destek kaynaklarına sahip olmasının, deneyimlenen travmatik yaşantıya dair bilişsel süreçlerini daha işlevsel bir şekilde işlemleyerek, sadece stresi daha iyi yönetmesine olanak sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda, yeni baş etme mekanizmaları geliştirmesine de katkı sağladığı ve bu sayede travmatik stres ve ikincil/dolaylı travmatizasyon belirtilerini daha iyi yönetebildiği belirtilmektedir (Schaefer & Moos, 1992, akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016; Sungur, 1999).

Psikolojik sağlamlığın da, aile, arkadaş, ekip ve yöneticilerden alınan sosyal desteğin ile pozitif yönde ilişki olduğu; alınan destek arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyinin de arttığı görülmektedir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışma ile örtüşmektedir; algılanan sosyal destek ile ilişkili olarak, kişinin dayanıklılığıyla paralel bir şekilde psikolojik sağlamlığının da geliştiği gözlemlenmektedir (Basım & Çetin, 2011, Terzi, 2006, akt., Kavi & Karakale, 2018). Özellikle, iş yerinden alınan sosyal desteğin, merhamet doyumunu yükseltmekle birlikte, psikolojik sağlamlık düzeylerini de olumlu yönde etkilediği ileri sürülmektedir (Frey, Beesley, Abbott & Kendrick, 2017).

Benzer sonuçlar, travma sonrası büyüme için de geçerli olmakla birlikte, aile desteğinin büyüme düzeyleri ile bir ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Arkadaş, ekip ve yönetici desteğinin travma sonrası büyüme düzeyi ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu; arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan kişilerin, travma sonrası büyüme düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Birçok çalışma, sosyal desteğin bir kaynak olarak kişinin hayatında olmasının, deneyimlenen sosyal etkileşim ve paylaşım ile birlikte, kişinin inanç sistemindeki oluşum ve değişimlerde olumlu bir etki yaratarak, büyüme için etkili bir yordayıcı faktör olduğunu belirtmektedir (Güneş, 2001, Calhoun ve Tedeschi,

1998, akt., Yılmaz, 2006; Karancı, 2005; Kang ve ark., 2017). Gerçekleştirilen çalışmadaki, aile desteğinin büyüme ile ilişkili olmadığı bulgusu ile örtüşen şekilde, bazı çalışmalarda, organizasyonel destek, aile ve arkadaş desteğinin travma sonrası büyüme üzerinde anlamlı bir etkisinin ya da yordayıcılığının olmadığı ileri sürülmektedir (Satkunanayagam, Tunariu & Tribe, 2010; akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2015; Tehrani, 2010; Brockhouse, Msetfi, Cohen & Joseph, 2011; Linley & Joseph, 2005, 2007). Bunun yanında, bu sonuçlar, meslekte yaşantılanan bir travmatik yaşantı sonrasında deneyimlenen dolaylı travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörler göz önünde bulundurulduğunda, büyümenin deneyimlenmesi için, aile desteğinden ziyade, özellikle arkadaş, ekip ve yöneticilerden alınan organizasyonel ve sosyal desteğin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir (Cohens & Collens, 2013; Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

5.4. Travma Sonrası Büyümenin Yordayıcıları

Farklı odak gruplarında, travma sonrası büyümeyi açıklayan, travma sonrası büyümeyi yordayan faktörlerin neler olduğunu inceleyen birçok araştırma ve model bulunmaktadır. Literatürde en temel alınan Calhoun ve Tedeschi'nin (1998, akt., Tedeschi & Calhoun, 2004) İşlevsel Betimsel Travma Sonrası Büyüme Model'inde, en önemli faktörler, travmatik yaşantının şiddeti, ruminasyon süreci, sosyal destek, kişinin öyküsünü yeniden gözden geçirmesi ve baş etme becerileri olarak açıklanmakla birlikte, farklı modeller de mevcuttur.

Araştırmalar yaygınlıkla travma sonrası büyümenin yordayıcı faktörlerini farklı şekillerde önceliklendirmiştir. Manning-Jones, Terte ve Stephens (2017), kişilerin baş etme yöntemlerinin işlevsel olmasıyla dolaylı travma sonrası büyümenin deneyimlenebileceğini ileri sürerken, Schaefer ve Moss (1998, akt., Yılmaz, 2006), kişisel ve çevresel sistemi, bilişsel değerlendirme süreci ve başa çıkma yollarının büyümeyi belirlediğini ifade etmektedir. Janoff-Bulman (2004), başa çıkma tutumlarını temel alarak, Acı Yoluyla Güçlenme, Psikolojik Hazırlıklılık ve Varoluşsal Yeniden Değerlendirme olmak üzere üç farklı model ile büyümeyi açıklamaktadır.

Bu çalışmada büyümeyi yordayan değişkenlerin bulunması amacıyla, hem çalışmada büyüme ile ilişkili bulunan değişkenler, hem de literatürde sıklıkla vurgulanan değişkenler ele alınarak bir model oluşturulmuştur. Bu modelde bağımsız değişken olarak merhamet düzeyi, olası merhamet yorgunluğunu işaret eden değişkenlerden ilişki kesme düzeyi, psikolojik

sağlamlık düzeyi, ekonomik düzey, travmatik deneyime maruz kalma sıklığı, arkadaş desteği, ekip desteği ve yönetici desteği bağımsız değişkenleri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu düşünülen ikincil travmatizasyon, umursamazlık ve bağlantısızlık düzeylerinin yanı sıra mesleki deneyimlerle ilişkili olarak icra ettikleri meslekte ne şekilde psikolojik travmaya maruz kaldığı (öyküyle ya da fiziksel temas yoluyla), psikolojik travma eğitimi ve süpervizyon alınıp alınmadığı, icra ettikleri meslekte ve travma alanında geçirilen çalışma süresi modele alınmıştır. Bu değişkenlerle oluşturulan model, travma sonrası büyümeyi %28 oranında açıklamıştır. Bunlar içerisinde psikolojik sağlamlık, aile desteği, yönetici desteği, travmatik yaşantıya yılda 3-5 kez maruz kalma sıklığı ve süpervizyon almak yordayıcı değişkenler olarak bulunmuştur.

Çok daha yeni göz önünde bulundurulmaya başlanan psikolojik sağlamlık ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiye dair literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Hekimler arasında yapılan bir çalışmada, psikolojik sağlamlık ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki bulunurken, hemşireler ve rehabilitasyon çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada, “zorlukları üstesinden gelinmesi gereken sınavlar olarak görürüm” gibi psikolojik sağlamlığa dair inançlar ile travma sonrası büyümenin yeni olasılıklar bileşeni arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir (Taku, 2014; Shiri ve ark., 2010; akt. Manning-Jones, Terte, Stephens, 2015). Manning-Jones, Terte ve Stephens (2015) bu sonuçları, kişilerin zorluklara dair olumlu bir tutum sergilemesinin travmatik stres ile baş etme güçlerini arttırması, aynı zamanda dolaylı travmatik yaşantıya maruziyetin etkisini hafifleterek büyüme olasılığının azalması ile açıklamaktadır. Bu çalışmada ise, psikolojik sağlamlık ile travma sonrası büyüme arasında pozitif bir ilişki olmasının yanı sıra, psikolojik sağlamlığın büyümenin yordayıcı faktörlerinden biri olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, psikolojik sağlamlığın yüksek olmasının travma sonrası büyüme üzerindeki belirleyici etkisinin yanında, psikolojik sağlamlığı yüksek olan kişilerin baş etme güçlerinin yüksek, değişime açık ve esnek olmaları nedeniyle travma sonrası büyüme deneyimlemeye de daha açık oldukları görüşü ile örtüşen niteliktedir (Kang ve ark., 2018; Westphal & Bonanno, 2007).

Gerçekleştirilen çalışmada, travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığının travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunun bulunmasının yanı sıra, çalışanların meslekleri gereğince sadece yılda 3 ile 5 kez travmatik yaşantıya maruz kalmasının travma sonrası büyümeyi yordadığı görülmektedir. Stevenson'ın (2015) yılında klinik psikologlar ile gerçekleştirdiği çalışmada,

düzenli ve sık olarak destek verdikleri danışanlarının deneyimledikleri travmatik yaşantılara maruz kalan profesyonellerin daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme deneyimledikleri ortaya konmuştur. Literatürdeki çalışmalarda, travmatik yaşantıya maruziyet ve büyüme arasındaki ilişki, sıklıktan ziyade bu yaşantının şiddeti ve nasıl algılandığı perspektifi ile ele alınmıştır. Dolayısıyla travmatik yaşantıya sıklıkla maruziyetin, travmatik stres tepkilerini ve şiddetini arttırabileceği varsayımı ile bakıldığında, artan sıklıkla büyümenin artacağı ileri sürülebilir. Bunun yanında, bu çalışmada, travmatik yaşantıya maruz kalma sıklık kategorileri ile travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinde; sadece yılda 3 ile 5 kez travmatik yaşantıya maruz kalmanın büyüme yordadığı bulunmuştur. Buna göre, travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığının yılda 3 ile 5 kez arasında görülmesinin, travma sonrası büyüme düzeyinin daha düşük olmasına yol açtığı belirlenmiştir.

Literatürde, aile, arkadaşlar, akran ve organizasyonel kaynaklardan alınan desteğin yanı sıra, süpervizyon desteği de sosyal destek kapsamında ele alınmakta ve süpervizyon alınmasının, travma alanında çalışan profesyonellerde travma sonrası büyüme yordayan ilişkili faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, literatürde özellikle akran desteği ve süpervizyonun dolaylı travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunu ileri süren birçok çalışma ile örtüşmektedir (Satkunanayagam, Tunariu & Tribe, 2010; Tehrani, 2010; akt., Manning-Jones, Terte & Stephens, 2015; Brockhouse ve ark., 2011; Linley & Joseph, 2005, 2007). Bunun yanında regresyon analizinde, süpervizyon almanın, travma sonrası büyüme düzeylerinin daha düşük olmasına neden olduğu görülmektedir. Bu sonuçların, hem Sodeke-Gregson, Holtum ve Billings'in (2013) de belirttiği süpervizyonların içerik ve kalitesinin bilinmemesinin bir sonucu olabileceği gibi hem de süpervizyon sürecinde profesyonellerin bu süreci nasıl deneyimledikleri, gelişimlerine katkı sağlayıp sağlamadığı ya da süpervizyon sürecinin kendisinin kişi üzerindeki etkilerinin anlaşılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Aile desteği, travma sonrası büyümenin yordayıcılarından biri olmakla birlikte, alınan bu destek arttıkça büyüme düzeyinin düşmesine yol açtığı görülmektedir. Literatürdeki bazı sonuçlarla çelişiyor olarak görülen bu bulgunun, aileden alınan desteğin bir konfor ve güven alanı oluşturmasının sonucu olarak travmatik stresin daha düşük düzeyde yaşanmasıyla, büyüme zemin hazırlayan bir sürecin deneyimlenmemesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yönetici desteğinin ise, travma sonrası büyüme ile ilişkisi sosyal destek olarak ele alınarak birçok çalışma tarafından desteklenmektedir. Kanser hastaları ile

gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcılar sosyal desteğin deneyimlenen travma sonrasında büyümeleri ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013; akt. Tedeschi, Calhoun & Groleau, 2015). Calhoun ve Tedeschi (2000, akt., Tedeschi, Calhoun & Groleau, 2015) bu ilişkiyi, büyümeyi teşvik eden ve destekleyen bir sosyal desteğe sahip olmanın, kişilerin kendi yaşadıkları ile benzer deneyimlere ve zorluklara sahip kişiler ile travmatik yaşantı öykülerini paylaşmalarının, kişilerin travmatik yaşantıyı nasıl algıladıklarını değiştirdiği gibi büyümeye de zemin hazırladığı görüşü ile açıklamaktadır. Aynı şekilde, sosyal desteğin kişinin baş etme mekanizmalarını desteklemesinin yanı sıra, izolasyon ve yalnızlığı da azaltarak büyümeye zemin hazırladığı ortaya konmaktadır (Schaefer & Moss, 1998, akt., Yılmaz, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Bunun yanında bazı çalışmalar, organizasyonel destek ve aile ve arkadaşlardan alınan desteğin büyüme üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını, sadece akran desteğinin daha ön planda etkili olduğunu ileri sürmektedir (Brockhouse ve ark., 2011; Tehrani, 2010). Calhoun ve Tedeschi'nin (2000, akt., Tedeschi, Calhoun & Groleau, 2015) görüşleri ile örtüşen bir şekilde bu çalışmada da, travma sonrası büyüme sosyal destekle ilişkili bulunmuş olup, özellikle aile ve yönetici desteğinin anlamlı bir etkinliğe sahip olduğu görülmektedir. Aile, arkadaş, akran ve organizasyonel kaynaklardan ve süpervizörden alınan sosyal desteğin, travmatik stres tepkilerini azaltmasının yanı sıra, travmatik yaşantının pozitif sonuçlarının da geliştirilmesine zemin hazırladığı düşünülmektedir (Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016).

Xiaoli ve arkadaşlarının da (2019) gerçekleştirdikleri metaanaliz çalışmasında belirttikleri üzere, kullanılan ölçeklerin kesim noktası olmaması ve her araştırmanın farklı düzeyleri orta ve yüksek olarak kabul etmesi nedeniyle, travma sonrası büyüme düzeyini ve yüksek düzeyde büyümenin görülmesi için gerekli faktörleri belirlemek oldukça zorlaşmaktadır. Sonuçlar, bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirildiğinde ise, travma sonrası büyümeyi tek bir model ile açıklamak mümkün olmamakla birlikte, çalışmanın gerçekleştirildiği örneklem grubu, zaman dilimi, travmatik yaşantıya maruz kalma şekli, baş etme tutumları gibi birçok farklı faktör bir arada değerlendirilerek modellerin ele alınmasının gerekliliği göze çarpmaktadır.

5.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın, ileriki çalışmalarda, göz önünde bulundurulması gereken sınırlılıkları şu şekildedir:

- Gerçekleştirilen araştırma kapsamında birçok farklı meslek grubundan profesyonelle ulaşılmış olup, travma sahasında çalışan kişiler açısından çeşitlilik sağlanmış olmakla birlikte, çok fazla sayıda meslek grubunun değerlendirmeye alınması önemli ölçüde heterojen bir örneklem grubu olmasına yol açmıştır. Bu durum da meslek grupları arasında, katılım sayısının dengelenmesi gerekliliğini göstermektedir.
- Araştırma, Türkiye genelinde gerçekleştirilirken, farklı şehirlerde çalışan profesyonellerin katılım oranlarının tabakalama sistemi ile dengelenerek örneklemin oluşturulmasının kapsayıcılığı arttıracığı düşünülmektedir.
- Sosyodemografik bilgi formunda, alınan bilgiler sırasında, çalışma koşullarının daha iyi tanımlanması ve daha fazla seçeneğin belirlenmesi mesleki yaşam koşulları ile travmatik stresle ilişkili psikolojik süreçler arasındaki ilişkiye dair daha fazla veri sağlayacaktır.
- Öykü ve fiziksel temas yoluyla travmaya maruz kalan gruplar arasında özellikle cinsiyet ve yaş gibi değişkenler açısından sayısal eşleştirmenin sağlanamaması bu gruplar arasındaki karşılaştırmaların gücünü azaltmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Öykü ve fiziksel temas yolu ile travma alanında çalışan meslek gruplarında, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve travma sonrası büyüme düzeyleri açısından gruplar arası bir farklılık bulunmazken, merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme), merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklılaştığı görülmektedir.
2. İkincil/dolaylı travmatizasyon; merhamet yorgunluğu, merhamet düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile negatif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir.
3. Merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme); ikincil/dolaylı travmatizasyon ile negatif yönde, psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde bir ilişki içinde görülmekte ve sadece ilişki kesme düzeyinin travma sonrası büyüme ile pozitif yönde bir ilişkisi vardır.
4. Merhamet düzeyi ile merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme), psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyüme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. Psikolojik sağlamlığın; travma sonrası büyüme ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir.
6. İkincil/dolaylı travmatizasyon; cinsiyet, ekonomik düzey, psikiyatrik tedavi, psikolojik travmaya dair alınan eğitim ve aile, arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan algılanan sosyal destek ile ilişkilidir.
7. Merhamet yorgunluğu (umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme); yaş, eğitim düzeyi, psikiyatrik tedavi ve psikoterapi öyküsü, meslekte geçirilen süre, psikolojik travmaya dair alınan eğitim ve süpervizyon ve meslekleri gereğince travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığı ile ilişkilidir.
8. Merhamet düzeyi; yaş, meslekte geçirilen süre, travma alanında çalışma deneyimi süresi ve psikolojik travmaya dair alınan eğitim ile ilişkilidir.
9. Psikolojik sağlamlık; eğitim düzeyi, psikiyatrik tedavi ve psikoterapi öyküsü, süpervizyon alınması ve aile, arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan algılanan sosyal destek ile ilişkilidir.

10. Travma sonrası büyüme; ekonomik düzey, meslekleri gereğince travmatik yaşantıya maruz kalma sıklığı ve arkadaş, ekip ve yöneticiden alınan algılanan sosyal destek ile ilişkilidir.
11. Travma sonrası büyümenin yordayıcıları psikolojik sağlamlık, aile desteği, yönetici desteği, travmatik yaşantıya yılda 3-5 kez maruz kalma sıklığı ve süpervizyon almak olarak bulunmuştur.

Araştırmanın amaçları bütünüyle değerlendirildiğinde, psikolojik travma alanında çalışan birçok farklı meslek grubundan profesyonelin deneyimlediği travmatik stres ile ilişkili süreçlerin neler olduğunun daha detaylı ve geniş bir perspektifle değerlendirilmesi sonucunda çalışanların deneyimlediği zorluklar ve ihtiyaçlara dikkat çekilmektedir. Aynı zamanda, bu alanda çalışan profesyonellerin deneyimlediği travmatik yaşantının sadece negatif etkilerinin ön plana çıkartılmaması, pozitif sonuçlarının da ortaya konmasına fırsat veren travma sonrası büyüme kavramının birçok faktörü dahil ederek daha bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmasının travma çalışmaları açısından önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Elde edilen sonuçlar baz alınarak, travma alanında çalışan profesyonellerin ihtiyaçları, güçlendirilmesi ve psikolojik sağlıklarının korunması göz önünde bulundurulduğunda, literatürde birçok farklı öneri bulunduğu görülmektedir. Travma alanında çalışan profesyonellerin, başa çıkma tutumlarının ve bu alandaki kapasitelerinin güçlendiği düşünülmektedir (Yılmaz, 2006). Bunun yanında, travmatize olmuş bireylerle çalışan profesyoneller tarafından, olumsuz başa çıkma yöntemleri kullanılmasının, kişileri travmatik stres tepkilerinin ortaya çıkmasına ve sürdürülmesine daha yatkın bir hale getirebilir. Gerekli önlemleri aldıkları ve uygulamaları yaptıkları sürece travmatize olma risklerini düşürebilecekleri ve kendilerini önlemler olarak koruyabilecekleri ifade edilmektedir (Whitfield & Kanter, 2014 akt. Kahil & Palabıyıköğlü, 2018; Beaton ve ark., 1999; Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996; akt. Yılmaz, 2006). Travma alanında çalışan klinisyen ve araştırmacılar bu noktada birçok farklı önleyici ve koruyucu yöntemler önermektedir.

Çakır, Baker ve Özer (2012), afet çalışmalarında görev alan profesyoneller için fiziksel, duygusal, bilişsel, davranışsal, manevi, sosyal ve mesleki alanların tamamını kapsayacak şekilde bütüncül bir öz bakım planının geliştirilmesi gerekliliğinin ve bu öz bakım planının kendi kişisel süreçlerine dair farkındalık kazanma, ihtiyaç duydukları sosyal desteği alma ve iş yaşamı ile özel yaşam arasında denge kurmak üzere farklı alanlarda uygulanacak

yöntemleri kapsamı gerektiğinin altını çizmektedir. Bunu yanı sıra, birçok profesyonel, özel yaşam ve iş yaşamı arasında bir dengenin kurulabilmesinin, mentör ile çalışılması ya da süpervizyon desteğinin alınmasının, sosyal desteğin, nefes ve gevşeme egzersizlerinin de en önemli faktörler arasında olduğunu vurgulamaktadır (Markwell & Wainer, 2009, akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016; Hesse, 2002, Regehr & Cadell, 1999, akt. Bober & Regehr, 2006; Pearlman & Saakvitne, 1995, akt., Gürdil, 2014; Saakvitne 2002; Killian 2008; Figley, 1995).

İkincil travmatizasyon açısından tedavi edici, önleyici ve koruyucu başa çıkma yolları olarak, vaka yükünün azaltılması, akran süpervizyonun alınması, çalışılan kurumun sorumluluk alması, psikolojik travma alanında çalışırken gerekli eğitimlerin alınması, manevi ya da spiritüel inanç sistemine sahip olunması ve işlevsel başa çıkma tutumlarının geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Trippany, White Kress & Wilcoxon, 2004). Sonuçlar baz alındığında, anlaşılmaktadır ki, merhamet yorgunluğu düzeyleri öykü ile çalışan ruh sağlığı çalışanlarında daha yüksek düzeydedir. Bu açıdan bakıldığında, çok daha yeni bir kavram olan merhamet yorgunluğu alanında ruh sağlığı çalışanlarının daha fazla bilgilendirilmesi ve belirtilerin anlaşılabilmesi, önleyici ve koruyucu çalışmaların gerçekleştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalara benzer şekilde, bu çalışmada da, psikolojik sağlamlığın, ikincil/dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğu, merhamet düzeyi ve travma sonrası büyüme düzeyleri ile ilişkisi değerlendirilerek, etkisi ortaya konmuş olup, psikolojik sağlamlığın önemini altı çizilmektedir. Özellikle, fiziksel müdahale yoluyla travmatik yaşantıya maruz kalan meslek gruplarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğunun bulunması, önleyici ve koruyucu bir faktör olarak psikolojik sağlamlığa dair bu alanda çalışan profesyoneller arasında farkındalığın artırılması ve çalışanların desteklenmesinin, ikincil/dolaylı travmatizasyon ve merhamet yorgunluğu açısından önemli bir etki yaratacağını düşündürmektedir. Bu amaçla, eğitim ve süpervizyon çalışmaları ile bu alanı desteklemek mümkündür.

Psikologlar ve psikoterapistler ile gerçekleştirilen çalışmalarda, egzersiz yapmak ve zevk veren aktivitelerde bulunmak gibi kişisel yaşamda kullanılan yöntemlerin yanı sıra, en sıklıkla kullanılan baş etme tutumlarının, travmatik stres ile ilişkili durumlara dair eğitim alınması, danışanlar ile mesafenin korunabilmesi, sosyal destek kaynağı olarak süpervizyon

alınması, paylaşım gruplarının değerlendirilmesi, işten düzenli molalar alınması olduğu görülmektedir (Hunter & Schofield, 2006; Lonergan, O'Halloran & Crane, 2004; akt. Manning-Jones, Terte & Stephens, 2016). Mesleki çalışma koşullarının iyileştirilmesi (travmatik yaşantıya maruz kalma süresinin ve sıklığının dengelenmesi, ekip ve yönetici desteğinin alınması vb.) ve meslek yaşamı içerisinde kişilerin psikolojik travma alanında eğitim ve süpervizyon ile desteklenmesinin de bu alanda çalışan tüm profesyoneller için koruyucu ve önleyici bir etkiye sahip olacağı ön görülmektedir.

Bireysel baş etme yöntemlerinin yanı sıra, kurumsal baş etme yöntemleri de travma sahasında çalışan profesyoneller için önemli bir yere sahiptir. Kurum içi düzenlenen eğitimler, çalışma yükü ve saatlerinin düzenlenmesi, akran paylaşımlarının organize edilmesi, süpervizyon desteği verilmesi, çalışanların travmatik stres tepkilerinin izlenmesi ve takip edilmesi, psikoegitim verilmesi, çalışanların destek alınabilecek kişi, kurum ve kuruluşlarla ilgili bilgilendirilmesi ve iletişime geçirilmesi kullanılabilir önleyici ve koruyucu yöntemler arasındadır (Kahil & Palabıykoğlu, 2018; Bober & Regehr, 2006). Sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi, bu alanda çalışan profesyonellerin baş etme gücünü arttıracak gibi, psikolojik sağlık düzeylerinin gelişmesine ve travma sonrası büyüme deneyimleyebilmelerine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir.

Yukarıda belirtilen baş etme stratejilerinin, literatürde genelde ruh sağlığı çalışanları üzerinden tavsiye edildiği bilinmektedir. Bu araştırma sonucunda ise, öykü üzerinden temas eden profesyonellerin yanı sıra, benzer destek kaynaklarının ve baş etme yöntemlerinin, polisler, itfaiye erleri, adli tıp çalışanları ve acil çalışanları gibi fiziksel müdahale yoluyla temasta bulunan meslek gruplarında da uygulanmasının göz önünde bulundurulması ve desteklenmesi gerektiği görülmektedir.

Son olarak, literatürde travma alanındaki çalışmalar çoğunlukla psikologlar, hemşireler ve sosyal çalışmacılar ile gerçekleştirilmektedir. Öykü üzerinden travmatik yaşantı ile temasta bulunanlar ile fiziksel müdahale yoluyla bu yaşantıya temasta bulunan gruplar arasında önemli farklılıklar olduğu bu çalışma tarafından ortaya konmaktadır. Travma sahasında gerçekleştirilen çalışmalarda ve uygulama alanında da bu farklılıkları gözlemlemek mümkündür. İki grup arasındaki psikolojik süreçlerdeki farklılıkların anlaşılması, bu alanda daha iyi değerlendirme yapılması ve ihtiyaçların belirlenmesini sağlamanın yanı sıra, tedavi yöntemleri ile önleyici ve koruyucu müdahaleler için de yol gösterici bir rehber niteliği

taşımaktadır. Gerçekleştirilen araştırma ile, psikolojik travma alanında görev alan farklı meslek gruplarının dahil edildiği daha fazla araştırma gerçekleştirilerek sonuçların daha kapsayıcı bir şekilde genellenebilmesi için olan ihtiyaca ve bu alanda çalışanların psikolojik olarak neler deneyimlediklerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmenin gerekliliğine dikkat çekmek hedeflenmektedir.

Bu araştırmanın, psikolojik travma alanında çalışan farklı meslek gruplarındaki profesyonellerin farklılaşan ihtiyaçlarının ve yaşadıkları travmatik stres ile ilişkili psikolojik süreçlerinin belirlenmesi ile birlikte, önleyici ve koruyucu müdahalelerin oluşturulması ve aynı zamanda tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine önemli bir katkı sağlayacağına inanmaktayız.



7. KAYNAKÇA

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of Compassion Fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Akdeniz, S., & Deniz, M. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 50-61
- Aker, A. T. (2006). 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204-212.
- Altekin, S. (2014). *Vicarious traumatization: an investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey* (Doktora tezi). İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington (DC).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2012). *Building your resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 14 Mayıs 2021.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 279.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239-263. <http://dx.doi.org/10.1177/0022167805274729>
- Arslan, G. (2015). Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin (YPSÖ) Psikometrik Özellikleri: Düşük sosyoekonomik örnekleme geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16 (2),344-357.
- Baghjari, F., Esmailinasab, M., & Shahriari-Ahmadi, A. (2017). Predicting posttraumatic growth based on coping strategies in women and men involving with advanced Cancer. *International Journal of Cancer Management*, 10(8).
- 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.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Barrington, A. J., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89-105.
- Bauwens, J., & Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 498-517.
- Beaumont, E., Durkin, M., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with

- compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239-244.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, 24(7), 507-515.
- Bhutani, J., Bhutani, S., Balhara, Y. P. S., & Kalra, S. (2012). Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: a medical exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 332-337.
- Birinci, G. G., & Erden, G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(77), 10-26.
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9.
- Bonanno, G. A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126.
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 193–206.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 101–113
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236.

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27-35.
- Bride, B.E., (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 52*, 63-70.
- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A. (2008). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work, 4*(3-4), 69-80.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 155-163.
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 735-742. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20704>
- Bryant, A., Richard, A. & Allison, H. (1995). Posttraumatic stress in volunteer firefighters: Predictors of stress. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 267-261.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress, 9* (1), 51-62.
- Burnett Jr, H. J., & Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 17*(1), 318-326.
- Büyükbodur, A. Ç. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi*. (Doktora tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*(2), 81-101.
- Cevizci, O., & Müezzini, E. E. (2019). Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 1*(3), 166-172.
- Choi, G. Y. (2011). Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: A national survey of social workers. *Smith College Studies in Social Work, 81*(1), 101-119.
- Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: Gender effects in brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 46*, 604-627.
- Cingi, C. C., & Eroğlu, E. (2019). Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu. *Osmangazi Tıp Dergisi, 41*(1), 58-71.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences, 12*(2), 235-243.
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(6), 570-580.
- Collier, L. (2016). Growth after trauma Why are some people more resilient than others—and can it be taught?. <https://www.apa.org/monitor/2016/11/growth-trauma> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 01 Mayıs 2021.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(1), 17-27.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 10*(4), 417-424.

- Connally, M. L., (2017). The Role of Self-Compassion in Posttraumatic Growth. Doktora Tezi. University of North Texas. Texas.
- Cooke, G. P., Doust, J. A., & Steele, M. C. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-6.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65-69.
- Çakır, S. G., Baker, Ö. E., Özer, B. U. (2012). *Hizmet verenler için stres tepkileri, travma sonrası gelişim, stres yönetimi ve öz bakım*. Psikososyal Uygulamalar Katılımcı Kitabı.
- 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), 83-88.
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O. ve Basım, N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-92.
- Çolak, B., Şişmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etiler, N., & Biçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 54-58.
- Değirmenci, B. (2019). Kamu çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarının psikolojik iyi olmaları üzerindeki etkisinde iyimserliğin aracılık rolü. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi /Journal of Turkish Social Sciences Research*, 4(1), 47-62.
- Dikmen, Y. & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?. *Journal of Human Rhythm*, 2(1), 13-21.

- Duruduygu, M., Aker, A. T., & Acicbe, Ö. (2003). *İzmit Büyükşehir Belediyesi itfaiye çalışanlarında ruhsal travma ve etkileri*. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, Antalya.
- Dürü, Ç. (2006). Travma sonrası büyüme. *Journal of Ufuk University Institute of Social Sciences*, 3(6), 117-143.
- Ekundayo, A. Gregson, S. Holttum, S. Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(10). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877781/>.
- 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.
- Ezerbolat, M., & Özpolat, A. G. Y. (2016). Travma sonrası büyüme: travmaya iyi yanından bakmak. *Kriz Dergisi*, 24(1).
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R. Figley. *Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatised*. Bristol: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the “victim”: secondary traumatic stress. In *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics* (pp. 75-98). Springer, Boston, MA.
- Figley, C.R. (1998). Introduction. In C.R. Figley (7th Ed). *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring*. New York, CRC Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C.R. & Abendroth, M. (2011). Compassion fatigue in nursing. In P.S. Cowen (8th Ed.). *Current Issues in Nursing* (pp.757-764). Elsevier.

- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, *161*(8), 1370-1376.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35.
- Frey, L. L., Beesley, D., Abbott, D., & Kendrick, E. (2017). Vicarious resilience in sexual assault and domestic violence advocates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(1), 44.
- Gammie, B., (2015). Compassion Resillience. <https://redrover.org/resource/compassion-resilience/> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 14 Mayıs 2021.
- García, F. E., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C., & Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, *28*(1), 59-65.
- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *3*(28), 113-128.
- Gürkan, A., & Yalçın, N. (2017). Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(2), 90-95.
- Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi*. (Doctoral dissertation, Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi).
- Handan, Ö., & Cerit, C. (2018). Savaş nedeniyle Türkiye'ye göç ederek insani yardım kuruluşunda çalışan Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili etmenler. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(3), 70-73.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(2), 203-219. doi: 10.1037/a0016081
- He, L., Xu, J., & Wu, Z. (2013). Coping strategies as a mediator of posttraumatic growth among adult survivors of the Wenchuan earthquake. *PloS One*, *8*(12), e84164.

- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A., Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process, 46*(2), 229-241.
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology, 55*(2), 153-172.
- Hiçdurmaz, D., & Arı İnci, F. (2015). Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(3), 295-303.
- Hogancamp, V. E., & Figley, C. R. (1983). *War: Bringing the battle home*. In Stress and the Family (Eds CR Figley, HI McCubbin):148-165. New York, Brunner/Mazel.
- Holmes, M. R., Rentrop, C. R., Korsch-Williams, A. & King, J. A. (2021) Impact of COVID-19 Pandemic on Posttraumatic Stress, Grief, Burnout and Secondary Trauma of Social Workers in the United Stated. *Clin Soc Work J.* <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00795-y>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing, 36*(5), 420-427.
- Howard, C. (2010). "Promoting Resiliency: Vicarious Posttraumatic Growth in Trauma Clinicians". *Dissertations & Theses, 124*.
- Hunter, S. V., & Schofield, M. J. (2006). How counsellors cope with traumatized clients: Personal, professional and organizational strategies. *International Journal for the Advancement of Counselling, 28*(2), 121-138.
- Hyatt-Burkhart, D. (2014). The experience of vicarious posttraumatic growth in mental health workers. *Journal of Loss and Trauma, 19*(5), 452-461.

- Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 17(2), 149-156.
- Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412.
- Işık, Ş. (2016). Türkiye’de kendini toparlama gücü konusunda yapılmış araştırmaların incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 6(45), 65-76.
- Janoff-Bulman, R. (1982). Esteem and control bases of blame: “Adaptive” strategies for victims versus observers. *Journal of Personality*, 50(2), 180-192.
- Janoff-Bulman, R. (2004) Posttraumatic growth: Three explanatory models, *Psychological Inquiry*, 15 (1), 30-34).
- Jefferies, P., McGarrigle, L., & Ungar, M. (2018). The CYRM-R: A Rasch-validated revision of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Evidence-Informed Social Work*. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1548403>.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118.
- Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M. ve Çavuş, H. (2012). Hierarchical factor structure of the Turkish version of the Posttraumatic Growth Inventory in a normal population. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 617-624.
- Kahil, A. (2016). *Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Ankara, Ufuk Üniversitesi.
- Kahil, A. & Palabıyıkoglu, N.R. (2018). İkincil Travmatik Stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 59-70. doi: 10.18863/pgy

- Kang, X., Fang, Y., Li, S., Liu, Y., Zhao, D., Feng, X., ... & Li, P. (2018). The benefits of indirect exposure to trauma: the relationships among vicarious posttraumatic growth, social support, and resilience in ambulance personnel in China. *Psychiatry investigation, 15*(5), 452.
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice, 14*(1), 86–101. <https://doi.org/10.1177/1473325014528526>
- Kaptanoğlu, C. (1997). *İkincil Travmatik Stres*. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu.
- Kararımak, Ö., & Siviş-Çetinkaya, R. (2011). Benlik Saygısının ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal, 4*(35).
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(26), 140-142.
- Karancı, N. (2005). *Travma-sonrası gelişim ve yordayıcı faktörler*. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı.
- Karancı, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkol, 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), 17303.
- Kassam-Adams, N. (1995). *The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 37–50). Lutherville, MD: The Sidran Press.
- Kavi, E., & Karakale, B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, 7*(17), 55-77.

- Keskin, G. S. (2013). *Travmatik bir yaşantı olarak boşanma: Aile içi şiddet, travmatik stres ve sosyal desteğin travma sonrası büyüme ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara University, Ankara, Turkey.
- Khoshaba, D. M., & Maddi, S. R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51(2), 106.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 23.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1.
- Komachi, M., Kamibeppu, K., Nishi, D., & Matsuoka, Y. (2012). "Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals". *International Journal of Nursing Practice*, 18(2): 155–163.
- Konal, E., & Ardahan, M. (2018). Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*, 28(1), 11-16.
- Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2018). Coping and posttraumatic growth: A longitudinal comparison of two alternative views. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 240.
- Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138.

- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(4), 282-286.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2005). Positive and negative changes following occupational death exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 751–758. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20083>
- Linley, P. A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma Work, Sense of Coherence, and Positive and Negative Changes in Therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 185-188. doi:10.1159/000084004
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385–403. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 150-159. doi: 10.1080/15325024.2010.519287
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3.
- Loon, M. J. W. (2009). *Gender difference in human empathy. Theories on the Timbergen four "why's"* (Yüksek Lisans Tezi). Utrecht University. Utrecht.
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112.
- Luthar, S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.

- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000a). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000b). Research on Resilience: Response to Commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
- Manning, S. F., de Terte, I., & Stephens, C. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*, 5(2), 125-139.
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1), 20-29.
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2017). The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256-270.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 171-179.
- 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.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60-81.
- McFarlane, A. C. (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics*, 17(2), 393-408.
- Miller, L. (1998). Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 137.
- Misurya, P., Shukla, V., & Anand, P. V. (2021). Self-Compassion and Post Traumatic Growth: The Mediating Role of Psychological Flexibility. PsyArXiv.

<https://psyarxiv.com/q5fjd/download/?format=pdf> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 7 Mayıs 2021.

- Mizmizlioğlu, E. (2018). *Bir grup ruh sağlığı çalışmada iş doyumunun psikolojik dayanıklılık ve sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi).
- Moran, C., & Britton, N. R. (1994). Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 575-585.
- Naturale, A. (2007). Secondary traumatic stress in social workers responding to disasters: Reports from the field. *Clinical Social Work Journal*, 35, 173-181. doi:10.1007/s10615-007-0089-1
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Nelson-Gardell, D., Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5-26.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., ... & Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(3), 171-175.
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213-222.
- Özçetin, Y. S. Ü., & Hiçdurmaz, D. (2017). Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 388-397.
- Özkul, M., & Çalık Var, E. (2018). İkincil travmatik stres ve sosyal destek ilişkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 49-62.
- 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.

- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(6), 558-565.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.
- Pergol-Metko, P., & Czyżewski, L. (2020). Compassion Fatigue and Perceived of Social Support Among Polish Nurses. Research Square. <https://www.researchsquare.com/article/rs-30096/v2> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2021.
- Polat, F. N., & Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 291-312.
- Putterman, I. (2005). *The relationship between posttraumatic growth and professional quality of life (compassion fatigue/secondary trauma, compassion satisfaction, and burnout) among social workers in Texas*. Doktora Tezi. University of Houston. <https://www.proquest.com/openview/a42050ff034873bfdcf85c5033611d2f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2021.
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatization: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural psychiatry*, 52(6), 743-765.
- Quinn, A., Ji, P., & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work*, 19(4), 504-528.
- Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297-336.

- Resilience Research Centre. (2018). *CYRM and ARM user manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University. <http://www.resilienceresearch.org/> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 2 Ekim 2019.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321
- Roberts, S.B., Flannelly, K.J., Weaver, A.J., & Figley, C.R. (2003). Compassion Fatigue among chaplains, clergy, and other respondents after September 11th. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(11), 756-758.
- Robins, P. M., Meltzer, L., & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing, 24*(4), 270-279.
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues, 12*(3), 443-449.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 449-480.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167-174.
- Schimpff, T. R. (2019). *Therapists' Experiences of Trauma, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction: The Role of Post Traumatic Growth* (Doctoral dissertation, Syracuse University).
- Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M. Embelton, G. & Baird, L. (2003). The Prevalence of Post-Traumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. *Traumatology, 9*(1), 58-70.
- Shiri, S., Wexler, I. D., Alkalay, Y., Meiner, Z., & Kreitler, S. (2008). Positive and negative psychological impact after secondary exposure to politically motivated violence among body handlers and rehabilitation workers. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(12), 906-911.

- Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.
- Simpson, L. R., & Starkey, D. S. (2006). Secondary traumatic stress, compassion fatigue, and counselor spirituality: Implications for counselors working with trauma. <http://www.counselingoutfitters.com/Simpson.htm> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 18 Nisan 2021.
- Skovholt, T. (2012). The counselor's resilient self. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(38), 137-146.
- Smith, P., (2012). Alleviating compassion fatigue before it drags down productivity. <https://www.iadvanceseniorcare.com/alleviating-compassion-fatigue-before-it-drags-down-productivity/> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 17 Mayıs 2021.
- Sodeke-Gregson, E. A., Holtum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21869.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
- Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test*. In Figley, C.R. (Ed.) *Treating Compassion Fatigue*. New York, Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2005). *The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Lutherville, MD.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise manual for the professional quality of life scale manual* (2nd ed.). Pocatello: ProQOL.org.

- Stevens, M. A. (2015). *The effect of clinician hardiness on posttraumatic growth and trauma based on vicarious trauma exposure*. All Theses, Dissertations, and Other Capstone Projects. Paper 431.
- Stevenson, A. D., Phillips, C. B., & Anderson, K. J. (2011). Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 61(588), e404-e410.
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Şahin, E., & Cerit, C. Ambulans Çalışanlarında Travma Sonrası Stres ve Depresyon Belirtilerinin İncelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 156-160.
- Şakiroğlu, M. (2019). Posttraumatic Growth among the 1999 Düzce Earthquake Survivors. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 8(3), 61-72.
- Şavur, E. Y. (2012). *İnsani yardım çalışanlarının yardım arama davranışına ilişkin bir inceleme: Psikolojik belirtiler, psikolojik sağlamlık ve sosyal destek algısı* (Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı).
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Conceptual issues*. Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 319-341.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2015). *Clinical applications of posttraumatic growth*. Ed. Joseph, S. Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life. John Wiley & Sons.
- Tehrani, N. (2007). The cost of caring—The impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 325–339
- Tehrani, N. (2010). Compassion fatigue: Experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occupational Medicine*, 60, 133–138. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqp174>
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Turner, d., & Cox, H. (2004). Facilitating post traumatic growth. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 34. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-34>
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2019). Merhamet. <https://sozluk.gov.tr> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 10 Ocak 2021.
- Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2017). Psikiyatri hemşireliğinde şefkat yorgunluğu: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(4), 421-430.
- Vazquez, C., Valiente, C., García, F. E., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bentall, R. P. (2021). Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 1-21.
- Vrklevski, L. P., & Franklin, J. (2008). Vicarious trauma: The impact on solicitors of exposure to traumatic material. *Traumatology*, 14(1), 106-118.
- Wall, J. (2001). Trauma and the clinician: Therapeutic implications of clinical work with clients. *Clinical Social Work Journal*, 29(2), 133–145.

- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 361-368.
- Weng, H. Y., Lapate, R. C., Stodola, D. E., Rogers, G. M., & Davidson, R. J. (2018). Visual attention to suffering after compassion training is associated with decreased amygdala responses. *Frontiers in Psychology, 9*, 771.
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology, 56*(3), 417-427.
- Wong, C. C. Y., & Yeung, N. C. (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. *Mindfulness, 8*(4), 1078-1087.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Math e, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 7*, 10.
- Xiaoli, W., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 243*, 408-415.
- Yeşil, A. (2010). *112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık alışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı* (Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N. N., & Aker, A. T. (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik alışması. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 47*(2), 111-118.
- Yıldırım, G., Kıdak, L. B., & Yurdabakan, I. (2018). İkincil travmatik stres ölçeği: Bir uyarlama alışması. *Psychiatry, 19*(1), 45-51.
- Yılmaz, B. (2006). *Arama-kurtarma alışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler* (Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı/klinik Psikoloji) Anabilim Dalı).

Yılmaz, B. (2007). Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(3), 137-147.

Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197.

Zara, A., & İçöz, F. J. (2015). Türkiye’de Ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18, 15-23.

Zehr, K. L., (2015). The Effect of Education on Compassion Fatigue as Experienced by Staff Nurses. *Evidence-Based Practice Project Reports*. Paper 65 <https://scholar.valpo.edu/ebpr/65/> sitesinden alınmıştır. Erişim tarihi: 17 Mayıs 2021.



8. ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel Bilgiler</u>	
Adı Soyadı	Zeynep Şeker
Doğum Yeri ve Tarihi	İstanbul – 21/11/1987
İletişim Adresi	Metta Psikoterapi, Eğitim ve Danışmanlık Ltd Şti. Caddebostan Mah. Bağdat Cad. No:258 D:6 Kadıköy/İstanbul
Telefon	+90555 357 4448
E-posta	zeynep@mettapsikoterapi.com.tr
Eğitim Bilgileri (Tarih Sırasına Göre)	Lise: Kadir Has Anadolu Lisesi (2001-2005) Lisans: İstanbul Üniversitesi Psikoloji (2005-2009) Y.Lisans: Swansea University Abnormal and Clinical Psychology, MSc (2010-2012)
Mesleki Deneyim/ İşyeri Bilgileri	04/2021-Halen Kurum: Metta Psikoterapi, Eğitim ve Danışmanlık Ltd Şti. Görev: Kurucu Ortak & Klinik Psikolog 11/2017-05/2021 Kurum: Prof.Dr. Figen Karadağ Muayenehanesi Görev: Klinik Psikolog & Psikoterapist 09/2018-02/2020 Kurum: Medipol Üniversitesi Psikoloji Bölümü (İngilizce & Türkçe) Görev: Yarı Zamanlı Öğretim Görevlisi 09/2018-06/2019 Kurum: Işık Üniversitesi Psikoloji Bölümü (İngilizce) Görev: Yarı Zamanlı Öğretim Görevlisi 03/2013-08/2016

	<p>Kurum: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği & Servisi</p> <p>Görev: Klinik Psikolog & Psikoterapist</p> <p>09/2015-06/2016</p> <p>Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü (Türkçe & İngilizce), Yarı Zamanlı Öğretim Görevlisi</p> <p>2012-2013</p> <p>Kurum: Kartal Belediyesi Kadın Sığınma Evi ve Danışmanlık Merkezi</p> <p>Görev: Müdür & Klinik Psikolog</p> <p>2009</p> <p>Toplum Gönüllüleri Vakfı Pembe Ev Gençlik Merkezi</p> <p>Psikolog</p>
Yabancı Dil Bilgileri	<p>İngilizce (Advance, IELTS: 7)</p> <p>İspanyolca (Beginner)</p>
Üye Olduğu Mesleki / Sosyal Kuruluşlar	<p>Türk Psikologlar Derneği (Üye)</p> <p>EMDR Derneği (Üye)</p> <p>TARDE Travma ve Afet Ruh Sağlığı Çalışmaları Derneği (Üye)</p> <p>Çift ve Aile Terapileri Derneği (Üye)</p> <p>Toplum Gönüllüleri Vakfı (Gönüllü, Eğitmen)</p>
<u>Bilimsel Etkinlikler</u>	
Makaleler*	<p>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.</p>
Projeler	
Bildiriler	<p>“Violence Against Women”</p> <p>Şeker, Z. (2019). Travma ve Mindfulness. Türk Psikologlar Derneği İzmir III. Travma Sempozyumu (Sözlü Bildiri), 14-15 Aralık 2019, İzmir.</p>

	<p>Şeker, Z. (2014). Soma Maden Faciası Sürecinde Gerçekleştirilen Psikososyal Destek Çalışmaları. 8th International Psychological Trauma Meetings – Mental Health in War and Peace, (Sözlü Bildiri), 5-7 Aralık 2014, İstanbul. Erişim Adresi: www.ruhsaltravma2014.org/en/index.php</p> <p>Şeker, Z. & Ögel, K. (2014). The Preliminary Results of the Farket Group Therapy Programme Based on Mindfulness-Based Cognitive Therapies in Turkish Population. Psychopharmacology Association VI. International Psychopharmacology Congress and II. International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology, (Poster Presentation), 16-20 April 2014, Antalya. Erişim Adresi: http://psychopharmacology2014.psikofarmakoloji.org/kongrebilgi.php</p> <p>Şeker, Z. (2013). Klinik Popülasyona Yönelik Bir Grup Farkındalık Terapisi Programı: FARKET. Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği III. Ulusal Kongresi, (Sözlü Bildiri), 14-17 Kasım 2013, İstanbul. Erişim Adresi: https://kdtd.org.tr/wp-content/uploads/2019/03/2013-kdtd-3-ulusal-kongre-ozet.pdf</p> <p>Şeker, Z. & Wood, R. (2013). Yaşam Olaylarının Duygudurum ve Anksiyete Üzerindeki Etkisi ve Baş etme Mekanizmaları. VI. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, (Sözlü Bildiri), 17-19 Mayıs 2013, Boğaziçi Üniversitesi.</p> <p>Şeker, Z. & Wood, R. (2012). Yaşam Olaylarının Duygudurum ve Anksiyete Üzerindeki Etkisi ve Baş etme Mekanizmaları. XVII. Ulusal Psikoloji Kongresi, (Sözlü Bildiri), 25-28 Nisan 2012, Boğaziçi Üniversitesi.</p>
Ödüller	

Diğer	Şeker, Z. (2020). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Çeviri). Nilüfer Koçtürk (Ed.). <i>Cinsel İstismar Mağdurunun ve Failinin Tedavi Planlayıcısı</i> içinde (s.44-54). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
-------	---

*: Makalenin yayımlandığı derginin hangi indekste yer aldığı ve derginin Q sınıflamasına göre hangi dilimde yer aldığı (Q1, Q2 veya Q3) detaylı belirtilerek ve öğrenci adı yazar adları arasında “kalın” yazılarak)



EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı:2019/900/02

07 Ocak 2020

Sayın Doç. Dr. Cem CERİT,

Yürütücülüğünü yapmakta olduğunuz, "Öykü ve Fiziksel Temas Yoluyla Psikolojik Travmaya Maruz Kalan Meslek Gruplarında , Dolaylı Travmatizasyon, Merhamet Yorgunluğu, Baş Etme, Psikolojik Sağlık ve Travma Sonrası Büyümenin Araştırılması" başlıklı klinik araştırma projesinin yapılmasında etik açıdan bir sakınca olmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Ali Çağlar ÖĞÜTMAN
Maltepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2: KATILIMCI ONAM YAZISI

Travma ile Çalışan Meslek Gruplarının Psikolojik Olarak Değerlendirilmesi

Yapılan bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Travma ve Afet Çalışmaları Uygulamalı Ruh Sağlığı Doktora programı kapsamında, Doç.Dr. Cem Cerit ve Prof.Dr. Tamer Aker danışmanlığında, Klinik Psikolog Zeynep Şeker tarafından yürütülmektedir. Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında, dolaylı travmatizasyon, merhamet yorgunluğu, baş etme, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyümenin araştırılması hedeflenmektedir. Araştırma kapsamında kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve gizlilik ilkesi gereğince cevaplarınız başkaları ile paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sonraki bölüme devam etmeniz durumunda, gerekli bilgilendirmeyi aldığınız ve araştırmaya katılmaya onay verdiğiniz kabul edilmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorularınız için, araştırmacı Zeynep Şeker ile irtibata geçebilirsiniz.

Email: pskzeynepseker@yahoo.com

EK-3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Katılımcı No:

Kişisel Bilgiler

1. Cinsiyet:
2. Yaş:
3. Medeni Durum:
Bekar () Evli () Boşanmış () Dul () İlişkisi var (3 yıl ve üzeri) ()
4. Eğitim Düzeyi:
İlkokul () Lise () Üniversite () Yüksek lisans/Doktora ()
5. Meslek:
Psikolog () Psikiyatrist () Çocuk Psikiyatristi () Psikolojik Danışman () Sosyal Hizmet Uzmanı () Sosyolog () Çocuk Gelişimci ()
Hemşire () Acil Servis Çalışanı () Acil Servis Doktoru () Adli Tıp Uzmanı () Polis ()
İtfaiye Eri () Olay Yeri İnceleme Uzmanı () Ambulans Görevlisi () Paramedik ()
Acil Tıp Teknisyeni () Arama Kurtarma Teknisyeni ()
Diğer:
6. Ekonomik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
Kötü () Ortalama () İyi () Çok iyi ()

Mesleki Bilgiler

7. Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?:
8. Kaç yıldır travmatik olaylarda (doğal afet, patlamalar, istismar, şiddet vb.) görev alıyorsunuz?
9. Görev aldığınız travmatik olaylardaki sorumluluğunuzu nasıl tanımlarsınız?
Profesyonel () Gönüllü ()
10. Mesleki görevlerinizde, kişilere hangi yollarla destek oldunuz?
Kişilerin deneyimlerini dinleyerek ()
Kişilere fiziksel destekte bulunarak (Sağlık müdahalesi, ölenlere müdahale, acil durum müdahalesi vb.) ()

11. Yukarıdaki olaylarla mesleğiniz gereği, ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

Her hafta () Ayda 3-4 kez () Ayda 1 kez () 3 ayda 1 () Yılda 3-5 kez () Yılda 1-2 kez ()

12. Müdahale sürecinde görev aldığınız sizi en çok etkileyen olay aşağıdakilerden hangi kategoridedir:

Ölüm, kayıp () Doğal afet () Cinsel istismar (Taciz ve tecavüz) () Fiziksel istismar (Şiddet, işkence, saldırı vb.) () Duygusal istismar () İhmal () Kaza () Yaşamı tehdit eden sağlık sorunu () Cinayet () Patlamalar () Diğer

Eğitim Bilgileri

13. Aldığınız mesleki eğitimler nelerdir?:

.....
.....
.....

14. Psikolojik travma ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()

15. Evet ise, eğitimleri yazınız:

.....
.....
.....

16. Aldıysanız toplam kaç saat eğitim aldınız?:

17. Travma ile çalışmaya dair süpervizyon aldınız mı?: Evet () Hayır ()

18. Evet ise, kaç saat:

19. Halen süpervizyon alıyor musunuz? Evet () Hayır ()

20. Stres verici bir mesleği icra ediyorsunuz. Zaman zaman zorlanmalar olabilir. Sizce bu zorlanmaların nedeni ne olabilir?

Yeterli donanıma sahip değilim ()

Gerekli bilgi birikimine sahip değilim ()

Kişisel özelliklerimin bu alana uygun olmadığını düşünüyorum ()

Başıma bir şey gelmesinden korkuyorum ()

Alınan Destekler

21. Çalıştığınız yerde sosyal destek alıyor musunuz?: Evet () Hayır ()
22. Evet ise, bu desteği tanımlayınız (Birden fazla işaretleyebilirsiniz):
Mesleki destek/Konsültasyon/Süpervizyon () Akran mesleki
desteği/Konsültasyonu/Süpervizyonu () Eğitim () İş arkadaşları ile paylaşım ()
) Kurum psikoloğundan/psikiyatristinden destek almak ()
23. Çalışma arkadaşlarınız var mı?:
Evet, ekip olarak çalışıyoruz () Yalnız çalışıyorum ()
24. İş yaşantısında yaşadığınız olayları paylaşabildiğiniz iş arkadaşlarınız var mı?
Evet () Hayır ()
25. Ekip içerisindeki uyum ve paylaşımı nasıl değerlendirirsiniz?
1 Yok ()
2 Biraz ()
3 Ortalama ()
4 Yeterli ()
5 Çok destekleyici ()
26. Aşağıdaki alanlardan aldığınız desteği 1 ile 5 arasında puanlayabilirsiniz:

Alanlar	1	2	3	4	5
Arkadaşlar					
İş/Ekip Arkadaşları					
Yöneticiler					
Aile					

Kişinin Psikiyatrik & Tıbbi Geçmişi

27. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
28. Var ise, lütfen belirtiniz:
.....
29. Daha önce psikolojik destek aldınız mı? Evet () Hayır ()
30. Eğer aldıysanız,
Ne zaman? (Yıl olarak belirtiniz)

Ne kadar süre ile bu desteği aldınız?

31. Daha önce psikiyatri başvurusunda buldunuz mu? Evet () Hayır ()

32. Daha önce psikiyatrik ilaç kullandınız mı? Evet () Hayır ()

33. Kullandıysanız, lütfen yazınız:

.....

34. Hangi tanı ile bu desteği aldınız:

.....

35. Bu ilacı ne kadar süre ile kullandınız?

.....

36. Ailenizde psikolojik/psikiyatrik hastalığı olan kişi var mı? Evet () Hayır ()

37. Evet ise, bu kişi ile yakınlığınızı belirtiniz:

.....

38. Bu kişinin aldığı tanıyı yazınız:

.....

EK-4: İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ (İTSÖ)

Aşağıdaki listede travmatize olmuş danışanlarla çalışmaları sonucu etkilenmiş kişilerin ifadeleri yer almaktadır. Her bir maddeyi okuyunuz ve her birini **son yedi (7) günü** değerlendirdiğinizde sizin için ne sıklıkta doğru olduğunu ifadenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alarak değerlendirin.

Not: 'Danışan' terimi yardım ilişkisi içerisinde bulunduğunuz kişileri belirtmek için kullanılmıştır. Bu terim yerine görüşmeci, sanık/hükümlü, hasta, mağdur gibi daha iyi tanımladığınızı düşündüğünüz isimleri kullanarak da yanıtlayabilirsiniz.

	1 Hiçbir zaman	2 Nadiren	3 Bazı zamanlar	4 Sık sık	5 Çok Sık
1. Duyarsızlaştım.					
2. Danışanlarla olan işimi düşündüğüm zaman kalbim hızlı atmaya başladı.					
3. Danışanlarımın deneyimlediği travma(ları) yeniden yaşıyormuşum gibi oldu.					
4. Uyku sorunlarım oldu.					
5. Gelecekle ilgili umutsuzluğa kapıldım.					
6. Danışanlarımla olan işimi hatırlatan unsurlar beni üzdü.					
7. Diğerleriyle birlikte olmaya karşı ilgim azaldı.					
8. Gergin hissettim.					
9. Genelde olduğumdan daha az aktiftim.					

	1 Hiçbir zaman	2 Nadiren	3 Bazı zamanlar	4 Sık sık	5 Çok Sık
10. İstemediğim halde danışanlarımla olan işimi düşündüm.					
11. Odaklanmakta güçlük yaşadım.					
12. Danışanlarla olan işimi hatırlatan kişiler, yerler ve nesnelere kaçındım.					
13. Danışanlarla olan işimle ilgili rahatsız edici rüyalar gördüm.					
14. Bazı danışanlarla çalışmaktan kaçınmak istedim.					
15. Kolayca öfkelen dim.					
16. Kötü bir şeyin olmasını bekledim.					
17. Danışan seanslarıyla ilgili hafızamda boşluklar farkettim.					

EK-5: MERHAMET ÖLÇEĞİ

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
1. İnsanlar benim karşımda ağladıklarında genellikle hiçbir şey hissetmem.	1	2	3	4	5
2. Bazen insanlar kendi problemlerinden bahsettiklerinde, umurunda değilmiş gibi hissederim.	1	2	3	4	5
3. Kendimi acı çeken insanlara karşı duygusal olarak yakın hissetmem.	1	2	3	4	5
4. İnsanlar benimle konuşurken, onlara tüm dikkatimi veririm.	1	2	3	4	5
5. İnsanlar bana üzüntülerini anlattıkları zaman kendimi onlardan uzaklaşmış hissederim.	1	2	3	4	5
6. Birisi zor bir duruma düştüğünde ona yardım etmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7. İnsanlar bana dertlerini anlattıklarında çoğunlukla duymazdan gelirim.	1	2	3	4	5
8. Zor zamanlarında insanların yanında bulunmayı severim.	1	2	3	4	5
9. Bana hiçbir şey söylemeseler bile insanların üzgün olduklarını fark ederim.	1	2	3	4	5
10. İnsanlar üzgün olduklarında, onlarla yakınlık kuramam gibi gelir.	1	2	3	4	5
11. Herkes bazen kendini kötü hisseder, bu insan olmanın bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
12. İnsanlar çökkün olduklarında, bazen onlardan soğuduğumu hissederim.	1	2	3	4	5

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her zaman
13. İnsanlar bana sorunlarını anlattıklarında, onları sabırla dinlerim.	1	2	3	4	5
14. Diğer insanların sorunlarının beni ilgilendirmediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Tüm insanların zayıf yönleri olduğunu ve kimsenin mükemmel olmadığını kabullenmek önemlidir.	1	2	3	4	5
16. İnsanlar mutsuz olduğunda onların yardımına koşarım.	1	2	3	4	5
17. Başkalarıyla farklılıklarına rağmen herkesin acıyı tıpkı benim gibi hissettiğini bilirim.	1	2	3	4	5
18. İnsanlar sıkıntılı olduklarında, onlarla genellikle başkalarının ilgilenmesini isterim.	1	2	3	4	5
19. Başkalarının sorunlarıyla ilgili pek fazla düşünmem.	1	2	3	4	5
20. Acı çekmek tüm insanlar için ortak bir yaşantıdır.	1	2	3	4	5
21. İnsanlar bana sıkıntılarını anlattıklarında, objektif bir tutum takınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. İnsanlar ıstırap çekerken, onlarla iletişim kuramam.	1	2	3	4	5
23. Çok acı çeken insanlardan uzak durmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
24. İnsanlar üzgün olduklarında, onları rahatlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5

EK-6: YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (YPSÖ)

	Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
1. Çevremdeki insanlar ile iş birliği içerisindeyimdir.	1	2	3	4	5
2. Nitelik veya becerilere sahip olmak ve onları geliştirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3. Farklı sosyal ortamlarda nasıl davranacağımı bilirim (örneğin, iş, ev veya diğer sosyal ortamlar).	1	2	3	4	5
4. Ailem hayatım boyunca genellikle beni desteklemiştir.	1	2	3	4	5
5. Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin, arkadaşlarımdan kim olduğumu, nelerden hoşlandığımı).	1	2	3	4	5
6. Başladığım faaliyetleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Dini inançlar benim için bir güç kaynağıdır.	1	2	3	4	5
8. Sahip olduğum etnik yapıdan gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
9. Nasıl hissettiğimi konusunda ailem/eşim ile konuşurum (örneğin üzgün veya endişeli olduğumda).	1	2	3	4	5
10. Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örneğin, şiddete başvurmadan veya madde kullanmadan)	1	2	3	4	5
11. Arkadaşlarımdan desteklendiğimi düşünüyorum/hissediyorum.	1	2	3	4	5

		Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
12.	Kendimi yaşadığım topluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
13.	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
14.	Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
15.	Çevremde yetişkin olduğumu ve sorumluluk alabileceğimi diğer insanlara gösterebileceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
16.	Güçlü yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
17.	Dini aktivitelere katılımım (ibadethaneye – camiye- gitmek gibi).	1	2	3	4	5
18.	Ailemle olduğumda kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
19.	Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
20.	Yaşadığım toplumun kültürünü ve geleneklerini seviyorum.	1	2	3	4	5
21.	Bu ülkenin vatandaşı olduğum için gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5

EK-7: TRAVMA SONRASI BÜYÜME ENVANTERİ

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri lütfen aşağıda verilen puanlama ölçütlerine göre 0 ve 5 arasında değerlendiriniz.

0	1	2	3	4	5
Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.

1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
4. Kendime güven hissinde artış oldu. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
6. Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
8. Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
9. Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
10. Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
11. Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
12. Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
14. Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
15. Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

16. İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
18. Daha güçlü bir inanca sahibim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
19. Düşündüğümde çok daha güçlü olduğumu keşfettim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
20. İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim. (0) (1) (2) (3) (4) (5)

