



BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI

**PSİKOSOSYAL DESTEK PROFESYONELLERİNDE GÖRÜLEN
İKİNCİL TRAVMA VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
İNCELENMESİ: SOSYAL POLİTİKA AÇISINDAN ÖNERİLER**

SEVDE KÖKSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. MELEK ZUBAROĞLU YANARDAĞ

BURDUR-2024

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI

PSİKOSOSYAL DESTEK PROFESYONELLERİNDE GÖRÜLEN
İKİNCİL TRAVMA VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
İNCELENMESİ: SOSYAL POLİTİKA AÇISINDAN ÖNERİLER

SEVDE KÖKSAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ

Üye: Doç. Dr. Tuba YÜCEER KARDEŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİLGE

BURDUR-2024

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne göre hazırlamış olduğum “Psikososyal Destek Profesyonellerinde Görülen İkincil Travma ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi: Sosyal Politika Açısından Öneriler” adlı tezin hazırlanması sürecinde akademik ve etik kuralları ihlal etmediğimi, tezimin özgün olduğunu, başvurduğum kaynakları metin içinde, dipnotlarda ve kaynakçada eksiksiz ve bilimsel kurallara uygun olarak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Adı Soyadı

Sevde KÖKSAL

Tarih ve İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin en başından itibaren destekleyici, özverili ve güçlendirici tavrıyla akademik çalışma ortaya koyma ve travma alanında araştırma yapma motivasyonumu destekleyerek, müthiş bir yol göstericilik sağlayan çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Melek Zubaroğlu Yanardağ hocama sonsuz teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunuyorum. Her zaman kendisinin zarif ve destekleyici yaklaşımını rol model edineceğim.

Tez savunma jürimde yer alarak değerli vakitlerini ayıran ve çalışmanın geliştirilmesinde yol gösterici önerileriyle destek sağlayan Doç. Dr. Tuba Yüceer Kardeş ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Bilge hocalarıma çok teşekkür ediyorum.

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ve sonsuza kadar bu süreç devam etse dahi yine bunu destekleyeceklerine emin olduğum annem Leyla Köksal ve babam Mahmut Köksal'a bana bu konforu sağladıkları için ne kadar teşekkür etsem az kalacak, minnettarım. Ailemden birçok kişinin bana bu yolda desteklerini ve inançlarını hep hissettim, her birine çok teşekkür ediyorum.

Bu tezin yazım sürecinde nazımın geçtiği ve teşekkür edeceğim çok fazla kişinin olması yanında her zaman sosyal desteklerini hissettiğim ve nerelerde tökezlediğimi bilip elimi tutan dostlarım Feyza Özal, Neslihan Ayhan ve Demet Karatepe'ye, kuzenlerim Büşra Köksal ve Beyza Köksal Karakuş'a ve manevi ablam Kübra Dişçi'ye çok teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans ders ve tez dönemlerimizde birbirimize yoldaşlık ettiğimiz, ne yapacağımı bilemediğim zamanlarda her zaman yol gösterici olan ve güç veren değerli arkadaşım Uzm. Sosyal Çalışmacı Damla Çalap'a ayrıca teşekkür ederim. Umuyorum ki bizim için güzel olan yollarda yürüyeceğiz.

Tüm yoğunluğuna rağmen bana zaman ayırıp çalışmanın örneklem oluşturma ve geliştirme kısmında destek olan Klinik Psk. Merve Özal Okudum'a çok teşekkür ediyorum.

Son olarak zorlu mesai saatlerinden sonra zaman ayırıp bu çalışmaya katılmayı kabul eden, deneyimlerini paylaşan, çalışma için katılımcı arayışına giren ve görüşmelerin sıtır aralarında bilgi birikimlerini aktarmaktan gocunmayan psikososyal profesyonellerine sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Destekleri olmasaydı bu çalışma mümkün olamayacaktı.

Burdur, 2024

(KÖKSAL Sevde, “Psikososyal Destek Profesyonellerinde Görülen İkincil Travma ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi: Sosyal Politika Açısından Öneriler”, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 2024)

ÖZET

Bu çalışma kapsamında psikososyal destek profesyonellerinin ikincil travma deneyimleri ve başa çıkma becerilerini nitel araştırma yöntemiyle incelenerek ihtiyaç duyulan sosyal politika uygulamalarını ortaya konulması amaçlanmaktadır. Çalışmanın modeli psikososyal profesyonellerinin deneyimlerine odaklanabilmek amacıyla nitel araştırmaların fenomenoloji deseni ile kurgulanmıştır. Bu kapsamda psikososyal alanda çalışan 20 uzman ile yarı yapılandırılmış görüşmeler sağlanarak veriler toplanmıştır. Toplanan verilerin analizi, nitel araştırma yöntemlerinden tematik analiz yöntemiyle sağlanmıştır. Analiz sonucunda 4 ana tema oluşmuştur. Psikososyal profesyonellerinin deneyimleri kapsamındaki tema çerçevesinde uzmanların ikincil travma, zorlayıcı deneyimler ve bu deneyimlerin etkisine ilişkin örüntüler ortaya çıkmıştır. Bu tema çerçevesinde her uzmanda ikincil travma deneyiminin olmadığı fakat zorlayıcı deneyimler olarak ikincil travmatik stres tepkilerine benzer şekilde deneyimleri olduğu görülmektedir. Mesleğin doğası teması çerçevesinde uzmanların yaptıkları işin zorlayıcı etkisinden yanında mesleki ve kişisel anlamda tatmin sağladıkları örüntülerin şekillendiği görülmektedir. Sistemi içinde psikososyal destek profesyoneli teması çerçevesinde uzmanların kurumsal mekanizmaları ve destekleri olumlu ve olumsuz düzeyde değerlendirme eğiliminin farklılaştığı, eğitim ve süpervizyon kapsamında sistematik düzeyde desteklenmeye ilişkin ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Son tema olarak başa çıkma teması kapsamında uzmanların bireysel öz bakım ve sosyal destek ağlarıyla iş stresine karşı başa çıkabildikleri, bunun yanında kurumsal destek kaynakların açısından desteklenmeye ilişkin ihtiyaçlarının detaylı örüntüleri yakalanmıştır. Belirtilen ihtiyaçların sosyal politika çerçevesinde nasıl kurgulanabileceğine ilişkin detaylar öneriler başlığı altında ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: İkincil Travma, İkincil Travmatik Stres, Psikososyal Destek Profesyoneli, Başa Çıkma

(KÖKSAL Sevde, “Investigation of Secondary Trauma and Coping Attitudes in Psychosocial Support Professionals: Suggestions for Social Policy”, Master’s Thesis, Burdur, 2024)

ABSTRACT

This study aims to examine the secondary trauma experiences and coping skills of psychosocial support professionals using qualitative research methods and to reveal the necessary social policy practices. The model of the study was constructed with the phenomenology design of qualitative research in order to focus on the experiences of psychosocial professionals. In this context, data were collected through semi-structured interviews with 20 experts working in the psychosocial field. The collected data were analysed by thematic analysis method, one of the qualitative research methods. As a result of the analysis, 4 main themes were formed. Within the framework of the theme under the experiences of psychosocial professionals, patterns emerged regarding secondary trauma, challenging experiences and the impact of these experiences. Within the framework of this theme, it is seen that not all experts have secondary trauma experience, but they have experiences similar to secondary traumatic stress reactions as challenging experiences. Within the framework of the theme of the nature of the profession, it is seen that the patterns in which the experts provide professional and personal satisfaction besides the challenging effect of their work are shaped. It is observed that within the framework of the psychosocial support professional theme within the system, the tendency of experts to evaluate institutional mechanisms and supports at positive and negative levels differs, and they need support at a systematic level within the scope of training and supervision. As the last theme, coping, detailed patterns of the experts' coping with work stress through individual self-care and social support networks, as well as their needs for support in terms of institutional support resources were captured. The details on how the stated needs can be constructed within the framework of social policy are discussed under the heading of recommendations.

Keywords: *Secondary Trauma, Secondary Traumatic Stress, Psychosocial Support Professional, Coping*

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Travma.....	4
1.2. İkincil Travmatik Stres	6
1.1.2. İkincil Travmatik Stres Semptomları.....	10
1.1.3. İkincil Travmayı Etkileyen Faktörler	13
1.3. İkincil Travmayla İlişkili Kavramlar	16
1.3.1. Dolaylı Travma	16
1.3.2. Merhamet Yorgunluğu.....	18
1.3.3. Karşı Aktarım	19
1.3.4. Tükenmişlik	20
1.3.5. Başa Çıkma	21
1.4. Psikososyal Destek	24
1.4.1. Psikososyal Destek Profesyonelleri	26
1.4.2. Psikososyal Profesyonellerinde İkincil Travma ve Başa Çıkma	28
1.4.3. Psikososyal Profesyonelleri için Destekleyici Uygulama Örnekleri	31
1.4.4. Ruh Sağlığı ve Sosyal Politika.....	41
1.5. Araştırmanın Amacı ve Problemi	42
1.6. Araştırmanın Önemi	43
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
1.8. Araştırmanın Etik Yönü	44

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	45
2.2. Araştırmanın Katılımcıları.....	46
2.3. Veri Toplama Aracı ve Süreci	51

2.4. Verilerin Analizi	51
------------------------------	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimleri	56
3.1.1. İkincil Travma	57
3.1.1.1. İkincil Travma Deneyimleri	58
3.1.1.2. Zihinsel Tepkiler ve İnançlar	60
3.1.1.3. Duygusal Tepkiler ve Empati	62
3.1.1.4. Sosyal Olarak İç Çekilme	64
3.1.1.5. Fiziksel-Davranışsal Tepkiler ve Günlük İşlevsellik	65
3.1.2. Zorlayıcı Deneyimler	67
3.1.2.1. Vaka Bazında Zorlanma	67
3.1.2.2. Değiştirilemeyen Şartlar	68
3.1.2.3. Tepkiler	69
3.1.3. Afet Dönemi Çalışma	71
3.1.3.1. Destekleyici Rolde Olma	72
3.1.3.2. Sınırlılık	73
3.1.3.3. Zorlayıcı Deneyim Olarak Afet	74
3.1.3.4. Depremzede Psikososyal Profesyoneli Olmak	75
3.1.4. Dış Dünyaya İlişkin Algı	76
3.1.4.1. Adil Dünya İnancı	76
3.1.4.2. Kişilerarası İlişkiler	78
3.1.4.3. Karar Alma	80
3.1.5. Tanık Olmak	80
3.1.5.1. Dinlenilme ve Duyguların İfade Edilmesi İhtiyacı	81
3.1.5.2. Varoluşsal Tatmin	82
3.1.5.3. Sorumluluk ve Yasal Boyut	83
3.1.5.4. Güven İlişkisi	84
3.1.5.5. Sınırlı Eşlik	85
3.1.6. Zorlanılan Vaka Türü	85
3.1.6.1. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Vakaları	86
3.1.6.2. Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları	87
3.1.6.3. Tıbbi Vakalar	87
3.1.6.4. Adli Vakalar	88
3.2. Mesleğin Doğası	89
3.2.1. Mesleğe İlişkin Algı	89
3.2.1.1. Fayda Sağlayıcılık ve Tatmin	90
3.2.1.2. Kişisel Gelişim	91
3.2.1.3. Zorlayıcı Hikayeler Dinlemek	92
3.2.1.4. Mesleki Deformasyon	93
3.2.2. Vaka Yüğü Değerlendirmesi	94

3.2.2.1. Sorumluluk Alanlarına İlişkin Vaka Yüğü	94
3.2.2.2. Vaka Odaklı Bakım Açısından Vaka Yüğü	96
3.2.2.3. Vaka Yüğü Kendi İnisiyatifiyle Düzenleme	97
3.3. Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli	97
3.3.1. Kurum	98
3.3.1.1. Sistemsel Özellikler	98
3.3.1.2. Kurumsal Destek ve Mesleki Tatmin	99
3.3.1.3. Bakım Uygulamaları ve Döner Kapı Fenomeni	101
3.3.1.4. Rol Karmaşası	102
3.3.1.5. Yasal Boşluklar	103
3.3.1.6. Vaka Çeşitliliği Olanağı	104
3.3.2. Eğitim ve Süpervizyon	105
3.3.2.1. Sürekli Eğitim	105
3.3.2.2. İnförmel ve Bireysel Süpervizyon	106
3.3.2.3. Hizmet İçi ve Diğer Eğitimlerde Yetersiz Destek	107
3.3.2.4. Deneyimleyerek Öğrenme	108
3.3.2.5. Yetkinlik	108
3.4. Başa Çıkma	109
3.4.1. Örtüşen Hikayeler	110
3.4.1.1. Profesyonel Destek Kanalları	111
3.4.1.2. Sınır Koymak	112
3.4.2. Rutin Olarak Başa Çıkma	113
3.4.2.1. İş Dışı Aktiviteler ve Öz Bakım	114
3.4.2.2. Bireysel Psikoterapi	115
3.4.2.3. Profesyonel Destek	116
3.4.2.4. Eğitim ve Öğrenme	117
3.4.2.5. Sigara Tüketimi	117
3.4.2.6. Gönüllölük	118
3.4.3. Sosyal Destek	119
3.4.3.1. Meslek Elemanları/Profesyonel Kanallardan Alınan Sosyal Destek	119
3.4.3.2. Yakın İlişkilerden Alınan Sosyal Destek	120
3.4.3.3. Mesleğe İlişkin Konularda Sosyal Paylaşımından Kaçınma	121
3.4.3.4. Algılanan Kurumsal Destek	122
3.4.4. Uygulama İhtiyaçları	124
3.4.4.1. Süpervizyon İhtiyacı	124
3.4.4.2. Hizmet İçi Eğitim	126
3.4.4.3. Kurumsal Destek Mekanizmalarının Sistemleştirilmesi	127
3.4.4.4. Ruh Sağlığı Yasası ve Denetim Mekanizmalarının Geliştirilmesi	128
3.4.4.5. Kurum Dışı Motivasyonel Organizasyonlar	129
3.4.4.6. Afette Çalışma Düzenlemeleri	129
3.4.4.7. Kurumun Fiziksel Koşullarının İyileştirilmesi	130
SONUÇ	132

ÖNERİLER	137
KAYNAKÇA	144
EKLER.....	168

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Birincil ve İkincil Travmatik Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri Arasındaki Ayrımlar	11
Tablo 2: Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Psikososyal Profesyonellerinin İkincil Travma Deneyimleri ve Başa Çıkma Becerilerine İlişkin Ana Temalar	55
Şekil 2: Uzmanların İkincil Travma Deneyimleri ve Başa Çıkma Becerilerine İlişkin Tema ve Alt Temalar	56
Şekil 3: Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimlerinin Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli	56
Şekil 4: Uzmanların İkincil Travma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar	58
Şekil 5: Uzmanların Zorlayıcı Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar	67
Şekil 6: Uzmanların Afet Dönemi Çalışma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar	72
Şekil 7: Uzmanların Dış Dünyaya İlişkin Algılarına Yönelik Alt Temalar	76
Şekil 8: Uzmanların Tanıklık Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar	81
Şekil 9: Uzmanların Zorlanılan Vaka Türlerine İlişkin Alt Temalar	86
Şekil 10: Mesleğin Doğasına İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli	89
Şekil 11: Uzmanların Mesleğe İlişkin Algılarına Yönelik Ana Temalar	90
Şekil 12: Uzmanların Vaka Yüklerini Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar	94
Şekil 13: Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli	97
Şekil 14: Uzmanların Kurum Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar	98
Şekil 15: Uzmanların Eğitim ve Süpervizyon Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar	105
Şekil 16: Başa Çıkma Temasına İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli ...	110
Şekil 17: Uzmanların Vakalarıyla Örtüşen Deneyimlerinde Başa Çıkmaya İlişkin Alt Temalar	111
Şekil 18: Uzmanların Rutin Başa Çıkma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar	113
Şekil 19: Uzmanların Sosyal Destek Kaynaklarına İlişkin Alt Temalar	119
Şekil 20: Uzmanların Uygulama ve Sosyal Politika İhtiyaçlarına İlişkin Alt Temalar	124

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
APA:	American Psychological Association (Amerika Psikoloji Birliği)
BSW:	Bachelor of Social Work (Sosyal Hizmet Lisans Derecesi)
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
MSW:	Master of Social Work (Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Derecesi)
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Psikososyal düzeyde destek veren profesyoneller istismar, ihmal ve şiddet gibi yıkıcı deneyimlere maruz kalmış kişilerle bireysel düzlemde; belirli etnik, din, kültür ve cinsiyet farklılıkları nedeniyle ayrımcılık ve şiddete maruz kalmış gruplarla; afet, terör ve salgın gibi kolektif nitelikteki olaylara karşı gelişen travmalar ile de toplumsal düzeyde faaliyetler göstermektedirler. Psikososyal destek sahasında hizmet veren birçok disiplin bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, psikolojik danışmanlar, psikiyatristler, doktor, hemşire, acil tıp teknisyeni, itfaiye personeli, arama-kurtarma uzmanları, polis, jandarma ve avukat gibi birçok meslek bu sahada yer alabilmektedir. Profesyoneller işlerinin doğası gereği zorlayıcı deneyimlerle mücadeleye yönelik çoğu zaman tanık rolündeki sağaltıcılardır. Ludick ve Figley (2017: 113) travmatik yaşantıya şahit olmanın çeşitli rollerde kendini gösterebilmekte olduğunu belirtmektedir. Sağlık ve ruh sağlığı çalışanlarının doğrudan uygulamalarında, ilk müdahale ekiplerinin tanık olarak, mahkeme çalışanlarının bulunduğu idari ortamlarda ve de travma mağduru bireylerle yaşayan aile, arkadaş ve meslektaş gibi çeşitli dalgalarda etkisini görebilmek mümkündür. Bu tanıklık sürecinde profesyonellerin kimi zaman maruz kaldıkları travmatik materyallerin etkisiyle işlevselliklerinde bozulmaya bağlı olarak mental sağlıklarının olumsuz bir biçimde etkilenebilmekte olduğu, profesyonel ve kişisel yaşamlarında bu deneyimlerin olumsuz etkileriyle baş etmek zorunda kalabilmektedirler.

Baş etme sürecinin ise çoğunlukla uzmanların bireysel sorumluluklarına atfedilerek değerlendirilmiş olduğu ve bu anlamda psikososyal destek sağlayıcı meslek grubu için koruyucu iş sağlığı denilebilecek uygulamaların sağlık politikaları alanında olmadığı görülmektedir. Baş etme sürecinde çoğunlukla uzmanlarının öz bakım adı altında ihtiyaçları bireysel düzlemde konumlandırılmaktadır. Bu durumun uzmanların destek alma kaynaklarını kısıtlayarak döngüsel bir zorlanmaya sebep olabileceği söylenebilir. Bu nedenle psikososyal destek profesyonellerinin kamusal politikalar aracılığıyla desteklenmesinin göz ardı edilmemesi önemlidir.

Psikososyal destek profesyonelleri ya da çoğunlukla ruh sağlığı çalışanları olarak belirtilen meslek gruplarının yaptıkları işlerin doğasına ilişkin zorlayıcı durumlarla karşılaşmaları uzun süredir literatürde kapsamlı bir biçimde ele alınmaktadır. İkincil travma,

merhamet yorgunluğu, dolaylı travma ve tükenmişlik gibi çoğu zaman empatiye dayalı uzmanlar için zorlayıcı süreçler tanımlanmıştır.

İkincil travmatik stres, bir kişinin yaşadığı travmatik olaya ilişkin bilgi sahibi olunarak dolaylı yoldan travmatize olunmasına ilişkin geliştirilmiş olan bir kavramdır. Bu dolaylı maruz kalma sonucu oluşan etki aile, sosyal ve mesleki ilişkiye bağlı ortaya çıkabilmektedir. İkincil travmatik stres tepkilerinin birincil maruziyete yönelik geliştirilen tepkiler ile paralel olduğu görülmektedir (Bride, 2012: 600). Dünya Sağlık Örgütü (2013) verilerine göre dünya nüfusunun %3,6'sının, 2012 yılında TSSB belirtilerini sergilediği bildirilmiştir. İkincil travmatik stresin yaygınlığına ilişkin küresel organizasyonlar tarafından yapılan istatistik araştırmaları olmadığı görülmektedir. Bu alanda ikincil travma araştırmacıların çalışmaları incelendiğinde; Bride (2007) sosyal hizmet uzmanlarının %55 oranında TSSB tanı kriterlerinden en az bir kümeyi karşıladığı, yüzde %15,2'sinin ise TSSB için üç temel kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Cieslak vd., (2013) tarafından askeri hastalarla çalışan ruh sağlığı uzmanları arasındaki ikincil travma yaygınlığının incelendiği çalışmada uzmanların %19,2'nin TSSB'nin üç temel kriterini karşıladığı görülmüştür. Zara ve İçöz (2015) tarafından Türkiye'deki psikososyal profesyonelleriyle gerçekleştirdikleri çalışmada ise uzmanlar arasında %25,4 oranında yüksek düzeyde ikincil travma belirtileri sergiledikleri görülmüştür.

Kavramsal tanımlanma da görüldüğü gibi ikincil travmanın, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptom kümesini yansıtan bir stres bozukluğu olarak ortaya çıkmaktadır. İnsan doğasının da stres tepkisine karşı ise hayatta kalabilmesi için birçok başa çıkma becerisi geliştirdiği bilinmektedir. Bu başa çıkma tutumları kimi zaman işlevsel olurken kimi zaman bireyin mental bütünlüğünü daha da bozucu katkısı olabilmektedir. Stresli duruma karşı bireylerin biyopsikososyal özelliklerine bağlı olarak farklılaşan tepkileri, başa çıkma stratejilerini de etkileyebildiğini göstermektedir. Bu çerçevede profesyonellerin ikincil travma geliştirme olasılıklarına karşı başa çıkma tutumlarının önemli bir etkisi olabileceği söylenebilir. Başa çıkma becerilerinin bireylerin zorlanmalarına karşı koruyucu olabileceği gibi zarar verici nitelikte olabilecek biçimleri de bireyin yaşadığı deneyimi daha da zorlaştırarak işlevselliğinde bozulmalar ve farklı patolojiler geliştirmelerine sebep olabileceği söylenebilir. Baş etme süreci kimi zaman bazı profesyoneller için sağlıklı düzeyde olsa da gerek bireysel gerekse de kurumsal

düzeyde yapılandırılmış bir destek süreciyle tatmin edici derecede olması uzmanlar için koruyucu işlevde olacağı varsayılabilir.

İkincil travmaya ilişkin alan yazınına bakıldığında ikincil travma ve ilişkili kavramların, birbirinin yerine de kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle ikincil travma ve literatürdeki benzer birçok kavramın birbiriyle belli noktalarda örtüşen ve kesişen bir olgu olduğu söylenebilir. Bu durum da neyin ölçülüyor olduğu sorusunu akla getirmektedir. Kavramlara ilişkin halen net ayrımların yapılamamasının yanında, sahadaki uzmanların danışanlarından üstlendiği travmatik deneyimlerinin varlığı ve etkisi ise kabul edilmektedir. Muğlak kavramsallık ve alanda yapılan çalışmaların sosyal politikaya değinme eksikliği nedeniyle psikososyal profesyonelleri, göz ardı edilen risk potansiyelinde olan bir grup olarak değerlendirilebilir. Bu çalışma kapsamında da uzmanların deneyimsel olarak yaşadıkları ikincil travmaya ilişkin zorlayıcı deneyimlerini ele almak ve bireysel başa çıkma stratejilerini değerlendirip, koruyucu sağlık politikalarının gerekliliği tartışılmaktadır.

İkincil travma alanında yapılan çalışmalar yaygınlık, semptom ve risk faktörleri açısından önemli bulgular ortaya koyarken profesyonellerin birincil yoldan ikincil travmaya ilişkin deneyimlerine odaklanan sınırlı çalışmalar olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmaların yanında ülkelerin iş sağlığı politikaları arasında uzmanları koruyucu kayda değer uygulamalar yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Profesyonellere ilişkin yapılandırılmış ikincil travmayı önleyici politikaların varlığı hem iş sağlığı hem de halk sağlığının önemli ve göz ardı edilen bir konusudur. Profesyonellerin ikincil travma deneyimlerinin neler olduğu, bu deneyimlerin hangi faktörlere bağlı olarak farklılaştığı, nelere ihtiyaç duydukları ve nasıl desteklenmeleri gerektiği bilgisini sahadan öğrenmek ve direkt olarak deneyimlere odaklanabilmek açısından bu çalışma nitel araştırmanın fenomenoloji deseniyle oluşturulmuştur. Bu çalışma kapsamında uzman deneyimlerinden yola çıkılarak nasıl koruyucu bir politika kurgusu yapılabileceği sorusunun cevabı aranmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Travma

Etimolojik olarak travma terimi, Yunanca “yara/yaralanma” anlamına gelen kelime kökeninden türetilmiştir. Travma kelimesinin tarihsel süreçte öncelikle fiziksel yaralar için kullanılan medikal bir terim olarak kullanıldığı görülmektedir. 19. yüzyıla gelindiğinde ise travma teriminin psikolojik yaralanmaları da içerecek biçimde psikoloji literatüründe yerini aldığı görülmektedir (Reuther, 2017: 527). Travmatik stresin bilimsel tarihi incelendiğinde I. Dünya Savaşı’nın etkisi görülmektedir. Bu büyük savaşın getirmiş olduğu stresin incelenmesi travmatik stres bozukluklarının etiyojisi, hastalığın seyrine ilişkin faktörleri, önleme ve tedaviye ilişkin günümüze kadar getirilen bilgileri sunmaktadır (Weisaeth, 2002: 443).

Travmatik olaylar deprem, sel gibi doğal afetler ve savaş, cinsel ya da fiziksel saldırı, işkence, alıkonma, trafik kazası, hastalık tanısı, ölü bir vücut ya da parçasını görme ve sevilen bir yakının kaybı olarak bireyin yaşam bütünlüğünü tehdit eden ya da bozan olaylar olarak sıralanmaktadır. Travmatik olayın doğrudan deneyimlenmesi, travmatik olaya kişinin tanık olması ve travmatik olayın kişinin sevdiği birinin başına geldiğinden haberdar olmasıyla üç ayrı biçimde, bireyin travmatik olayı deneyimlemesi olarak ele alınmaktadır (Aker, 2012: 11). Amerikan Psikoloji Derneği (APA, t.y.) psikoloji sözlüğünde travma kavramını; kişinin tutum, davranış ve işlevselliğinde olumsuz etki oluşturan, şiddetli düzeyde korku, çaresizlik ve/veya yıkıcı duygularla ortaya çıkan, insan ya da doğa kaynaklı, bireyin dünyaya ilişkin benimsemiş olduğu adil ve güvenilirlik düşüncesini sarsan deneyim olarak açıklamaktadır.

Psikolojik travma duygusal açıdan acı, sıkıntı verici ve şok edici bir deneyim olarak bireyin fizyolojik, psikososyal ve aile sistemleri üzerinde önemli biçimde birçok anlamda olumsuzlara neden olabilecek bir etki ortaya koyabilme potansiyelindedir (Fischman, 2008: 108). Travma bireyin kontrolü dışında gelişen, sınırlarını aşan ve beklenmeyen sarsıcı etkisiyle birey için yaşamın ve dünyanın güvenilirliğine ilişkin bir saldırı olarak değerlendirilebilmektedir (Grayer, 2000: 20). Hem bireysel hem toplumsal boyutlarıyla psikolojik tepkileri içerirken, travmaya ilişkin verilen tepkiler organizmanın

beklenmedik biçimde ortaya çıkan sarsıcı deneyime uyum sağlama ve ifade etme biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede travma sonrası ortaya çıkan tepkiler anormal koşullara karşı verilmiş normal tepkiler olarak değerlendirilmektedir (Kaya, 2019: 20).

Travmatik strese ilişkin semptomların travma maruziyetiyle ilişkili olarak yoğun hayatta kalma vurgusuyla yeni bilgilerin işlenebilmesi için bir zihinsel sürecin yansıması olduğu görülmüştür (Turnbull, 1998: 88). Bunun yanında olaylara ilişkin bireylerin yaşanan deneyimi anlamlandırma biçimlerinin de travma deneyiminin şekillenmesi açısından etkilidir. Bu anlamda bir olayın bireysel olarak travmatik biçimde algılanması da bireylerin başa çıkabilme kapasiteleriyle ilişkili olmaktadır (Turan ve Tanacioğlu Aydın, 2023: 2). Dolaylı olarak da travma, bireyde yaşamın anlamına ilişkin varoluşa yönelik sorgulamalar geliştirmesine neden olabilir. Bu nedenle her birey için travmatik olayı anlamlandırma ve değerlendirme biçimine yönelik farklılık ortaya çıkabilmekte, zaman zaman aynı olay bir kişide travma tepkisini ortaya çıkartırken diğerinde herhangi bir travmatik tepki geliştirmeyebilir. Levine ve Frederick (2013: 38) gibi travma ve somatik deneyimleme alanında önemli çalışmalar ortaya koyan bazı araştırmacılar tarafından bu durum insan varlığına dair bir gizem olarak değerlendirilmiştir.

Dünya genelinde insanların yaklaşık %70,4 oranının travmatik bir olay yaşama riskiyle karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir. Fakat bu deneyimi yaşayanların yalnızca %5,6'sının travmatik stres bozukluğu geliştirdikleri tespit edilmiştir. Travmatik stres bozukluğu gelişimi en yüksek oranda cinsel şiddete maruz kalmanın sonucunda ortaya çıktığı, geçmiş travma deneyimlerinin ise travmatik stres geliştirme konusunda önemli düzeyde yordayıcı bir nitelikte olduğu görülmüştür (Kessler, vd., 2017). Travmanın bu yoğun işleyişi bireylerde biyopsikososyal düzeyde işlevselliği olumsuz düzeyde etkileyebilme potansiyelinde olduğunu göstermektedir. Travmanın birey, grup ve toplumsal düzeyde birçok sistemi bir arada etkileyebilme gücü bu alandaki tedavi edici, önleyici ve koruyucu sağlık politikaları açısından oldukça önemlidir.

Travmayla ilgili sorunlarda en önemli bileşenler travmanın doğası, maruz kalanlar, maruziyet sonucu çevresel faktörler, müdahaleyi şekillendiren toplumsal faktörler ve tutumlardır. Bu çoklu bileşen olgusu da travmanın bir hak sağlığı sorunu olduğunu yansıtmaktadır (Magruder, McLaughlin ve Elmore Borbon, 2017). Bu çerçevede travmayı yaygın, zararlı ve maliyeti yüksek bir halk sağlığı sorunu olarak

değerlendirerek eğitim, farkındalık, önleme, erken teşhisin mümkün olduğu ve travmaya özgü tedavilerin planlanabildiği birçok sistemi bünyesine alan kurumsal ve toplumsal bağlamda değerlendirilen halk sağlığı yaklaşımıyla ele alınması gerekli görülmektedir (SAMHSA, 2014).

Travmaya ilişkin çalışmaların artması müdahale biçimlerinin gelişmesine katkı sağlarken bu çalışmaların katkısıyla travma geçmişi olan bireyleri kurban konumundan, hayatta kalan bir konuma doğru evrildiği görülmüştür. Bu yaklaşımın danışan ve uzman arasındaki güç hiyerarşisini azalttığı göstermektedir. İlerleyen süreçler mesleki müdahalelerin yanında travmatik öykü dinleyen uzmanların bu durumdan etkilenebileceğini göstermiştir (Güneş Aslan, 2022: 75).

1.2.İkincil Travmatik Stres

Ruh sağlığı alanı profesyoneller için işlerinin doğası gereği ikincil travma gibi birçok riski barındırmaktadır. Psikososyal profesyonelleri kapsamında arama kurtarma çalışanları, tıbbi sağlık çalışanları, güvenlik çalışanları ve psikososyal hizmet veren diğer meslek grupları gibi birçok disiplin bu risk altındadır. Bu profesyoneller zorlu deneyimler yaşayan insanlara hizmet vermekte, zorlu ve travmatize edici olayların rahatsız edici birçok ayrıntısına süreç içerisinde maruz kalabilmektedir. Bu durum da bireyler de stres tepkisini ortaya çıkartarak fizyolojik, sosyal ve zihinsel yapılarını etkileyebilme potansiyelindedir. Uzmanlar, meslekleri gereği maruz kaldıkları ikincil travma stresine karşı belirli baş etme tutumları sergileyebilseler de profesyonellerin işlevselliğini etkileyebilecek düzeyde bir risk ortaya koyan ikincil travma bu anlamda gerekli koruyucu ve önleyici sağlık politikaları açısından ele alınması gereken bir konu olmaktadır.

DSM III'ten önceki versiyonlarda travma ile ilişkili bozukluklardan bahsedilmiş olsa da Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ilk olarak üçüncü versiyonda tanımlandığı görülmektedir (Çolak, Kokurcan ve Özsan, 2010). Bu tanılama sisteminde travma; örseleyici biçimde ölüm, fiziksel yaralanma veya cinsel saldırıyla karşılaşma ya da tanık olma, bu olaya ilişkin istem dışı tekrarlayıcı düşünceler geliştirme, olayın tekrar yaşanıyor hissini deneyimle, kaçınma davranışları geliştirme, olaya bağlı olarak suçluluk, olumsuz inanışlar geliştirme, tetikte olma, rutinlere bağlı işlevsellikte bozulmalar ve zaman zaman bireyin kendisine ya da çevresine yabancılaşma gösterdiği bir dizi semptom kümesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Zorlu yaşam deneyimlerine profesyonel

olarak sürekli maruz kalmanın, bu alanda çalışan uzmanları psikolojik olarak olumsuz düzeyde etkileyebileceği 1970 yıllarından itibaren dile getirilmeye başlanmış, ikincil travma olgusu kavramsal açıdan 1990 yıllarında gün yüzüne çıkmıştır (Dewilly, Wright ve Varker, 2009: 373-374). Travma tanımlama süreçlerinde ise çoğunlukla travma mağduru kişiye odaklanılırken travma mağduruna bakım veren ve/veya onun çevresindeki kişilerin göz ardı edildiği görülmektedir (Figley, 1995: 6). Geçmişten günümüze ikincil travmanın değerlendirilmesi, birincil travmaya göre etkilerinin daha az şiddetli ve tespit edilebilmesinin zor olması nedeniyle sorunlu olmuştur (Motaa, Joseph, Rose, Suozzi ve Leiderman, 1997: 896). Bu çerçevede ikincil travmanın DSM'deki ilk kabul görmesi DSM-IV'de *“başka bir kişinin ölümü, yaralanması ya da fiziksel bütünlüğüne yönelik bir tehdit içeren bir olaya tanık olmak ya da bir aile üyesinin, yakın bir kişinin yaşadığı beklenmedik şiddetli ölüm, ciddi zarar, ölüm veya yaralanma tehdidini öğrenmek”* olarak ele alındığı görülmektedir (APA, 2000). DSM-V'te de benzer şekilde TSSB'nin tanımlanmasında bireyin travmaya direkt olarak maruz kalmasının gerekmediği, dolaylı bir biçimde travmatik olaya maruziyetin de bir bozukluk olarak ortaya çıkması için yeterli olacağı belirlenmiştir (APA, 2013). Böylece ikincil travma sağlık otoriteleri tarafından formel olarak kabul görmüştür. Bu durum da ikincil travmanın önlenmesi açısından sağlık politikalarını şekillendirebilecek düzeyde bir olgu olduğunu göstermiştir.

İnsanın sosyal bir varlık olarak dinamik yapısı gereği travmatize edici zorlayıcı bir durum ile karşı karşıya kaldığında kendi sosyal sisteminden destek görme ihtiyacı doğarken, aynı zamanda sosyal sisteminin de travmatik olay yaşayan bireye destek verme ihtiyacı oluşmakta olduğu söylenebilir. Bu çerçevede travmatik olayın bireyi ve içinde bulunduğu diğer sistemleri de etkilemekte olduğunu söylemek mümkündür. Travmatik olayın etkisi, kurbanın yakın temasta bulunduğu kişilere doğru yayılan dalga etkisiyle (Remer ve Ferguson, 1995: 407), bulaşıcı bir özelliğe de sahiptir (Herman, 2016: 176). İkincil travmayı, Figley (1983: 12) öncelikle aile içindeki duygusal yakınlıktan ortaya çıkan tepkiler çerçevesinde bir aile üyesinin yaşadığı zorlayıcı deneyimin diğer üyeleri de etkileyebileceği üzerinden tanımlamıştır. Aile içerisinde mağdur ile duygusal bağ nedeniyle dolaylı olarak diğer üyeler de mağduriyet deneyimleyebilmektedir. Travmanın bulaşıcı özelliğinin aile üyelerinden terapist kadar etkisi olduğunu söylemek böylece

mümkündür. Bu bulaşıcı etkiye potansiyel olarak en yatkın grup kendini kurtarıcı olarak nitelendirebilen terapistler olabilmektedir (Figley, 1989: 144).

Travmatik yaşantısı olan bireylerin zorlayıcı deneyimleri göz önüne alındığında bu kişiler ile profesyonel düzeyde çalışan uzmanların da travmatik stresin etkisi, zarar görmüş kişilerle çalışarak bu kişilerin acılarına karşı daha fazla empati duyulması ve daha derin bağ kurulabilmesine yol açabilmektedir (Figley ve Kleber, 1995: 91). Profesyonelin hizmet verme sürecinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan işlevselliğini farklı boyutlarda etkileyebilen bir etki olarak ikinci travma ele alınmaktadır (Pehlivan ve Güner, 2018: 131). İkincil travma bu açıdan travmatize edici olayın birincil öznesi olmadan bu olay hakkında bilgiye maruz kalınarak travma sonrası stres bozukluğuyla benzer semptomların kendini göstermesi (Figley, 1995: 8; Figley, 1999) ve travmatik olaya ilişkin bilgi sahibi olmak, travma geçirmiş bir kişiye yardım etmek ya da yardım etmeye çalışmaktan kaynaklanan stresör olarak tanımlanmaktadır. İkincil travmaya ilişkin bu tanımlama zarar görmüş olanlar ile çalışma ya da onlara bakım verme sonucunda zarar görmüş olanlar arasındaki farkı ortaya koymaktadır (Figley ve Kleber, 1995: 78). Böylece zarar gören bireyler ile çalışmanın ve onlara yardım etmenin bir çıktısı ya da sonucu olarak ikincil travma baş gösterebilmektedir (Figley ve Ludick, 2017: 575).

Travma deneyimi olan insanlara yardım edebiliyor olmak profesyoneller için tatmin edici bir motivasyon olabilirken zaman zaman profesyoneller için bu rol riskli de olabilmektedir. Travma mağduru bireylerle çalışan birçok meslek elemanı travmatik olaya ve bunun detaylarına maruz kalmanın bir sonucu olarak acı duyabilmekte ve bu durum da zaman zaman hizmet alıcı travma mağduru kişinin de daha fazla acı çekmesine neden olabilecek süreçleri meydana getirme risklerini oluşturabilmektedir (Figley, 1999: 3). Hem uzman hem de danışan travmatik bir olayı paylaştığında, uzman için travmatizasyona karşı birden fazla kırılganlık düzeyinden bahsedilebilir (Saakvitne, 2002: 444). Tanık, seyirci ya da terapist olarak travmatik deneyimlere maruz kalmak olayın doğası nedeniyle duygusal anlamda sıkıntıya yol açabilmektedir (Sabin-Farella ve Turpinb, 2003: 471). Özellikle toplumsal travma dönemlerinde profesyonellerin, travmayı deneyimlemek ve yardım verme sorumluluğu ikincil travma açısından önemli riskleri ortaya koyabilme potansiyelindedir.

İkincil travma alanında önemli bir araştırmacı olan Figley (1995, 1999) ikincil travmayı; merhamet yorgunluğu olarak da tanımlayarak bu kavramları acı çeken insanlarla çalışan profesyonellerin yaşayabileceği doğal, öngörülebilir, tedavi edilebilir ve önlenabilir bir durum olarak değerlendirmektedir. Figley (1983)'in bakım vermenin yükü olarak ele aldığı bu olguyu klinik tanımlama için ikincil travma ifadesi uygun olabilecek iken, merhamet yorgunluğu ifadesinin etiketleyici tutumdan daha uzak ve dostane olduğu için tercih ettiğini belirtmektedir (Figley, 2002a: 3; Bride, 2012: 600). Alanda yakın zamanda ortaya konulan çalışmalarda ise bu kavramların örtüşük olduğu, farkın ise merhamet yorgunluğunun ikincil travmanın bir sonucu olarak ele alındığı görülmektedir (Figley ve Ludick, 2017: 576). Uzmanlar için merhamet stresi ya da yorgunluğunun profesyonel deneyimlere vurgu sağlaması açısından daha iyi bir tanımlama olacağını belirtmektedir (Figley, 1999: 20). Jenkins ve Baird (2002: 431) ikincil travmanın merhamet yorgunluğu olarak ifade edilmesinin, bu olgunun patolojiden arındırma ve normalleştirilme çabası nedeniyle olduğunu vurgularak, semptomlar TSSB'yi vurguladığı için bunun uygunsuz olduğunu belirtmektedir.

Stamm (2010: 8) kişinin mesleğini icra ederken hem olumlu hem de olumsuz etkilerin varlığını profesyonel yaşam kalitesi kavramıyla öne sürmektedir. Bu kavram ile olumlu nitelikte merhamet memnuniyeti, olumsuz olarak da merhamet yorgunluğu olarak iki değişken ile bu kavramı yanıtlamaktadır. Bu çerçevede de merhamet yorgunluğunu oluşturan değişkenlerin ise tükenmişlik ve ikincil travmatik stres olarak iki alt bileşenden açıklanarak; ikincil travmayı merhamet yorgunluğunun bir alt bileşeni olarak ele almıştır. Newell, Nelson-Gardell ve MacNeil, (2015: 309) ise merhamet yorgunluğunu, travma mağduru kişilerle çalışan uzmanlarda görülebilecek bir stres olarak tanımlayarak, bu stres tepkilerinde ikincil travmatik stres semptomlarının hem görülebileceğini hem de görülemeyeceğini belirtmektedir. Yani uzmanın merhamet yorgunluğu sergilemesi için ikincil travmatik stres semptomlarının sorgulanmasının zorunluluğunun olmadığı belirtilmektedir. Rauvola, Vega ve Lavigne (2019) tarafından ise ikincil travma, merhamet yorgunluğu ve dolaylı travma olguları empatiye dayalı stres olarak çatı bir kavram altında değerlendirilerek iş yerinde empati temelli stresin doğasına odaklanılarak açıklama sağlanmıştır.

Hangi danışan türünde travma geçmişi olduğunun zaman zaman belirlenemeyeceği, bu nedenle hangi danışanın getirdiği materyalin uzman üzerinde

zorlayıcı etkisi olabileceği zaman zaman tahmin edilemeyecek düzeyde ruh sağlığı hizmetinin hassas bir noktada olduğunun altı çizilmektedir (Munroe, 1999). İkincil travma, travma alanında çalışan tüm uzmanları etkileyen bir olgu olmasa da ciddi sorunlarla kendini gösterebilmektedir. Uzmanın karar verme, aktif dinleme, sınırları koruma ve etkili hizmet sunma becerilerini olumsuz anlamda etkileyebiliyorken, duygusal zorlanmaları sonucu profesyonelin travma alanında çalışma motivasyonunu düşürebilmektedir (Fischman, 2008: 114). Uzmanın performans ve dayanıklılığını etkileyerek, danışanlarına ilişkin uygulamalarının etkisinin azalması, iş yaşamındaki zorlanmalarının göz ardı edilmesi, duyguların ifade edilememesi ve sosyal ortamlardan geri çekilmeye neden olabilmektedir (Maran, Dolce ve Kolombo, 2023).

Literatüre bakıldığında ikincil travma ve merhamet yorgunluğun birbirini örten iki kavram olarak hem eş anlamlı hem de farklılaşan noktaları olan kavramlar olarak ele alındığı görülmektedir. Zaman zaman tükenmişlik ve dolaylı travma kavramlarını içeren tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. İkincil travma daha çok birincil travmaya paralel olarak semptom odaklı iken merhamet yorgunluğu için ise ikincil travma kadar semptomdan bahsedilmediği görülmektedir. Bu nedenle kavramın muğlaklı ve eş anlamlı çağrışımlarının kendini korumakta olduğu söylenebilir. İlerleyen bölümlerde travma alanında birbirine yakın yapılar olarak ele alınan bu kavramlar ele alınacaktır.

1.1.2. İkincil Travmatik Stres Semptomları

Travmatik bir olaya doğrudan maruz kalmak birincil stresi ifade ederken; ikincil stres başkası tarafından maruz kalınan travmatik olaya ilişkin bilgiye sahip olmak olarak belirtilmektedir. İkincil travma bu açıdan edinilen bu bilgi sonucunda duygu ve davranışlardaki değişimi ifade etmektedir (Figley ve Kleber, 1995: 78; Norton ve Woods, 2012: 591).

İkincil travma ve TSSB belirtileriyle aynı semptomları sergilerken ikincil travmada ayrışan noktanın birey için önemli olan kişinin yaşadığı travmatize olaya ilişkin bilgiye maruz kalmak olarak ifade edilmektedir. İkincil travmatik stres semptomları incelendiğinde; bireyin travmatik olaya ilişkin ikincil olarak yeniden deneyimlediği, travmatik deneyimi olan danışana ilişkin fazlaca zihinsel meşguliyet, danışan ve deneyimine ilişkin sürekli uyarılma ya da kaygı, hatırlatıcılardan kaçınma ve uyuşma olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durum başkalarının acılarına tanıklık etmenin bir

sonucu olarak belirtilmektedir (Figley, 2002b: 1435). İkincil travmatik stres semptomlarının başlangıcı spesifik bir olay ile ilişkilendirilerek çoğunlukla hızlı bir şekilde başladığı, korku, uykuya dalma da güçlük, istenmeyen olaylara ilişkin tekrarlayan flashbackler ve olaya ilişkin hatırlatıcı uyaranlardan kaçınmaya bağlı semptomlar olduğu belirtilmektedir (Stamm, 2010: 17). Terapötik ilişkide danışanların travmalarında var olan temaların ve ilişkilerin yeniden canlandırılmasına uzmanın eşlikçiliği ikincil travmanın ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Munroe vd, 1995: 212).

Figley (1995) tarafından sunulan birincil ve ikincil travma semptomlarının karşılaştırılmasına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir:

Tablo 1: Birincil ve İkincil Travmatik Stres Bozukluğu Tanı Ölçütleri Arasındaki Ayrımlar

Birincil	İkincil
A. Stresör Olağan insan deneyimleri dışında, hemen hemen herkes tarafından aşağıdaki gibi sıralanan üzücü nitelikte bir olayın yaşanması 1. Kişinin kendisine yönelik ciddi tehdit 2. Kişinin yaşamında oluşan ani bir yıkım	A. Stresör Olağan insan deneyimleri dışında, hemen hemen herkes tarafından aşağıdaki gibi sıralanan üzücü nitelikte bir olayın yaşanması 1. Travmatize olmuş kişiye yönelik ciddi tehdit 2. Travmatize olmuş kişinin yaşamında ani bir yıkım
B. Yeniden Yaşantılama 1. Olaya ilişkin tekrarlayan hatırlamalar 2. Olaya ilişkin rüyalar 3. Olayın aniden yeniden yaşandığının hissedilmesi 4. Olaya ilişkin hatırlatıcılarla karşılaşıldığında hissedilen sıkıntı	B. Yeniden Yaşantılama 1. Travmatize olmuş kişinin yaşadığı olaya ilişkin tekrarlayan hatırlamalar 2. Travmatize olmuş kişinin yaşadığı olaya ilişkin rüyalar 3. Travmatize olmuş kişinin yaşadığı olayın aniden yeniden yaşandığının hissedilmesi 4. Travmatize olmuş kişinin yaşadığı olaya ilişkin rahatsız edici hatırlatıcılarla karşılaşıldığında hissedilen sıkıntı
C. Hatırlatıcılardan Kaçınma/Uyuşma 1. Travmatik olaya ilişkin düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları 2. Faaliyet ve durumlardan kaçınma çabaları 3. Psikojenik amnezi 4. Aktivitelere olan ilginin azalması 5. Başkalarına karşı olan ilginin azalması 6. Hissizleşme 7. Geleceğe ilişkin belirsizlik	C. Travmatik Olaya İlişkin Hatırlatıcılardan Kaçınma/Uyuşma 1. Travmatik olaya ilişkin düşünce ve duygulardan kaçınma çabaları 2. Faaliyet ve durumlardan kaçınma çabaları 3. Psikojenik amnezi 4. Aktivitelere olan ilginin azalması 5. Başkalarına karşı olan ilginin azalması 6. Hissizleşme 7. Geleceğe ilişkin belirsizlik
D. Aşırı Uyarılma 1. Uykuya dalma ve sürdürmede zorlanma 2. Sinirlilik, ajite ve öfke patlamaları	D. Aşırı Uyarılma 1. Uykuya dalma ve sürdürmede zorlanma 2. Sinirlilik, ajite ve öfke patlamaları

3. Konsantrasyon güçlüğü 4. Aşırı uyarılma-irkilme tepkileri 5. Travmatik olayın hatırlatıcılarına karşı aşırı uyarılma hali	3. Konsantrasyon güçlüğü 4. Aşırı uyarılma-irkilme ve tetikte olma hali 5. Travmatik olayın hatırlatıcılarına karşı aşırı uyarılma hali
(Bir aydan daha az sürede ortaya çıkan semptomlar normal, akut, krizle ilişkili tepkiler olarak kabul edilmektedir. Olaydan altı ay veya daha uzun süre sonra semptomların ortaya çıkmaması gecikmiş TSSB olarak ifade edilir.)	

Travmatik olaya ilişkin rahatsız edici imgeler, hatırlatıcılar ve uyaranlardan kaçınma, aşırı düzeyde uyarılma, sıkıntı verici duygular ve işlevsellikte bozulmalar ikincil stresin önemli belirtileri olarak klinik göstergelerdir. Belirtiler ciddi oranda sıkıntı ve/veya işlevsellikte bozulmalara neden olması dahilinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısını gerektirebilmektedir (Bride, 2012: 600). Aynı zamanda travmatik materyale ilişkin maruziyet aşırı düzeyde olmadan ve tekrarlanmadıkça TSSB belirtilerinin ortaya çıkmayarak tanıyı karşılamayacağı da ifade edilmektedir (Sprang, Ford, Kerig ve Bride, 2019: 2).

Rienks (2020) tarafından çocuk refahı alanında çalışan uzmanlar ile yapılan çalışmada sırasıyla en fazla görülen semptomun danışanları sıklıkla düşünmeye ilişkin duygusal ihlal, uykuya dalmada güçlüğe ilişkin uyarılma; en az görülen semptomların ise seanslara ilişkin hafızada kopukluk ve gerginlik semptomları olmuştur. Bride (2007) tarafından sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travma belirtilerinin incelendiği çalışmada uzmanların ikincil travmaya ilişkin yaklaşık yarısının zorlayıcı imge ve düşünceleri tekrarlayıcı biçimde deneyimlediği, kaçınma ve uyarılma semptomlarının katılımcıların dörtte biri tarafından deneyimlendiği ifade edilmiştir. En sık bildirilen semptomların olaya ilişkin istemsiz düşünceler, danışanı hatırlatıcı olgulardan kaçınma ve hissizleşme tepkileri olduğu görülmüştür. En az bildirilen semptomlar ise rüyalar ve danışanın travmasını yeniden yaşama tepkisi olduğu görülmektedir. Lipsky (2009) tarafından ikincil travma tepkileri çaresizlik ve umutsuzluk, yeterlilik duygusunu hissedememe ve üretkenlikte azalma, aşırı uyarılma, zorlukları kabullenememe, önemsememe, kronik düzeyde yorgunluk ve fiziksel hastalıklar, dissosiyatif anılar, zulme uğramışlık duygusu, suçluluk, öfke, empati kuramama, uyuşma, bağımlılık geliştirme ve profesyonel kimliklerini haddinden fazla ön planda tutma gibi genel alt başlıklarda değerlendirilmiştir. Cieslak vd., (2013) tarafından ruh sağlığı uzmanlarıyla yapılan

çalışmada ise en sık görülen semptomların sırasıyla yeniden yaşantılama, uyarılma ve kaçınma olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ikincil travmanın TSSB semptomlarıyla örtüştüğü görülmektedir. İkincil travmatik stresin ortaya çıkması ise bireysel ve mesleki birçok faktörün etkisiyle farklılaşmaktadır.

1.1.3. İkincil Travmayı Etkileyen Faktörler

Psikopatolojik birçok problemin ortaya çıkması ve etkisini sürdürmesinin birçok faktörle ilişkili olduğu bilinmektedir. İkincil travmatik stres için de çalışma deneyimi, çalışma alanı, vaka yükü, geçmiş travmatik deneyimler, sosyal destek, eğitim ve birçok sosyodemografik özelliklerin önemli faktörler olabileceği ve bu alanda yapılan çalışmalar kapsamında değerlendirilen değişkenler olduğu görülmektedir. Bu anlamda ikincil travma alanında yapılan ölçüm çalışmaları incelendiğinde birçok faktörün, ikincil travmanın gelişimi için etki edici olduğunu göstermektedir.

Bride (2010) tarafından TSSB ile ilgili yapılan çalışmaların, travmatik stres tepkilerinin gelişiminde çok faktörlü ve karmaşık olduğu bildirilmektedir. Sungur (1999)'e göre travma mağduru kişinin önceki yaşam deneyimleri, kişilik yapısı, aile öyküsü, travmaya ilişkin başa çıkma yöntemleri ve sosyal destek gibi faktörler bireyin travmatik olaya ilişkin bilişsel anlamlandırma biçimini etkileyebilmektedir. Bride (2012: 601) maruz kalma, empati, vaka yükü ve deneyim gibi değişkenlerin ikincil travma için risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Chestman (1999) tarafından terapistler ile yapılan çalışmada ikincil maruziyeti olan terapistlerin olmayanlara nazaran daha fazla klinik semptom sergilediği görülmektedir. Mesleki deneyimin daha fazla olması kaçınma, disosiyasyon, anksiyete semptomlarının azalmasıyla; travmaya ilişkin eğitim alma ile kaçınma semptomu arasında negatif yönde ilişki olması; vaka yükündeki artış ile disosiyasyon, anksiyete ve yeniden yaşantılama arasında pozitif yönde ilişki; klinik alana harcanan zaman ile kaçınma semptomu arasında pozitif ilişkiliyken, araştırma alanına harcanan zamanın artmasının kaçınma ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ikincil maruziyeti olan terapistlerin kendilerini ve yakınlarını olası tehlikelerden korumak için daha fazla zaman harcadığı görülmüştür.

Çocuklarla adli görüşme alanında çalışan uzmanların yaşlarıyla ikincil travma belirtileri arasında negatif ilişki görülmüştür (Bonach ve Heckert, 2012). Klinik stajyer psikologlarla yapılan çalışma da ise yaşın ikincil travma için belirleyici bir faktör olmadığına ilişkin sonuç elde edilmiştir (Makadia, Sabin-Farrell ve Turpin, 2017). Pak, Özcan ve İçağasıoğlu-Çoban (2017) tarafından acil servis çalışanlarıyla yapılan çalışmada 20 yılı aşkın süredir çalışan uzmanların anlamlı düzeyde ikincil travmatik stres belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kahil (2016) tarafından profesyonel ve gönüllü olarak travma deneyimi olan bireylerle çalışan kişilerle yapılan çalışmada katılımcıların meslekte bulunma süreleri arttıkça ikincil travma belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Choi (2016) tarafından sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan çalışmada cinsiyetin ikincil travma için belirleyici bir faktör olmadığı görülmüştür. Benzer bir sonuç olarak Hensel, Ruiz, Finney ve Dewa (2015) tarafından ikincil travmanın risk faktörlerine ilişkin yapılan meta analiz çalışması kapsamında da ikincil travma için cinsiyetin belirleyici bir faktör olmadığı sonucu elde edilmiştir. Molnar, vd. (2020) tarafından ikincil travma ve dolaylı travmaya ilişkin sistematik incelemede çalışmasında ikincil travmanın kadın uzmanlarda daha yüksek düzeyde görüldüğü belirtilmiştir. Görüldüğü üzere yaş ve cinsiyete ilişkin demografik değişkenlerin ikincil travma için belirleyici bir faktör olduğuna ilişkin farklılık gösteren sonuçlar elde edilmiştir.

Ogińska-Bulik, Gurowiec, Michalska ve Kedra (2021) tarafından travma mağdurlarıyla çalışan sağlık uzmanlarıyla yapılan çalışmada aile, arkadaş ve süpervizyon kaynağından alınan sosyal desteğin ikincil travma semptomlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bride, Jones ve MacMaster (2007) tarafından çocuk koruma alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan çalışmada yüksek düzeyde akran desteğiyle daha düşük düzeyde ikincil travma semptomları ilişkili bulunurken, fazla vaka yükünün ise daha yüksek düzeyde ikincil travma semptomlarıyla ilişkili olduğunu görülmektedir. Yapılan bir başka çalışmada da ikincil travma belirtileriyle algılanan sosyal destek düzeyinin anlamlı düzeyde negatif ilişki sergilediği görülmüştür (Rzeszutek, Partyka ve Golab, 2015). Slattey ve Goodman (2009) tarafından aile içi şiddet vakalarına ilişkin savunuculuk yapan uzmanlar ile yapılan çalışmada iş arkadaşlarından alınan destek, kaliteli süpervizyon ve paylaşılan gücün ikincil travma ile anlamlı düzeyde negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Çocuklarla adli görüşme alanında

alışan uzmanların üstlerinden ve meslektaşlarından aldıkları sosyal desteğin ikincil travma için koruyucu etki sağladığı görülmüştür (Bonach ve Heckert, 2012). Ewer, vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada klinik süpervizyon almayan uzmanların ikincil travma belirtilerinin anlamlı düzeyde olumsuz düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Bu çerçevede yapılan çalışmalar incelendiğinde kurumsal yapıda süpervizyon desteği, akran etkileşimi ve meslektaş dayanışması gibi kaynakların uzmanlar için koruyucu bir etki ortaya koyduğu görülmektedir.

Rienks (2020) tarafından ocuk refahı alanında çalışan uzmanlar ile yapılan çalışmada, kişisel travma geçmişi olan bireylerin daha yüksek düzeyde ikincil travma semptomlarını sergilediği görülmüştür. Ayrıca alışma deneyimi ve vaka yükü değişkenlerinin ise ikincil travma semptomları için anlamlı bir fark ortaya koymadığı görülmektedir. Alandaki diğer çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde travmatik öykü geçmişi olan uzmanların olmayanlara göre daha yüksek ikincil travma semptomlarına sahip oldukları görülmüştür (Gil ve Weinberg, 2015; Gürdil, 2014; Slattey ve Goodman; 2009). Bu sonuçlar uzmanların geçmiş travma deneyimlerinin ikincil travma geliştirme risk açısından önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle uzmanların psikososyal anlamda desteklenmesi ikincil travma riskinin ortaya çıkmasında geçmiş öyküyle tetiklenme açısından önemli bir koruyucu olarak düşünülebilir.

Hensel, Ruiz, Finney ve Dewa (2015) tarafından yapılan meta analizi çalışması kapsamında ikincil travmatik stres semptomları ile vaka yükü ve bireysel travma geçmişinin düşük de olsa pozitif düzeyde anlamlı ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Devilly, Wright ve Varker (2009) tarafından terapistlerle yapılan çalışmada ise travma mağduru bireylere maruz kalma oranının farklılaşmasında ikincil travma ve dolaylı travma açısından anlamlı bir farklılık ortaya koymadığı görülmüştür. Çetinkaya-Bykbudur (2018) tarafından sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan çalışmada vaka yükünde artışın ikincil travma belirtilerinden kaçınmayla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuca bağlı olarak vaka yükü arttıkça uzmanların izin alma sıklığı, görev erteleme ya da vakalarını hatırlatıcı uyaranlardan kaçınmaya meyilli olabilecekleri ihtimalinin altı çizilmiştir.

Sprang, Ford, Kerig ve Bride (2019: 3) tarafından risk ve koruyucu faktörler çalışmaları kesitsel ve korelasyonel olduğunun da altı çizilmektedir. Bu sebeple

nedenselliğin tersten değerlendirilmesinin de mümkün olabileceği ifade edilmiştir. Örneğin ikincil travma belirtileri düşük seviyede olan uzmanların, daha fazla sosyal destek arama girişiminde oldukları, olumlu başa çıkma becerileri kullanma alışkanlıklarının oldukları, işlerine karşı daha dikkatli, duygusal olarak daha bilinçli ve işlerini daha tatmin edici olarak algıladıklarına ilişkin önermeler de ileri sürülebilir.

1.3. İkincil Travmayla İlişkili Kavramlar

İkincil travma, merhamet yorgunluğu, dolaylı travma ve tükenmişlik olgularının birçok noktada benzeştiği görülmektedir. Örneğin merhamet yorgunluğu, ikincil travma ve dolaylı travma uzmanın travmatik materyali içselleştirmesi nedeniyle oluşmakta ve buna bağlı olarak tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı zamanda empati becerisine ilişkin risk faktörlerini barındırarak psikososyal temelli strese neden olabilmektedirler (Pehlivan ve Güner, 2018: 131). İkincil travmatik stres empati kaynaklı oluşan merhamet yorgunluğu ve dolaylı travma kavramlarını içinde barındırırken, semptom olarak duygu ve davranışlarda görülen akut stres bozukluğu ya da travma sonrası stres bozukluğuna benzer semptomları sergilemektedir (Bush, 2009: 25). Kavramsal olarak birbiriyle örtüşen olgular olması nedeniyle literatürde henüz net ve keskin bir ayrım olmadığı görülmektedir.

1.3.1. Dolaylı Travma

Dolaylı travma uzmanın bilişsel şemalarında, danışandan edinmiş olduğu travmatik materyaller nedeniyle kalıcı değişimlere neden olan ve uzmanın duyguları, ilişkileri ve yaşamına ilişkin önemli etkisi olabileceğine ilişkin olgudur. Bu değişimin uzman ve terapötik sürece etkisi, travmatik materyale ilişkin özdeşleşme ve dönüştürme sürecine ne ölçüde uyum sağlayabildiğine ilişkin farklılaşmaya bağlıdır (McCann ve Pearlman, 1990: 136).

Dolaylı travma danışanların travmatik deneyimlerinin empatik etkileşim sonucunda uzmanın içsel deneyiminde meydana gelen dönüşüm olarak ifade edilmektedir (Pearlman ve Saakvitne, 1995: 31). Terapötik ilişkide uzman empatik yaklaşım ile danışanın duygu ve tepkilerini tanımlayabilmek için empati yoluyla dolaylı olarak deneyimleyebilmektedir (Moulden ve Firestone, 2007: 70).

Dolaylı travma olgusu için bireyin anlam, kimlik, ilişki ve dünya görüşü yönlerinde önemli değişimlerin görüldüğü ve ikincil travmatik stres gibi travmaya birincil maruz kalanların deneyimleriyle, uzmanın deneyimlerinin paralellik gösterdiği belirtilmektedir (Bride, 2012: 600). Aynı zamanda kişinin anlam ve dünya görüşünün yanı sıra kişinin psikolojik ihtiyaçları, duygulanım toleransı, kendisi ve başkalarına ilişkin inançları, kişilerarası ilişkiler ve imgelere yönelik olumsuz düzeyde önemli değişimler ortaya koyabilmektedir (Pearlman ve Saakvitne, 1995: 152). Profesyonelin danışanın yardım etme sorumluluğunu yerine getirmesini engelleyen her şey dolaylı travmanın gelişmesine katkı sunmakta olduğu söylenebilir. Örnek olarak sosyal hizmet uzmanlarının çoğu zaman yaşadığı kurumların talepleri ve iş tatmini çelişkisinin dolaylı travmayı etkileyebilme potansiyelinde bir durum olarak değerlendirilebilir (Pearlman, 2012: 783). Dolaylı travma uzmanın benliği, ilişkileri ve dünyaya ilişkin algısında daha kapsamlı ve uzun süreli bir değişim ortaya koymaktadır. Örnek olarak dezavantajlı kişilerin yaşadığı bölgede çalışan lise öğretmeni şiddet, istismar, yoksulluk ve suça sürüklenmeye yönelik risk altındaki gençlerle çalışırken dünyanın adil olmadığına ilişkin algı geliştirerek, işine ve topluma yönelik anlamlılık ya da umut duygusunu yitirebilecektir (Rauvola, Vega ve Lavigne, 2019).

Travma deneyimlerine bağlı olarak kişisel gelişim teorisi kapsamında psikolojik ihtiyaç olarak tanımlanan; güvenlik, güven, saygınlık, yakınlık ve kontrol ihtiyaçlarının zarar görme potansiyeline sahip olunduğu belirtilmektedir (Pearlman ve Saakvitne, 1995: 289). Dolaylı travmanın da bu ihtiyaçlara ilişkin şemaların bozulmasıyla etkisinin gün yüzüne çıktığı belirtilmektedir (Baird ve Kracen, 2006: 182). Sabin-Farella ve Turpinb (2003: 453) tarafından dolaylı travmaya ilişkin 4 unsur tanımlanmıştır. İlk olarak, travmatik deneyime ilişkin beklenen düzeyde duygusal, davranışsal ve fiziksel tepkilerin oluşmasıdır. İkinci unsur olarak beklenen duygusal, davranışsal ve fiziksel tepkilerin semptom olarak görülebilecek düzeye gelmesi olarak ele alınmıştır. Diğer bir unsur olarak inanç ve tutumlardaki bilişsel değişimlerin varlığından bahsedilmektedir. Son olarak ise kişilerarası ve mesleki işlevselliğe ilişkin etkiler olarak ifade edilmiştir.

Dolaylı travmada ikincil travma gibi travmayı doğrudan deneyimleyen danışanın tepkilerinin üstlenilmesi nedeniyle alan yazınında dolaylı travmanın, ikincil travmatik stresin bilişsel semptomlarına verilen bir kavramsallaştırma olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Bride, 2012: 600). Fakat dolaylı travma ve ikincil travma odak ve

bağlam açısından farklılaşmaktadırlar. İkincil travma, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) kavramsallaştırılmasına dayanarak semptom odaklı bir tanımlama sağlamaktadır. Dolaylı travma ise daha bütünsel bir çerçeveden bireye odaklanarak travmanın etki ettiği anlam ve insan deneyimine odaklanmaktadır (Pearlman ve Saakvitne, 1995: 153). Dolaylı travmanın, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile ayrışmasına odaklanıldığında ise bu iki olgunun kümülatif bir biçimde ortaya çıkma eğilimde, dolaylı travma ve ikincil travmanın ise ani başlangıçlı olarak ortaya çıkabilmekte belirtilmektedir (Newell ve MacNeil, 2010: 61).

1.3.2. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu belirli danışanlarla çalışmaya kısa vadeli bir tepki olarak veya terapistin kendi bilişsel şemalarında veya kendisi ve diğerleri hakkındaki inanç, beklenti ve varsayımlarında uzun vadeli bir değişiklik olarak ortaya çıkabilir (McCann ve Pearlman, 1990: 132). Merhamet yorgunluğu ilk olarak özellikle hemşireler gibi bakım veren meslek çalışanlarının yaşadığı öfke, kayıtsızlık ve depresiflik olarak tanımlanmıştır. Kavramı tükenmişlikten ayıran nokta ise tükenmişliğin her meslekte olabileceği görülürken, merhamet yorgunluğu bakım veren mesleklerde empatiye dayalı ortaya çıkacağı ifade edilmiştir (Joinson, 1992: 116). Merhamet yorgunluğu, travmatik ve zorlayıcı deneyimleri olan bireylerle çalışma sonucunda ortaya çıkan olumsuz psikolojik ve fizyolojik belirtilere neden olan deneyimleri içermektedir. Merhamet yorgunluğunun birleşen etkileri kişisel ve profesyonel yaşam üzerinde olumsuz etkileri ortaya koymaktadır (Bush, 2009: 28).

Figley (1983)'in bakım vermenin yükü olarak ikincil travmayı ele alırken, merhamet yorgunluğu ifadesinin daha dostane bir tanımlama olduğunu belirtmektedir (Figley, 2002a: 3). Stamm (2010: 8) ise merhamet yorgunluğunu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres olarak iki alt bileşenden oluşan bir olgu olarak değerlendirerek, ikincil travmayı merhamet yorgunluğunun bir bileşeni olarak değerlendirerek, merhamet yorgunluğunu çatı bir kavram olarak ele almıştır.

Coetzee ve Klopper (2010: 238) tarafından hemşireler üzerinden merhamet yorgunluğunun ele alındığı çalışmada ikincil travmatik stres danışanların travmatik deneyimlerine uzun süreli maruz kalınmasıyla ilişkilendirilerek; merhamet yorgunluğunda uzun süreli, yoğun ve sürekli bakıma dayalı strese maruz kalmadan

kaynaklanacağı belirtilmektedir. İkincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğu göz ardı edildiği takdirde patoloji açısından ilerleyici bir risk oluşacak iken, ikincil travmada işlevsellikte daha ciddi bozulmaların görülmesi olası görülmüştür. İkincil travmatik strese, tükenmeyle birlikte TSSB semptomlarının yaşanarak deneyimlendiği belirtilmektedir. Merhamet yorgunluğunda ise oluşan değişim, uzmanın yaşamının her alanını etkileyen ve bakım vermeye bağlı sarf edilen şefkatin tükenmesiyle bakım verme sürecini etkilemekte olduğu ifade edilmektedir.

Merhamet yorgunluğunun belirtileri ve karşı aktarımın başlangıcı daha hızlı bir seyirde ortaya çıkabilmektedir. Yine merhamet yorgunluğu ile tükenmişlikte belirtilerin iyileşmesinin daha hızlı gözlemlendiği görülmektedir. Merhamet yorgunluğu; tükenmişlik ve karşı aktarımından farklı olarak çaresizlik ve kafa karışıklığına ilişkin ortaya çıkmaktadır (Figley, 2002b: 1436).

1.3.3. Karşı Aktarım

Karşı aktarım kavramı psikanaliz terminolojisine dayanarak, klinik uygulamada birçok ekolün ele aldığı ve seans odasında kendini gösteren bir olgudur. Geleneksel anlamda karşı aktarım terapistin bilinçdışı ya da çözülmemiş çatışma ve kaygıların harekete geçmesi olarak belirtilmektedir (McCann ve Pearlman, 1990: 134). Daha çağdaş görüşlerin ise kaynağı ne olursa olsun uzmanın danışanına yönelik her türlü duygusal tepkilerini karşı aktarım altında ele aldığı görülmektedir (Bride, 2012: 600). Karşı aktarım uzmanın belirli bir terapötik ilişki ya da vakaya ilişkin geliştirdiği dinamik olarak belirtilmektedir (Tuncay ve Oral, 2012: 163).

Karşı aktarım, uzmanın belirli bir danışan ve terapötik ilişkiye verdiği tepkileri fark etmesidir. Bu süreç ilk olarak kişinin bilinçsiz olarak başlayan aktarım sürecini fark etmesi ve isimlendirme sürecine dönüştürmesidir. Karşı aktarım fark edildiğinde terapist aktarımın kaynağını izleyerek analiz yapabilir. Terapistin seans içindeki çağrışımları, seans içi ve dışındaki düşünceleri, dil sürçmeleri, klinik hatalarını, danışanı ile ilgili rüyalarını, seans sürecindeki bedensel duyuları, danışan ve onunla ilişkili nesnelerle özdeşleşme, terapistin duygularına karşı bilindışı savunma kapsamında göstermiş olduğu kaygı, çatışmayı yansıtıcı randevu saatini unutmak, sınır ihlalinde bulunmak, danışana veya danışan hakkında düşüncesiz şeyler söylemek gibi çeşitli davranışlar karşı aktarım ile ilişkilendirilebilmektedir. Aktarımı fark edebilmek terapistin kendisi, danışanı ve

terapötik ilişki için daha derin bilgiler edinmesine katkı sağlayabilir (Pearlman ve Saakvitne, 1995: 26-27). Uzmanın kendi çözülmemiş problemlerinden kaynaklanabilen terapötik ilişkide kaçınma ya da danışanla aşırı özdeşleme olarak ortaya çıkan durum olarak da ele alındığı görülmektedir (Meichenbaum, 2007: 3).

Aktarımda terapistin kişisel yapısı ile danışanın travmatik deneyimi arasındaki etkileşim ikincil travmadan daha ön planda olduğu söylenebilir (Smith, Kleijn, Trijsburg ve Hutschemaekers, 2007: 205). İkincil travmatik deneyimleri açıklamak aktarım olgusunun yanlış biçimde kullanıldığı görülebilmektedir. Karşı aktarımda uzmanın terapötik ilişkide danışana verdiği duygusal tepkiler ifade edilirken, ikincil travmada uzmanın kişisel yaşantısında danışandan edinmiş olduğu travmatik materyalin etkileri üzerinde durulmaktadır (Tosone, Nuttman-Shwartz ve Stephens, 2012: 233). Karşı aktarım terapötik ilişki çerçevesinde gerçekleşen deneyimleri kapsarken, dolaylı travma da terapistin inanç sistemi de dahil olmak üzere tüm yaşamında oluşan değişimlerle ilgili olmaktadır (Sabin-Farella ve Turpinb, 2003: 454).

Berzoff ve Kita (2010: 346) merhamet yorgunluğu ve karşı aktarımın klinik süreçte bir arada gözükebilme durumuna karşı farklılaştığı noktaların altı çizildiği çalışmada merhamet yorgunluğu zorlayıcı deneyimler yaşayan vakalar ile çalışmaya dayanırken, karşı aktarım danışan ile uzmanın öznel arası ve bilinçdışı düzeyde etkileşime dayanmaktadır. Merhamet yorgunluğu biriken bir deneyim kümesinden kaynaklanırken, karşı aktarımda bu durum ani, her durumda ve ilk seansta dahi ortaya çıkabilme potansiyeli mevcuttur. Merhamet yorgunluğu uzmanlarda umut duygusunu olumsuz yönde etkileyebilerek duygusal tükenme ve buna bağlı olarak işten uzaklaşma neden olabilir. Karşı aktarım ise pek çok biçim alarak zorlayıcı olabilirken her zaman yorucu olmayarak, tükenmeye gitmez. Son olarak karşı aktarım terapötik uygulamada her zaman sorgulanması ve anlaşılması gereken önemli bir etki olarak değerlendirilerek, aktarımın olmadığı süreçte gerçek bir etkileşimin varlığı ve tedavinin olmadığı düşünülebilmektedir. Fakat merhamet yorgunluğu için ise bu durum gerekli olmayarak, terapistin karşı aktarımdan yararlanma becerisine olumsuz etkisi olabilmektedir.

1.3.4. Tükenmişlik

Tükenmişlik iş yaşamında kronik ve kişilerarası stres faktörlerine bağlı olarak oluşan duyarsızlaşma ve öz yeterlilikte azalmanın görüldüğü uzun süreli bir tepki olarak

tanımlanmaktadır (Meichenbaum, 2007: 3; Westphal, 2012: 595). Uzun süreli duygusal yükü ağır ve destekten yoksun biçimde profesyonel yaşantıda yer alan kişilerin duygusal ve davranışsal tepkilerindeki değişim tükenmişlik olarak ele alınmaktadır (Tuncay ve Oral, 2012: 163).

Tükenmişlik insanlar ile temas halinde olmayı gerektiren işler kapsamında çalışanlarda oluşabilen, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması sendromu olarak tanımlanarak iş stresi olarak da değerlendirilmektedir. Diğer stres tepkileriyle benzer zararlı etkilere neden olurken, tükenmişlik bakım veren ve alan arasındaki sosyal etkileşimden kaynaklı ortaya çıkmaktadır. Kişi bu bağlamda, duygusal olarak aşırı meşgul olarak kendini zorlar ve diğer insanlar tarafından gelen duygusal taleplere karşı bunalmış hisseder. Bu da tükenmişlik sendromunun temelinde aşırı duygusal yüklenmeyi ve ardından gelen duygusal tükenmeyi göstermektedir (Maslach, 1982: 9).

Tükenmişlik duygusal olarak zorlayıcı durumlar içerisinde uzun süre var olmanın sonucu fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan kişide ortaya çıkan tükenme olarak belirtilmektedir. Fiziksel olarak tükenme, çaresizlik, umutsuzluk, hayal kırıklığı, iş ve işe dair olumsuz tutumlar, olumsuz benlik gelişimi ve hayata dair olumsuz tutumlar gibi bir dizi semptom olarak kendini gösterebilmektedir. En zorlayıcı haliyle ise de kişinin başa çıkma becerilerinin ciddi düzeyde engellenmesi olarak ifade edilmektedir (Pines ve Aronson, 1988: 9). Adams, Figley ve Boscarino (2007) tarafından yapılan çalışmada travmatize olmuş danışanlarla çalışan uzmanların ikincil travmatik stres belirtilerini arttırdığı fakat tükenmişliği arttırmadığı sonucu elde edilmiştir. Buna bağlı olarak ikincil travma ve tükenmişlik ayrı olgular olmasının yanında birbirini besleme riskine sahip etkiler olabileceği söylenebilir.

1.3.5. Başa Çıkma

Yaşam deneyimleri arasında stresli durumlarla karşı karşıya kalındığında bu stresöre ilişkin bireyin hayatta kalma güdüsüyle başa çıkma becerileri devreye girmektedir. İşlevsel başa çıkma yöntemleriyle stres kontrol altına alınabildiği gibi işlevsel olmayan biçimlerdeki yöntemlerde bireyin stres tepkilerini besleyici nitelikte kendini gösterebilmektedir.

IFRC (2009: 33) tarafından başa çıkma yeni yaşam durumuna uyum sağlama, kriz durumlarını yönetme, sorunlara yönelik çözüm sağlayabilme ve stresi yönetebilme olarak ifade edilmektedir. Başa çıkma iki alt boyutta değerlendirilerek sağlıklı başa çıkma davranışı; sosyal destek alma, çözüme yönelik aktif olarak çabalama ve buna bağlı olarak stresörü ortadan kaldırmayı içermektedir. Sağlıksız başa çıkma ise var olan tehdidi görmezden gelme ya da inkâr etme, stresörden kaçınma, izolasyon, hayal kırıklığına ilişkin duygusal yükü başkalarına yükleme, uzman takibi dışında ilaç alma ve bireyin güvenlik ve sağlığı tehlikeye sokabilecek riskli davranışları sergilemek olarak ele alınmaktadır. Aker, (2012: 41) tarafından travmatik maruziyeti olan kişilerin yaşadığı zorlanmayı azaltmak için ev işi yapma, beğendiği şarkıyı mırıldanma, dua etmek, takım işinde yer alma, başkalarına yardım sağlama ve problemlerine ilişkin düşüncelerini başkalarıyla paylaşmak gibi işlevsel başa çıkma davranışları sergilediği gibi evden çıkamama, alkol ve madde kullanma gibi işlevsel olmayan davranışlar ortaya konulduğu belirtilmektedir.

Başa çıkma, uyum sağlama ve onun getirdiği duyguları yönetebilme çabasıyla ilişkilendirilmiştir (Lazarus, 2006: 10). Kişinin gerek çevresel gerek ise bireysel nedene bağlı zorlanmalara karşı geliştirdiği bilişsel ve davranışlar çabalar olarak ele alınmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984: 141). Başa çıkma stratejileri, stres faktörlerinin fiziksel ve zihinsel refahımıza karşı etkilerini tamponlayarak hafifletmektedir (Straub, 2017: 115).

Bilişsel yani problem odaklı başa çıkma stratejileri bireyin bir durum karşında algısal düzeyde pozisyon geliştirmelerini ifade ederken, davranışsal başa çıkma ise stresli durumun etkilerini azaltma için yapılan eylemleri ifade etmektedir (Walsh, Fortier ve DiLillo, 2010: 2). Problem odaklı başa çıkma stratejilerinin bireylerin fizyolojik sağlıklarıyla pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir (Julie, Tomaka ve Wiebe, 2002). Problem odaklı başa çıkma stresörü ortadan kaldırmak, kaçınmak ya da etkisini azaltmak için ortaya konan stratejilerdir. Örnek olarak işten çıkarılma riski olan bir çalışanın para biriktirmeye başlaması, başka iş araması veya eğitimler alması gibi stratejiler problem odaklı bir başa çıkma stilini ortaya koymaktadır. Duygu odaklı başa çıkma ise stres faktörleri tarafından tetiklenen sıkıntıyı en aza indirme işlevindedir. Sıkıntıyı azaltmanın farklı yolları olması nedeniyle, kendini yatıştırma (gevşeme egzersizleri ya da duygusal destek kaynaklarına başvurma) olduğu gibi olumsuz duyguları ifade etme (bağırma ya da ağlama), olumsuz düşüncelere odaklanma (ruminasyon gibi) ve stresli durumlardan

kaçınma ya da inkâr gibi farklı tepkiler olarak ortaya çıkabilmektedir (Carver ve Connor-Smith, 2010: 685).

Problem odaklı olarak sınıflandırılan başa çıkma stres faktörünü yönetmeye yönelik iken, duygu odaklı başa çıkma bir stresör tarafından tetiklenen duyguları yönetmeye yöneliktir (Snooks, 2009: 215). Aynı zamanda iki başa çıkma işlevinin ise birbirinden ayrı ve rekabet potansiyelinde ele alınmaması gerektiğini ikisinin de birbirini tamamlamadığı belirtilmektedir (Lazarus, 2006: 22). Lazarus (2006) aynı zamanda başa çıkma ile ilgili değerlendirme sunulurken yalnızca duygusal ve problem odaklı bir kategori bakış açısının yetersiz olacağını durumsal şartların ve kişisel bağlamın da göz ardı edilmemesinin gerekliliğini ayrıca ifade etmiştir.

Bu nedenle başa çıkmanın bir süreç olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir. İlk olarak kişinin başa çıkma davranışı ortaya koyarken kişinin ne düşündüğü ya da ne yaptığı ele alınması gerekir. İkinci olarak bu düşünce ya da davranış bağlamından ayrıştırılmadan ele alınabilmelidir. Son olarak da stresli durumlar değiştikçe başa çıkma düşünce ve davranışlarındaki farklılaşmasının ortaya çıkmasıdır. Yani kişi ve çevre ilişkisinin durumu değiştikçe düşünce ve davranışlarıyla başa çıkma stratejilerinin farklılaşabilmesidir (Lazarus ve Folkman, 1984: 142). Stres, başa çıkma ve adaptasyonun özü değişim olarak ele alınmaktadır. Kişi stresli bir durumla karşılaştığında yaşadığı duyguların değişim ile karakterize edildiği söylenebilir. Başlangıçta endişeli, bir süre sonra kızgın, suçlu ve neşeli olabilir. Bu duygusal değişim olaya ilişkin değişen anlamlandırmayla ilişkilidir. Aynı şekilde başa çıkma da değişim ile karakterize edilir. Kişi stresli olaya ilişkin kaçınma ya da inkar stratejilerini kullanıp sonrasında problem ile doğrudan başa çıkmaya karar verebilirken başkalarıyla temastan kaçınıp daha sonra yakınlarından duygusal destek isteyebilir. Bakıldığında stres, başa çıkmanın değiştirmeye odaklandığı bozulmuş kişi ve çevre ilişkisinde kendini gösterir. Bu bağlamda değişime odaklanarak bireylerin stresli durumlara ilişkin nasıl baş edebildikleri öğrenilebilir (Folkman ve Lazarus, 1985: 150).

Stresli duruma karşı bireylerin biyopsikososyal özelliklerine bağlı olarak farklılaşan tepkileri, başa çıkma stratejilerini de etkileyebildiğini göstermekte olduğu söylenebilir. Bu çerçevede profesyonellerin ikincil travma geliştirme olasılıklarına karşı başa çıkma tutumlarının önemli bir etkisi olacağını söylemek mümkündür. Başa çıkma

becerileri koruyucu olabileceği gibi zarar verici türden olabilecek olanlar ise bireyin yaşadığı deneyimi daha da zorlaştırarak işlevselliğinde bozulmalar, zorlanmalar ve farklı patolojiler geliştirme riski ortaya koyabileceği söylenebilir.

1.4. Psikososyal Destek

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığa ilişkin tanımını bütünsel çerçeveden ele alarak insan sağlığının tam bir iyilik haliyle sağlanabileceğini ortaya koymuştur (WHO, 2014). Bu yaklaşım da bireyin ihtiyaçlarının psikososyal perspektiften ortaya konulmasının gerekliliği sağlamıştır. En basit yoluyla bireyin psikolojik ihtiyaçları karşılanırken sosyal bağlamından kopuk bir değerlendirilme sunulmasının eksik olacağı ve bütünsel bir iyileşme için yetersiz kalacağını söylemek mümkündür. Bireyin gerek psikolojik gerek ise sosyal ihtiyaçları birbirine bağlı bir biçimde ortaya konulmalıdır. Psikososyal hizmetler de bu noktada bütüncül bakış açısıyla birey ve grupların ihtiyaçlarını karşılamayı vurgulayan terimdir.

Psikososyal terimi, kişinin psikolojik ve sosyal boyutları arasındaki birbirini etkileyen dinamik bir bütün olarak ifade edilmektedir. Psikolojik yapı duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini içerirken; sosyal yapı ilişkiler, aile ve toplum ağlarını, sosyal ve kültürel değerleri içermektedir. Bu bağlamda psikososyal destek birey, aile ve toplulukların psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına odaklanan bir destek uygulamasıdır (IFRC, 2009: 21). Psikososyal destek kaynak ve güçlüklerin değerlendirilmesi ve probleme ilişkin çözüm becerilerinin geliştirilmesidir. Bu destek, bireyin psikolojik ve sosyal iyi oluşunu için toplumsal çevresiyle ilişkili olduğuna odaklanmaktadır. Bireysel yapının motivasyon, özel gereksinimler ve çıkarlar ile sosyal yapının sosyal istekler, normlar ve değerler gibi değişkenler arasındaki uyumsuzluk dikkate alınmaktadır. İki yapının da uzlaşmadığı noktaya ilişkin ortaya çıkabilecek zorluklara bireysel ve sosyal başa çıkma seçeneklerine psikososyal odaklanmaktadır (Tivissen, 2015; Akt. Aşık, 2021: 19). Disiplinlerarası yaklaşımla ortaya konulan birey, aile, grup ve toplum temelli psikososyal kapasite geliştirme amacıyla sunulan bütüncül hizmetler olarak ele alınmaktadır (Şavur ve Tomas, 2010: 55).

Avrupa Travmatik Stres Ağı (TENTS, t.y.) psikososyal hizmeti, bireyin baş etme kapasitesini aşan durum karşısında sistemi içerisinde sağlanan duygusal destek ve pratik çözümleri içeren bütüncül hizmet olarak tanımlamıştır. Psikososyal destek çoğu zaman

afet ve kriz dönemlerinde gündeme gelen bir kavram olmuştur. Bu durumlar çerçevesinde psikososyal müdahale toplumun ihtiyaçlarına göre tespit edilen, afet sonrasında etkilenen grupların normal yaşantılarına geçebilmeleri, olası afetlere karşı başa çıkabilme ve iyileşme becerilerini geliştirmek ve yardım çalışmalarını sunan bireylerin desteklenmesini içeren uygulamalar olarak ele alınmıştır (Türk Kızılayı, 2008: 2).

Psikososyal iyi oluş için sağlanan çatışma çözümünden bireysel psikoterapiye ve insan haklarına ilişkin savunuculuğa kadar çok geniş bir işlevde sunulan uygulamalar psikososyal programlar çatısı altında tanımlanmaktadır (The Psychosocial Working Group, 2003). Bu anlamda psikososyal destek, bireylerin bütüncül refahını destekleyen eylemler olarak belirtilebilir (INEE, 2010: 121). IFRC (2019) psikososyal destek için bireylerin dayanıklılığını en üst düzeye çıkarmak ve kendi kaynaklarını kullanabilmeleri için harekete geçen bireylerin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını ele alan eylemler olarak değerlendirilmektedir.

Psikososyal destek ve ruh sağlığı kavramları birbiriyle örtüşen terimler olarak kullanılsa da yardım meslekleri için birbirini tamamlayan ifadeler olarak değerlendirilmektedir. Tarihsel olarak bakıldığında sağlık sektörü mental bozukluğu olan bireylere yönelik sağlanan biyolojik olmayan müdahaleleri tanımlamak için psikososyal rehabilitasyon ve psikososyal tedavi terimlerini kullanmışlardır. Bu nedenle bu terimlerin kapsamının küresel düzeyde farklı çağrışımlar yansıttığı söylemek mümkün iken, ‘ruh sağlığı ve psikososyal destek’ teriminin birleşik biçimde daha iyi bir aktör olarak tamamlayıcı olduğu da belirtilmektedir (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

Psikososyal kavramının üç farklı şekilde kullanıldığını belirtilmektedir. İlk olarak daha az damgalayıcı ve sosyal şartların psikolojik iyi oluşu etkileme potansiyeli nedeniyle ruh sağlığı kavramı yerine psikosozyalin kullanıldığı görülmektedir. İkinci olarak toplum kalkınması uygulamaları içerisinde sunulan eğlence, kültür, formel ve informal uygulamaları içeren programlar için kullanılabilir. Üçüncü olarak da psikososyal terimi, birey ve/veya topluluğun kaynaklarını belirleme ve harekete geçebilme kapasitesini artırma girişimleri için kullanıldığı görülmektedir (Ager, Strang ve Wessells, 2006). Psikososyal, insan kapasitesini (güçlü yönler ve değerler) desteklemek, sosyal ekolojiyi geliştirmek (ilişkiler, sosyal ağlar ve topluluklarındaki insanların mevcut destek sistemleri arasında bağlantılarla destek sağlamak), bireysel ve sosyal beklentilerle

birlikte kültür ve değer sistemlerinin etkisinin öneminin farkına varılması olarak üç temel alanı ile refahı geliştirmeyi amaçlamaktadır (Ministry of Health, 2016: 6).

1.4.1. Psikososyal Destek Profesyonelleri

Psikososyal kavramının içeriğinin geniş kapsamı birçok meslek grubunu uygulamasına dahil etmiştir. Bu durum zaman zaman kimlerin psikososyal ya da ruh sağlığı hizmeti verebileceği ve kimlerin yeterliliği olduğu sorusunu gündeme taşımıştır. Bireyin tam bir iyilik hali için bütüncül ele alınması gerekliliği sağlık otoriteleri tarafından benimsenerek ruh sağlığı hizmetleri tek bir meslek grubu tarafından sağlanmasının uygun olmadığı alandaki uygulamaları şekillendirmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) ruh sağlığı profesyonellerinin genişletilmesini hedef edinerek, psikiyatri, klinik psikoloji, psikiyatri hemşireliği ve psikiyatrik sosyal hizmet mesleklerini alana dahil edilmesini hedeflemiş ve belirli mesleki ve eğitim uygulamalarını devreye sokmuştur. 1960 ve 1970'lerde NIMH aracılığıyla ruh sağlığı programlarını geliştirilerek mesleki eğitimlerde psikiyatrik odağa alan açılması sosyal hizmet uzmanları için önemli bir istihdam kaynağı olmuştur (Austin, 1986: 22).

Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından ruh sağlığı alanındaki profesyoneller psikiyatri hekimi, psikolog, klinik psikolog, hemşire, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışmanlar ve pratisyen hekimler olarak ifade edilmektedir. (TPD, t.y.). TPD psikolog ve klinik psikologları tanı ve tedavi sürecinde ekibin bir parçası olarak ele alırken psikologları, psikiyatristin yasal sorumluluğu altında psikoterapi yapabileceği belirtilmektedir. Psikiyatri hemşirleri, sosyal hizmet uzmanları ve danışmanların ise bilimsel düzeyde geçerliliği kabul gören uluslararası düzeyde standardize edilmiş eğitimleri almaları koşuluyla bazı psikoterapi yaklaşımlarını psikiyatri hekiminin sorumluluğunda uygulayabilecekleri belirtilmektedir. WHO (2005) tarafından ruh sağlığına ilişkin en iyi uygulayıcıların farklı alanlardan gelen uzmanlardan oluşan multidisipliner ekipler olduğunu belirtmektedir. Multidisipliner ekibin ise hem birincil basamak hem de uzmanlaşmış düzeyde ruh sağlığı hizmetinde yer alabileceğinin altı çizilmektedir. Fakat gelişmiş ülkelerde dahi yetersiz kaynaklar ve sağlık sistemindeki problemler nedeniyle bu tür hizmet sunumunu her yerde görmek mümkün değildir.

Türkiye’de pratikte ise tablo tam olarak böyle seyretmemektedir. Ruh Sağlığı Yasası’nın olmayışı psikososyal alanda hizmet veren birçok mesleğin sınırlarını muğlaklaştırmaktadır. Bazı meslek kollarının çalışma alanlarının genişletilmesi ve ruh sağlığı alanıyla ilişkili olmayan mesleklere yetki sağlanması bu alandaki yetkin meslek elemanlarının çalışma alanlarından dışlanmasına neden olmaktadır. Örnek olarak Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği kapsamında sosyal çalışma görevlisi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyoloji, çocuk gelişimi, öğretmenlik, aile ve tüketici bilimleri ve sosyal hizmet bölümlerinden mezun kişiler olarak belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2013). Bu durum psikososyal ya da ruh sağlığı hizmetinin sunumunda disiplinlerarası ve bütüncül yaklaşımdan ziyade sınırların ve yetkinliğin hem uzmanlar hem de hizmet alanlar için korunamadığı kompleks bir uygulamayı ortaya koymaktadır.

Türkiye’de aynı zamanda kimlerin terapi yapabileceği ve terapistliğe ilişkin bir mevzuat da bulunmamaktadır. Ruh sağlığı ya da psikososyal uygulamanın kimler tarafından verilebileceğinin net olmaması nedeniyle meslekler arasında muğlaklıklar sürdürülmektedir. Ruh sağlığı alanında gerekli klinik odaklı mesleki eğitimler ve süpervizyon almayan kişilerinde uygulama ortaya koyduklarını iddia eden birçok durum oluşmaktadır. Aynı zamanda aile danışmanlığı sertifika eğitimleri altında da ruh sağlığı alanından olmayan farklı lisans eğitimleri olan kişiler danışmanlık merkezi altında görüşmeler gerçekleştirerek kanıta dayalı ve yetkin olmayan bir durum ortaya koymaktadır. Bu durum da ruh sağlığı alanında öncelikli olarak benimsenmesi vurgulanan ‘zarar vermeme’ ilkesini hiçe sayan ve göz ardı edilen bir problem olarak maalesef görülmektedir.

Türkiye’de halen bir ruh sağlığı yasasının olmayışı, bu alanda hizmet veren meslek elemanlarının tanınmasını zorlaştırırken, çoğu zaman klinik ve psikososyal desteği kimlerin verebileceği tartışmalarının oluştuğunu görmek mümkündür. ABD’de uygulamalara bakıldığında sosyal hizmet uzmanlarının özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde psikoterapi hizmetini sağlayan önemli bir kesimi oluşturduğu görülmektedir (Munson, 2002; Akt. Zubaroğlu Yanardağ, 2016). ABD’de sosyal hizmet alanında gerekli yüksek lisans (MSW) derecesini alma şartlarını sağlayan uzmanlar özel klinik ve birçok alanda ruh sağlığı uzmanı olarak görev alabilmektedirler (Middleton, 2023).

ABD’de klinik sosyal hizmet yüksek lisans programına ilgili herkesin başvurabildiği belirtilmektedir. Yüksek lisans (MSW) ilk yılında temel sosyal hizmet müfredatı sağlanarak ikinci yıl ileri düzey ile uygulama odaklı eğitim almaktadırlar. Sosyal hizmet lisans (BSW) mezunları ise yüksek lisans eğitimlerine ileri düzeyden başlayarak klinik alanda eğitim görürler. Klinik sosyal hizmet uzmanı olarak alanda çalışabilmek için lisans sınavından başarıyla geçmeleri de bir diğer şart olarak sunulmaktadır. Bu sınava girme koşulu ise eyaletler arası farklılaşan ve çoğunlukla 3000 ile 5000 saat aralığında gerekli görülen süpervizyonun alınmasıdır (Middleton, 2023). Amerika Birleşik Devletleri’nin Illinois eyaletinde geçerli ‘Klinik Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uygulama Yasası’ (Clinical Social Work and Social Work Practice Act, 1989) incelendiğinde 9. maddede klinik sosyal hizmet yetkinliği için sosyal hizmet lisans mezunlarının master eğitimlerini almaları, klinik sosyal hizmet uygulama sınavının geçilmesi ve 3000 saatlik klinik süpervizyon alması gerekliliği belirtilmektedir. Bu şartlar sağlandığı takdirde psikososyal gelişim, davranış, psikopatoloji, bilinçdışı motivasyonlar, çevresel stres faktörleri ve kişilerarası ilişkiler gibi birçok konuda teori dayanaklı kanıta dayalı uygulamalar ile birey, aile ve gruplarla çalışma kapsamında değerlendirme, tedavi sunma ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin klinik alanda klinik sosyal hizmet uzmanlarının aktörlerden biri olarak ele alındığı görülmektedir.

Türkiye için durum Ruh Sağlığı Yasası’nın olmaması nedeniyle psikososyal uygulamanın kimler tarafından, hangi çerçevede ve yetkinlikle sağlanması gerekliliği açıktır. Bu durum da sistemli ve ihtiyaca yönelik hizmet sunumunun önüne geçmektedir. Bu nedenle ruh sağlığı ya da psikososyal alandaki uluslararası uygulamalara ilişkin mevzuatın daha dikkatli incelenerek sınırların ve multidisipliner bakış açısının benimsenmesine ihtiyaç vardır.

1.4.2. Psikososyal Profesyonellerinde İkincil Travma ve Başa Çıkma

Baş çıkma becerilerinin ikincil travma açısından etkisi alanda yapılan birçok çalışmada merak konusu olduğu görülmektedir. Başa çıkma becerilerinin işlevselliğinin ikincil travma riskini azalttığı ya da koruyucu bir etkisi olduğu söylenebilir. Bride (2012: 602) aktif başa çıkma becerileri olarak duygusal ve araçsal destek kaynağı arama, planlama yapma ve mizahı kullanma yer alırken; uyuşturucu ve alkol kullanımı, danışanın travmatik deneyimini unutmaya çalışma, özel yaşamındaki kişilere karşı saldırgan

davranışlar ve sosyal izolasyon gibi davranışların olumsuz başa çıkma tutumları olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Keyter ve Roos (2015) tarafından yapılan çalışmada uzmanların ikincil travma ile başa çıkma deneyimlerinin incelendiği çalışmada; kişinin kendine, zorlukların ve başarılarına yönelik farkındalık geliştirmelerinin içsel düzeyde önemli bir baş etme yöntemi olarak ifade edildiği görülmektedir. Uzmanların vakalarını farklı bakış açılarıyla ve esnek bir tutum ile değerlendirmelerinin de olumlu bir baş etme yöntemi olarak deneyimlendiği görülmüştür. Umut duygusunu koruma, öğrenmeye açık olma ve manevi duygular yoluyla anlamlandırma çabalarının olumlu baş etme biçimlerinden olduğu görülmüştür. Aynı zamanda uzmanları iş ile kişisel yaşamları arasında sınır koyma ve kendilerine zaman ayırmanın baş etme biçimlerinden olduğu belirtilmiştir. Aile ve arkadaşlardan alınan sosyal desteğin de ilişkisel düzeyde baş etme deneyimleri açısından kolaylaştırıcı bir etki olduğu uzmanların deneyimlerinden görülmektedir. Ek olarak kurum içinde formel ve informal etkileşimin örgütsel düzeyde başa çıkmaya büyük ölçüde katkı sağladığı belirtilmiştir.

Beckerman ve Danielle (2018) tarafından aile içi şiddet mağduru olan ve kadın sığınma evinde kalan kadınlarla çalışan profesyonellerin travmatik deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada; uzmanların vakaların yaşadığı şiddet deneyimine ilişkin aşırı tetikte olma hali ve kendilerinin de zarar görebilecek tehlikede olduklarını, şiddet gören kadınların yaşadıkları deneyimlere benzer kabuslar, etkinliklerden zevk alamama, takip edilme korkusu ve duygusal anlamda hissizleşme gibi belirtilerin kişisel yaşantılarında deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Uzmanların baş etme için stratejilerinin ise egzersiz ya da meditasyon gibi rahatlatıcı etkinlikler yaptıkları ve iş arkadaşlarıyla mesai dışında vakit geçirerek olduğu ifade edilmiştir. Fakat kurumsal bir öz bakım prosedürü görmedikleri ve bunun gerekli olduğu belirtilmiştir.

Demirbaş (2021) tarafından karma desen modeliyle çocuk alanında çalışan uzmanların ikincil travma deneyimlerinin ele alındığı çalışmada; uzmanların zihinsel olarak iş dışında vakalara ilişkin meşgul oldukları ve rüyalarının temasının travmatik vakalara ilişkin şekillendiği; uzmanların birçok fiziksel düzeyde somatik belirtiler sergiledikleri, bu belirtilerin genellikle tetikleyici uyaranlar ve travmatik vakalarla çalışma döneminde ortaya çıktığı belirtilmiştir. Aynı zamanda travmatik vakalarla

çalışmaya bağlı aşırı uyarılma tepkileri ortaya koydukları ifade edilmiştir. Vakalara ilişkin karar verme ve yetkinliğe dair yetersizlik duyguları; sosyal çevreye yönelik izolasyon, yalnızlaşma ve gelecek kaygısı gibi deneyimler yaşadıkları görülmektedir. Uzmanların travmatik vakalarla çalışırken baş etme yöntemlerine ilişkin deneyimleri sorgulandığında; süreci rasyonel bakış açısıyla normalize etmek, hobilerle meşgul olmak, unutmaya ya da içe kapanma, güçlü ve zayıf yönleri farkında olunarak vaka takip sürecini organize etmek, manevi aktivitelere zaman ayırma, mesleki ya da akademik gelişime odaklanmak, evcil hayvan bakımı üstlenmek ve kendilerine zaman ayırma gibi deneyimlerin belirtildiği görülmüştür. Aynı zamanda kişilerin mesleki deneyimleri arttıkça travmatik vakalarla daha etkili baş etme yöntemleri geliştirdikleri bu çalışma kapsamında görülmüştür.

Rienks (2020) tarafından çocuk refahı alanında çalışan uzmanlar ile yapılan çalışmada daha fazla başa çıkma strateji kullananların ikincil travma düzeylerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışma 3 yıl sonra tekrarlandığı aynı bulgunun tekrar elde edildiği görülmüştür. Ayrıca öz bakım planı olan uzmanların ikincil travma düzeylerinin de daha az olduğu görülmüştür.

Schauben ve Frazier (1995) tarafından yapılan çalışmada aktif başa çıkma, duygusal destek, planlama, araçsal destek ve mizah savunma stratejilerinin düşük travma semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca kişisel başa çıkma stratejileri sorulduğunda; en yaygın olarak sırasıyla egzersiz yapmak, iyi bir uyku, sağlıklı besinler tüketmek, meditasyon yapmak, doğada vakit geçirmek, günlük tutmak, sinemaya gitmek, kitap okumak, bahçe işleriyle uğraşmak, müzik dinlemek, arkadaş ve aile ile iletişimde olmak, iş arkadaşları ve üstlerine danışmak gibi stratejiler sıralanmıştır.

Gil ve Weinberg (2015) tarafından sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri ve başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada duygu odaklı (araçsal, duygusal destek arama ve geri çekilme) ve kaçınma odaklı (davranışsal ve zihinsel uzaklaşma, inkar ve alkol/uyuşturucu kullanımı) başa çıkma stratejileriyle ikincil travma semptomları arasında pozitif bir ilişki görülürken, problem odaklı (aktif başa çıkma, planlama ve bastırma) başa çıkma stratejileriyle ikincil travma semptomları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Kavaklılar (2023) tarafından okul psikolojik danışmanlarıyla yapılan çalışmada uzmanların zorlayıcı travma vakalarıyla baş etme stratejilerinin öz bakıma özen gösterme, vakanın acısıyla ayrışma, haz duygusu, sosyal destek kaynaklarına sahip olmak, süpervizyon, eğitim ve bireysel psikoterapi desteği alma biçiminde şekillendiği görülmüştür.

İkincil travma ve başa çıkma alanında yapılan çalışmaların benzer örüntülerde başa çıkma stratejisinin sağlandığının ve koruyucu etki sağladığını söylemek mümkündür. Bunun yanında kurumsal şartlarında başa çıkma için önemli bir kaynak olacağını belirtmek mümkündür. Baugerud, Vangbæk ve Melinder (2018) tarafından Norveç'te çocuk koruma alanında çalışan uzmanlar ile yapılan çalışmada düşük düzeyde ikincil travma belirtilerinin görüldüğü, bunun önemli nedenlerinden birinin ülkedeki çalışma koşullarının sağlamış olduğu fırsatlar olarak değerlendirildiği görülmektedir.

1.4.3. Psikososyal Profesyonelleri için Destekleyici Uygulama Örnekleri

WHO (2024) tarafından tüm dünyayı etkisi altına alan pandeminin getirmiş olduğu önemli bir bulgunun sağlık çalışanlarının durumu olduğunu bildirmiştir. Sağlık ve bakım verici pozisyonda olan çalışanların en az dörtte birinin Ocak 2020 ile Nisan 2022 arasında kaygı, depresyon ve tükenmişlik semptomları bildirdiğini belirtmektedir. Bunun yanında pandemi sürecinin göstermiş olduğu sağlık krizinin sağlık ve bakım çalışanlarına ilişkin ulusal sağlık politikaları için kurum ve politika yapıcılarının sorumluluk alması gerektiğinin altını çizilmiştir (Abdul Rahim, Fendt-Newlin, Al-Harashsheh ve Campbell, 2022).

Amerikan Psikoloji Derneği (APA, 2008) tarafından uzmanların mesleklerinin doğasına ilişkin risklerle karşı karşıya kaldıkları ve bu tür risklere karşı öz bakım rutinlerine ilişkin koruyucu kitlerle tavsiyelerde bulundukları görülmektedir. Bunun yanında uzmanların içinde bulundukları kurumsal ve bürokratik sistemlerin iş stresine ilişkin önemli bir risk olduğu belirtilmektedir. Fakat uzmanlara ilişkin öz bakım ile sınırlı tavsiyeler sağlanarak gerekli politika uygulamalarına yer verilmediği görülmektedir. Bu alanda yeterli savunuculukla ilişkili eksikliklerin sürdüğü görülmektedir. İkincil travmanın önlenmesi için öz bakım önemi bu alandaki çalışmalara olan ilgiyi arttırmış olsa da bunun yanında yalnızca öz bakımın yeterli kalmadığı organizasyonel ve politika düzeyinde uygulamalara ilişkin ihtiyaç olduğu da görülmektedir.

Örgütlerin de travma geçirme potansiyeline sahip olduklarını ve kurumsal faktöre bağlı olarak bu travmanın etkisinin olabileceğini savunmaktadır (Hormann ve Vivian, 2005). Caringi ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada ikincil travmayı nadir görülen bir olgu olarak değerlendirmek yerine çalışanların sağlığını ve iyi oluşla için risk ortaya koyabilen ve danışanların hizmet alma işlevlerinde etki eden büyük bir sorun olarak bakılması gerektiği belirtilmektedir. Örgütsel faktörlerin ikincil travma için hafifletici etkisinin elde edilmesi sonucunda kurumların öz bakım destekleyici planların kurumsal düzeyde desteklenmesi gerekliliği belirtilmiştir. Bober ve Regehr (2006) tarafından ikincil travmaya ilişkin koruyucu müdahale stratejilerinin bireysel değil yapısal olmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Kurumların ikincil travma maruziyetini sınırlandırmak için iş yükünü organize edebilmesinin bunun bir yolu olabileceği belirtilmektedir.

Önleyici stratejiler bağlamında öz değerlendirme, kurum içi öz bakım gruplarında yer alma, vaka yükünü dengeleme, esnek zaman kullanımı ve akran desteği gibi uygulamalar önerilmektedir (National Child Traumatic Stress Network, 2011). Miller ve Sprang (2016: 2-9) tarafından Klinisyen Deneyimini Geliştirmeye Yönelik Bileşenler ve Travmanın Azaltılması (CE-CERT) modelinin kullanımını öne sürmüştür. Bu model çeşitli kanıta dayalı kaynaklardan elde edilen adımlardan oluşan fakat teorik olmayan bir model olarak ikincil travma için değerlendirilmektedir. Deneyimsel katılım, ruminasyon düzenlemesi, kasıtlı anlatım, duygusal emeğin azaltılması ve son olarak parasempatik iyileşme olarak beş beceriden oluşturulmuştur. Uzmanların ikincil travma ya da merhamet yorgunluğuna ilişkin öz bakım uygulamalarından ziyade yapılandırılmış, somut ve beceri temelli bu model uygulaması böylece tavsiye edilmektedir. Bu modelin belirtilen adımlarının ise ampirik düzeyde test edilerek işlevinin ortaya konulmasının gerekliliği de ayrıca belirtilmektedir.

Kim, Chesworth, Franchino-Olsen ve Macy (2022) tarafından dolaylı travmaya ilişkin müdahale programlarının değerlendirildiği meta analiz çalışmasında müdahale uygulamalarının çoğunlukla birey odaklı öz bakıma dayalı ve semptom odaklı olmayarak stres yönetimine odaklanıldığı görülerek psikoeğitim, farkındalık egzersizleri, sanat, eğlence etkinliklerine yönelme ve alternatif tıp tedavisine başvurma biçiminde şekillendiği belirlenmiştir. Ayrıca mevcut müdahale uygulamalarının risk ve koruyucu

faktörlerin göz ardı edilerek şekillendirildiğinin bu meta analiz çalışmasında vurgulanmaktadır.

Sprang, Miech ve Gusler (2023) tarafından boylamsal olarak organizasyonlarda ikincil travmayla mücadele için oluşturulan ekiplerinin etkisi incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında organizasyonel değişimin ve ikincil travmaya ilişkin ekibin problem çözme stratejilerinin, kurum için uzmanların ikincil travmatik stres belirtilerinde azalma sağladığı sonucu elde edilmiştir. Bu sonuç organizasyon içi değişimin bireysel refah düzeyine ve ortak bir iyileşme kapısını aralanmasına katkı sağlayabileceği düzeyde yorumlanmıştır.

Travma alanında artan çalışmaların örgütsel faktörleri, sistemsel etkiyi ve bütüncül yaklaşımın önemini ortaya koyduğu görülmektedir. Bu yaklaşım travma bilgili bakımın psikososyal sistemler tarafından kabul edilmeye yönelmesine etki ettiği söylenebilir. ABD’de Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) tarafından travma bilgili bakım, kurum veya sistemlerin travmanın yaygınlığını kabul ederek, iyileşme için potansiyel yolları aranması biçiminde yorumlanmaktadır. Danışanlarda, ailelerde, çalışanlarda ve sistem içindeki diğer kişilerle travma semptomlarını tanıyarak politika, prosedür ve uygulamalara entegre edilmesi sağlanması yoluyla yeniden travmatizasyona karşı direnç bu yaklaşım ile oluşturur. Bu yaklaşım travmanın etkisini kurum kültürüne dahil ederek, travmaya özgü müdahaleler ile yol almayı hedefler (SAMHSA, 2014).

Amerika’da Kentucky Aile İçi Şiddet Programları Aile İçi Şiddete Karşı (KCADV) devlet tarafından finanse edilen bölgesel aile içi şiddet programı olarak faaliyet göstermektedir. Bu programda çalışan personellerin kurumsal travma bilgili bakım (TIC) uygulamasının ikincil travma düzeyine etkisi incelenmiştir. Travma odaklı bakım kurumda yalnızca ruh sağlığı çalışanlarını değil idari, doğrudan ve doğrudan olmayan hizmetleri sunan pozisyonadaki kişileri kapsayarak uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarında travma odaklı bakım standartlarının uygulanma seviyesi arttıkça çalışanların ikincil travmatik stres ile ilişkili semptomlarının azaldığı görülmüştür. İkincil travmada en fazla düşüşe katkısı olan travma odaklı bakım faktörünün ise danışan ve personel kontrolü, öngörülebilirlik ve kurumda söz sahibi hakkının olmasına ilişkin geniş temanın etki ettiği görülmüştür (Foley, 2020). Benzer şekilde yapılan bir başka çalışma

kapsamında çocuk koruma alanında çalışan uzmanların travma bilgili bakım uygulamasının (TISC) tükenmişlik ve ikincil travma üzerindeki ilişkisine odaklanılmıştır. Bu çalışma kapsamında travmaya özgü eğitimlere katılma gibi örgütsel kaynakların aracılık ettiği elde edilmiştir (Salloum, Choi ve Stover, 2019). Travma bilinçli bakımın (TIC) ruh sağlığı hizmeti veren personelin memnuniyeti üzerindeki etkisini odaklanıldığı bir başka çalışmada travma odaklı bakım uygulamasından bir ay önce ön test ve on iki ay sonra yapılan son test sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu çalışma kapsamında travma odaklı bakım uygulamasının personel memnuniyetinde olumlu düzeyde farklılıklar ortaya koyma etkisi olduğu görülmüştür. Özellikle en önemli farklılığın personelin yönetim ile olan ilişkilerinde ve iş yerine olan bağlılıklarına ilişkin memnuniyete ilişkin olduğu görülmüştür (Hales, Nochajski, Green, Hitzel ve Woike-Ganga, 2017).

Örgütsel uygulamaların etkisinin yanında kamu politikalarının da psikososyal alanda çalışan uzmanların iş stresine ilişkin önemli bir etkisi olduğunu söylemek mümkündür. İkincil travmatik stres gibi iş stresine bağlı ortaya çıkan zorlayıcı olguların politikalar nezdinde görünür olmasının koruyuculuk ve önleyicilik açısından sistemsel bir ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bu kapsamda mevcut çalışmada psikososyal profesyonellerinin ikincil travma kaynaklı ortaya çıkan risklere karşı ülkelerin koruyucu politikaları sorgulanmıştır. Sınırlı düzeyde var olan politikalara aşağıda yer verilmektedir.

Psikososyal destek profesyonelleri için koruyucu uygulama politikalarına bakıldığında ABD'nin Vermont eyaletinde uygulanan Aile Hizmetleri Politikası Çocuk Refahı Sistemi (Child Welfare System, 2016) kapsamında çalışan personelin maruz kaldıkları travmanın etkisindeki yaklaşımlarıyla, çalışanların psikolojik iyi oluşları için oluşturulan HOPE (Helping Our Peers Excel) ekibi tarafından personeller eğitim, destek ve danışmanlık kapsamında desteklemektedir. Personel güvenliği, refahı ve dayanıklılığı çerçevesi altında iş ve iş dışı strese ilişkin personele mahremiyete uygun destek, danışmanlık, bilgi sağlama, planlı müdahale oluşturma (bilgilendirme, savunma, psikoeğitim ve beceri geliştirme), takip, stres yönetimi ve azaltılmasına ilişkin desteklenme ve çalışana destek programlarına yönlendirme hizmeti sağlanmaktadır. Ayrıca yasal işleyiş, kurum çapında etkisi olabilecek çalışanın vefatı, önemli ölçüde yaralanması, bakım altındaki çocuğun ve gencin ölümü ya da fiziksel zarar görmesi, doğal afet ya da personele zarar verici düzeyinde olan kurum aksamaları kapsamında HOPE

ekibinin harekete geçmesini ve bireysel bilgilendirme sağlaması konusunda sorumlu tutmaktadır. Politika metni kapsamında belirtilen HOPE ekibi strese ilişkin duyguların tanımak, anlamak ve çalışmak için akran desteği konusunda özel eğitim almış bölüm personellerinden oluşmaktadır. Bu ekip üyeleri travma bilgili tedavi konusunda klinik uzmanlığı olan lisanslı uzmanlardan destek ve danışmanlık olarak ve gerekli durumlarda maruziyet yaşamış çalışanı diğer klinik hizmetler için yönlendirme sağlamaktadır. Bu yönlendirmeler çalışana destek programları kapsamında hizmet veren ajanslar ile sağlanarak personel ve ailesinin faydalanabileceği biçimindedir. Bu çerçevede HOPE ihtiyaç duyan personele destek olmak için hazır bulunan bir ekip olarak tasarlanmıştır. Personel ile sağlanan HOPE görüşmeleri mesai saatleri çerçevesinde sağlanması hedeflenmiş fakat mesai saatlerini aşan görüşmelerde personelin yararına sağlanacak biçimde düzenleme sağlanacağı belirtilmiştir.

ABD benzer bir uygulamanın Connecticut eyaletinde sağlandığı görülmektedir. Department of Children and Families (2019) politika belgesinde direkt olarak çalışan desteği ve ikincil travma başlığıyla konuya ilişkin gerekliliklere yer verildiği görülmüştür. Bu bağlamda ikincil travma olgusunun politika düzleminde kabullenilişi ve görünürlüğü açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir. Çocuk refahı alanında çalışan personele ilişkin riski azaltmaya yönelik tedbirler altında yönetmelik kurum müdürlerini, yöneticileri ve müfettişleri sorumlu kılmaktadır. Bu yetkililer çalışanların doğrudan ya da dolaylı bir biçimde maruz kaldığı travma riskine ilişkin güvenlik ve destek sağlayıcı protokoller, prosedürler ve eğitimler geliştirmekten sorumlu tutulmuştur. Bir ölüm veya krize müdahale gerektiren durumlarda bireysel kriz danışmanlığı, grup bilgilendirmesi ve olay sonrası yönlendirme sağlama, eğitim, çalışan destek programlarına, insan kaynaklarına ve diğer ilgili kaynaklara yönlendirme sağlama, önleyici kapsamda psikoeğitim, maruz kalma risklerine ilişkin hazırlık, krize müdahalede net protokollerin planlanması ve geliştirilmesi ve danışmanlık sağlanması yönetmelikte geçmektedir. Çalışana destek ve sağlık ekipleriyle çalışma ortamının kültürünün geliştirilmesinin teşvik edilmesi aynı politika metninde yer verildiği görülmektedir. Bu bağlamda kriz ve maruziyetin bütünsel bir biçimde ele alındığı görülmektedir. Bahsedilen bu ekipler kapsamında fiziksel sağlık ve zindelik, ruh sağlığı ve stres yönetimi faaliyetleri, kişisel büyüme ve gelişim ve moral etkinlikleri gibi faaliyetlerle çalışanların iyi oluşlarının desteklenmesine yer açıldığı görülmüştür.

New Jersey’de Çocuk ve Aile Departmanı (DCF) tarafından Personel Sağlığı ve Zindeliği Ofisi (OSHW, 2024) personelinin sağlık, güvenlik ve refahını iyileştirmek için kurulmuştur. Bu departmanın araştırmaların genel sağlık durumu iyi olan çalışanların iş yerinde maksimum performans gösterme potansiyelinde olmalarından yola çıkarak geliştirildiği görülmektedir. Bu kapsamında Personel Sağlığı ve Zindeliği Ofisi’nin hedefleri öncelikle çalışanların fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlığını teşvik eden çalışan refahını artırıcı hizmetlere odaklanmaktadır. Tükenmişlik, ikincil travma ve stresi azaltacak stratejilerin uygulanması bu hedefler arasında yer almaktadır. Çalışanların kişisel ya da mesleki kriz dönemlerinde desteğe erişebilecekleri kaynakların sağlanması da bir diğer hedef olmaktadır. Bu kapsamda kurumların krize müdahale protokollerini geliştirmeyi ve acil durumlara erişim sağlamayı içerdiği görülmektedir. Olumlu bir çalışma ortamı ve çalışanların bağlılığını teşvik edilmesi, çalışanların işlerinin gerektirdiği kaynaklarla desteklenmesi ve iş yerinde sağlık programlarının etkililiğine ilişkin ölçümlerin takip edilmesi hedeflerden oluşmaktadır. New Jersey DCF Personel Sağlığı ve Zindeliği Ofisi bu hedefler kapsamında çalışanlarının refahını desteklemeyi ve böylece çocuk ve ailelere ilişkin etkili hizmet vermeyi öngörmektedir.

Washington’da yasal düzlemde okul sisteminde çalışan personel için ikincil travmanın etkisi olduğu ve önlenebilir politikalar ile desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu yasa kapsamında kamu eğitim müdürlüğü sorumlu tutulmuştur. Bu müdürlük diğer eğitim kurumlarıyla iş birliği yaparak ikincil travmaya ilişkin koruyucu bilgilendirme sağlayan kaynaklara erişimin sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu politika metninde aynı zamanda Washington eyalet okul müdürleri derneğinin ikincil travmayı önlemek için politika ve prosedür planlaması için sorumlu tutulmuştur. Bu model kapsamında iş yerinde ruh sağlığının desteklenmesi, çeşitlilik ve kapsayıcılık odaklı iş yeri kültürü, personele eğitim ve uygulamanın raporlanmasına ilişkin ayrıntılar politika metninde yer verilmiştir (Washington State Legislature Section 28A.300.825, 2021).

ABD’nin farklı eyaletlerinde çoğunlukla çocuk alanında olmak üzere psikososyal hizmet veren kurumlar için politikalarının çalışan güvenliği kapsamında ikincil travmanın kabul edildiği görülmektedir. İkincil travmanın çalışan üzerindeki etkisinin kabul görmesi, müdahale politikasını biçimlendirmesi açısından önemli bir örnektir.

İngiltere’de kamu sağlık sistemi olan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)’in Personel Konseyi’nin alt grubu olan Sağlık, Güvenlik ve Refah Grubu (HSWG) sağlık kuruluşlarındaki personel güvenliği ve refahı standartlarını korumak için çalışmalar sürdürmektedir. Bu grup sağlık hizmeti veren kurumların iş yeri stresine karşı politikaya sahip olması gerektiği ve bu politikaların sürdürülebilmesi için personel ve yöneticilerden oluşan stres politikası grubu oluşturulmasının faydalı olabileceğini belirtmektedir. İş yerine ilişkin gelişen stresin birçok faktörün etkisinde ortaya çıkma potansiyelinde bulunduğunun altı çizilmektedir. Bu grubun sağlık kurumlarının organizasyonel aksiyonlar alması gerektiği ve bunun nasıl sağlanabileceğine ilişkin bir kılavuz niteliğinde olduğu görülmektedir. Ayrıca Sağlık, Güvenlik ve Refah Grubu (HSWG) iş yerinde stres riskine ilişkin mevzuatın bulunmadığını fakat 1974 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ve 1999 tarihli İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetimi Yönetmelikleri dikkate alarak iş verenler için bir stres politikasına ihtiyaç olduğunu ilişkilendirmekte olduğu görülmektedir (NHS Employers, 2022). Ek olarak İngiltere hkmeti tarafından pandemi döneminde sosyal bakım sağlayıcıların iyi oluşlarının desteklenmesine ilişkin ağrı yayınladıkları görülmektedir. Bu ağrı kapsamında personelin psikososyal refahı için iş verenlerin faydalanabileceği materyallere ilişkin bilgilendirme sunulduğu görülmektedir (Department of Health & Social Care, 2022).

Kanada Halk Sağlığı Kurumu tarafından uygulama rneği olarak gösterilen Fredericton Cinsel Saldırı Merkezi (FSAC)’nin cinsel ve flört şiddetine maruz kalan kişilere hizmet verirken ikincil ve dolaylı travma olgusunu dikkate alarak personelin bakımını önemsedikleri belirtilmektedir. Bu çerçevede personel refahını desteklemek için personelin ve gönüllülerin travmatik yaşantıya ilişkin vaka öyküsüne maruz kalınışının sınırlandırılmasını desteklenmektedir. Bu bağlamda vakaya ilişkin meslektaşlarla bilgi paylaşımından önce zorlayıcı düzeyde bir şey duyacakları konusunda uyarmak ve izin istenmesinin önleyici olabileceği belirtilmiştir. z bakımlarını destekleyici olabilmek için konu hakkında konuşmayı desteklemek ve hikyenin içeriğinin yanında danışan ile etkileşime odaklanmanın faydalı olacağının benimsendiği görülmektedir. Aynı zamanda mesai saatleri kapsamında haftalık olarak travma odaklı yoga desteğinin kurum tarafından sağlandığı belirtilmektedir. Gönüllülerin destek oldukları vakalardan sonra nasıl hissettikleri ve hangi öz bakım uygulamalarını kullanacaklarını kuruma belirtilmesi gerektiği kurum tarafından istendiği görülmektedir. Daha aktif bir bilgilendirme gerektiği

durumlarda ise akran destek sistemleriyle iletişime geçilmesi teşvik edildiği belirtilmektedir (Public Health Agency of Canada, 2018).

İkincil travmaya ilişkin ülkelerin politikalarında kısıtlı düzeyde yer verildiği görülmektedir. Çoğunlukla iş yerinde ruh sağlığı başlığı altında genel bir çerçevede ele alındığı görülmektedir. Bu anlamda politikalar kapsamında ikincil travmanın kabul görmesine ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bunun yanında psikososyal alanda uzmanlar için koruyucu nitelikte olabileceği süpervizyon da önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Ruh sağlığı çalışanlarının stresini azaltmaya yönelik süpervizyon, değerlendirme, akran destek gruplarına erişim ve eğitim gibi destekleyici nitelikteki stratejilerin işlevsel olduğu görülmüştür (Wood, ve diğerleri, 2011). İkincil travmaya ilişkin önleme ve müdahaleye yönelik yaklaşımların birey ve kurumsal politika odaklı biçimde olmasının gerekliliği belirtilmektedir. Bu stresin gelişiminin önlenmesi için en önemli stratejinin psikoeğitim, beceri geliştirme eğitimi ve süpervizyon denetimi üçlüsünün olduğunun altı çizilmektedir. Kişilerin dolaylı yoldan maruz kaldıkları travmalara ilişkin bilgi ve farkındalık sağlamaları risk arttırma ve dayanaklılık kazanmaya ilişkin yeni stratejiler edinme konusunda güçlenebilecekleri ifade edilmektedir (National Child Traumatic Stress Network, 2011).

Süpervizyon mesleki yetkinliği ve kanıta dayalı uygulamanın geliştirilmesi, hizmet kalitesinin izlenmesi ve güvenilirliğinin sağlanması, mesleğe geçiş aşamasında kolaylaştırıcı ve değerlendirme sağlayıcı süreç içeren işlevde bir uygulamadır (APA, 2014). Süpervizörün amacı kurumun politika ve işleyişine uygun biçimde dolaylı olarak danışanlara verilen hizmetin iyileştirilmesinde hem niceliksel hem de niteliksel işlevde katkı sağlamaktır. Süpervizyon idari, eğitimsel ve destekleyici işlevleri yerine getirerek verilen hizmeti iyileştirmektedir (Kadushin, 2002: 23). İyi bir süpervizyon içeriğinde danışmanlık seanslarını incelenir, süpervizyon alan kişinin öğrenme hedefleri ve ihtiyaçları, güçlü yanları, kişiliği, bilişsel öğrenme stili, bilişsel yapısı, kültürel özellikleri, motivasyonu, kendini ifade edişi, süpervizyon müdahalesinin etkililiği üzerinde değerlendirme ve vakanın değerlendirilmesi göz önünde bulundurulur (Borders, 2014). Posselt, Baker, Deans ve Procter (2020) tarafından mülteciler ve sığınmacılarla çalışan ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik iyi oluşlarının sürdürülmesinde süpervizyon desteği

almalarının etkili olduğu bulgusu elde edilmiştir. Uzmanların süpervizyonu bilgi ve anlayış kazanmanın yanı sıra desteklendikleri ve onaylandıklarını hissettikleri bir alan olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Süpervizör ile uyum ve ittifakın hem depresyon hem de ikincil travmatik strese ilişkin puanların düşük olmasında özellikle duygusal destek ve mesleki gelişim alanlarında önemli yordacıyı olduğunu göstermiştir. Bu anlamda süpervizyonla sağlanan etkileşimin depresyon ve ikincil travma semptomlarını geliştirme riskini önlemede önemli olabileceği ileri sürülmüştür.

ABD'nin Vermont eyaletinde uygulanan Aile Hizmetleri Politikası Çocuk Refahı Sistemi kapsamında ikincil travma için koruyucu politika örneğine ilişkin yukarıda bilgi verilmiştir. Bu politika kapsamında aynı zamanda sosyal hizmet personeli için süpervizyon gerekliliğine ilişkin politika ortaya koyduğu görülmektedir. Süpervizörün idari, eğitsel ve destekleyici süpervizyonla bütünsel bir biçimde sağlanması beklenmektedir. İdari süpervizyon kapsamında kurumun misyon, mevzuat ve prosedürlerinin uygulanmasına ilişkin yapılan işin nitelik ve niceliğine yansıyan performansın standartları karşılaması sağlanacaktır. Eğitim süpervizyonu kapsamında personelin etkili hizmet verebilmeleri için ihtiyaç duydukları eğitimler ve öğrenme kültürlerini geliştirmelerine ilişkin yetkinlik kazandırmaya ilişkin yönelik sağlanan süpervizyon biçiminde olacağı belirtilmiştir. Destekleyici süpervizyon kapsamında çalışanların fiziksel ve psikolojik anlamda güvenli bir şekilde hizmet sunma ikliminin ortaya konması için sağlanan uygulama olarak belirtilmiştir. Bu politika metni kapsamında sosyal hizmet uzmanlarının ayda en az 7 saat bireysel ve grup süpervizyonu alması planlaması gerektiği belirtilmektedir. Daha sık süpervizyonun gerektirdiği durumlarda süpervizörler ve sosyal hizmet uzmanlarının kararıyla sağlanabileceği belirtilmiştir (Child Welfare System, 2014).

New York Ruh Sağlığı Ofisi tarafından ruh sağlığı danışmanlığı lisansı alabilmek için bakanlık tarafından kabul edilen ortamlarda en az 3000 saat ruh sağlığı danışmanlığının süpervizyon kontrolünde sağlanması gerekliliği şart koşulmuştur. Süpervizörün haftada en az bir saat veya ayda dört saat yüz yüze bireysel ya da grup süpervizyonu sağlaması gerekmektedir (Office of the Professions, t.y.).

Yeni Zelanda'da benzer şekilde ruh sağlığı uzmanlarının süpervizyonlarının politikalar kapsamında düzenlendiği görülmektedir. Personelin ihtiyacına göre ve/veya

profesyonel liderinin yönlendirmesiyle şekillenmesinin yanında süpervizyonun haftada en az dört saat biçiminde olması gerekliliği belirtilmekte olduğu görülmektedir. Bu sıklığın yeni personel için ihtiyaca göre arttırılarak sağlanabileceği aynı politika metninde belirtilmektedir (Professional Leader Occupational Therapy & Social, 2018).

Avustralya'nın Queensland eyaletinde ruh sağlığı çalışanlarına ilişkin süpervizyon sağlanmasının politikalar kapsamında düzenlendiği görülmüştür. Bu prosedür kapsamında ruh sağlığı uygulamasının standartlarının sağlanması, hizmet alan nüfusu korunması ve çalışanların iyi oluş ve bağlılıklarının geliştirilmesinin amaçlandığı görülmektedir. Bu amaçlara çalışanların resmi bir süpervizyon denetimine dahil edilerek, iyi uygulamanın tanıtılması ve uygulanmasının teşvik edilmesi, bilgi ve becerinin geliştirilmesi, çalışanların işle ilgili karşılaştıkları sorunları çözmelerine yardımcı olunarak erişilebileceği belirtilmiştir. Bu politika kapsamında süpervizyon sıklığının iki yüksek ve düşük frekanslı olacak biçimde şekillendirildiği görülmüştür. Yüksek düzeyde sağlanan süpervizyonun ayda en az 4 saat ve hafta da en az bir kez toplanılacak düzeyde belirtilmiştir. Süpervizyon alan kişi ayda en az 2 saat aynı meslekten olduğu kişiden süpervizyon ve bireysel süpervizyona katılacaktır. Bu kategoride süpervizyon alacak kişiler, yani mezunlar, mezuniyetinden itibaren iki yıldır çalışanlar ve ruh sağlığı alanında sınırlı deneyimi olan kişiler olarak sıralanmıştır. Ruh sağlığı alanında 5 yıldan fazla deneyimi olan ve ileri düzeyde beceri gösteren uzmanların ise düşük frekansta süpervizyon alabileceği düzenlenmiştir. Ayda en az 1 saat ve her 3 ayda 1 saat aynı meslekten olan uzmandan süpervizyon alabileceği belirtildiği görülmektedir (Queensland Health, 2008).

Caringi ve Hardiman (2011) örgütsel faktörlerin ikincil travmanın gelişimine ilişkin etkisinin son zamanlarda yapılan çalışmalarda ortaya konduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında kamu politikaları bağlamında ikincil travmayı önleyici yaklaşımlara yeterince yer verilmediği görülmektedir. Örgütsel faktörlerin ikincil travmayı önleme sorumluluğu kamu politikalarının sağlamış olacağı sorumluluk ile benimsenebilir. İkincil travmanın önlenmesi için devlet politikalarının ikincil travmatik stresin görülme sıklığının önlenmesine ilişkin uygulamaları ortaya koyması gerekliliğini belirtmektedir.

1.4.4. Ruh Sağlığı ve Sosyal Politika

Sosyal politika sağlık, eğitim, barınma, güvenlik ve istihdam gibi tüm toplumu kapsayan refahı sağlamaya ilişkin devlet tarafından sağlanan hizmetler olarak genel çerçevede değerlendirilebilir (Boz Eravcı, 2021). Ruh sağlığı ve sosyal politikanın ise toplumun refahı için önemli iki alan olarak ilişkileri zorunlu ve organiktir (Akgül, 2024). Psikososyal ya da ruh sağlığı alanında hizmet veren uzmanların iş stresine ilişkin korunması halk sağlığı, iş sağlığı, ruh sağlığı ve sosyal politikayı içeren birbiriyle kesişen birçok alan ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu anlamda bu alanlarda psikososyal profesyonellerinin iyilik haline ilişkin uygulamaların var olabilmesi hem hizmet verilen birey, grup ve toplum için hem de profesyonellerin güvenliği için etik bir öneme sahiptir.

Sosyal politika toplumsal risklere karşı koruyucu ve müdahale edici bir güçtür. Sosyal faktörlerin ruh sağlığı için önemli belirleyicilerinden olduğu ve biyopsikososyal modelin sağlık için en elverişli yaklaşımı sunduğu bilinmektedir (Compton ve Shim, 2015; Güzel ve Zubaroğlu Yanardağ, 2021; Allen, Balfour, Bell ve Marmot, 2014). Zihinsel sağlığın sosyal belirleyicileri belirli uygulama ve politikalarla önleyici yanı sıra ortaya koyarken değiştirilebilir faktörleri temsil etmektedir (Compton ve Shim, 2015). Bu nedenle sosyal şartların iyileştirilmesi ve dönüştürülmesi sosyal politika çatısı altındaki uygulamalarla mümkündür. İkincil travma gibi iş stresine ilişkin için uygulayıcılara yönelik düzenleme yine sosyal politikanın kurum ve uzmanlar için iyileştirmelerle sağlanabileceği söylenebilir.

Travmatik olaylar bireysel özellikler, akran ilişkileri, toplum özellikleri ve sosyo-politik faktörlerden etkilenecek şekilde ortaya çıkabilir. Bu kapsamda politikaların, travmatik olayları önleme, risk grupları için erken müdahalede bulunma ve damgalamayı azaltmaya yönelik şekillenmesi gerektiği belirtilmektedir (Magruder, McLaughlin ve Elmore Borbon, 2017). Bu yaklaşımı ikincil travma olgusu için de genellemek mümkündür. İkincil travmanın önleyici sosyal politikaları şekillenmesi önemlidir. Bunun için öncelikle kamu politikaları kapsamında psikososyal profesyonellerinin işlerinin doğası gereği travma maruziyetine ilişkin zorlanabileceğinin kabul edilmesi ve uygulayıcılar için anlamlı politikaların sergilenmesi önemlidir. En temelde travmatik risklerin ortaya çıkması engellenerek toplumun ve hizmet verilenlerin korunması sağlanmasıyla başlanarak uzmanlar için sağlanabilecek uygulamalara odaklanılması gerekmektedir.

Magruder, McLaughlin ve Elmore Borbon (2017) tarafından TSSB'nin gelişimi travmaya maruz kalmaya ilişkin olması onun önlenebilirliği yüksek bir ruh sağlığı problemi olarak değerlendirmektedir. Travma maruziyetinin önlenmesi ve travma sonrası risk gruplarına müdahale edilmesi TSSB'nin gelişmesinde önemli düzeyde önleyici olabileceği belirtilmiştir. Sosyal şartların iyileştirilmesi travmanın bulaşıcılığını azaltacak bir faktör olarak öngörülebilir. Sosyal şartlara ilişkin sosyal hizmet uygulamalarının özellikle dezavantajlı gruplar için sağlayacağı fayda hizmet sağlayan kişilere de etki sağlayacaktır.

Ruh sağlığı ya da psikososyal hizmetler toplumsal şartlardan soyutlanarak ele alınamaz. Bu alandaki uzun süreli çalışmalar ve özellikle sosyal çalışma alanı sağlık ve ruh sağlığının tek boyutlu ele alınamayacağını savunmaktadır. Bu anlamda ruh sağlığının hizmeti sunan sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, psikolojik danışmanlar ve psikiyatristlerin güvenli, etik ve sağlıklı hizmet sunmasının sosyal politikalar tarafından etkilendiğini söylemek mümkündür.

1.5. Araştırmanın Amacı ve Problemi

Psikososyal düzeyde profesyonel hizmet veren uzmanlar, iş yaşamlarında zorlayıcı travmatik deneyimleri olan kişilerle çalışabilmektedirler. Bu durum da bireylerin iş ve kişisel yaşam alanlarında, varoluşsal anlamlandırma biçimlerinde ve adil dünya inançlarında sarsıntıya sebep olabilmektedir. Çalışma bu kapsamda ikincil travmanın hem zihin sağlığı hem de iş sağlığı alanında profesyonellerin korunmasını gerektiren bir alan olarak, informal başa çıkma becerilerinin yalnız başına yeterli olmayacağı fikriyle şekillendirilmiştir. Bu motivasyondan yola çıkılan mevcut çalışmanın amacı psikososyal destek hizmeti veren sahadaki profesyonellerin ikincil travma deneyimlerinin incelenerek, başa çıkma becerilerinden elde edilen sonuçlar kapsamında sosyal politika önerileri geliştirmektir. Bu kapsamda aşağıda sunulan amaçlar hedeflenmiştir:

- Uzmanların başa çıkma becerilerinin sahip oldukları formel ve informal kaynaklar açısından incelenmesi ve
- İkincil travma deneyimleri ve başa çıkma becerilerinin uzmanların mesleğe ilişkin algıları, kurumsal kaynakları ve sorumluluklarının açısından incelenmesi.

Bu hedefler doğrultusunda aşağıdaki problemlere araştırma kapsamında yanıtlar aranmıştır:

- Psikososyal profesyonellerinde zorlayıcı ve ikincil travma deneyimleri nelerdir?
- Uzmanların ikincil travmaya ilişkin deneyimlemiş oldukları belirtiler nasıl şekillenmiştir?
- Uzmanlar için bireysel, kişilerarası ve örgütsel faktörlerin ikincil travma, zorlayıcı deneyimler ve başa çıkma becerilerine katkısı nelerdir?
- Uzmanlar ikincil travma ve zorlayıcı deneyimler ile nasıl başa çıkmaktadır ve ihtiyaç duyduğu kaynaklar nelerdir?

1.6. Araştırmanın Önemi

İkincil travmatik stres alanında ortaya konulan çalışmaların büyük çoğunluğunun nicel yöntem ile ele alındığı görülürken, nitel çalışmalara yeterince ilginin olmadığı görülmektedir. Bu anlamda psikososyal profesyonellerinin ikincil travma ve buna yönelik baş etme becerilerinin deneyimsel boyutta ele alınmasının araştırma ve uygulama alanını şekillendirebilmesi açısından önemli katkısı olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında profesyonellerin deneyimleri çerçevesinde şekillendirilecek politika sunumlarının daha işlevsel ve ihtiyaç odaklı olacağı öngörülmektedir. Bu çerçevede ikincil travma deneyiminde bireylerin başa çıkma stratejileri ve işlevsel kaynaklarına ilişkin özelliklerinin ortaya konulması buna bağlı olarak profesyonellere koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlaması motivasyonu ile bu çalışma ortaya konulmuştur.

Çalışma kapsamında özellikle farklılaşan meslek elemanlarından oluşan uzmanlar ile görüşmelerin sağlanması, profesyonellerinin deneyimlerinin çalışma alanlarına ilişkin farklılaşma sağlayıp sağlamadığını ortaya koymak için ayrıca önemli görülmektedir.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklem grubu psikososyal meslek gruplarından sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi ve psikolojik danışmanlarını içermiştir. Aynı zamanda araştırmada 15 kadın, 5 erkek uzman ile gerçekleştirilerek örneklem cinsiyet dağılımı konusunda sınırlılıkları mevcuttur. Bunun yanında katılımcıların çalışma

sektörleri (kamu, özel ve sivil toplum) arasında dağılımın eşit olmayışı bir diğer sınırlılıktır.

1.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na başvuru gerçekleştirilerek 2022/12 toplantı ve GO 2022/997 karar numarasıyla izin alınmasının ardından araştırma için çalışmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılım sağlamayı kabul eden kişilerle etik açıdan uygunluk doğrultusunda yazılı onay almak için öncelikle çalışmanın amacı, katılım koşulları, araştırmanın faydası ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formları taraflarına iletilerek sonrasında sözlü onayları alınmıştır. Görüşmelere ait ses kayıtları, deşifasyonlar ve alınan notlar şifre korumalı klasörde araştırmacının kişisel bilgisayarında saklanmıştır. Çalışmanın görüşme formlarında katılımcıların beyanlarından söz ederken kimlik bilgileri yerine “SHU1-38-K-14” gibi meslek, yaş, cinsiyet ve mesleki deneyime ilişkin tanımlayıcı bilgiler şeklinde kodlar kullanılarak mahremiyet yönünden kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

İnsan davranışını esnek ve bütüncül bir perspektiften anlayabilmek için geleneksel numerik saptamaların yeterli olamayacağı, bu nedenle veri kaynağı olarak katılımcıların görüş ve deneyimlerinin ön planda tutulduğu yöntem nitel araştırma desenleriyle ortaya konmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 33).

Yorumlayıcı yaklaşımı benimseyen nitel araştırma (Şahin, 2013), birey ve toplumsal sistemlerin derinliklerine yönelik çıkarımlar sağlayan bilgi üretme biçimi olarak ele alınmaktadır (Özdemir, 2010: 326). Nitel araştırma insanların olguları anlamlandırma biçiminden elde ettiği çıkarımlar ile yorumlama ortaya koyarak çıkarmaktadır (Denzin ve Lincoln, 2011: 3). Bu anlamda bireylerin veya grupların, bir durum ya da sosyal soruna yönelik atıflarıyla ilgilenen araştırmacı tarafından, belirli varsayımlarla yola çıkılan problemlerin incelenmesiyle ortaya konulan yorumlayıcı bir bilimsel yöntemdir (Crewsell, 2021: 45).

Çalışmanın modeli, nitel yöntemlerin fenomenoloji (olgubilimi) deseni esas alınarak tasarlanmıştır. Fenomenoloji yaşıntımızdaki deneyimlerin doğası ve anlamına yönelik daha derin bir anlayış ve betimleme ortaya koyarak; ‘Bu deneyim neye benzer?’ sorusuna cevap aramaktadır (Van Manen, 1990: 8). Yunanca’da ‘görünmek ya da gün ışığına çıkmak’ anlamına gelen fenomenoloji gözlemlenebilir her durumu referans alarak nesnelerin bilincimizde veya deneyimimizde nasıl görüldüğünü aktarmaktadır (Howitt, 2016: 310). Günlük deneyimlerin doğasına ilişkin derinlemesine anlayışın edinilmesi amaç edinen fenomenoloji (Patton, 2018: 104), nitel araştırmaların doğası gereği de kesin ve genellenebilir çıkarımlar ortaya koymayabilir. Fakat bir olguya ilişkin daha iyi bir anlayış geliştirmeyi sağlamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 68). Kısaca fenomenoloji deseni, deneyimler sonucu olgulara ilişkin ortaya çıkarılmaya çalışılan tanımlamalar ve açıklamalar çabası biçiminde ifade edilebilir.

Bu kapsamda mevcut çalışmada psikososyal destek profesyonellerinin ikincil travmaya ilişkin başa çıkma becerileri ele alınırken uzmanların bireysel deneyimlerine

odaklanmak ve yorumlayabilmek amacıyla nitel yöntem olarak fenomenoloji deseni esas edinilmiştir.

Deneyimlerin anlaşılabilmesi ise uygulama, politika üretme ve deneyimin daha detaylı anlamlandırılabilmesi açısından önemli görülmektedir (Crewsell, 2021: 83). Çalışma kapsamında ikincil travma ve başa çıkma deneyimleri incelenen uzmanlar için profesyonel ve koruyucu uygulamalara ilişkin ihtiyaçlarına yönelik sosyal politika kurgusu, var olan deneyimlerinden elde edilen çıkarımlar sonucunda şekillendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Nitel araştırma, insana özgü bireysel özelliklerin farklı ve derin doğasına odaklanarak, genelleyici yaklaşımdan çok bilgiye ve özgünlüğe önem verme çerçevesinde, büyük örneklemelerden ziyade daha küçük örneklemelerden çekilen verilere odaklanmaktadır (Baltacı, 2019: 369). Bu kapsamda çalışmanın katılımcıları öncelikle ilk olarak amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Ölçüt örnekleme önceden belirlenmiş olan bir takım ölçütü karşılayan durumların çalışılmasıdır. Ölçütler daha önce hazırlanmış bir ölçüt listesinden edinilebileceği gibi araştırmacı tarafından da belirlenebilme esnekliğine sahiptir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 120). Mevcut çalışma kapsamındaki ölçütler uzmanların psikososyal alanda çalışıyor olmaları ve psikososyal alanda 1 yıldan fazla süredir çalışıyor olmaları olarak araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Çalışmada ikinci bir örnekleme yöntemi olarak da kar topu örnekleme yöntemi yoluna gidilmiştir. Kartopu örneklemede ilk olarak örneklem araştırmacının yakın çevresinden, ikinci aşamada ise ilk aşamadaki örnekleme oluşturan katılımcıların kendi yakın çevresindeki kişilerin katılımıyla oluşturulan ve bu dalga şeklinin devam ederek katılımcılara erişimin sağlandığı bir yöntem olarak çerçevesinde değerlendirilmektedir (Aziz, 2014: 53-55). Bu kapsamda ilk olarak araştırmacının yakın çevresindeki psikososyal destek profesyonellerine erişilerek bilgi sağlanmış, kar topu örnekleme yöntemiyle de bu uzmanların yakın çevrelerindeki uzmanlarla erişime geçilerek örneklem oluşturulmuştur. Bu kapsamda çalışmanın örnekleme hem ölçüt örnekleme hem de kar topu örnekleme yönteminin bir arada kullanılmasıyla oluşturulmuştur.

Çalışmanın örneklemini, 6 sosyal hizmet uzmanı, 5 psikolog, 5 psikiyatri hemşiresi ve 4 psikolojik danışman olarak 15 kadın ve 5 erkekten oluşmak üzere toplamda 20 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,1 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılardan arasında 15 uzman kamu, 3 uzman özel sektör ve 2 uzman da kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütünde çalışmaktadır. Çalışmanın örneklemini oluşturan psikososyal profesyonellerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler aşağıdaki tabloda ayrıntılı biçimde yer verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Deneyim	Mezuniyet	Kurum	Profesyonel Görevleri
SHU1	38	Kadın	14 yıl	Yüksek Lisans	Hastane	Tıbbi Sosyal Hizmet birimi kapsamında psikososyal desteğe ilişkin sosyal hizmet vaka yönetimi sağlamak, eğitim organizasyonları planlamak, birimdeki diğer çalışanların görev dağılımını sağlamak ve resmi yazışmaları organize etmek.
SHU2	27	Kadın	3,5 yıl	Lisans	ŞÖNİM	Şiddet mağduru bireyler için sosyal hizmet müdahalesinde bulunmak, psikososyal destek sunmak, kadın konuk evine başvuran danışanların süreçlerini yürütmek ve farkındalık çalışmaları kapsamında eğitim organizasyonları yürütmek.
SHU3	40	Erkek	15 yıl	Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Adli psikiyatri ve tıbbi sosyal hizmet kapsamında sosyal inceleme sürecini takip etmek ve raporlamak, kişinin sosyal destek kaynaklarının araştırılması, kurumsal ve sosyoekonomik kaynaklarla buluşturmak, taburculuk süreçlerinin organizasyonu desteklemek ve adli sistem taleplerini açıklığa kavuşturmak.
SHU4	51	Kadın	24 yıl	Yüksek Lisans	Adalet Bakanlığı	Adli sosyal hizmet kapsamı suç mağduru bireylere ilişkin sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirmek, mağdur bilimi alanında çalışma yürütme, suça sürüklenen çocuklarla çalışma ve aile hukuku kapsamında sosyal hizmetin rollerini yerine getirme.
SHU5	24	Erkek	2 yıl	Lisans	STK	Toplumsal cinsiyete dayalı alana sosyal hizmet müdahalesi kapsamında vaka yönetimi, bireysel danışmanlık, grup danışmanlığı, kurum temsiliyeti ve paydaşlarla iletişim sağlama.
SHU6	28	Erkek	5 yıl	Lisans	STK	Koruma sorumluluğu kapsamında psikososyal ekibin sorumluluğu, süpervizörlük sağlamak, saha planlaması sağlamak, eğitim

						planlamak ve uygulamak, organizasyon planlama ve kurum temsilini sağlamak ve takip çalışmaları yürütmek.
PSK1	26	Kadın	1,5 yıl	Lisans	ŞÖNİM	Sosyal inceleme süreçlerini yürütmek ve raporlaştırmak, 6284 kapsamındaki rehberlik ve danışmanlık görüşmelerini sağlamak ve kadın konuk evi başvurularını değerlendirmek.
PSK2	35	Erkek	15 yıl	Yüksek Lisans	Danışmanlık Merkezi	Aile danışmanlığı ve sağlık psikoloğu olarak kurum müdürlüğü ve ekip sorumluluğu, bireysel ve aile görüşmeleriyle psikolojik destek sağlamak.
PSK3	36	Kadın	10 yıl	Yüksek Lisans	Danışmanlık Merkezi	Danışmanlık merkezinde yapılan görüşmeleri takip etmek, kurumsal işleyişinin takibi, bireysel ve yetişkin psikolojik destek seanslarını yürütmek.
PSK4	28	Kadın	4 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Poliklinik ve servis hastalarıyla psikolojik görüşmeleri gerçekleştirmek, rehabilitasyon sağlamak, psikometrik testleri uygulamak ve raporlamak.
PSK5	32	Kadın	8 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Kapalı servis hastalarının psikometrik testlerini uygulamak, danışmanlık sağlamak ve kurul üyeliği sağlamak.
PH1	41	Kadın	17 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Klinik sorumluluğu, hastaların grup terapistliği, rehabilitasyon faaliyetleri, hastanın sosyal ihtiyaçlarının belirlenip kaynaklarla buluşturması için sosyal hizmet uzmanlarıyla çalışmak.
PH2	26	Kadın	4 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Hastayla terapötik iletişimi sağlamak, hasta gözlemi, tıbbi hemşirelik görev ve sorumlulukları.
PH3	37	Kadın	14 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Çocuk ve ergen kliniği kapsamında hemşirelik rol ve sorumluluklarını sağlamak, klinikteki kalite standartlarının sağlanmasına ilişkin eğitim planlamak, hemşirelerin desteklenmesi

						ve hasta eğitimlerinin sağlanması.
PH4	30	Kadın	8 yıl	Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı Hastanesi	Hastaların gözlemlenmesi ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, danışmanlık, vaka yönetimi, konsültan ve eğitmen rolü.
PH5	39	Kadın	14 yıl	Doktora	Üniversite Hastanesi	Servis ve poliklinik hastalarına ilişkin psikososyal müdahale, krize müdahale uygulaması, terapi sürecini sağlamak, hastanın sistemiyle çalışmak, kurum içi sağlık çalışanları için eğitim ve grup psikoeğitimleri sağlamak.
PDR1	30	Erkek	7 yıl	Yüksek Lisans	MEB-Danışmanlık Merkezi	Öğrencilerin akademik, kişisel ve sosyal yönden desteklenmesi, bireysel ve grup danışmanlığı sağlamak, velilerle müşavirlik ve öğretmenlerle konsültasyon sağlamak.
PDR2	31	Kadın	7 yıl	Lisans	Danışmanlık Merkezi	Bireysel psikolojik danışmanlık çerçevesinde bireylerin başa çıkma becerilerinin yetersiz kaldığı noktalarda destek sunmak ve gerekli yönlendirmeleri sağlamak.
PDR3	35	Kadın	12 yıl	Lisans	MEB-Danışmanlık Merkezi	Çocukların gelişim süreçlerini takip etmek ve desteklemek ve danışmanlık merkezi kapsamında bireysel psikolojik danışmanlık görüşmelerini sağlamak.
PDR4	28	Erkek	2 yıl	Lisans	ŞÖNİM-BM Projesi	Proje çalışması sorumluluğu kapsamında kadın hizmetleri biriminde konuk evi, aile içi şiddet başvuruları, tedbir kararlarını uygulamak ve psikolojik destek sağlamak.
Toplam	Ort.	Kadın (n=15)				
20	33,1	Erkek (n=5)				

Çalışma kapsamında Tablo 2’de görüldüğü gibi cinsiyet dağılımı dengeli bir şekilde sağlanamayarak, erkek katılımcılar kadın katılımcılardan daha az sayıda biçimde şekillenmiştir. Bu noktada araştırmacı tarafından erkek katılımcıların çalışmaya katılıma

ilişkin motivasyonlarının yüksek olmadığı gözlemlenmiş ve çalışmanın bu safhasında zorlanılmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı ve Süreci

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan, dört aşamadan ve toplamda 15 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla toplanmıştır (Ek-3). Planlanan görüşme formunun ilk kısmı katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplamayı amaçlarken, ikinci kısımda yer alan sorular kişilerin mesleğine ilişkin bilgilerini, üçüncü aşamada ikincil travma deneyimleri ve son aşama olarak da başa çıkma biçimleri hakkında deneyimlere ilişkin bilgiler toplanmıştır.

Çalışma kapsamında görüşme formu başlıca DSM-5'te yer alan travma sonrası stres bozukluğu semptomları göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. İkincil kaynaklar olarak da alanda yapılan nitel ve nicel çalışmalar (Yıldız, 2017; Akkurt, 2022; Beckerman ve Wozniak, 2018; Hasdemir, 2018; Şeker, 2021; Baker, 2012; Schauben ve Frazier, 1995; TPD, 2016) incelenerek görüşme formu literatür bilgisine uygun olarak oluşturulmaya çalışılmıştır.

Veri toplama süreci Kasım 2023 ve Nisan 2024 tarihleri arasında sürmüş ve görüşmeler online biçimde sağlanmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı, içeriği ve gizliliği hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onam belgesi iletilmiştir. Bu aşamadan sonra katılmayı kabul eden kişilerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmeler katılımcıların onayı dahilinde ses kaydına alınmıştır.

Nitel araştırmanın doğası gereği araştırmadaki problem ve fenomene bağlı olarak katılımcılardan elde edilen bilgilerin doyuma ulaştığı ve kendini tekrarladığı fark edilene kadar araştırmacı tarafından sürdürülmesi tavsiye edilmektedir (Tekindal ve Uğuz Arsu, 2020: 168). Bu amaçla çalışmada belirli bir doygunluğa ulaşana kadar görüşmelerin devam edilmesi amaçlanmıştır. Görüşmeler sürecinde yirminci görüşmeden itibaren amaçlanan doygunluğa erişildiği ve verilerin tekrarlanan düzeyde olduğu araştırmacı tarafından fark edilmesiyle sonlandırılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Psikososyal destek profesyonellerinin ikincil travma deneyimleri ve başa çıkma becerilerinin incelendiği bu çalışmada örneklem grubuyla görüşmeler online biçimde

gerçekleştirilerek elde edilen veriler yazıya dökülerek toplamda 180 sayfa görüşme deşifasyonu ortaya çıkmıştır. Bu veriler tematik analiz yöntemiyle işlenmiş ve MAXQDA 2020 analiz paketiyle gerçekleştirilmiştir.

Tematik analiz, nitel çalışmalarda uygulanan nitel bilgilerin kodlanmasına yönelik analiz sürecidir (Boyatzis, 1998: 4). Nitel verilerdeki örüntüleri yakalamayı, tanımlamaya ve analiz etmeye ilişkin bu yöntem işlevsel olarak kullanılmaktadır (Clarke ve Braun, 2013). Tematik analizin amacı, deneyimlere ilişkin elde edilen verilerin oluşturduğu örüntülerin anlamlandırılmasıdır. Veri setinin bütünlük açısından, bütünlüğün ise parçaları açısından anlaşılmasını gerektirmektedir. Tematik analiz verideki anlamların sıklığından ziyade örüntüyü yakalamayı hedeflemektedir (Sundler, Lindberg, Nilsson ve Palmér, 2019: 736). Tematik analizin hedefi verileri özetlemekten öte, verileri yorumlamak ve anlamlandırabilmektir (Çarıkçı vd., 2024: 130). Bu anlamda tematik analiz için bu yorumlama ve anlamlandırma çabasında araştırmacının aktif rolü de ortaya çıkmaktadır.

Analiz ile ilgili başka bir önemli detay ise temaların hangi ölçüt çerçevesinde tanımlanacağını şekillendirmektir. Anlamsal ölçütte verilerin açık görünen anlamları üzerinden bir tanımlama sağlanırken, örtük ölçüt çerçevesinde veri içerisinde söylenenin ötesindeki bağlamdan bir tanımlama yapılmaktadır (Braun ve Clarke, 2019: 880). Mevcut çalışma kapsamında veriler anlamsal ölçüt çerçevesinde kodlanarak temalar inşa edilmiştir.

Tematik analizde, temaların tümevarımsal ve tümdengelimisel (kuramsal) biçimde iki yol ile belirlenebileceği belirtilmektedir. Tümevarımsal analiz ile verinin önceden belirlenmiş bir kodlama kapsamında olmaksızın yapılan kodlama türü olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda bu kodlama biçimi veriye odaklı biçimde ilerlemektedir. Tümdengelim (kuramsal) tematik analiz ise veriye yönelik betimleme sunmak yerine veriye ilişkin daha ayrıntılı analiz ortaya koyma eğilimindedir (Braun ve Clarke, 2019: 880).

Mevcut çalışmada tematik analiz kapsamında tümevarımsal yaklaşım benimsenmiştir. Tematik analiz alanında önemli prosedürler sunan araştırmacılardan Braun ve Clarke (2006: 87) tarafından oluşturulan 6 adımlık tematik analiz yönergesi esas

alınarak çalışmanın analizi sağlanmıştır. Bu analiz adımlarının, bu çalışma kapsamında nasıl sağlandığı aşağıda detaylı biçimde açıklanmaktadır.

1. Verilere aşına olma: Elde edilen verilerin tanınması ve yeterli bir anlayış geliştirilmesi amacıyla tekrarlayan okumalar yapılmıştır. Çalışma kapsamında yapılan tüm görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Her görüşmenin ardından ses kaydına alınan görüşmenin deşifrasyonu yine araştırmacı tarafından sağlanarak verilere aşına olmanın ilk aşaması sağlanmıştır. İkinci olarak tüm görüşmelerin deşifrasyonu tamamlandıktan sonra kodlama öncesi okuma yapılarak veriye aşinalığı artırmak hedeflenmiştir.
2. İlk kodların oluşturulması: Araştırmanın cevap aradığı soruya ilişkin tüm veri seti boyunca önemli görülen beyanlar kodlanmıştır. Birbiriyle ilişkili olduğu düşünülen kodlar bir araya getirilmiştir. Bu aşamada oldukça fazla kod elde edilmesi göz önünde bulundurulmuştur.
3. Temaların oluşturulması: Elde edilen uzun kod listesiyle bu aşamada kodlanan veriler arasından tutarlı ve anlamlı örüntüyü yakalayanlar birleştirilerek ortak tema altında toplanmıştır. Bu evrede oluşan temaların, kodlanmış verinin ortaya koyduğu örüntüleri karşılayabilmesi önemli bulunmaktadır.
4. Temaların gözden geçirilmesi: Oluşturulan temalar ile ilgili sadeleştirilmenin yapılmasının önerildiği evredir. Bu işlem ile tema olma potansiyelini karşılayıp karşılamayan temaların elenmesi ya da yeni tema oluşturulması sağlanmıştır. Bu işlemin amacı aynı temada bulunan verilerin anlamca birbirine uygunluğu, farklı temalarda yer alan veriler arasında ise açık ve belirgin farklar sorgulanmaktadır. Bu kapsamda yine öne sürülen iki düzeyde gözden geçirme işlemi esas edinilmiştir. İlk olarak kodlanan verilerin içeriğinin tekrar okunarak, örüntünün tutarlılığı saptanmıştır. Bu esnada tutarlılık göstermeyen kısmın temadan ya da kodlanmış verinin temaya uyuşmadığından mı kaynaklandığı belirlenmeye çalışıp gerekli düzenlemeler sağlanmıştır. İkinci aşamada elde edilen temaların, veri setinden elde edilen anlamı ne düzeyde karşıladığı değerlendirilir. Bu aşamada gözden kaçan verilerin olup olmadığı da göz önüne alınıp ve gerekli düzenlemeler sağlanmıştır.
5. Temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi: Elde edilen her bir temanın veri kümesini kapsayacak düzeyde isimlendirilmesi ve temanın sağladığı bilgiyi

açıklama kısmı bu aşamada sağlanmıştır. Her temanın yeterli düzeyde ne anlattığı ve veri setini hangi düzeyde araştırma problemini karşılayabildiği bu kısımda değerlendirilmiştir.

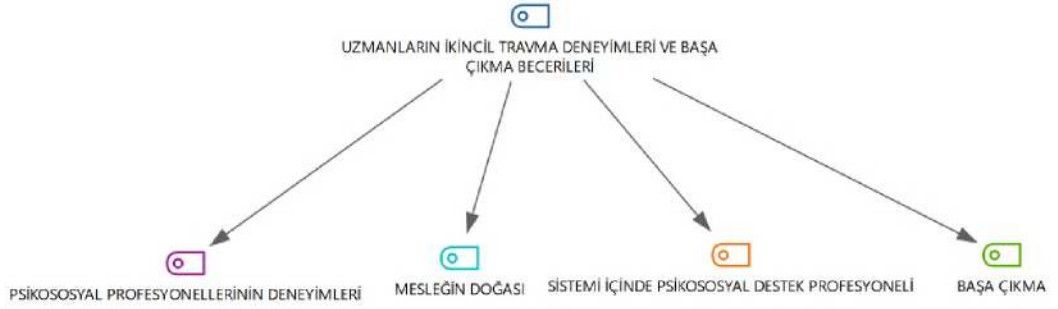
6. Raporun hazırlanması: Son aşama olarak ortaya çıkan bulguların yeterli açıklamayı sağlayabilmesi için alıntılar ile araştırma raporu oluşturulmuştur.

Bu bağlamda bu tematik analiz çalışmasının amacını, psikososyal profesyonellerinin ikincil travma deneyimlerini ve bu deneyimlere yönelik başa çıkma becerilerinin farklılaşan açılardan keşfedilmesini oluşturmaktadır. Bu deneyimlerin profesyonellerin zihin sağlığı ve bunun yanında iş sağlığına ilişkin sosyal politikalar sunumunu şekillendirebilmesi açısından önemli olduğu öngörülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

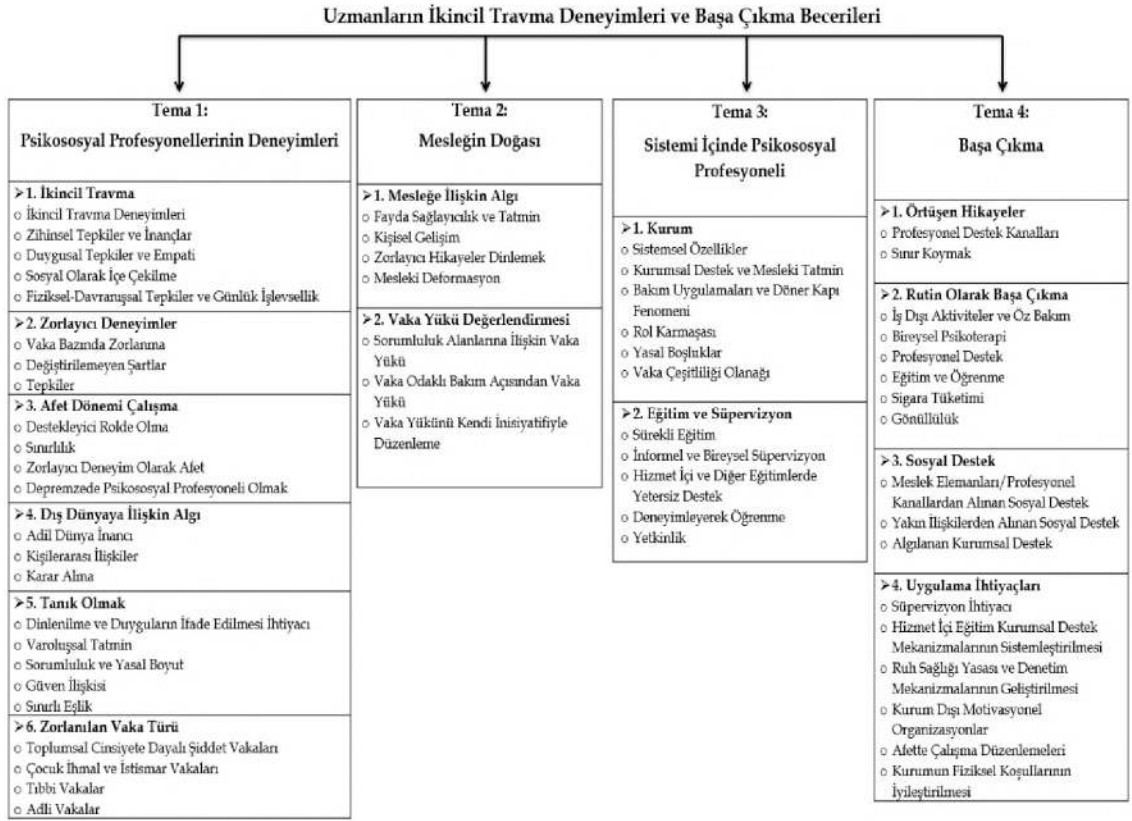
BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışma kapsamında psikososyal destek profesyonellerinin zorlayıcı ve ikincil travma deneyimleri keşfedilerek bireysel, kişilerarası ve örgütsel faktörlerin başa çıkma becerilerine katkısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Mevcut amaç kapsamında “Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimleri, Mesleğin Doğası, Sistemi İçinde Psikososyal Destek Profesyoneli ve Başa Çıkma” ana temaları şekillenmiştir. Bu ana temalar altında uzmanların deneyimlerinden ortaya çıkan örüntüler çerçevesinde alt temalar şekillenerek araştırmanın sorularına cevap aranmıştır.



Şekil 1: Psikososyal Profesyonellerinin İkincil Travma Deneyimleri ve Başa Çıkma Becerilerine İlişkin Ana Temalar

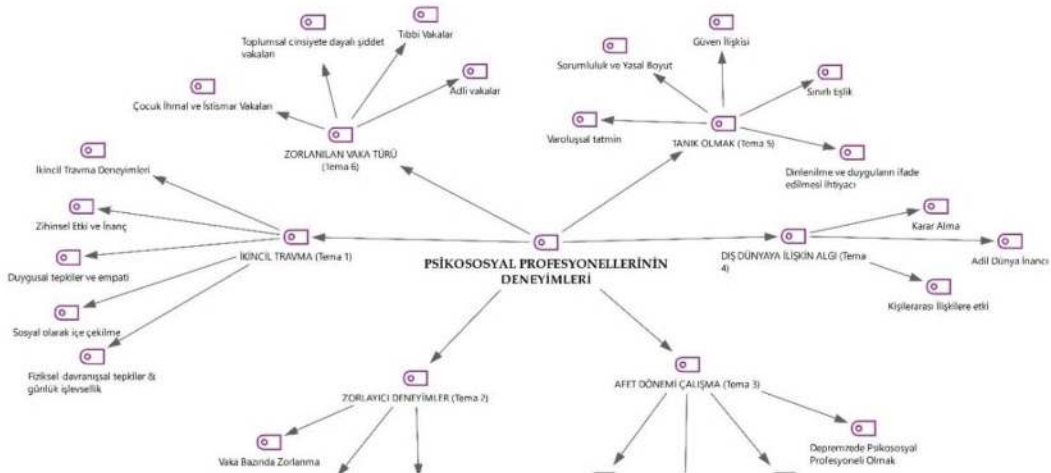
Çalışmada her alt temaya ayrıca yer verilmesinin yanında tüm tema ve alt temaların bir arada ve detaylı bir biçimde görülebilmesi açısından aşağıdaki şekile yer verilmiştir.



Şekil 2: Uzmanların İkincil Travma Deneyimleri ve Basa Çıkma Becerilerine İlişkin Tema ve Alt Temalar

3.1. Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimleri

Bu üst tema, araştırma kapsamında cevap aranan ana sorulardan olan psikososyal profesyonellerinin ikincil travma ve zorlayıcı deneyimleri hakkında bilgi elde edinmek adına toplanan veriler çerçevesinde oluşmuştur.



Şekil 3: Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimlerinin Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

Psikososyal destek profesyonellerinin deneyimlerinden yola çıkarak vakalarına ilişkin deneyimleri “Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimleri” teması altında “İkincil Travma, Zorlayıcı Deneyimler, Afet Dönemi Çalışma, Dış Dünyaya İlişkin Algı, Tanık Olmak ve Zorlanılan Vaka Türü” olmak üzere toplam 6 alt temadan oluşmuştur. Bu tema kapsamında ikincil travma deneyimi olan, ikincil travma deneyimi olmayıp vakalarına ilişkin zorlayıcı deneyimleri bulunan uzmanların deneyiminin içeriğine ve bu deneyimlerin etki ettiği alanlara ilişkin yansımalar ele alınmıştır.

3.1.1. İkincil Travma

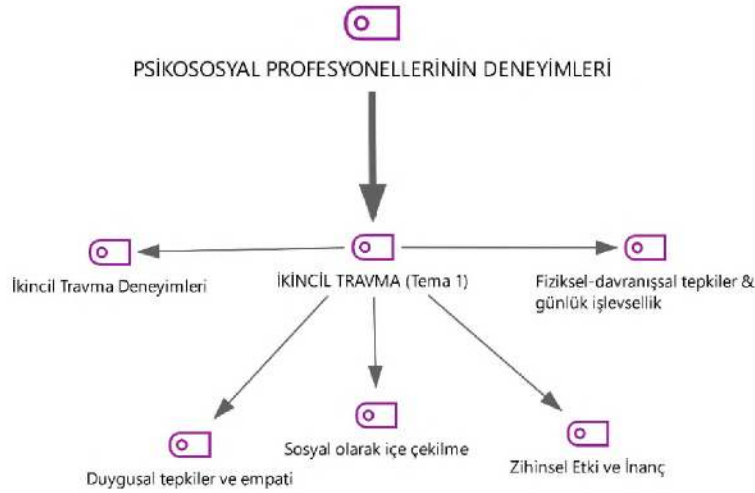
Bu tema çerçevesinde örneklem kapsamında görüşülen uzmanlardan ikincil travma belirtileri sergilemiş kişilerin deneyimlerine yer verilmiştir. İkincil travmatik stresin uzmanlarda zorlayıcı tepkilere neden olmasının yanında her uzmanda da ortaya çıkmadığı görülmektedir. Bu kapsamda İkincil Travma teması çerçevesinde “İkincil Travma Deneyimleri, Zihinsel Etki ve İnanç Sisteminde Değişim, Duygusal Tepkiler ve Empati, Sosyal Olarak İç Çekilme, Fiziksel-Davranışsal Tepkiler ve Günlük İşlevsellik” alt temaları oluşmuştur.

Yassen (1995) ikincil travmanın bireysel etkilerinin bilişsel, duygusal, davranışsal, spiritüel, kişilerarası ve fiziksel boyutta görüleceğini kategorize etmektedir. Crivatu, Horvath ve Massey (2023) tarafından cinsel şiddet mağduru kişilerle çalışmanın etkisi üzerine yapılan meta analiz çalışmasında, istem dışı ve tekrarlayıcı düşünceler, aşırı uyarılmışlık, güvensizlik, öfke, üzüntü, kaygı, hayal kırıklığı, suçluluk, umutsuzluk, çaresizlik, yalnızlık, yabancılaşma, sosyal ilişkilerde bozulma, kendinden şüphe duyma, güçsüzlük, uykusuzluk, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve günlük işlevsellikte bozulma gibi belirtiler gösterildiği tespit edilmiştir.

Bu anlamda bu çalışma kapsamında “İkincil Travma Deneyimleri” alt teması kapsamında uzmanların belirttiği deneyimler yer alırken diğer ilişkili alt temalar kapsamında bu deneyimler çerçevesinde var olan ikincil travmatik stresin belirtilerine yer verilerek araştırmanın cevap aradığı problemlerden “psikososyal profesyonellerinde zorlayıcı ve ikincil travma deneyimleri” ve “uzmanların ikincil travmaya ilişkin deneyimlemiş oldukları belirtiler” sorusuna ilişkin cevaplar bu temanın alt temaları kapsamında toplanmıştır.

3.1.1.1. İkincil Travma Deneyimleri

Oluşan bu tema kapsamında uzmanların ikincil travma deneyimlerine yer verilmiştir. Uzmanlar profesyonel süreçlerinde ilişkin belirli dönemi kapsayacak düzeyde ikincil travma yaşadıklarını ve bunun diğer yaşam alanlarına yansıdığını deneyimlediklerini bu tema çerçevesinde ele alınmaktadır.



Şekil 4: Uzmanların İkincil Travma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar

Çalışma çerçevesindeki uzmanlardan, Türkiye’de yakın zamanda gerçekleşen 6 Şubat depremi sonucu sahada görev almış kişilerde ikincil travma maruziyeti olduğu görülmektedir. Bıçakçı ve Ergüney Okumuş (2023) tarafından afet ve kolektif düzeyde sarsıcı etkileri olan olaylara tanıklık eden, travmayı deneyimleyen kişiyle empati kuran ve duygusal yükü paylaşan kişilerde görülebilen bir fenomen olarak ifade edilmektedir. Deprem gibi zorlayıcı bir afet türünde hizmet vermiş olmak görüşülen uzmanlar için zorlayıcı ve ikincil travmatik stres belirtilerini yansıttığını göstermektedir.

“Ben 2 şey söyleyebilirim. Biri Şubat 2020 yılında. 33 şehit olduğu zaman görevliydim burada o zaman mesleki olarak mesleğime bir hafta ara vermem gerekti. Kendi zihinsel olarak toparlayabilmem için çünkü profesyonel hayatının ilk yılıydı. O görüntülerle de karşılaştığım şehitlerimizle de o dönem beni çok etkilemişti... Depremde yine ben depremzede olmama rağmen bir hata yaptım ve o da hata şöyle, kendi psikolojik durumunun iyileşmesini beklemeden insani hareketlerin ve direkt müdahaleye başladı. Müdahaleden kastım enkazdan ceset çıkartma ya da kurtarma diyelim. Yine orada ben vücutların parçalanmış olma durumlarıyla karşı karşıya kaldım.” (SHU6-28-E-5)

“Bu deprem zamanında ben görevlendirmeye gitmiştim. Osmaniye bölgesine. Orada 2 hafta kalmıştım. Sonra orada kalmıştım. Çünkü işte personele yönelik destek şeyiydi. Sonlarına doğru artık bir şey olmaya başlamıştı. Ben de onların tepkilerin aynısı bende de vardı. Zaten buraya döndükten sonra da işte en küçük sesten böyle tetiklenme, işte başka şeyler anlatılan şeyleri hatta böyle yaşıyormuş gibi deneyimlendirme o şey de vardı. Bir süreçte işte bir ay kadar sürmüştü mesela. İkincil travma muhtemelen evet o şey de var gibiydi.” (PSK5-32-K-8)

Ekinci ve Canpolat (2024) tarafından 6 Şubat depreminde gönüllü olarak psikososyal destek vermek için giden uzmanların deneyiminin incelendiği çalışmada benzer şekilde deprem sahasından döndükten sonra zorlayıcı süreçler yaşayarak ikincil travma maruziyeti deneyimleri görülmüştür.

Çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların özellikle enstest vakalarının bırakmış oldukları etkilerden zorlandıkları ve yakın çevresindeki çocukların güvenliğine ilişkin tedirgin olduklarını belirttikleri görülmektedir (Albayrak ve Cankurtaran, 2020). Mevcut çalışma kapsamında da benzer şekilde enstest alanında çalışan uzmanın deneyimlerinden ikincil travma etkisi görülmektedir.

“Geçmişte ben enstest vakalarıyla çalıştım. Özellikle aile içi enstest cinsel travmalarda olunca daha hassas oluyorsun. Yani mesela işte kendi çocuğum yoktu ama yeğenlerimi dışarıda bize baksa bile yok hızlıca alarm oluyorum, hızlıca uyarılıyorum. Hani sanki zihnimde ilk gelen şeyler bunlar oluyordu. Çünkü çok fazla hikaye dinleyince ister istemez travmatize oluyorsun.. Ama o travmayı hayatımızda hissediyoruz tabii ki. Bununla baş etmek kolay bir şey değil dinlemek de travmatize edici bir şey, travmaya maruz kalmak açısından.” (PH1-41-K-17)

Uzmanların mesleğinin ilk yıllarında ikincil travmayı deneyimledikleri ve ikincil travmaya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıkları dikkat çeken deneyimler olarak aşağıda yer almaktadır. Özellikle ikincil travmatik strese ilişkin risk faktörleri açısından mesleki deneyim önemli bir değişken olarak görülebilmektedir.

“Mesleğimin ilk yıllarında birçok vakadan ikincil travma oluyordu. Kendimi korumayı bilmiyordum ve ikincil travmanın ne olduğunu bilmiyordum. Bir de o mesleki ilişki daha az profesyonel, bu daha az bilgiyle ve tecrübeyle oluştuğu için sempatiye kayan noktalardaki şeylerim olabiliyordu, davranışlarım olabiliyordu. Şimdi ikincil travma daha az yaşıyorum tabii ki.” (SHU1-38-K-14)

Alanda yapılan çalışmalarda da benzer şekilde uzmanların en çok zorlandıkları vakaların mesleğin ilk yıllarında şekillendiği ve tecrübe elde edildikçe bu durumun azaldığı görülmektedir (Kavaklılar, 2023; Yi, Kim, Choi, Kim ve O'Connor, 2016;

Akkurt, 2022; Gençer, 2022, Demirbaş, 2021). Sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan ikincil travma araştırmasında uzmanların meslekte ustalaştıkça işlerini bildiklerine yönelik geliştirdikleri inançlar ikincil travma için hafifletici bir etki olarak değerlendirildiği görülmüştür (Caringi, vd., 2016).

“O vaka bazında sempatinin arttığını, profesyonellikten uzaklaştığımı net bir şekilde hatırlıyorum. İnkâr da edemem. İyileşmeyen çok zor bir vakaydı. O onun iyileşmesi için çok fazla şey yaptım, emek sarf ettim iyi olması için. Veya kötülüğü beni çok yordu, kötü olması. Profesyonellikten uzaklaştığım o dönemi hatırlıyorum.” (PH4-30-K-8)

Çalışma kapsamında görüşülen psikiyatri hemşiresi olan bir uzmanın bakım verdiği hastanın tedavi sürecine ilişkin zorlandığı ve profesyonel bakış açısında gerileme yaşadığını deneyimlediği görülmektedir. Onkoloji hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada benzer şekilde uzmanların hasta ve yakınları için ekstra çaba ve özen gösterdikleri vakalarda özellikle yorgun hissettikleri görülmektedir (Yi, Kim, Choi, Kim ve O’Connor, 2016). Bu anlamda bakım verme yükünün sorumluluğunun ikincil travma deneyimi için etkili olabileceğini söylemek mümkündür.

Dolaylı travmaya ilişkin uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada, uzmanların dinledikleri vaka hikayelerine ilişkin duygusal olarak üzgün, kendileri ve yakın çevrelerine ilişkin geçmişe göre daha fazla korku deneyimleyen biri olduklarını belirttikleri görülmüştür. Bu duygusal tepkilerin yanında uzmanların organik olmayan migren ve mide bulantısı gibi somatik belirtiler gösterdiklerini ve uyku düzenlerinin bozulduklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda zihinsel deneyimlerine eşlik eden vakaya ilişkin rüyalar ve tekrarlayan düşünceler deneyimleri görülmektedir (Baker, 2012). Bu bağlamda uzmanların deneyimlerinin zihinsel, duygusal, fiziksel ve sosyal alanlarda birçok işlevsel bozulmaya neden olduğu görülmektedir. Bu çalışma kapsamında da uzmanların ikincil travmaya ilişkin deneyimlerine detaylı bakıldığında benzer biçimde bu tepkileri kategorize edilebildiği görülmektedir.

3.1.1.2. Zihinsel Tepkiler ve İnançlar

Travmatik materyalin uzman tarafından yeniden deneyimlenmesi ve tekrarlayıcı düzeyde hatırlanmasına ilişkin huzursuzluk tepkilerinin ikincil travmatik stres belirtileri olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995; Yassen, 1995). Uzmanların dinledikleri

hikayelerin etkisinde ikincil travmatik stres belirtisi olarak değerlendirilebilme potansiyeline sahip deneyimler incelendiğinde çalışma kapsamında zihinsel meşguliyet ve buna ilişkin gelişen tetikte olma hali, dikkati vermede güçlük, rüyada görme ve yeniden yaşantılama gibi belirtiler ile bilişsel düzeyde zorlandıkları görülmektedir.

“İşte kendi günlük yaşantımda aklıma gelip onunla işte meşgul ederdim.” (PH3-37-K-14)

“Yani afetten sonraki dönemde de biraz yaşadım. Belki son zamanlarda bunu yaşamıyorum ama odaklanamama problemim vardı. Yani bir kişi konuşurken onu dinlemediğimi. Çünkü ben çok iyi bir dinleyiciyimdir. Onu dinlemediğim ya da pardon ya da boş baktığım çok oldu. Dalma süresine bence fazla bir zaman harcıyorsun yani biraz daha iyi bu süreç.” (SHU6-28-E-5)

Uzmanların travmatik vaka deneyimlerinin incelendiği birçok çalışmada benzer şekilde tekrarlayan biçimde vakayı düşünme (Kavaklılar, 2023; Demirbaş, 2021), anımsama, yeniden yaşantılama (Akkurt, 2022; Arnold, Calhoun, Tedeschi ve Cann, 2005; Steed ve Downing, 1998) ve rüyada görme (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015; Akkurt, 2022; Arnold, Calhoun, Tedeschi ve Cann, 2005; Steed ve Downing, 1998; Demirbaş, 2021) gibi bilişsel belirtileri deneyimledikleri görülmüştür.

Livanou, Whittenbury ve Di Babilio (2023) tarafından travma maruziyetinin etkisine ilişkin yapılan çalışmada travmaya dolaylı biçimde maruz kalmanın uzmanların var olan varsayımlarını, dünyanın güvenli ve adil bir yer olduğuna dair inançlarını etkileyebileceği görülmüştür. Bu çalışma kapsamında da uzmanların ikincil mağduriyetlerine bağlı olarak inançlarına ilişkin kabullerinde değişimler deneyimledikleri görülmüştür.

“Kendimi çok yetersiz hissediyordum, kabuslar görüyordum. Her kapı çaldığında ciddi bir kalp çarpıntısı yaşıyordum. Anksiyetem yükseliyordu, başarısızlık ve performansla ilgili kaygılarım çok yüksekti.” (SHU1-38-K-14)

“..en küçük sestten böyle tetiklenme, işte başka şeyler anlatılan şeyleri hatta böyle yaşıyor muy gibi deneyimlendirme o şey de vardı.

İşte bazen böyle fark etmeden bir şeyleri dalma gibi bir kafa dağılması. Bir de böyle işte şey, nasıl olsa her şey boş işte öleceğiz, düşüncelerinin geldiği. Böyle biraz daha depresif düşünceler bir şey olabiliyordu. ...Şöyle anlatılanlar hep böyle devam ediyor. Kafada işte şöyle oldu, böyle olunca canlı canlı hayal ettirici şekilde.” (PSK5-32-K-8)

“Ben belki aşırı inançlı biri olmasam da inançlı bir insanım. Hani namazı niyazı şu an sizinle konuşurken de o niyetliyim ama bir depremden sonraki 6 aylık süreçte

inanmama durumuna kadar yaklaşım diyebilirim. Belki bunu depremden çok depremden sonra aslında bireysel olarak bilinçlerim beni biraz yordu. Yani ailemle o deprem sürecinin yaşadığım problemler bunu Allah'a bağlamam, biraz beni yordu.” (SHU6-28-E-5)

Uzmanların yeniden yaşantılama, zihinsel meşguliyet ve rüyalarının temalarında vakalarının travmatik deneyimlerine ilişkin belirtilerin yanında yetersizlik ve umutsuzluk duygularını barındıran düşünceleri geliştirdikleri görülmüştür.

3.1.1.3. Duygusal Tepkiler ve Empati

Düşünce ve inançlardaki değişimin uzmanların ikincil travmayı yansıtıcı tepkilerinden duygulanım süreçlerini şekillendirebildiği söylenebilir. Çalışma kapsamında ikincil travma maruziyeti olan uzmanların duygusal tepkilerinde farklılaşmalar kapsamında öfke, ağlama ya da küntleşme gibi depresif belirtiler görülmektedir.

“İşte yine buradaki kimsenin dikkat etmemesi evlerine hâlâ bu şekilde girmesi. O yüzden öfkenin artışında şey vardı. Çünkü aynıları orada yaşandı. Şimdi burada niye olmasın ki falan olduğu için.” (PSK5-32-K-8)

“Çaresizlikle süren çok ağlama deneyimim ya da öfke deneyimim oldu. Hasta bazında hani vaka, vakanın iyileşmemesi nedeni böyle deneyimim oldu.” (PH4-30-K-8)

“O dönemde kimse mesela ensest vakalarıyla ya da çok travmatik süreçleri olan insanlarla çalıştığım dönemde çok depresif hissediyordum kendimi.” (PH1-41-K-17)

Vakalarının travmatik yaşantılarını dinleyen uzmanların duygusal olarak deneyimledikleri tepkileri inceleyen birçok çalışmada benzer şekilde uzmanların duygusal anlamda zorlayıcı tepkiler gösterdikleri görülmüştür. Bu çalışmalar kapsamında duygusal tepkilerin etki ettiği diğer işlevselliklerde bozucu ve zorlayıcı denilebilecek alanlara olumsuz etkiye neden olduğu da görülmektedir. Cinsel şiddet mağdurlarıyla çalışan uzmanların deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada travmatik deneyime ilişkin öfke, üzüntü, korku, çaresizlik ve güçsüzlük gibi duygularla başa çıkmanın zorlayıcı olduğu belirtilmiştir (Schauben ve Frazier, 1995). İş yerindeki strese ilişkin uzmanların kaygı, panik ve ajitasyon tepkilerine ilişkin deneyimlerini ifade ettikleri görülmektedir (Killian, 2008). Sosyal hizmet uzmanlarının zorlayıcı vakalarla çalışma deneyimlerinin incelendiği çalışmada ceza infaz sistemi kapsamında riskli gençlerle çalışan uzmanlar

arasında iş stresi nedeniyle anksiyete belirtileri gösterildiği, kişilerarası ilişkiler bozulma yaşandığı ve ağlama nöbetleri deneyimleri görülmektedir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015). Cinsel istismar mağduru kişilerle çalışan uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların duygusal olarak öfke, sinirlilik, üzüntü, hayal kırıklığı, şok ve huzursuzluk belirtilerini yaşadıklarını belirttikleri görülmektedir (Steed ve Downing, 1998). Akkurt (2022) tarafından çocuk alanında çalışan uzmanların çocukların maruz kaldıkları cinsel istismar vakalarını dinlemeye ilişkin kaygı ve üzüntü duygularının yanında öfke ve bununla ilişkili adil dünya inancında sarsılma yaşadıkları anlaşılmıştır. Arnold, Calhoun, Tedeschi ve Cann (2005) tarafından yapılan çalışmada uzmanların seans sırasında ya da sonrasında üzüntü, öfke, kaygı, şok, korku, çaresizlik ve hayal kırıklığı gibi belirtiler deneyimledikleri belirtilmiştir. Cinsel şiddet mağduru kişilerle yapılan çalışmada uzmanların vakalarının travmatik deneyimlerine ilişkin üzüntü, hayal kırıklığı ve öfke duygularını geliştirdikleri görülmektedir (Massey, Horvath, Essafi ve Majeed Ariss, 2019). Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan uzmanlar duygusal olarak büyük zorluklar yaşadıklarını, bunalmış ve depresif hislerin yanında terapötik müdahalenin etkililiğinden şüphe duyduklarını belirttikleri görülmektedir (Pistorius, Feinauer, Harper, Stahmann ve Miller, 2008). Çocuk alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada aşırı kaygı ve öfke patlamaları uzmanların yaşadıkları deneyimler olarak görülmektedir (Demirbaş, 2021). Psikososyal müdahale alanında çalışan uzmanların vakalarına ilişkin zorlayıcı dönemlerde güçlü düzeyde duygusal deneyimler, değişim ve zorlanma yaşadıkları görülmektedir.

Aynı zamanda travmatik hikâyeyi dinlerken duygusal uyusukluk vakanın yaşadığı zorlayıcı deneyime ilişkin duygusal olarak bağlantıyı keserek ilgilenmenin bir travma belirtisi olarak değerlendirildiği görülmüştür (Livanou, Whittenbury ve Di Basilio, 2023). Benzer şekilde mevcut çalışma kapsamında da kayıp yaşayan vaka karşısında uzmanın duygusal olarak uyuşma denilebilecek bir tepki sergilediği ve önceki tepkilerini daha iyi biçimde değerlendirdiği görülmektedir.

“Bazen de şurada yine son zamanlarda fark ettiğim bir şey. Kişi kaybı yaşadığımda onu, onunla iletişimi kurabilecek yerde belki ona zaman tanıyorum. Hani ağlıyordur, peçete uzatıyorum ama daha önce daha iyi tepki verdiğimi düşünüyorum. Şu an biraz daha tepkisiz kaldığımı fark ediyorum.” (SHU6-28-E-5)

Aynı zamanda çalışma kapsamında uzmanların vakalarına ilişkin geliştirdikleri empatide değişim yaşadıklarını ve zaman zaman da sempatiye dönüşen bir taraf olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir.

“Bence biraz artmış olabilir. Yani şunu farkındayım, artık bir travmatik bir durumu dile getiren kişiyi daha iyi anlayabiliyorum. Belki sempati yapmak zorunda değilim ya da bazen oraya da koyabiliyoruz bilemiyorum. En azından en az şekilde kaymaya çalışıyoruz ama empati yeteneğinin. Çünkü bir durumu yaşadığınızda başka bir durumun daha iyi anlayabileceğini düşünüyorum.” (SHU6-28-E-5)

“Empatinin arttığı bir şey olmuştu bence. Ben o kadar çünkü normalde çok fazla böyle etkilenmem bir şeyden. Hani hastaları da görüyoruz işte bir sürü şey oluyor ama çok fazla böyle tam orada olur geçer. O diğer durum da çok öyle olmuyordu. Şöyle anlatılanlar hep böyle devam ediyor. Kafada işte şöyle oldu, böyle olunca canlı canlı hayal ettirici şekilde.” (PSK5-32-K-8)

“Bir de o mesleki ilişki daha az profesyonel, bu daha az bilgiyle ve tecrübeyle oluştuğu için sempatiye kayan noktalardaki şeylerim olabiliyordu, davranışlarım olabiliyordu.” (SHU1-38-K-14)

Livanou, Whittenbury ve Di Bilio (2023) tarafından travmaya dolaylı olarak maruz kalmanın uzmanlar üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada uzmanlardan bazılarının empatiyi bakım verdikleri kişilerin deneyimlerine ‘duygusal olarak dalma’ biçiminde ifade ettikleri ve zaman zaman bu dalmanın güvene dayalı bir ilişki kurmak için gerekli olduğu bazen de kontrol kaybından kaynaklanan bir durum olarak geliştiğini ifade ettikleri görülmektedir. Kavaklılar (2023) tarafından yapılan çalışmada okul psikolojik danışmanlarının çocukları anlamada empati kurmanın vakayı anlamada işlevsellik sağladığı fakat empatinin aynı zamanda travmatik yaşantıdan etkilenmek için bir risk faktörü de olabildiği belirtilmiştir. Aynı zamanda empatinin çoğu zaman doğru bir şekilde kurulamayıp sempatiye dönüştüğü durumları uzmanların deneyimledikleri görülmektedir. Bu anlamda travmatik vakalarla çalışmanın etkisi olarak empatinin farklı boyutlarında uzmanların değişen deneyimleri olduğunu ve ikincil travmatik strese eşlik eden bir işlevde olma potansiyelini taşıdığını söylemek mümkün görünmektedir.

3.1.1.4. Sosyal Olarak İçe Çekilme

İkincil travma deneyimi olan uzmanların stres belirtilerinden biri de sosyal olarak izole olmayı tercih ettikleri bir dönem olduğu görülmektedir. Uzmanların yakın ilişkilerinden kaçınma ya da belirli kişilerle iletişim halinde olmayı tercih ettikleri görülmektedir.

“..mesela bir şeyi yapmak istememe dışarı çıkmak istememe bunlar da oluyordu. Mesela şey 2 tane daha arkadaşım başka bölgeye gitmişti. Daha çok onlarla konuşuyordum gün içinde. Hep depremle ilgili konuşuyorduk. Diğer kişiler biraz daha gündelik yaşamla ilgili bir şey yapınca onlardan kaçınıyorduk biraz daha. Anlatıyorsun, anlamıyorlar falan gibi bir şey herhalde.” (PSK5-32-K-8)

“Kimseyle görüşmek istemiyordum. Mesela işten eve geldiğimde kimse beni aramasın. Mümkünse zihnimi toparlamam lazım. Kendimle kalmam lazımmış gibi hissediyordum ve çok yoğun çalışıyorduk. Evet ilişkilerimizi etkiliyor muydu? Etkiliyordu. Eşimle ilişkiyi bile etkiliyordu. Tahammül tahammül gücüm çok azalıyordu. Konuşmalara, daha fazla insana kalabalığa hiçbir şeye tahammül edemiyordum. Şey gerçekten depresif olmuştum. Kendimi çok depresif hissediyordum.” (PH1-41-K-17)

Aile içi şiddet ve istismar mağduru bireylerin hizmet aldığı yardım hattında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada zorlayıcı mesaiden sonra sosyal olarak içe dönülme ihtiyacı hissedildiği ve yapılan işten kaynaklı içe dönük kişilik özelliklerinde artış olduğu belirtilmiştir (Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019). Psikologların şefkat yorgunluğu deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların şefkat yorgunluğu neticesinde duygusal ve fiziksel olarak izole olma ihtiyacı hissettikleri görülmüştür (Norrman Harling, Högman ve Schad, 2020). Bu kapsamda uzmanların dinledikleri hikayelerin yükü nedeniyle kendilerini izole etme ihtiyacı hissettikleri görülmektedir. Bu durumun, yükü sindirmek ya da zihinsel olarak işleyebilmek için bir ihtiyaç olarak ortaya çıktığı da düşünülebilir.

3.1.1.5. Fiziksel-Davranışsal Tepkiler ve Günlük İşlevsellik

Çalışma kapsamında uzmanların ikincil travma deneyimlerine ilişkin fiziksel belirtiler gösterdikleri görülmüştür. Uyku problemleri, sosyal olarak kendileri izole ettikleri ve işlevselliklerini etkileyen düzeyde tepkisel deneyimleri göze çarpmaktadır.

“O dönem hiç uyuyamıyordum ya da günde bir saat uyuyordum ya da gece uyumayı seven biriyken gündüz uyumaya başladım. Karman çorman bir dönemim oldu evet... Tüylerim diken diken olduğu zamanları hatırlıyorum. Yani son zamanlarda olması ve özellikle ben kayıp konusunu söylediği zaman aileler ve tüylerinin diken diken olduğunu hissediyorum.” (SHU6-28-E-5)

“Mesleğin ilk yıllarında olmuştum. Mesleğin ilk yıllarında uyuyamıyordum, yemek yemiyordum.” (SHU1-38-K-14)

“Uyku düzeni daha böyle çabuk uyanma, hızlı işte. Normalde mesela çok rahat uyurum. Ben o kadar şey olmam ama işte gece uyanmaları olabiliyordu. Zor uyuma olabiliyordu.. Mesela bir şeyi yapmak istememe dışarı çıkmak istememe bunlar da oluyordu.” (PSK5-32-K-8)

“..fazla uyumak istiyordum. Kalkıp işine gitmek istemiyordum yani işe geç mesela normalde işe geç kalan bir insan değilim ama o dönemlerde uyuya kalmalarım artmıştı mesela. Normale göre çok daha fazla olmaya başladı... Yani daha çok sırt ağrısı gibi o yükü taşımakla ilgili sırt ağrısı, baş ağrısı daha fazlaydı ben de. ..evimin işini yapmakta sağlamakta işte sosyal ilişkileri devam etmekte, akademik becerileri devam etmekte mesela çok gerileme oldu. Hiçbir şekilde üretim, üretmiyordum, bir şey öğretmiyordum mesela.” (PH1-41-K-17)

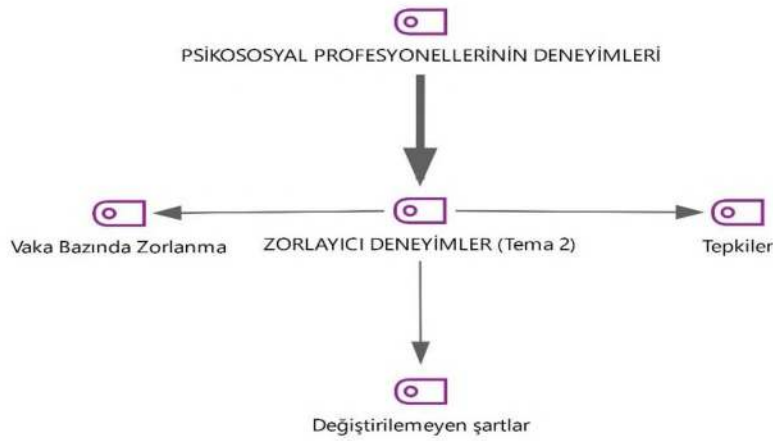
“..ama uyku düzenim evet bozulduğunu hatırlıyorum. Çok uyuduğumu hatırlıyorum. İştahımı arttığını hatırlıyorum hani.” (PH4-30-K-8)

Uzmanların çoğunlukla fiziksel tepkilerinde uyku problemi yaşadıkları görülmüştür. Alanda yapılan diğer çalışmalarda fiziksel tepkilerin farklılaştığı ve somatik belirtilerin ön plana çıktığı görülmüştür. Okul psikolojik danışmanların ikincil travma deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada fiziksel tepkilerinden birinin uyku problemi olduğu görülmektedir (Kavaklılar, 2023), çocuk alanında çalışan uzmanların gerginlik, uykuya dalma sorunu, sürekli tetikte olma hali, irkilme ve dikkati vermede zorlanma gibi belirtiler sergiledikleri görülmektedir. Baş ağrısı ve dönmesi, kalp çarpıntısı, mide problemleri, egzama gibi belirtilerin yanında ağır fiziksel belirtiler sergiledikleri dönemler olduğu görülmektedir (Demirbaş, 2021). Bunun yanında Killian (2008) tarafından yapılan çalışmada uzmanların iş streslerini halsizlik, kaslarda kasılma ve baş ağrısı gibi somatik belirtiler ile deneyimledikleri görülmektedir. Cinsel istismar mağduru kişilerle çalışan uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada enerjilerinde azalma, somatik belirtiler ve uyku bozuklukları gibi fizyolojik belirtiler deneyimlediklerini belirtmişlerdir (Steed ve Downing, 1998). Uzmanların yorgunluk, bitkinlik ve somatik düzeyde ağrı belirtileri yaşadıkları ve zaman zaman bu belirtilerin görüşmeler içerisinde empati yapmayı zorlaştırdığı deneyimlerinden bahsedildiği görülmektedir (Arnold, Calhoun, Tedeschi ve Cann, 2005).

Çalışmanın bulguları, alandaki diğer bulgular ile değerlendirildiğinde uzmanların farklılaşan fiziksel tepkiler sergiledikleri ve bu tepkilerin günlük işlevselliklerinde bozulmalara etki edici düzeyde olabileceği görülmüştür. Fiziksel tepkilerin uzmanların işe bağlılığı, devamlılığı sürdürme ve kaliteli hizmet verebilmek için önemli olduğu söylenebilir.

3.1.2. Zorlayıcı Deneyimler

Bu tema kapsamında ikincil travma dışında uzmanların vakalarına ilişkin zorlayıcı deneyimleri ele alınmıştır. Uzmanların belirli bir kısmı spesifik ikincil travma deneyimi olmadıklarını belirtirken belirli dönemlerde vakalarına ilişkin zorlayıcı süreçler yaşadıklarına ilişkin beyanları bulunmaktadır. Zorlayıcı deneyimler kapsamında ikincil travmatik stres belirtilerine benzer fakat yeterli düzeyde olmayacak biçimde deneyimlendiği bu nedenle ikincil travmadan farklılaşan bir kategoride ele alınmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Bu kapsamda çalışmanın “psikososyal profesyonellerinde zorlayıcı ve ikincil travma deneyimleri” problemine bu tema altında cevap aranmıştır. Bu tema kapsamında “Vaka Bazında Zorlanma, Değiştirilemeyen Şartlar ve Tepkiler” olmak üzere toplamda 3 alt temalarının olduğu görülmektedir.



Şekil 5: Uzmanların Zorlayıcı Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar

3.1.2.1. Vaka Bazında Zorlanma

Uzmanların ikincil travmadan bağımsız olarak vakalarına ilişkin zorlayıcı deneyimleri olduğu görülmektedir. Bazı vakalarının yaşam deneyimlerinden etkilenen uzmanların belirli dönemlerde bu durum ile başa çıkabilmek için ekstra çaba sarf ettikleri görülmektedir.

“Bu aslında son zamanlarda da olan bir şey. Şimdi tetiklendiğim bir danışan. Daha önce yaşamış olduğum, başka bir danışanımla yaşamış olduğum bir durum vardı, intihar vakası. Tekrar benzer bir durum olması sebebiyle bana biraz orayı hatırlattı. Ve otomatik olarak böyle bir haftalık bir süreç içerisinde uykuya girme süresi düzeyinde bir değişim oldu. Ama oraya dair hemen bir EMDR desteği aldığım için, şu an daha iyiyim.” (PSK3-36-K-10)

“..mesela eşini yıllar öncesinde böyle travmatik bir yas diyebileceğimiz bir vaka vardı. Eşini hani 10-15 yıl önce kaybetmesine rağmen hâlâ ilk günkü kadar yoğun bir acı yaşayan, sanki daha dün ölmüş gibi çok büyük bir ızdırap içinde olan biriyle görüşme yapmıştım. Hani sonrasında böyle belli bir hafta 10 gün kadar beni çok etkilemişti çünkü. Hani içinde bulunduğu duygu durumunu bizzat görmek, kendi anlattıklarının içeriği işte cenazeye katılmaması, işte ondan gizlemeleri. Hani o yasin gerektirdiği, sağlıklı bir yas sürecinin gerektirdiği neredeyse hiçbir şey yaşamaması ve çok ani bir şekilde travmatik bir şekilde bir kaza sonucu aniden eşini kaybetmesi, beni hani böyle biraz etkilemişti. O dönem hani belki böyle biraz daha eşi kaybetmeye dair düşüncelerin zihnimden geçtiği hani bundan dolayı böyle bir hesap kitap yaptığım veya ne bileyim böyle içsel olarak işte ne bileyim dua ettiğim gibi bir dönem hatırlıyorum mesela.” (PSK4-28-K-4)

“Bazı vakalarda işte oradaki kısımda empati duygusunun azaldığı kısımdan bahsediyorum. Ama belki orada yaşanmışlıkları ile beraber bir miktar daha işte olayın kaynağına karşı biraz daha hastayla beraber etkilendiğini hissettiğim vakalar oldu.” (PH5-39-K-14)

“Yani o karşıdaki kişinin yaşadığı travmayı bir noktada yüklenmiş de oluyorsunuz. Sırtlanmış ve onu işte sen kendin psikolojik destek almadan veya süpervizyon almadan, o yükü sırtından atabilmen çok mümkün olamıyor. Bu süreçler yorucu zorlayıcı oluyor. Yani evet, iş yaşantısındaki motivasyonu da bence çok olumsuz etkiliyor yani. Bir zaman sonra o tükenmişlik ile birlikte hiçbir şeye motivasyon kalmıyor ya da istek kalmıyor. Bu da beni zorluyor.” (SHU5-24-E-2)

Ruh sağlığı alanında çalışmak mesleğin doğası gereği zorlayıcı deneyimler yaşayan bireylerle bir araya gelmek ve bunun ötesinde zaman zaman iyileşme motivasyonu olmayan bireylerle tedavi amacıyla karşılaşmayı da getirmektedir. Bu nedenle işin doğası başlı başına bir yük ve insani yön barındırması nedeniyle uzmanlar için zorlayıcı olmaktadır. Ama bu temadan da ortaya çıktığı gibi her zorlayıcı deneyim ikincil travma, dolaylı travma ya da şefkat yorgunluğu gibi tanımlamayı da karşılamamaktadır. Uzmanların gerek bireysel ve öğrenilmiş başa çıkma kapasiteleri gerek ise sosyal kaynakları gibi birçok faktörün bir araya gelmesiyle bu vakalar zorlayıcı deneyimler olarak tanımlanabilecek potansiyelde kalabilmektedirler.

3.1.2.2. Değiştirilemeyen Şartlar

Vakalarının içinde bulundukları sosyal, kültürel ve ekonomik sistemler nedeniyle yaşadıkları dezavantajlar ve değiştirilmesi güç şartlar ile karşılaşmak, uzmanlar için zorlayıcı deneyimler olarak görülmektedir. Ruh sağlığı hizmeti veren uzmanların çalıştıkları grupların önemli bir kısmının sosyal risk içeren hassas gruplardaki bireylerden olması durumu göz önüne alındığında değiştirilmeyen var olan şartların uzmanlar için özellikle yıpratıcı olabildiği sonucu deneyimlerden ortaya çıkmaktadır.

“Hani örneklendirmem gerekirse, hani böyle belki biraz daha işte eşinden fiziksel, psikolojik şiddet gören çok fazla danışan gördüm. Hani onlarla ilgili zorluklarım oluyor. Hani onların hikayelerini dinlemek, o işte çaresizliği görmek işte elinden bir şey gelmediğini. Ama bir şeyi değiştirmedini düşünüp tekrar hani o döngünün içinde kalmak dışında bir şey, bir çözüm bulamayan biriyle hani hem sosyolojik olarak da zor şartların olduğunu fark etmek, böyle biraz daha zorlayıcı oluyor benim için. İşte bazen öfkelenmişim oluyor. Bazen yani ekstra nasıl yardım edebilirim diye düşünüp sonra geri çekildiğim, geri çekilmeye karar verdiğim hani onun yaşamı olduğunu düşünüp, çok fazla müdahil olmamam gerektiğini düşündüğüm ve sadece o mesleki o terapötik çerçeve içinde kalmaya çalıştığım ve bunun beni zorladığı zamanlar oluyor.” (PSK4-28-K-4)

“Şeyi kabullenmek biraz daha kolay, hastalık. Hani hastalık Allah’tan geldi falan algısıyla belki biraz daha kolay kabul ediliyor. Ama hani travmatik öykülerde daha suçlayıcı daha isyan edici olabiliyor insan kendi içinde.” (PH3-37-K-14)

Berzoff ve Kita (2010: 344) tarafından sosyal hizmet mesleğindeki karmaşık sosyal sorunları odağına alan profesyoneller için vakalarının gerçek ihtiyaçlarını sistem kaynaklı sağlayamamaları nedeniyle merhamet yorgunluğunun oldukça görünür olduğu belirtilmektedir. Okul psikolojik danışmanlarının deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların vakalarına tam olarak yardım edememek ve sınırlılıklarının olması mesleğe ilişkin zorlayıcı yön olarak değerlendirildiği görülmektedir (Kavaklılar, 2023).

Bunun yanında değiştirilemeyen şartların aynı zamanda uzmanların bulundukları çalışma sisteminden de kaynaklı olduğu ve motivasyonlarını etkileyen düzeyde zorlayıcı olduğu deneyimlerden gözükmektedir.

“..ikincil travmalar ve tükenmişlik zaten hani hani hem görüşmelerde yaşadığınız zorlu bir süreç, hemen sivil toplumda da birçok zorluk var. Yani idari yaşadığım şeyler, işle ilgili yaşadığım şeyler hep üste gelince ve zorlayıcı oluyor kesinlikle.” (SHU5-24-E-2)

Hem vakaların ilişkili olduğu sistemler de hem de uzmanın içinde bulunduğu kurum sistemindeki gibi değiştirilemeyen birçok şart profesyoneller için karşılaşılan engeller olarak kendini göstermektedir. Uzmanlar bu durum karşısında zorunlu bir kabul ile profesyonel kalmaya çalışarak devam ettikleri deneyimler yoluyla ortaya çıkmaktadır.

3.1.2.3. Tepkiler

Uzmanların ikincil travmatik stresten bağımsız olarak vakalarına ilişkin zihinsel olarak meşguliyet harcadıkları, zaman zaman da dikkat ve odaklanma problemleri yaşadıkları ve vakalarına ilişkin rüyalar gördükleri deneyimleri olduğu görülmektedir. Bu

zorlayıcı deneyimlere bütüncül olarak bakıldığında ikincil travmatik stres belirtilerini tam olarak karşılamadığı görülmektedir. Bunun yanında uzmanların için belirli dönemlerde bu tepkilerin zorlayıcı ve strese neden olduğu görülebilmektedir.

“Artı belirtilerde şey oluyor huzursuzluk, uykusuzluk çok net kendini gösteriyor. Çok sık uyanırım mesela çok dalamam, işte aklım kalır, o vakada şöyle bir şeyi eksik bıraktın mı? Acaba şunu da yapmalı mıydım? Acaba şöyle bir şey vardı, doğru anladım mı, bunu doğru tarifleyebildim mi? Bu inanılmaz bir zihinsel yorgunluk veriyor. Ve hani şey de oluyor, sadece uykuyla uykusuzlukla değil. Mesela bir şeyi okuduğumuzda, bir şey gördüğünüzde, bir şey izlediğinizde, işte bir kelime, tutum, bir ses mutlaka bazen o vakaları tekrar hatırlatıp tekrar geri dönüşler, geri dönüşlere neden olabiliyor.” (SHU4-51-K-24)

Çocuk istismarı alanında çalışan uzmanların duygusal deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların performanslarına, becerilerine ilişkin şüphe duydukları, ruminatif biçimde sürekli düşündükleri ve doğru soruları sorup sormadıklarına ilişkin deneyimleri olduğu görülmektedir (Albaek, Binder ve Milde, 2019a).

“Hani dinleyip de seanstan çıktıktan sonra belki bir gün kadar çok yoğun bir travmatik anıyla karşılaşmışsam ve çok derinden etkilemesi de hani 1 gün, 2 gün kadar düşündüğüm. İşte hani böyle hayatı sorguladığım, dünyayı genel olarak sorguladığım hani böyle daha düşünsel düzeyde tuttuğum.” (PSK4-28-K-4)

“Rüyamın temasında mesela bir hafta değişmişti. Yani mesela 2 danışan demek ki hani bende bir yeri varmış ki onu sonra komuştum mesela terapide. Tema farklıydı, o danışandan kaynaklı olduğunu da fark ettim zaten. Hani bu danışan hayat çizgisi ve bana dokunduğu yer. Ondan sonra görmedim bir daha yani hani orayı işledikten sonra değişiyor zaten. Öyle bir şey oldu, inanç sistemimde. Yani kısa süreli oluyor bunlar.” (PDR2-31-K-7)

Uzmanlar zorlandıkları süreçlerde somatik belirtiler gösterdiklerini ve günlük işlevselliklerinde aksamalar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“...somatik belirtiler verdiğimi düşündüğüm vakalar oldu. Yani bu belirtiler daha böyle şiddetli belirtiler değildi benim açımdan. Böyle ağlama krizi ya da öfke gibi bir şeyler değildi. Ama mesela bir kasılma hissini yaşadığım vakalarla durumlarla karşılaştığım oldu.” (SHU5-24-E-2)

“Geriye doğru gitme değil ama içe çekilme olabilir. Bu bilgi geriye doğru gitme ya da iç içe çekilme hali oluyor dönem dönem.” (PSK3-36-K-10)

“Bazen çok yorgun oluyorum. Yani öyle böyle bir vakayla görüştüysen okulda. Eve gittiğimde genelde sessizleşip yani konuşmaya mecalim kalmadığı zamanlar oluyor. Ama bu çok uzun süreli bir şeye dönüşmüyor. Hani o gün, o gün için oluyor. Dinlendiğimde geçiyor.” (PDR1-30-E-7)

Uzmanların vakalarına ilişkin zorlayıcı dönemlerinin duygusal tepkilerine de etki ettiği görülmektedir. Zaman zaman empatiye bağlı çaresizlik ve öfke duygularının yansıdığı belirtilmektedir.

“Aslında artış değil de azalma hali olduğu bir dönem oldu. Daha afektif bir şekilde böyle bir kapanma, duygusal boyutlu bir kapanma olmuştu, evet.” (PSK3-36-K-10)

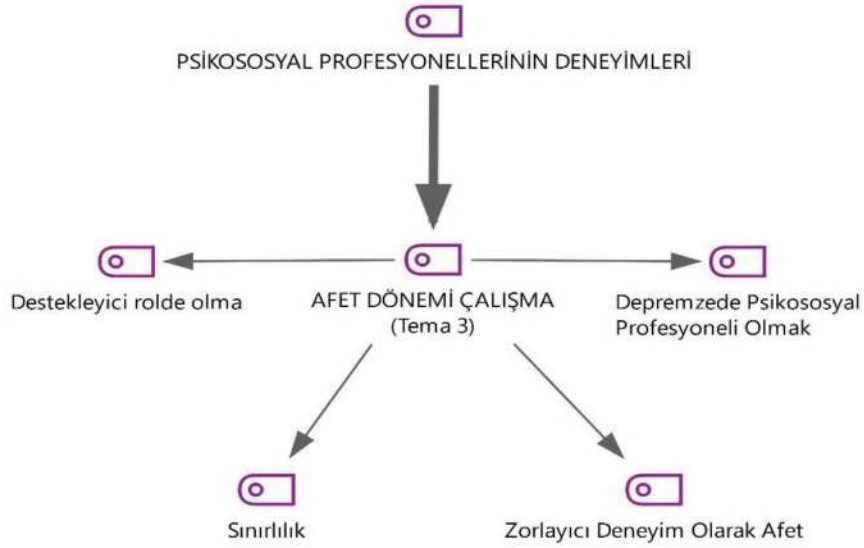
“Yani empati de azalma da hissettiğim oldu. Bir sempati duyup veya bir özdeşim kurma dediğim de oldu. Ya bu biraz daha aslında hani psikodinamik terapi aldığım için biraz aktarım karşı aktarım dediğimiz şeyle de ilgili.” (PSK4-28-K-4)

“Şimdi dinlediğimde ister istemez empati kuruyorum. Şimdi empati kurduğumda da bir an o çaresizlik duygusu ya da ya hani bu da hani yani adil değil bi hani danışanın öfkesi bazen geçebiliyor. Ama sonra sonra bu azalıyor, yani sen kendi ortamına bakıyorsun. Hani sonuçta onun yaşadığı şey farklı. Hani bana anlattığı kadarıyla var.” (PDR2-31-K-7)

Uzmanları yapmış oldukları işlerinin doğası gereği zorlayıcı vaka yüklerine karşı farklılaşan tepkiler gösterdikleri görülmektedir. Bu tepkiler uzmanlar tarafından kısa süreli deneyimlenen, kontrol altına alınabilen ve işlevsellikte önemli düzeyde bozucu etki sağlamayan tepkiler olarak sınıflandırılabilir. Uzmanların yapmış oldukları işin zorlayıcı yönüne ilişkin bu tepkiler ortaya çıkması kabul edilebilir ve iş stresi altında değerlendirilebilir düzeyde ele almak mümkün olmak ile birlikte her uzman için farklı bir risk ve ihtiyaca vurgu yapıcı potansiyelinin olduğunu söylemek mümkündür.

3.1.3. Afet Dönemi Çalışma

Çalışma kapsamında uzmanların ikincil travma ve zorlayıcı deneyimlerinin afet dönemi çalışma sürecini şekillendirdiği görülmüştür. Yapılan görüşmelerde afet dönemi çalışmanın uzmanlar için hem mesleki hem de kişisel düzeyde etkisinin olduğu görülmektedir. Genel çerçevede uzmanların afeti deneyimleyen mağdurlarla bir arada olmanın iyi geldiğini vurgulasalar da depremzede olan psikososyal destek profesyonelleri için bu dönemin zorlayıcılığının kaçınılmazlığı da görülmüştür. Bu tema çerçevesinde “Destekleyici Rolde Olmak, Sınırlılık, Zorlayıcı Deneyim Olarak Afet ve Depremzede Psikososyal Profesyoneli Olmak” üzere 4 alt tema şekillenmiştir.



Şekil 6: Uzmanların Afet Dönemi Çalışma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar

3.1.3.1. Destekleyici Rolde Olma

Uzmanlara afet gibi riskli dönemlerde çalışmanın etkisi sorulduğunda çoğunluğunun 6 Şubat deprem deneyimlerine ilişkin bilgiler vermiş olduğu görülmektedir. Bu dönemde çalışmanın zorlayıcılığından ziyade deprem bölgesinde ve afetzedelerle bir arada ilişki halinde olmanın ve fayda sağlama çabalarının kendileri için olumlu olarak değerlendirilmiş olduğu ve destekleyici rolde olmayı tercih ettikleri deneyimlerden elde edilen sonuçlar olarak yansımaktadır.

“O anda aslında orada olmak travmatik bir etki değil, tam tersi bir etki yaratıyor. Yarattı en azından. Ben diğer arkadaşlarda da hep gözlemledim, ben de de oldu. Bir şeyler yapıyor olması, insanlarla ilgili hani bir psikososyal destek hizmeti veriyor olmak. İşte işini bitirip evine gelmiyor olmak, bana açıkçası o dönem iyi gelmişti. Hani onu yapmasan muhtemelen daha olumsuz etkilenecektim.” (PSK4-28-K-4)

“..orada tam tersi galiba biraz daha fazla empati kurma, daha fazla bakım verme gibi bir yerde olduğumu hissediyorum, daha çok.” (PSK3-36-K-10)

“Ya şöyle aslına bakarsanız şimdi ben buraya geldiğim zaman şöyle geldim dedim ki, bunlar benim insanlarım benim Hatay'da hizmet vermem gerekiyor. Çünkü işte burada çok çeşit dil ve lehçeler konuşuluyor. Atıyorum yani İzmir'den gelen birinin burada bunları anlaması zor. Mesela ben Arap asıllıyım. Benim köyümde mesela Türkçe bilmeyen insanlar da var. E bu insanlara birinin erişmesine ulaşması gerekir. Kim ulaşacak İzmir'den gelen biri bunu yapamayacağına göre.” (PDR4-28-E-2)

Uzmanların deprem dönemi sağlamış oldukları hizmetin zorlayıcı yönünden ziyade çoğunlukla destekleyici rolü benimseyerek fayda sağlamaya çalıştıkları görülmüştür. Destekleyici rolün uzmanların bu süreci travmatik bir şekilde deneyimlemesinin önünde koruyucu etki sağlayan bir faktör olabileceği söylenebilir.

3.1.3.2. Sınırlılık

Uzmanların afet ve kriz dönemleri verdikleri hizmette sınırlılıklarının farkında oldukları, bu nedenle bu deneyim ile kendileri için zorlayıcı ve tüketen bir seviyeye gelmeden mücadele edebildikleri görülmüştür.

“Mesela ben şeyi biliyorum hani, afet durumunda çok hızlı ve görev odaklı bir reaksiyon özelliğim olduğunu ama bunu sonra ben de etkisinin olacağını biliyorum. O yüzden nerede durmam gerektiğini biliyorum. Bu sınırları öğretiyorsun. Mesela şey de bu gar patlaması sonrası o dedin ya bir yıl çalıştım gönüllü olarak.. Mesela ben o kadar kendi sınırimi biliyordum. Ben günde 3 görüşmenin üstünde alamıyordum. 3 görüşmeyle duruyordum mesela. Sonrasında çünkü gerçekten inanılmaz derecede yoruyordu. Çünkü o insanların kayıpları ve yaşadıkları, başka bir travma biçimi.” (SHU4-51-K-24)

“Tabii ki üzüldük. Tabii ki anlatılanlar çok çok ağırdı. Birebirde Hatay’da tanıştığım vakalar çok, çok ağır vakalardı. Yani çok ilgi düzeyi vakalardı. TSSB’nin vücut bulmuş haliyle karşılaştım yani... O an için bu birkaç saat için insanı ister istemez üzüyor ama geçiyor ama hani. Çünkü her hepsine üzülssem işin içinden çıkamayacağımın farkındayım.” (PSK1-26-K-1,5)

Cinsel şiddet mağduru kişilerle çalışmanın etkisi üzerine yapılan meta analiz çalışmasında bireysel ve mesleki sınırlılıkların farkında olunabilmesinin uzmanların iyi oluşları için önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (Crivatu, Horvath ve Massey, 2023). İstismar görüşmelerinin zorlayıcı yönüne ilişkin yapılan çalışmada uzmanların sınırlılıklarının farkında olmaları stresin yanında vakaya küçük de olsa katkı sağlamanın önemli ve yaptıkları işin anlamlı hissettirdiğini belirtmişlerdir (Albaek, Binder ve Milde, 2019b). Uzmanların kişisel ve profesyonel yaşamları arasında sınır koyma, vakalarına ilişkin sunabilecekleri hizmetin sınırlılıklarının farkında olma ve danışanlarının durumlarına fazlaca kendilerini kaptırmamaya çalışarak korunmaya çalıştıkları görülmektedir (Yi, Kim, Choi, Kim ve O’Connor, 2016). Bu anlamda uzmanların sınırlılıkların farkında oluş yaklaşımları, değiştiremeyecekleri etkenleri kabullenmeleri için koruyucuk sağlamakta olduğu söylenebilir.

3.1.3.3. Zorlayıcı Deneyim Olarak Afet

Uzmanların destekleyici rolde ve sınırlılığın kabulü yaklaşımlarının yanında afeti zorlayıcı düzeyde deneyimledikleri de görülmüştür. Afetin zorlayıcı yönüne ilişkin deneyimlerin, uzmanların gerek bireysel gerek ise hizmet sağladıkları kişilere ilişkin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Uzmanların kaynaklara erişim, müracaatçıların yaşadığı sistemsal problemler ve maruz kaldıkları ayrımcılığa ilişkin yaşadıkları problemler nedeniyle zorlandıkları görülmektedir.

“Yani zorlayıcı açıkçası orada yani kaynaklara erişim zaten çok zorlayıcı olduğu için bizim için işte dediğim gibi çalıştığım grupta işte özellikle transların hormonlarına erişememiş ya da HIV ile yaşayanların ilaçlarına erişememesi gibi durumlarla karşılaştık. Onun dışında gene geçici barınma merkezlerindeki danışanlarımıza gittiğimizde onlara yönelik yüksek ayrımcılıklar işte şiddetle sürekli karşılaştık orada ve hani karşılaştığımız şiddet sonrasında şikâyet mekanizmalarını da kullanabilecek bir yer yoktu..” (SHU5-24-E-2)

Müracaatçıların hizmet almada yaşadığı sorunların yanında uzmanların bireysel olarak da afet dönemi verdikleri hizmetlerin sonucu zorlandıkları görülmektedir. Bu süreçte varoluşsal sorgulamalar ve yetersizlik duygularının uzmanlar tarafından deneyimlediği görülmektedir.

“Benim için zorlayıcı tarafı vardı ve şu anda uzanan bir şey değil ama hani o bir hafta sonrasında döndüğünde ve oradaki bir süreçte çok daha, çok daha gerçekliği de şu an güncel yaşamdaki çabalarımızı sorguladığım bir dönem oldu.” (PSK3-36-K-10)

“Bedensel değil de duygusal olarak üzüntü. Elimden geleni yapamadığımı düşünme, hissetme. Ondan sonra böyle bir hani halsizlik, biraz öfke yani o duyguları hissettim.” (PDR2-31-K-7)

Pandemi döneminde Tıbbi Sosyal Hizmet alanında çalışan bir uzmanın bu dönemde pandemin getirdiği bilinmezlik ve iş arkadaşlarına ilişkin kayıplar nedeniyle zorlandığı bir dönem olduğu görülmektedir.

“Hani önlem olarak alarak kolay şey oldu ama yine de pandemi de uyku düzenimde ve rüyalarımda çok beni zorlayıcı anlar oldu, yaşamadım değil. Bir de hastanede çok fazla personel yani iş arkadaşı kaybım da oldu. Doğal olarak bu konuları çok sık art arda peş peşe yaşamak insana tabii ki duygusal olarak çok zorlayan bir şey. O dönemde böyle biraz ağlama sıklığı artmış olabilir işte uykuya odaklanma sorunu yaşamış olabilirim. Yemek yeme, tüketme konusunda kendimi ihmal etmiş olabilirim. O dönem biraz zorlayıcıydı bu anlamda.” (SHU1-38-K-14)

Afet gibi zorlayıcı süreçlerde hizmet veren rolde olan uzmanların bu süreçleri farklı biçimlerde deneyimledikleri bazıları için zorlayıcı olurken bazıları için fayda sağlayıcı pozisyonda olmanın tatmin edici düzeyde de olduğu görülmektedir.

3.1.3.4. Depremzede Psikososyal Profesyoneli Olmak

Afet dönemi hizmet vermiş olan uzmanların bir kısmının aynı zamanda afeti deneyimlemiş olduğu ya da ailesinin deneyimleyerek dolaylı yoldan maddi ve manevi kayıplar yaşadıkları görülmüştür. Bu uzmanların psikososyal desteğe depremin ardından başladıkları ama zamanla hem depremden olmanın hem de sahada uzman olarak bulunmanın bir süre sonra bu kişileri zorladığı ve tükettiği görülmüştür. Depremzede uzmanların depremin akut döneminde otomatik pilot modunda hizmet verme çabası içinde bulunmaları ve kendilerini göz ardı etmeleri bu dönemi kendileri için daha da zorlaştıran bir etki olarak görülmüştür.

“Depremde yine ben depremden olmama rağmen bir hata yaptım ve o da hata şöyle, kendi psikolojik durumunun iyileşmesini beklemeden insani hareketlerin ve direkt müdahaleye başladım. Müdahaleden kastım enkazdan ceset çıkartma ya da kurtarma diyelim. Yine orada ben vücutların parçalanmış olma durumlarıyla karşı karşıya kaldım. Evet, ben bir sosyal hizmet uzmanıyım. Evet, ben burada bir koruma sorumlusuyum. Ben müdahaleyi yapıyorum ama ben bir tıbbi çalışan değilim. O orada kendimi yaklaşık bir ay toparlanamayacak bir yere koydum. Çünkü görüntüler çok fazla gözümün önüne geliyordu. Özel hayatımda çok etkiledi, iş hayatımı da çok. Hepimizi zaten deprem o ayrı bir konu. Hani hem depremdedeydim. Hem bu durumla karşılaşınca mesleki olarak çalışmadığımı fark ettim. ..benim bir öfke, ben normalde çok sinirli bir insan değilim ama deprem sürecinden sonra psikolojik destek almama rağmen daha öfkeli bir bireye dönüştüğümün farkındayız. Yani şu an özel hayatımda daha öfkeli bir insanım.” (SHU6-28-E-5)

“Hizmet verdim bir buçuk ay kadar. Hem aktif ... ekibinin gönüllü çalışmaları vardı. Orada bulundum, çalışmalarına katıldım. Hem burada bakanlığın hem çadırda hem kamplar kuruldu. Hemen akabinde deprem sonrasında. Buradaki çalışmalara katıldım. Ama sonrasında iyi hissetmedim kendimi. Yani kendi psikolojik sağlığım çok yerinde olmadığını ve bunu sürdürmenin şeye benzeyeceğini fark ettim. El freni çekilmiş bir arabanın, hareket etmesi mümkün evet kesinlikle. Ama kapasitesinin çok daha altında sistemi çok zorlayacak. Frenleri tüketecek, eritecek.” (PDR3-35-K-12)

Depremin bölgeye vermiş olduğu zararların ve belirsizlik etkisinin devam etmesi bölgedeki hizmet veren uzmanlardan birinin profesyonel düzeyde hizmet vermekte zaman zaman zorlandığını göstermektedir.

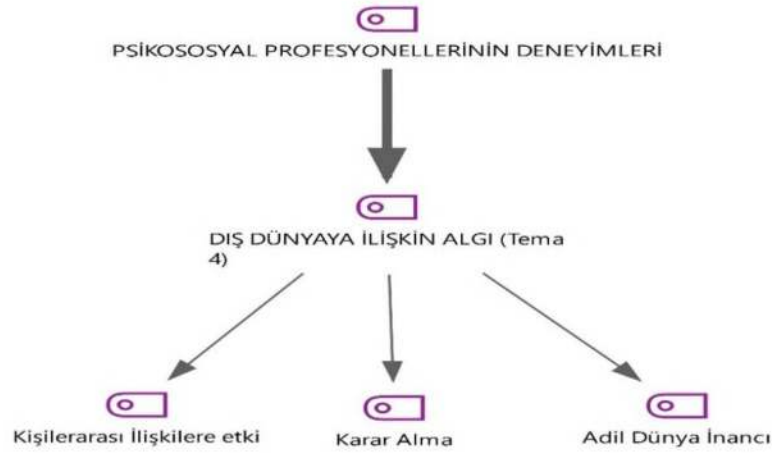
“İnsanlar ne yapacaklarını bilmiyorlar. Ve o insanlardan biri de benim. Çünkü önümüze koyulmuş bir çözüm yok. Gösterilmiş bir hedef yok. Bir de insanlar mesela şöyle gözlemliyorum, herkes çok sinirli. Aynı zamanda şöyle bir şey mesela bu

belirsizlikler. Efendime söyleyeyim misal ailem benden bir şeyler bekliyor. Ben bir şeyler yapmaya çalışıyorum. Maddi gücüm ortadayken bireysel anlamda bir gücüm yok, bir çözüme gidemiyorsun. Sürekli bir sıkışık yani mental anlamda çok zorlayıcı olabiliyor. Bu da ister istemez insanı işte gerginliğe. Bunun yanında biraz daha sinirli bir hale..” (PDR4-28-E-2)

Depremi bireysel olarak deneyimlemek ve sahasında hizmet vermenin yanında hala etkilerinin sürüyor olması depremzede psikososyal destek profesyonelleri için zorlayıcı olduğu ve bu sahaya ilişkin psikososyal hizmeti verebilecek kişilerin güçlendirilmesine ekstra ihtiyaç olduğu görülmektedir.

3.1.4. Dış Dünyaya İlişkin Algı

Psikososyal destek profesyonelleri dezavantajlı hayat hikayelerine sahip gruplarla çalışmaları nedeniyle dış dünyaya ilişkin algılarında zamanla değişim yaşadıkları, kişilerarası ilişkilerinde daha temkinli yaklaşımda bulundukları ve yaşamları etkileyebilecek karar alma süreçlerinde, işlerinden edindikleri yüklerinin etkisi görülmektedir. Bu kapsamda Dış Dünyaya İlişkin Algı teması kapsamında “Adil Dünya İnancı, Kişilerarası İlişkiler ve Karar Alma” olmak üzere üç alt temada şekillenmiştir.



Şekil 7: Uzmanların Dış Dünyaya İlişkin Algılarına Yönelik Alt Temalar

3.1.4.1. Adil Dünya İnancı

İnsanların fiziksel ve sosyal çevresine uyum geliştirme kapasitesinin bir getirisi olarak bireyler hak ettiklerini elde ettikleri bir dünyada yaşadıklarını varsaymaktadırlar. Bu durumun aleyhinde dünyanın bu denli düzenli işlemediği ve adil durumların ortaya

çıkmadığı gerçeğiyle insanlar yüzleştğinde sıkıntı yaşayabilmekte ve yaşam motivasyonları etkilenebilmektedir (Lerner ve Miller, 1978). Psikososyal çalışma alanı da adil dünya inancının sarsılma riskiyle karşı karşıya kalan bir alandır.

Uzmanlarla görüşmeler kapsamında ikincil travmatik stres tepkilerinin varlığının sorgulandığı aşamada zihinsel tepkilere ilişkin kısımda vakalarının etkisinde adil dünya inancına ilişkin düşüncelerinde değişim olup olmadığı bilgisi de alınmıştır. Uzmanlardan özellikle ikincil travma ve zorlayıcı deneyimleri hakkında bilgi alınırken işlerinin doğası gereği zorlayıcı hikayelerin dinleyicileri olmalarının etkisinde dünyanın adil olup olmadığına ve sosyal adaletsizliğin etkisine ilişkin varsayımlar geliştirdikleri görülmüştür.

“Ama adil bir dünya konusunda sanırım dönem dönem bozulan bir şey olabilir. Yani o durumda atıyorum, haksız bir biçimde annesine ya da bir yakının kaybeden bir danışanım olduğunda açıkçası ona ne söyleyeceğimi bilemiyor olmak. Çünkü çok haklı olduğu bir taraf. Orada benim de yaşamış olduğum bir çaresizlik, sorgulama ya da haksızlığı benim zihnimdeki boyutu değişiyor sanırım. Ama galiba burada da dini boyuttaki düşüncem belki biraz daha dengeye kavuşturuyor.” (PSK3-36-K-10)

“Yani şöyle dünyanın herkes için aynı olmadığı işte herkesin doğduğu, içine doğduğu ve şehir içine doğduğu ailenin yol açtığı etkileri yaşadığını ve aslında acaba onun yerinde ben olsaydım ben de aynı şeyi yaşar mıydım veya benim şu an bunu yaşamıyor olmamın tek nedeni, hani onun yaşadığı hayatı yaşamamış olmam mı? Dolayısıyla hani onun bu travmatik olayı? Yaşadığı bütün koşullar birleşip aslında beni de bulabilir gibi düşüncelerin olduğu tabii ki zamanlar oldu.” (PSK4-28-K-4)

“Yani şöyle bir inancım oldu, yani özellikle enstest travmalarıyla çalıştıktan sonra ben çocukluk çağı enstest vakalarının yetişkinlik dönemlerinde çalışıyordum kadınlarla. Ama hani kadınların çocukluk çağı enstest travmaları vardı. Hep şöyle bakıyordum hayata, bakmaya başlamıştım daha doğrusu. İşte birileri bir sıfır geriden başlıyor hayata, gibi bir inanç işte yani işte herkes adil doğmuyor ya da işte belki adil olmuyor, birileri bir sıfır çünkü 5 yaşında bir insan tecavüze uğruyorsa bir sıfır geriden geliyor. Hiçbir zaman o hayata oturmuyor. Yani gibi bir evet, dünya görüşümde bir farklılık oluştu.” (PH1-41-K-17)

“Hani böyle hastalarla bizim açıkçası hasta profilimiz böyle sosyo-ekonomik düzeyi sosyo-kültürel düzeyi hani düşük hastalar. Bu hep bariz belli. Ve ben hastaların ya aileleri de geliyor. Onları da görüyorum mesela.. Böyle aslında bir yönden de psikiyatrik hastalıklar, tamam evet temelde bir şeyler olabilir ama işte çocukla ilgilenmezsen hani yani mesela temelde vardır. Ama sen ona büyütürken biraz daha dikkatli büyütürsen o gelişmeyebiliyor aslında benim kendi görüşüm. Ama sen o konuşmazsan, ilgilenmezsen o çocuğun o durumu daha da alevlenebiliyor diyebiliriz hani. O yüzden bunu hep düşünüyorum aslında. Dünyanın adil olmadığını, çoğunlukla düşünüyorum.” (PH2-26-K-4)

Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan uzmanlar gördükleri vakaların etkisiyle zamanla dünyaya ilişkin algılarında olumsuz fikirler geliştirdiklerini ve dünyanın kötü bir yer olduğunu düşündükleri ifade ettikleri görülmüştür (Pistorius, Feinauer, Harper, Stahmann ve Miller, 2008). Çocuk alanında çalışan uzmanların iş ve kişisel yaşamı birbirinden ayırma noktasında zorlanarak dinledikleri vakaların etkisiyle dünyanın güvensiz bir yer olduğuna ilişkin algı geliştirdikleri görülmektedir (Demirbaş, 2021). Mevcut çalışma ve alandaki elde edilen diğer bulgular değerlendirildiğinde uzmanların dünyaya ilişkin algılarında vakalarının deneyimledikleri yaşantıların etkisinde değişim yaşadıkları ve dünyanın herkes için adaletli bir yer olmadığına ilişkin varsayımları okunmaktadır.

3.1.4.2. Kişilerarası İlişkiler

Uzmanların vakalarına ve çalıştıkları gruba ilişkin elde ettiği deneyimlerden birinin de dış dünyaya ilişkin diğerleriyle ilişkilerinde daha sorgulayıcı bir yaklaşımı benimsedikleri görülmektedir. Aynı zamanda uzmanların bilişlerinde güvenlik algısına ilişkin geliştirdiği düşüncelerin kişilerarası ilişkilerinde etki ettiği görülmektedir.

“Hani daha çok etkilendiğim vakaları yaşayabiliyorsun. Onlar illaki etrafına da yansatabiliyorsun. Yani hayatındaki ilişkilerle ilgili olarak da çünkü bizim karşımızda çıkan genelde eşyle, sevgiliyle, flörtüyle beraberliğiyle yaşadığı ilişkilerde oluyor. Sen de aynı durumu kendi ilişkine yorma durumun olabiliyor ister istemez. Ama bu çok sık yaşadığım bir durum değil dediğim gibi. İşe ilk başladığımda vardı ama şu anda bunu yaşamıyorum.” (SHU2-27-K-3,5)

“Dış dünyaya bakış açımızı illaki değiştirdi. Bunlar da mı var diye diye hani bir sürü şeyle karşılaştığımız oldu? Dediğim gibi ilişkilerimize bakış açımızı ister istemez değiştirdi, şüpheli daha. Soru soran birine dönüştüğümü düşünüyorum..” (PSK1-26-K-1,5)

“Mesela son böyle görüştüğüm bir beyefendiyle. Yani sonradan onun alkol kullandığını öğrendim. Benim hayatımda alkol olgusu yok. Zararlı bağımlılık türünde yahut sosyal kullanımda da alkol aile içine dahil etmediğim bir madde grubu. Saygım sonsuz. Fakat mesela beni o bağlamda çok etkilemişti. Bir yerde itiraf edip. Bir yandan şunu düşündüm, acaba ben gerçekten hoş görüyor muyum, görmüyor muyum? Alkol bende mesela son 6 ayında böyle bir şey oluşturmuştu alkol kullanımı. O alkole bakış açımı sorgulamıştım. Öyle bir olgu mesela olmuştu öncesinde.” (PH4-30-K-8)

Alanda yapılan çalışmalara bakıldığında benzer şekilde uzmanların travma alanında çalışmanın etkisi olarak insanlara karşı güven duyma konusunda azalma yaşadıkları ve bunu geçmişte güvendikleri kişilere dahi duyduklarını belirterek yakın

ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını deneyimledikleri görülmüştür (Baker, 2012). Aile içi şiddet ve istismar mağduru bireylerin hizmet aldığı yardım hattında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada da kişilerin vakalarının etkisinde romantik ilişkilerine karşı olumsuz bakış açısı geliştirdikleri görülmektedir (Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019).

Aynı zamanda uzmanların yakın çevrelerindeki çocukların güvenliğine ilişkin algılarında daha dikkatli ve tetikte olduklarını deneyimledikleri dönemler olduğu görülmektedir. Bu durumun zaman zaman yakın ilişkilerini de etkilediği uzmanların deneyimlerinden görülmektedir.

“Aşırı korumacı, aşırı kontrolcü ve aşırı kaygılı olabiliyorsun. Özellikle, çünkü mesela bu istismar davalarında çok uzun süredir çalıştığım için. Hani mesela kendi kızında bazen aşırı kontrolcü olabiliyorum, bunu fark ediyorum. Çünkü orada şeyi görüyorsun hani kötülüğün farklı ve çok yönlü halini görüyorsun. Ve bu istismar sonrasında o çocuğun yaşadıklarına tanık olmak ve o çocuğun hayatını, içinde bulunduğu travmatik süreci ya da travmasını tedavi etmesine yönelik sürecin ne kadar uzun olduğunu o kadar yıpratıcı olduğunu, adli sistemin bunu kolaylaştırmadığını ve mağdur açısından zorlaştırdığını görüyorsun. Bütün bunlara olan tanıklık gerçekten seni aşırı şüpheli yapıyor. Ve zaman zaman kızını mesela ben fark ediyorum.. Tabi ki yansıyor, yansımaz olur mu? Bana bazen şunu söyler, evet sana göre bütün insanlar kötü.” (SHU4-51-K-24)

Çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzman annelerin çalıştıkları sahanın getirmiş olduğu aşırı kontrolcü ve korumacı tutumu benimsedikleri görülmektedir (Albayrak ve Cankurtaran, 2020). Bir başka çocuk alanında çalışan uzmanlarla yapılan çalışmada uzmanların kendi çocuklarına ilişkin daha tedbirli bir tutumda oldukları deneyimlerinden ortaya çıkmaktadır (Demirbaş, 2021).

“Yani böyle istismar öyküleri olduğu zaman özellikle hani daha korumacı oluyorum. İşte yeğenime karşı işte daha korumacı davrandığımı fark etmişim bir dönem. Hatta böyle ablam uyarmıştı beni karşımda hastaların yok. Hani artık biraz rahat ol şeklinde. Yani öyle bir farkındalığım olmuştu bir dönem.” (PH3-37-K-14)

Alanda yapılan birçok çalışmada benzer şekilde uzmanların güvenlik ve kontrol algısında dikkatli, tetikte davranış sergilediklerini ve yakın çevrelerindeki çocuklara ilişkin daha korumacı ve tedirgin tutum sergilediklerinin belirtildiği görülmektedir (Hatipoğlu, 2017; Steed ve Downing, 1998; Gençler, 2022; Pistorius, vd., 2008; Akkurt, 2022; Ellis ve Knight, 2018).

3.1.4.3. Karar Alma

Uzmanların kişisel yaşam deneyimleri için önemli kararlar alma konusunda yaptıkları işin etki ettiği görülmektedir. Kadın uzmanlardan özellikle çocuk sahibi olma düşüncelerinin, tecrübe ettikleri vakalarının etkisi olduğu beyanlardan anlaşılmaktadır.

“Yani bir haber okurken ne bileyim ben bir evlilik yaşadım ve boşandım. O evlilik içerisinde çocuk sahibi olma noktasında karar alırken, hep sosyal hizmetin deformasyonu ile mücadele ettim.” (SHU1-38-K-14)

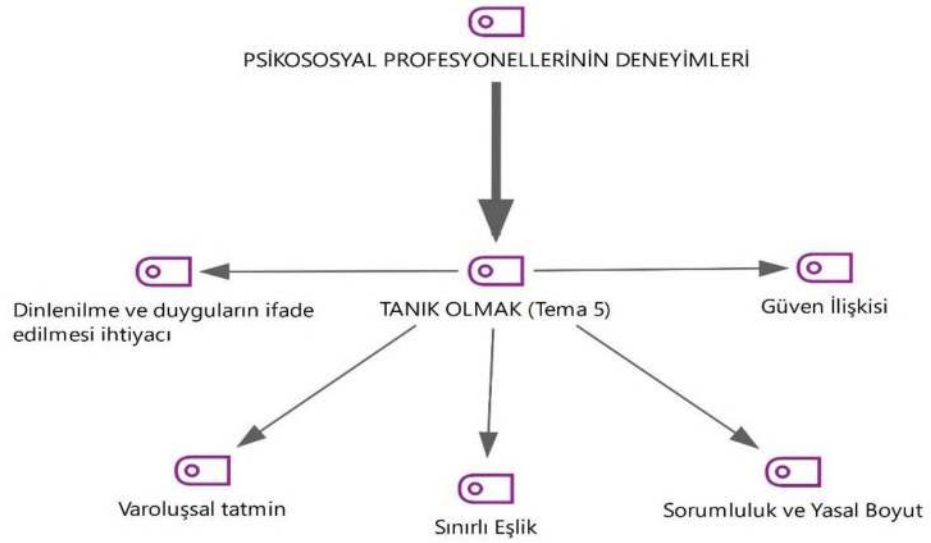
“Hani çocuk sahibi olmaya çok işte evliliğimin yedinci yılında falan karar verdim. Hani belki bilinçaltımda hani bu konuda bir korumacılık gelişmiş olabilir. Hani çocuk sahibi olmaktan korkan bir korkmuş olabilirim belki. Ama hani tabii ki tamamen bu diyemiyorum ama olabilir.” (PH3-37-K-14)

“Hani bu prototipteki erkek benim yolum gelişebilir mi, gibi bir romantik ilişkilere böyle bir aile kurmaya, evlenmeye, çocuk yapmaya karşı bakış açınız biraz daha sertleşiyor. Artık düşünür hale geliyorsunuz. Ama bire bir de bir şey bozduğunu söyleyemem.” (PSK1-26-K-1,5)

Uzmanların çocuk sahibi olmanın yanında romantik bir ilişki içinde erkek bireylere karşı güven duygusunda daha şüpheli bir tutumu benimsedikleri görülmektedir. Travmatik vakalarla çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği alandaki birçok çalışmada benzer şekilde uzmanların dinledikleri yaşam öykülerinin neticesinde erkek bireylere karşı olumsuz bakış açısı geliştirdikleri görülmüştür (Kavaklılar, 2023; Demirbaş, 2021; Schauben ve Frazier, 1995; Pistorius, vd., 2008; Yıldız, 2017).

3.1.5. Tanık Olmak

Psikososyal destek hizmeti alan bireyler çoğu zaman deneyimlerini kimseyle paylaşmayarak ya da kısıtlı bir paylaşımda bulunabilmektedirler. Profesyonel görüşme kapsamında uzman ile paylaştıkları deneyimler bu özelliği nedeniyle uzmanı tanıklık rolüne sokmaktadır. Bu tanıklık rolünün uzmanlarda nasıl bir sorumluluk hissettirdiğine dair çeşitli deneyimler biçiminde sıralandığı görülmektedir. Tanıklık teması “Dinlenilme ve Duyguların İfade Edilmesi İhtiyacı, Varoluşsal Tatmin, Sorumluluk ve Yasal Boyut, Güven İlişkisi ve Sınırlı Eşlik” alt temalarında incelenmiştir.



Şekil 8: Uzmanların Tanıklık Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar

3.1.5.1. Dinlenilme ve Duyguların İfade Edilmesi İhtiyacı

Psikososyal düzeyde verilen hizmet ve terapötik ilişkide tanıklık ya da şahitlik uzmanlarda vakalarının dinlenilme, kabul edilme ve duyguların ortaya çıkmasına ilişkin yansıtıcı bir etki ortaya koyduğu görülmektedir. Uzmanlar bu çerçevede tanıklık rolünü, vakalarının dinlenilme ihtiyacını bu profesyonel ilişki çerçevesinde karşılayabilme işlevine vurgu yaptıkları görülmektedir.

“Tanık rolünde olmak ya aslında şöyle tanık rolünden ziyade, karşıdaki kişiler her zaman dinlenmiyor. Yani etrafındaki insanlar tarafından dinlenilmemiş oluyorlar ve bize bu yönden derinliklerini, sıkıntıları, yaşadıkları problemleri anlatıyorlar. Biz de onları dinliyoruz ve dinlenmek bile onlara iyi geliyor. Ha bu anlamda benim tanık rolünde olmam yani onların sıkıntıları, problemleri dinliyor olmam. Onlar iyi geldiği için kendimi iyi hissediyorum. Yani karşı tarafı iyi hissettiğimden dolayı.” (SHU2-27-K-3,5)

“..şunu duymak bana iyi geliyor mesleki olarak yaptığım iş ne kadar zor olursa olsun. Uzman hanım beni daha önce hiç kimse bu kadar iyi dinlememişti, bu kadar iyi anlamamıştı teşekkür ederim demeleri o iyileşme sürecinin en önemli basamağını oluşturuyor bence. Çünkü şey önemli işitilmek, duyulmak, fark edilmek, anlaşılacak, ihtiyaçlarının görünür kılınması ve bu ihtiyaçların giderilebileceğine dair bir inanç bu duyguyu beslemek önemli. Bu travmayı gidermenin en önemli basamağı bence. Bunun hissettirdiğinizde ben yaptığım işi ve o tanıklığım evet işe yaradığımı görüyorum, evet işe yaradı, hani şimdi işe yaradım. O yüzden önemli bence o tanıklık.” (SHU4-51-K-24)

“Şu noktada güzel hissettiriyor gerçekten. Buna ihtiyaç duyduğumu düşünüyorum. Yani keşke diyorum benim de bu şekilde aktarabileceğim ve karşımda beni işte yargılamadan, kesmeden dinleyen biri olsa ve hani ben bunları konuşabilsem

hissettiğim çok fazla yer oluyor. Bunda da tabi ki insanların hayatına böyle dışarıdan bir göz gibi yaşadığı her şeyi o anda verdiği tepkiyi, duyguları, derinle her şeyini seninle paylaşması çok özel de bir şey bir yandan yani benim. Çünkü kurduğum güven bağıyla da ilk görüşmede yaşadığımız süreç asla değil..” (SHU5-24-E-2)

Sommers Flanagan ve Sommers Flanagan (2015: 48) tarafından danışanı sadece aktif bir biçimde dinlemenin dahi etkin bir müdahale olduğunu belirtmektedir. Nugent (1992) tarafından yapılan çalışmada da aktif bir biçimde dinlenilmenin danışanda anlaşılma duygusunu ortaya çıkardığını belirtmektedir. Bu nedenle uzmanların danışanlarının dinlenilme ihtiyacını karşılama olanağını onlara sağlamaları iyileştirici ve destekleyici nitelikteki önemli bir etki olduğu söylenebilir.

3.1.5.2. Varoluşsal Tatmin

Uzmanlar zorlayıcı vakalarla çalışsalar dahi hizmet verdikleri kişilerin ihtiyaçlarını sağlayabilme adına kaynaklarla buluşturmanın ve destek olabilmenin bireylerin kendilerini iyi hissetme ve umut aşılayabilme adına tatmin edici bir yanı olduğu görülmektedir. Uzmanların vakaları için zorlayıcı yaşantılara sahip olmaları bir yandan olumsuz bir duygu hissi yaratırken diğer yandan destekleyici rolde ve yaşamlarını dönüştürücü etkide olmalarının kendileri için tatmin edici olduğu vurgusu göze çarpmaktadır.

“Engelli bir çocuğa yaklaşık 10 küsur kişinin taciz etmesi durumu vardı. Bu beni çok etkilemişti. Yani mesleki olarak ben çok profesyonel davrandım diyemem. Çünkü küçük bir yaş grubu çocuk bu beni etkiledi ama dolaylı olarak da şöyle o çocuk için mücadele eden kişinin ben olmasının verdiği de bir mutluluk var. Yani diğer tarafın hukuki sürecinin başlatılması, kişinin korunması ya da mesela buraya bir çocuk geliyor. Bu vakanın dışında çocuk afetzede, kolunu kaybetmiş. Ben 2 gün içerisinde onun hayallerini ulaşabilmesini vesile olan meslek grubuyum. Bir pediatrik kol ayarlıyoruz ve her ne kadar o kolun ihtiyacını görmese de akran zorbalığından kurtarıyorsunuz. Sosyal içe dönük bir birey olmasından kurtarıyorsunuz. Mutluluğuna şahit oluyorsunuz. Her şeyden önce kendinizi de tatmin ediyorsunuz. Bence bu da çok güzel yanları.” (SHU6-28-E-5)

“..bir anlamda da şey gibi görüyorum iyi ki de şahit oluyorum diyorum. Çünkü ben şahit olmasam belki yolu ömrünün sonuna kadar benim gözümlle bakabilecek bir meslekle ya da bir başka biriyle şey yapmayacak, yani denk gelmeyecek. O yol, yol çıkmayacak, belki başka kimseye. ..iyi ki benimle yolu kesişmiş bu vakanın. Çünkü ben şu an onu fark ettim ve bununla ilgili ne yapılır, yapılması gerekiyorsa yapacağım.” (SHU1-38-K-14)

“Onun için en azından bir tanık oluyor olması ve bunun benim oluyor olmam sanırım bir yandan, benim için zorlayıcı bir şey ama bir yandan da sanırım, danışanın o

ihtiyacını karşılayabilecek bir yetkinlikte olmak.. Yetkinlikten kastım kendimi daha üstün görüyor olman değil, yaşadığı şeyleri ifade edebilen ve onun yaşadığı duyguyla kalabilecek birisi oluyor olmak galiba biraz daha umutlu hissettiriyor.” (PSK3-36-K-10)

Schauben ve Frazier (1995) tarafından yapılan çalışmada uzmanların cinsel şiddet mağduru bireylerle çalışmada olumlu yönün, danışanların gelişimine ve değişimine şahitlik etmenin olduğunu bildirmişlerdir. İnsanların derin travmalarına rağmen gelişmelerine tanık olmanın ve iyileşme sürecinin bir parçası olmanın tatmin edici olduğunu belirttikleri görülmektedir. Psikoterapistlerin travmayla çalışma deneyiminin incelendiği çalışmada insanların hikayelerini dinlemek ve eşlik etmenin uzmanları kişisel anlamda beslemekte ve geliştirmekte olduğuna ilişkin deneyimler ön plana çıkmıştır (Gençer, 2022).

3.1.5.3. Sorumluluk ve Yasal Boyut

Uzmanların önemli bir kısmı vakalarının spesifik deneyimlerine ilişkin tanıklık rolünü yasal sorumluluk düzeyinde değerlendirdiği görülmektedir. Bu bağlamda bildirim yükümlülüklerine ilişkin çekincelerinden ve vakanın içinde bulunduğu sistemi tüm ayrıntılarıyla formüle edebilmenin ekstra bir sorumluluk barındırdığını beyanlarıyla yansıtmakta oldukları görülmektedir.

“Mesela çoğu zaman eğer şey ensest vakaları yetişkinlikte az yani. Suçu işleyen kişi hayatta bazen oluyor, bazen olmuyor. Yani bildirim zamanı da geçmiş oluyor ama bu sürede travma var. Ya da eğer yeniyse yaşanan kliniğe geldiğinde de mesela işte ekip görmüş. Benim bildirim yapmam gerekiyor. Normal koşulda ikilemde bırakıyor bizi. Kişi işte diyor ki, bunu bildirirseniz şu olacak, bu olacak. Yani bizde bazen çok ikilemde kalıyoruz... Ama o hastalarla da sizi arada bırakıyor. Yani hasta bildirilmesini istemeyebiliyor, güven sarsılabiliyor. Yani bu çok arada şüphe ettiğimiz zamanlar oluyor. Bazen de gerçekten hastanın sosyal hayatını bakıyorum. Onun dengelerini düşünüyorum.” (PH1-41-K-17)

“Hastam mesela istismara uğradı diyelim. Bunu bana söylediğinde ben bunu işte küçük çocuk bu bildirmek zorundayım. Bildiğinde işte polistir, ailesidir şudur, budur, bir sürü olay karışacak. Çocuğun şey şeyi olacak. Hani bu benim için gerçekten zorlayıcı çünkü çocuk bana güveniyor bunu söylerken. Yıpratıcı, bu ihtimali düşünmek istemiyorum. Hani denk geldiğimde çok zorlanırım ama mecburum bunu yapmaya hani.” (PH2-26-K-4)

“Bir yandan yükü çok ağır tabi ki sorumluluğu çok ağır. Öyle bir yaşam olayına tanık olmak ve bu tanık olduğum kısım ile ilgili hem resmi olarak yasal olarak seni bağlayan şeyler hem vicdani olarak seni sorumlulukların, tabii ki zorlayıcı bununla mücadele etmek. Bu bilgiyle ben ne yapacağım? Bu bilgiyi şimdi ne yapmalıyım, nasıl kullanmalıyım ve bu bilgiyle ilgili nasıl hassas olabilirim, nasıl en iyi şekilde

koruyabilirim? Hem karşımdakini hem onun benimle paylaştığı bu bilgiyi. Yani bu, bunlar çok sorumluluk hissettiren şeyler.” (SHU1-38-K-14)

Çocuk istismarı alanında çalışan uzmanların duygusal deneyimlerinin incelendiği çalışmada istismarın gözden kaçırılma riski ve bildirimin sağlanmasının uzmanlarda ciddi bir sorumluluk ve zaman zaman kaygıya neden olduğu görülmüştür (Albaek, Binder ve Milde, 2019a). Okul psikolojik danışmanlarının deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanlar için vaka takibinde yasal süreçlerin zorlayıcı olduğu, çocuğun olayı gizli tutma isteğinin yanında uzmanın bildirim yükümlülüğünden kaynaklı ikilem yaşadıkları ve zaman zaman ailelerle çatışmalı duruma düştükleri görülmektedir (Kavaklılar, 2023). Alandaki yapılan çalışma bulgularıyla birlikte yasal sorumluluğun uzmanlar için önemli bir kaygı kaynağı olduğu ve tanıklık rolünü şekillendirdiğini söylemek mümkündür.

3.1.5.4. Güven İlişkisi

Uzmanların vakalarına ilişkin tanık rolünde olmaları bireylerle geliştirdikleri güven ilişkisine işaret ettiği görülmektedir. Tanık rolünde olmak terapötik ilişkide önemli görülen güven bağının uzmanlar tarafından deneyimlenmesinin mesleki tatmin için de önemli olduğu uzmanların beyanlarından görülebilmektedir.

“Nasıl hissettiriyor, özel hissettiriyor. Çünkü gerçekten özel bir yerde oluyoruz. Yani özellikle hani kanser hastalarından söz edecek olursak, onların tanı aldığı ilk zamandan yani inanılmaz başımıza gelen şeyler değil bunlar Hani bir gün iyileşeceğim umuduyla. Ve biz onun gerçekten hani şahitlik tanıklık ettiğimiz için danışanlarda soruyor bize bu hastalıktan kurtulmuyor mu? Siz bilirsiniz gibi. Hani gerçekten o paylaşımı hissettiriyorlar zaten dibine kadar.” (PSK2-35-E-15)

“Bazen de değer görme gelebiliyor. Diyorum ki, hasta demek ki bana güvendi ve bu sorunu benimle paylaşabiliyor. Bu farklı duygularla şey olabilir. Vakanın paylaştığı şeye göre değişen bir şey.” (PH4-30-K-8)

“Şanslı hissettiriyor. Çünkü bir kere kendini merak eden bir yerden başladığı için bu yolculuk orada kişi yaşadığı deneyimin zorluğu onun için çok mahrem, çok özel, çok zorlu. Onu paylaşabilme cesaretin size duyduğu güven göstergesi. Güvenilir olmam tarafı bana kendimi şanslı hissettiriyor, iyi hissettiriyor. Ama bunun daha güzel kısmı, onun kendi aslında ruhsal doğumunu, duygusal doğumunu bağımsızlaşma doğumunu gerçekleştiriyor olmasına şahitlik etmek bana çok iyi geliyor.” (PDR3-35-K-12)

Rogers (2011: 67) bir kişinin her yönünü kabul ediş, birey olarak değer veriyor olmak, samimi ve güvenli ilişki kurmak faydalı bir ilişkide son derece büyük bir öneme

sahip olacağını belirtmiştir. Bu anlamda terapötik ilişkide danışan için güven zeminini uzman tarafından oluşturabilmek fayda sağlayıcılık açısından önemli bir işlevdedir.

3.1.5.5. Sınırlı Eşlik

Uzmanların tanık rolünün zaman zaman vakalarının değiştiremeyecekleri şartlarını hatırlamalarına ve belli bir düzeye kadar müdahale edebilme kapasitelerini olduklarını hatırlatan bir işlevde olduğu görülmektedir. Tanık rolünün bu açıdan deneyimi zaman zaman zorlayıcı güçte olduğu ortaya çıkmaktadır.

“..bazen de çaresiz hissettiriyor. Yani sadece tanık oluyor olmak, onu da çocuk eve gittiği andan itibaren ona bir şey yapamıyor olmak yani, hayatını değiştiremiyor olmak, çaresiz hissettirdiği oluyor.” (PDR1-30-E-7)

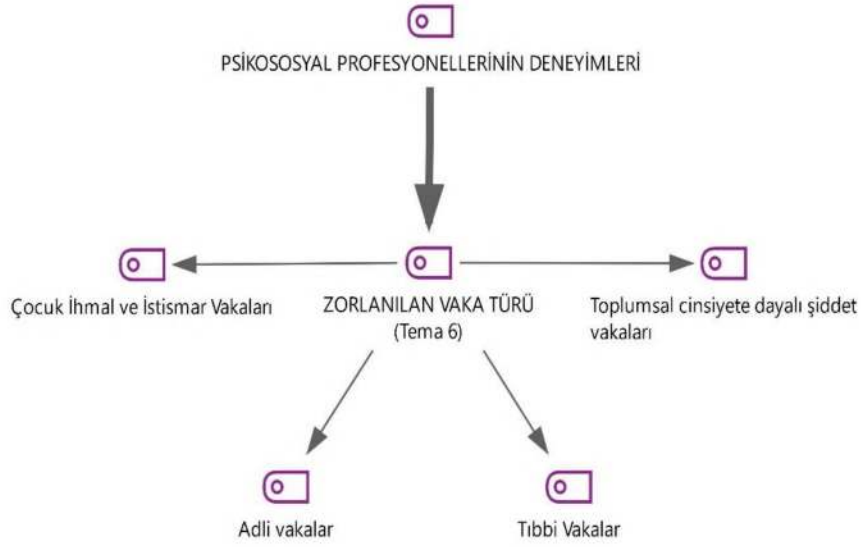
“..bir şeyleri bilip hani eğer ki bunun sonucunda hani etkili bir müdahalede bulunamıyor olsam ya da işte aile bize destek vermiyorsa işte gibi, hani o zaman da biraz zorlayıcı bir durum. Hani bilerek buna karşı bir şey yapamıyor olmak işte ailenin işte şikayeti geri çekmesi gibi işte hani sizinle işbirliği kurmaması, hani o zaman biraz duygusal olarak zorlayıcı bir şey olabiliyor tabii. Hani hem bilip hem bir şey yapamamak.” (PH3-37-K-14)

“..zorlayıcı, hani karşı tarafın bahsettiğim gibi hani yaşadığı zorluklarla işte nasıl baş edeceğini düşünmek, içinde bulunduğu problemler eğer sadece psikolojik değilse, işte bazı sosyolojik, sosyal, ailevi dezavantajlar da işin içine eşlik ediyorsa çok daha zor bir durum yaratıyor.” (PSK4-28-K-4)

Tanık rolünde sınırlı bir düzeyde eşlik etme deneyiminin aynı zamanda çalışma kapsamında elde edilen ‘Zorlayıcı Deneyimler’ teması altında ele alınan ‘Değiştirilemeyen Şartlar’ alt temasıyla örtüştüğü görülmektedir. Bu durum vakaların ilişkili olduğu bireysel ve toplumsal sistemlerdeki değişimi belli ölçüde sağlama gücünde olduklarını uzmanların bir yandan benimsemesi bir yandan da güçlerini azaltmaması açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

3.1.6. Zorlanılan Vaka Türü

Uzmanların zorlayıcı deneyimlerinin vaka türlerine göre farklılaştığı görülmektedir. Bu çerçevede zorlanılan vaka türlerinin “Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Vakaları, Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları, Tıbbi Vakalar ve Adli Vakalar” alt temaları biçimde sıralandığı görülmektedir.



Şekil 9: Uzmanların Zorlanılan Vaka Türlerine İlişkin Alt Temalar

3.1.6.1. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Vakaları

Uzmanların kadın vakalarının maruz kaldığı ve özellikle cinsel şiddeti içeren deneyimlerin zorlayıcı olduğunu belirttikleri görülmektedir. Kadın bireylerin maruz kaldığı deneyimlerden etkilenen uzmanların Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi'nde görev yapan uzmanlar olduğu görülmektedir. Bu uzmanların çoğunlukla kadına yönelik şiddet alanında faaliyet gösteriyor olmaları zorlanılan vaka türünü de şekillendirdiğini göstermiştir.

“..genel anlamda ben kadınlarla çalışıyorum ve kadınların maruz kaldığı fiziksel şiddet boyutları ya da cinsel şiddet boyutları fazlaca travmatik olabiliyor. Bu kadın açısından böyle, kadının bize yansıttığında bizim için de travmatik olabiliyor. Duyduğumuz, anlatılan şeyler, yaşanan olaylar bizim üzerimizde de travmatik olabiliyor.” (SHU2-27-K-3,5)

“Kendi vakalarımızı düşündüğüm zaman cinsel şiddet mağdurları. Özellikle şiddet mağdurunun beni etkileme şekli, kişinin yaşı ya da uğradığı şiddetin biraz da şekli bir tık beni ister istemez üzüyor. Bu tarz şeyler. Fiziksel şiddete ya da diğer şiddet türlerinde biraz şey gibi olduk..” (PSK1-26-K-1,5)

Psikoterapistlerin travma ile çalışma deneyimlerinin incelendiği çalışmada en çok zorlandıkları görüşmelerin cinsel şiddet vakaları olarak belirtildiği görülmektedir (Gençer, 2022). Cinsel şiddet mağdurlarıyla çalışan uzmanların deneyimlerine ilişkin yapılan bir başka çalışmada kadına yönelik şiddette yeterli farkındalığın olmaması bu

alandaki çalışmayı zorlayıcı deneyimler olarak ifade edildiği belirtilmektedir (Schauben ve Frazier, 1995).

3.1.6.2. Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları

Uzmanların çocuk ihmal ve istismar vakalarına ilişkin maruz kalma düzeyleri az olsa dahi karşılaştıklarında etkilenme düzeylerinin fazla olduğu görülmektedir. Çocukların yaşadıkları savunmasızlıklar ve erken dönem olumsuz deneyimlerin yetişkinlik dönemindeki belirleyici yanına şahit olmak uzmanların zorlayıcı vakalarını şekillendirmiştir.

“Çocuk vakaları sarsıcı çok fazla karşılaştığım vakalar olmuyor, genellikle daha nadir. Evet, çalıştığım grup nedeniyle yani hani biraz daha zaten işte LGBT+ kendi kimliklerini keşif süreçleri daha çok hani ergenlik ve ergenlik sonrası süreçte olduğu için çocuk danışanla çok fazla karşılaşmıyorum bu süreçte ama. Çocuk danışanlarının süreçleri daha zor benim için. Evet daha zorlayıcı oluyor kesinlikle.” (PSK5-32-K-8)

“..kendi vakalarımın sanırım şu an en çok çocuk yani 18 yaş altı gebeliklerde istismar öyküsü olan kişilerden ikincil travma yaşıyor olabilirim. Çok çok yine çok değil, kendimi korumayı biliyorum ama yine de bunlar benim için hassas noktalar.” (SHU1-38-K-14)

“Duygusal ihmaller, çocukluk çağında ortaya çıkan duygusal ihmaller ne kadar yıkıcı olduğunu görmüş olabiliyoruz aslında. Tüm çocukluğunu, tüm yetişkinliğini ve devamında da kendi ebeveynlik sürecinde de belki devam ettirdiğini, ne kadar öfkeli olsa da kendisi de aynı profile devam ettirdiğini görmek. Aslında bunun ne kadar etkili olabildiğini gösteriyor. Bu yönüyle karşımıza çıkan durumlar biraz daha zorlayıcı olabiliyor.” (PH5-39-K-14)

Sosyal hizmet öğrencilerinin alan eğitimi kapsamında ikincil travma deneyiminin incelendiği çalışmada öğrencilerin en çok çocuk cinsel istismarı vakalarında zorlandıkları görülmüştür. (Zengin ve Sağlık Tuğrul, 2024). Livanou, Whittenbury ve Di Basilio (2023) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde uzmanlar için savunmasız olarak değerlendirmeleri nedeniyle çocuk ve yaşlılarla çalışmanın daha zorlayıcı olduğu görülmüştür. Özellikle çocukların maruz kaldığı savunmasız durumlarla çalışan uzmanların desteklenmesinin önemi burada ortaya çıkmaktadır.

3.1.6.3. Tıbbi Vakalar

Çalışma kapsamında tıbbi sorunlar yaşayan vakalarının deneyimlerine tanıklık etmenin uzmanlar tarafından zorlayıcı olduğu belirtilmiştir. Tıbbi vakalarının zorlayıcı

yönüne ilişkin deneyimi uzmanların az olsa da özellikle hasta ve bakım veren bireylerin yaşantılarına şahit olmanın uzmanlar için zorlayıcı deneyim olarak değerlendirildiği görülmektedir.

“HIV ile yaşayan danışanlarımız süreçlerin zor olabiliyor. Yani HIV statüsünü öğrenmek de kişi için kesinlikle bir işte travma.” (SHU5-24-E-2)

“..palyatif servis, hep böyle ölümün sürekli döndüğü bir servis. İyileşmenin yol olmadığı, yani genellikle hastanın kronik bakım hastası olduğu için sağlık durumunun sabit ya da gittikçe kötüleşen bir tabloda bir servis. O sürekli bunlara maruz kalmak da tabii insanı yoruyor, yormuyor değil yani. Çünkü yani her gün ortalama bir ölüme şahit oluyorsunuz. Bir de bunların bunlara bakan hastaların hayatlarındaki tek şeyin hastaları olmaları, onlara bakın vermeleri ve onların bakım yükleri de beni ikincil olarak etkiliyor olabilir, çok değil. Ama hani ister istemez etkileniyorum..” (SHU1-38-K-14)

3.1.6.4. Adli Vakalar

Uzmanların zorlayıcı vaka türlerinden birinin de adli vakaları olarak şekillendiği görülmektedir. Suç eylemleri sonucu sosyal destek kaynaklarının yok oluşu, aile sisteminden kopma ve suça iten sebepler gibi değiştirilmesi güç şartlar ile çalışılması nedeniyle adli vakaların zorlayıcı yönü uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir.

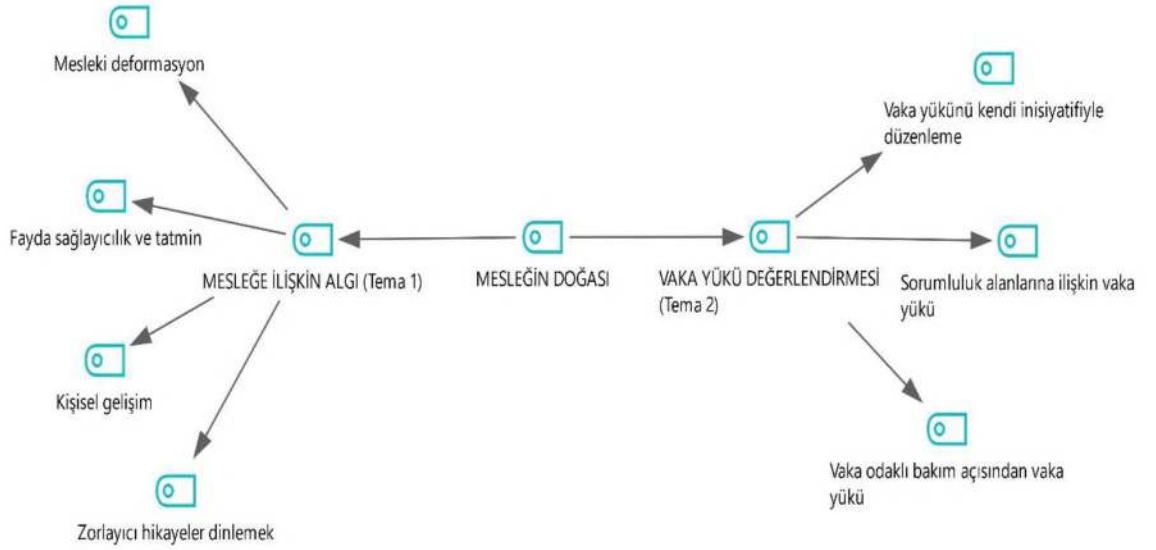
“Yani adli psikiyatride çalışıyor olmamdan dolayı aile içi şiddet öyküleri çok fazla var. Kimi zaman ölümle sonuçlanan kimi zaman eylemler var. Hani bunlar bayağı baş edilmesi güç olaylar oluyor. Sonrası hastanın sosyal destek kaynaklarına zarar veren bir sonucu da oluyor bunun. Bunlar zorlayıcı diyebilirim, aile içi şiddet.” (SHU3-40-E-15)

“..ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların gerçeği değerlendiremediği süreçteki bulaştığı diyelim ya da maruz kaldığı durumlar, suç geçmişleri, onları suça iten durumlar, patolojik durumlar. Ya sosyal müdahale alanının kısıtlı olduğu yerlerde hani patoloji ile birlikte diyeyim. O sosyal müdahalenin eksik kaldığı başta güvenlik, korunma bu gibi müdahalelerin eksik kaldığı alanlarda bahsettiğiniz sorunun başlığı olabilir diye düşünüyorum.” (PH4-30-K-8)

Suç eylemine bireyin psikolojik bütünlüğünü sarsıcı tepkilerin eşlik etmesi bu vakalar ile çalışmanın uzmanlar için zorlayıcı ve kısıtlı müdahaleyi sağlayabilmesi nedeniyle zorlayıcı olabileceği deneyimlerden ortaya çıkmaktadır. Uzmanlar için bu alan müracaatçının kaynaklarının yetersiz kaldığı ve yeni kaynak oluşturma anlamında sınırlı kalınan bir alan olması nedeniyle özellikle zorlayıcı yönü belirtilebilir.

3.2. Mesleğin Doğası

Bu tema kapsamında uzmanların yaptıkları işin özellikleri, ayırıcı yanları ve doğası ele alınmıştır. Uzmanların mesleklerine ilişkin değerlendirmelerinin zorlayıcı deneyimleri, ikincil travma yaşantıları ve başa çıkma becerilerinin, şekillendirip şekillendirmediğine ilişkin bilgi almak amacıyla bu tema şekillenmiştir. Araştırma kapsamında “uzmanlar için bireysel, kişilerarası ve örgütsel faktörlerin ikincil travma, zorlayıcı deneyimler ve başa çıkma becerilerine katkısı” problemine cevap aranmıştır.

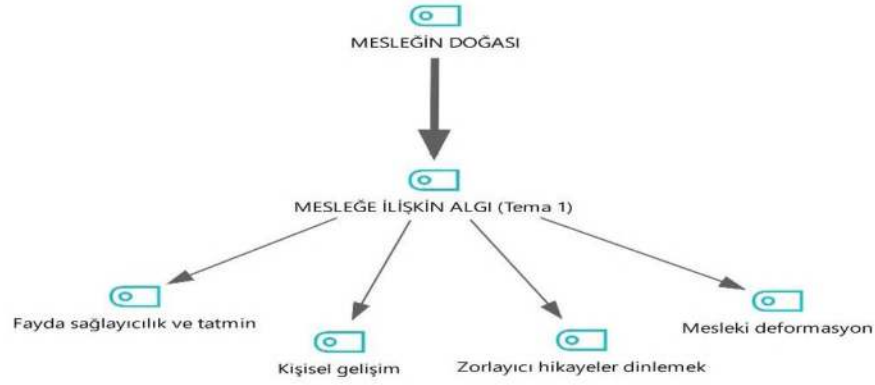


Şekil 10: Mesleğin Doğasına İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Bu amaçla tema kendi içinde “Mesleğe İlişkin Algı ve Vaka Yükü Değerlendirmesi” biçimde iki alt temada değerlendirilerek ele alınmıştır.

3.2.1. Mesleğe İlişkin Algı

Bu tema kapsamında uzmanları mesleklerinin olumlu ve olumsuz güçlü ya da zayıf yönlerinin değerlendirilmesi ele alınmaktadır. Uzmanların yaptıkları işi nasıl değerlendirdikleri ve arka planda mesleklerine ilişkin bağlılıkları ve tatminlerinin bu tema çerçevesinde ortaya çıktığı görülmektedir. Tema kapsamında “Fayda Sağlayıcılık ve Tatmin, Zorlayıcı Hikayeler Dinlemek, Kişisel Gelişim ve Mesleki Deformasyon” alt temaları uzmanların mesleğe ilişkin algıları çerçevesinde değerlendirilmiştir.



Şekil 11: Uzmanların Mesleğe İlişkin Algılarına Yönelik Ana Temalar

3.2.1.1. Fayda Sağlayıcılık ve Tatmin

Uzmanların mesleklerine ilişkin algılarında olumlu değerlendirme olarak fayda sağlama işlevi önemli bir yer tutmakta olduğu görülmektedir. Özellikle dezavantajlı grupla çalışan psikososyal profesyonelleri bireylerin yaşamında olumlu yönde değişim sağlamanın tatmin edici işlevde olduğu deneyimlerden anlaşılmaktadır.

“İnsan hayatına değiniyoruz. Yani gerçekten bir değişim ajanı olabiliyoruz. Bir sözümüz, bir davranışımız, bir ek müdahalemiz insan hayatına dokunuyor. Bu tabii bir ameliyathanedeki yoğun bakımdaki fiziksel müdahaleden daha farklı.” (PH4-30-K-8)

“Mesleğin kendisi tek başına güçlü bence. Sosyal hizmet mesleğini yapmak, benim için bir onur, gurur meselesi. Çünkü dünya üzerindeki en faydalı en işe yarar, en insana da kendini faydalı hissettiren meslek olduğunu düşünüyorum.” (SHU1-38-K-14)

“Birçok dezavantajlı gruplarla çalışıyoruz. Bunlara bir fayda sağladığımız hissedebiliyoruz. Çünkü yani özellikle farkındalık çalışmalarında birçok kişi bu şeyde anlamda fikirleri olmuyor bilgileri olmuyor. Yani biz de gördüğü nereye müracaat etmesi gerektiğini ya da ne gibi bir hakka sahip olduğun haklarını bilmiyor. Bu anlamda onları bilgilendirmek bir artı dönüş almış oluyoruz. Onun haricinde de gerçekten şiddet mağduru olan kişilerin bu hayat standartlarını değiştirebileceklerini bu durumlar kurtulabilecekleri yönünde bir yönlendirme sağladığımız için bu da olumlu bir dönüş oluyor, bizim için.” (SHU2-27-K-3,5)

Cinsel şiddet mağduru insanlarla çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların travmatik hikayeler dinlemeleri sonucu olumsuz duygular deneyimlemelerinin yanında ihtiyaç duyan birine yardımcı rolde olmak ve anlamlı bir hizmet sunmaktan dolayı memnuniyet duyduklarını belirttikleri görülmektedir (Massey, Horvath, Essafi ve Majeed Ariss, 2019). Yine bir başka cinsel şiddet mağduru bireylerle

alışan uzmanların deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada, vakalarından olumlu dönüş almanın ve topluma fayda sağlayıcı bir etkilerinin olması yaptıkları işin olumlu yönü olarak değerlendirildiği görölmüştür (Schauben ve Frazier, 1995). İrlanda’da Omagh bomba saldırısı sonucu hizmet veren uzmanların, danışanlarının iyileşmesini görmek ve topluluk sağaltımının içinde rol almaktan dolayı mutlu olduklarını deneyimlemişlerdir (Collins ve Long, 2003). şiddet gören kadınlarla çalışmanın uzmanlar için fayda sağladıklarını düşünmelerine ve mesleki doyumu deneyimlemelerine etki ettiği görölmektedir (Yıldız, 2017). Alanda yapılan birçok çalışmada uzmanların fayda sağlayıcı işlevinden mesleki anlamda tatmin oldukları görölmektedir. Bu durumun psikososyal hizmet sahasının kimi zaman zorlayıcı yönüne karşı uzmanlar için güçlendirici bir etki sağladığını göstermektedir.

3.2.1.2. Kişisel Gelişim

Uzmanların vakalarına ilişkin fayda sağlamaya ilişkin mesleki tatminlerinin yanında çalıştıkları sahadan edinmiş oldukları faydalardan biri de bireysel anlamda gelişim sağlamaları olduğu görölmektedir.

“Birlikte ilerlediğiniz yolda danışan da kendimizle alakalı şeyleri de fark ediyoruz. Hani kendi duygularımızı fark ediyoruz, kendi geliştirmemiz gereken tarafları fark ediyoruz. Ben bu süreçte hani danışanlarımdan da çok şey öğreniyorum. Bu da benim için kıymetli.” (PDR2-31-K-7)

“Hastalar bize güveniyor mesela bu bizim bireysel benlik saygımızı arttırıyor. Bizim hayatta ben açıkçası bağımlı bireylerde şunu gözlemliyorum, sosyal yönleri çok zayıflıyor ve benlik saygıları böylelikle azalıyor. Ben mesela gün içinde mesleğimi icra ederken, insan hayatına dokunurken geri geri dönüşler olumlu yahut olumsuz o süreci izlemek benim benlik saygımı arttırıyor.” (PH4-30-K-8)

“Kadın alanında çok fazla şey öğrenmek oldu. Bildiğin o konuda gerçekten fazlasıyla bilgilendim. Normal bir vatandaş olarak bu kadar çok şeyi, bu kadar çok hakkım olduğunu bilmiyorum. Bu konuda bir sürü şey öğrenmiş oldum. Psikolog olmamın da başlı başına çok güzel tarafları var. İnsan psikolojisi için, insan davranışları, kendi hayatımı idame ettirme konusunda çok güzel taraftarı olduğunu düşünüyorum.” (PSK1-26-K-1,5)

Cinsel şiddet mağduru bireylerle çalışan uzmanların deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada, çalıştıkları vakaların uzmanların kendi gelişim, değişim ve tanıma süreçlerine de katkı sağlaması nedeniyle bu alanda çalışmanın olumlu bir getirisi olduğunu belirtmişlerdir (Schauben ve Frazier, 1995). Cinsel şiddet alanında çalışmanın zorlayıcılığı yanında kişisel dayanıklılık, farkındalık, profesyonel gelişim, umut ve

mutluluk duygularını sağlayan getirileri de olduğu görülmektedir (Crivatu, Horvath ve Massey, 2023). Kanser hastalarıyla çalışan uzmanların danışanlarına katkı sağlamanın fayda sağlayıcılık açısından ve öz değer duygularına katkı sağladığı için tatmin edici olarak ele alınmıştır (Yi, Kim, Choi, Kim ve O'Connor, 2016). Uzmanların çalıştıkları sahaya ilişkin edindikleri tecrübeyle psikolojik sağlamlık geliştirdikleri ve kişisel yaşantılarında karşılaştıkları problemlerle daha kolay başa çıktıklarını deneyimledikleri görülmektedir (Kavaklılar, 2023). Alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde uzmanların işlerinin zorlayıcı yönünün yanında kişisel anlamda geliştirici, başa çıkma becerilerini arttırıcı ve benlik imajını geliştirici etkisi görülmektedir.

3.2.1.3. Zorlayıcı Hikayeler Dinlemek

Uzmanların yaptıkları işin fayda sağlayıcı işlevi ve kişisel gelişim yönünün yanında aynı zamanda vakalarının zorlayıcı deneyimlerine şahit olmanın mesleğin olumsuz getirisi olan bir yönünü vurguladıkları görülmektedir. Psikologların şefkat yorgunluğu deneyimlerinin incelendiği çalışmada danışanlarının maruz kaldıkları yaşantıları dinlemenin zorlayıcı olmasının yanında yaptıkları işi anlamlı kılan iki taraflı özelliğinden bahsettikleri görülmektedir (Norrman Harling, Högman ve Schad, 2020).

“Çok fazla travmaya maruz kalan insanla çalışıyoruz. İster istemez bizde travmatize oluyoruz, süreç içerisinde. Yani bir travmayı dinlemek bile insanı travmatize eden bir şey oluyor.” (PH1-41-K-17)

“Onun dışında bazen duygusal olarak çok yorulduğumuzu fark ediyorum. Birçok negatif şey görüyoruz, bazen yetişemiyoruz, yanıt olmuyor ve orada duygusal tükenmişlik de hissettiğimiz oluyor. Mesela kendi birimim için söyleyeyim.. O günü maddesiz geçirmeye çalışıyor. Ama ertesi gün madde kullandığını itiraf ediyor. Gelmiyor ya da idrarında madde çıkıyor. Biz orada böyle bir yoruluyoruz yani bazen çaresiz hissediyoruz.” (PH4-30-K-8)

“Tabi ki çok fazla ikinci travmaya, örselenmeye çok fazla maruz kalıyor olmamız. Bir de daha hassas bir grupta çalışıyorum. Yani trans, seks işçisi ya da HIV ile yaşayan yabancı kişilerle çalışıyorum. Daha işte kırılganlaştırılmış, o kırılganlığa maruz bırakılmış bir grup olması nedeniyle de yaşadıkları deneyimler gerçekten çok zorlayıcı deneyimler. Sırf onları dinlemek, işte onlarla bu süreci paylaşmak bile çok zorlayıcı olabiliyor benim açımdan da.” (SHU5-24-E-2)

Cinsel şiddet mağduru bireylerle çalışan uzmanlarla yapılan çalışmada profesyoneller için travmatik deneyimi dinleme, bunun yanında her gün vaka görmeseler bile yaptıkları işlerin doğası gereği travma içeren olaylara maruz kalma ve yüksek oranda kişilerin savunmasızlığına şahit olmanın zorlayıcı olduğu belirtilmiştir (Massey, Horvath,

Essafi ve Majeed Ariss, 2019). Çocuk istismarı alanında çalışan uzmanların duygusal deneyimlerinin incelendiği çalışmada travmatik hikayeleri dinlemenin zorlayıcı olduğu ve bununla ilişkili olarak zaman zaman korku, tiksinti, üzüntü, sıkıntı, suçluluk, utanç ve öfke gibi güçlü duygulara neden olduğu belirtilmektedir (Albaek, Binder ve Milde, 2019a). Yardım hattı çalışanlarının deneyimlerine odaklanan çalışmada personelin dinledikleri hikayelere ilişkin duygusal zorlanma yaşadıkları fakat yeterli kurumsal süpervizyon gibi destekleri görmedikleri için başa çıkmakta zorlandıkları görülmektedir (Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019). Psikososyal alan mesleğin doğası gereği zorlayıcı hikayelere maruz kalmayı gerektirmektedir. Uzmanlar için zorlayıcı hikayelere şahit olmak mesleğe ilişkin olumsuz ve güçsüz yan olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle zorlayıcı yaşam tecrübelerini dinlemenin olumsuz getirisini (ikincil travma, şefkat yorgunluğu, dolaylı travma ya da tükenmişlik gibi) uzmanlar için en az düzeyde tutabilmek için kurumsal destek sistemlerinin geliştirilmesi diğer alt temalarda belirtilen fayda sağlama ve kişisel gelişim yoluyla mesleki tatmin sağlama açısından daha yüksek düzeyde tutabileceği söylenebilir.

3.2.1.4. Mesleki Deformasyon

Uzmanların profesyonel yaklaşımlarının kişisel yaşantıları ve sosyal ilişkilerine zaman zaman yansımalarının mesleğin olumsuz bir getirisi olarak değerlendirildiği görülmektedir.

“Sonra bireysel ilişkilerimize gelince de ya ben senin danışanın değilim gibi şeylerle de karşılaşabiliyor. İster istemez bir mesleki deformasyonla karşılaşabiliyoruz.” (PSK2-35-E-15)

“Biraz daha az anlamayı, az hissetmeyi, az empati kurmayı o karşımdakinin sorununun dünyanın neresinde olursa olsun kendi sorunun gibi algılamayıp, onu çözmeliyim onun için bir şey yapmalıyım duygumun biraz daha az olmasını isterdim. Çünkü bu beni biraz yoruyor açıkçası. Ama 38 yaşındayım bunu kontrol etmeyi de öğrendim aslında biraz daha.” (SHU1-38-K-14)

“Benim vaka alırken şu anda dahi insanlara karşı duygularımı dahil etmemeye çalışmaya çalışıyorum. Bu beni bireysel hayatında da biraz etkiliyor. Mesleki deformasyon dediğimiz yani ben normal hayatımda da çok duygusal bir insanken sosyal hizmet uzmanı olduğumdan beri daha az duygusal bir insan olduğumu düşünüyorum.” (SHU6-28-E-5)

Psikososyal alan empati gerektiren bir alan olduğu için uzmanların bu empatik durumunun kişisel yaşantılarında da kendini gösterdiği görülmektedir. Bunun yanında

profesyonelliklerini korumak için başa çıkma stratejilerini kişisel yaşamlarına etki ettiği de söylenebilir. Bu anlamda mesleki deformasyonun farklı deneyimler ile uzmanların tecrübe edebildiğini söylemek mümkündür.

3.2.2. Vaka Yüğü Değerlendirmesi

Psikososyal destek profesyonellerinin vaka yükleri değerlendirmeleri mesleğin doğası çerçevesinde ele alınmıştır. Bu kapsamda uzmanların vaka yükleri “Sorumluluk Alanlarına İlişkin, Vaka Odaklı Bakım ve Vaka Yükünü Kendi İnisiyatifiyle Düzenleme” biçiminde farklılaştığı görülmektedir.



Şekil 12: Uzmanların Vaka Yüklerini Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar

3.2.2.1. Sorumluluk Alanlarına İlişkin Vaka Yüğü

Uzmanların dosya yükleri ve bürokratik süreçlerin takibi gibi nedenlerden dolayı sorumluluk alanlarının çeşitli olması nedeniyle iş yüklerinin yoğun olduğunu bu nedenle zaman zaman kendi mesleklerinin rol ve sorumlulukları yerine getirme de zorlandıkları deneyimlerden ortaya çıkmaktadır.

“Gün içerisinde yapılması gereken işin bir an önce yapılmasıyla ilgili bir beklentiye girmesi, sürekli planlı bir sosyal hizmet müdahale sürecinde önüne geçebiliyor. Yani sadece bizim kurumun değil ama sistemin işleyişiyle de ilgili bir durum. Hani kurum açısından da tarihsel bir birikim, bir psikiyatri geleneği olan, bir ekolü, modeli olan bir kurum oluyor olması dolayısıyla da iş yükünüzün hani bu açıdan arttığını ve bizden daha fazla çok şey beklendiğini de söyleyebilirim.” (SHU3-40-E-15)

“Sayı ne kadar artarsa artsın bu çok mühim değil. Ancak buradaki ülkemizdeki takdir edersiniz ki şey var. Çok fazla bürokrasi var, anlamsız evrak işi çok fazla. İcra ettiğim iş babında söylüyorum, bunlar yük oluşturuyor. Yoksa vatandaşa hizmet etmek değil ya da vatandaşa bilgi vermek, rehberlik etmek, vatandaşı yönlendirmek, vatandaşın yanında olmak, o maneviyatı sağlamak. O çok güzel bir şey ama işte çok anlamsız bürokrasi var.” (PDR4-28-E-2)

“Aslında buradaki süreçte sürenin sayıların biraz daha artıyor olması kalite açısından düşmeye sebep olabiliyor.. Bunun dışında danışmanlıklarla beraber klinik içerisinde de çünkü ilgili verimin hemşiresi bizi arayıp baş etmekte güçlük çektiği biraz hastayla ilgili danışmanlık alabiliyor. İnformel olarak da hastayla direkt temasımız olmasa da klinikteki hemşirenin temel iletişim becerileriyle ne kadar yönetebileceği ile ilgili yardımcı olmaya çalışıyoruz.” (PH5-39-K-14)

Crivatu, Horvath ve Massey (2023) tarafından cinsel şiddet mağduru kişilerle çalışmanın etkisi üzerine yapılan meta analiz çalışmasında, iş yükü fazlalığı, baskı ve destek eksikliğinin uzmanlarda başa çıkma kapasitesini olumsuz etkileyerek danışanlara sağlanan hizmetin kalitesini de etkilediği sonuç olarak elde edilmiştir. Psikologların şefkat yorgunluğuna ilişkin deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların bürokratik ve dosya süreçlerine ilişkin yük, klinik sorumluluklardan ziyade idari işlere öncelik vermelerine neden olması iş kaynaklı strese yol açabildiği görülmüştür (Norrman Harling, Högman ve Schad, 2020). Yıldız ve Karataş (2024) tarafından koruma altındaki çocuklara psikosoyal destek veren sivil toplum çalışanlarının deneyimlerine ilişkin yapılan çalışmada iş yükünün fazla olması ve kurumsal motivasyonun sağlanmamasının uzmanların verimliliklerini etkilediği, tükenmişlik duygusunu hissetmelerine neden olduğunu belirttikleri görülmektedir. Aynı zamanda kurumun uzmanlardan beklentilerini yüksek olması ve iş tanımlarının sınırlarının muğlaklığın zorlayıcı yönü olduğu görülmektedir. Alandaki diğer çalışmaların da desteklediği gibi kurumlar tarafından uzmanlarının sorumluluklarının geniş tutulması ve bürokratik süreçlerin yoruculuğu profesyoneller tarafından motivasyon düşürücü bir etki olarak değerlendirilmektedir.

Uzmanların yeterli uzman istihdamının olmaması nedeniyle de sorumluluk alanlarının genişlemesi ve bu nedenle vaka yüklerinin fazlaca olduğuna ilişkin deneyimlerini belirttikleri görülmektedir. Uzmanların yeterli meslek elemanı olmadığı için daha fazla vaka takibi yapmak zorunda kaldıkları görülmektedir.

“Yani çalışma PVC dedikleri işte 1500 yataklı bir psikiyatri kliniğindeki sosyal çalışma sayısı 30 iken, biz 17-18 kişiyle falan çalışıyoruz öyle söyleyeyim.” (SHU3-40-E-15)

“Sayı olarak da şu an 200 öğrenci var, iyi evet ama. Mesela ortaokuldayken 1.500 öğrenci vardı, 2 kişiydik ve orada öğrencilere ulaşmak tabii çok mümkün olmuyordu. Zayıf yönü de sayı olarak okullarda psikolojik danışmanın az olması diyebilirim.” (PDR1-30-E-7)

Çocuk alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada politika uygulamaları, toplumsal yapı, hizmetlerin ihtiyacı yeterli biçimde karşılama potansiyeli olmaması ve yeterli meslek elemanı istihdamının olmaması gibi faktörlerin uzmanlar iş yükünü arttırdığı görülmüştür (Demirbaş, 2021). Uzmanların sorumluluklarının fazla olması ve yeterli meslek elemanı istihdamının oluşturulmaması uygun psikososyal desteğin sağlanmasında hem uzmanların hem de hizmet alıcıların önünde engel teşkil etmekte olduğu söylenebilir.

3.2.2.2. Vaka Odaklı Bakım Açısından Vaka Yüğü

Uzmanların vaka yüküne ilişkin değerlendirmeleri verilen hizmet kalitesine göre şekillendiği görülmüştür. Sağlık sistemindeki bakım verme işleyişinin vaka yüklerini şekillendirdiği belirtilerek, hizmet verilmesi gereken vaka sayısının artması bakım kalitesini ters yönde etkilediği görülmektedir. Bakım politikalarının bu tür işleyişi uzmanlar için vaka yükünü olumsuz düzeyde algıladıklarını göstermektedir.

“Yani kurumun işleyişi tabii Sağlık Bakanlığı bağlı olduğu için sağlık sistemindeki değişiklikler dolayısıyla bizim hani pratiğimiz de etkiliyor. Yani aslında sirkülasyonun yoğun olması gerçekten hastaya ayrılacak vaktinin hani psikiyatride de muayene sürelerinin 15 dakikayla sınırlandırılıyor olması, bizim dolayısıyla bizim uygulamalarımızı pratiğimizi de o hızda yerine getirmemiz.” (SHU3-40-E-15)

“Yani tabii ki bakım hani daha az olsa hani verdiğin hizmetin kalitesi daha iyi olur. Ama hani bir depo hastane için benim çalıştığım birim küçük bir birim.” (PH3-37-K-14)

Uzmanların içinde bulundukları sistemin, çoğu zaman gerek beklentiler gerek ise vaka yükü nedeniyle işlerini yapmakta zorlaştırdığını ve yanlış vaka yönetimine neden olabildiğini belirttikleri görülmektedir (Albaek, Binder ve Milde, 2019a). Cinsel şiddet alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada vaka yükü yoğunluğu uzmanlar için stres unsuru olarak değerlendirilmiştir. Vaka yükünün vakaları yeterli değerlendirebilmenin önünde engel olduğu ve travmatik deneyimleri dinlemenin zorlayıcılığı yanında iş baskısı oluşturduğu uzmanların deneyimlerinden ortaya çıkmakta olduğu görülmektedir (Massey, Horvath, Essafi ve Majeed Ariss, 2019). Uzmanların iş yükleri nedeniyle vakalarına şefkat ve empati hissedemedikleri ve danışanların

ihtiyaçlarına yönelik bütüncül ve kaliteli hizmet sunamadıklarını belirttikleri görülmektedir (Yi, Kim, Choi, Kim ve O'Connor, 2016).

3.2.2.3. Vaka Yükünü Kendi İnisiyatifiyle Düzenleme

Uzmanlardan vaka yükünü kendi inisiyatifleriyle planlayanların ideal düzeyde bir iş yükleri olduklarını belirttikleri de görülmektedir. Bu değerlendirme örneklemin küçük bir kısmını ve özel klinikte danışan gören uzmanlar tarafından sağlanmıştır.

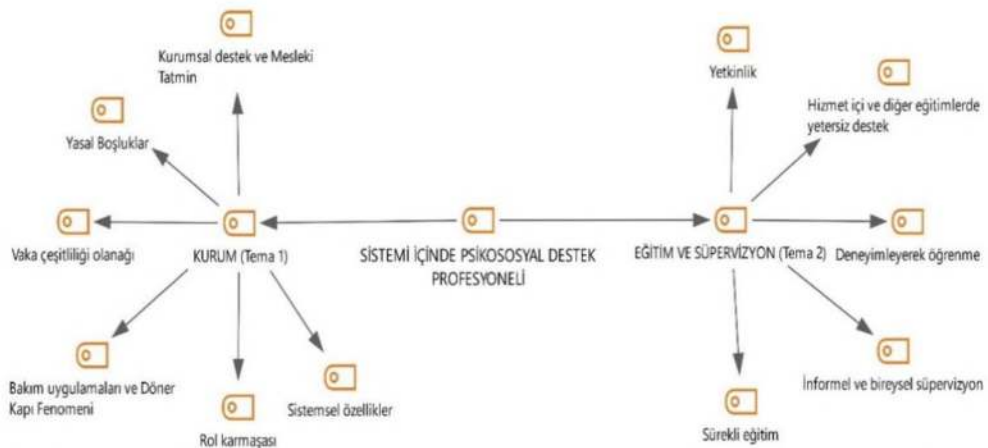
“Eksik değil, yeterli ama fazla da olabilir. Ama hani şöyle düşünüyorum, hani? Hani 25 fazla çıkmak bence zor. Yani yapanlar var da çok yoğun bir duygu.” (PDR2-31-K-7)

“İdeal kesinlikle ideal. Hatta cumartesi günlerimi 6 kişi değil de 3 kişiyle sınırlandırmayı falan düşünüyorum ara ara.” (PSK2-35-E-15)

Psikologların şefkat yorgunluğuna ilişkin deneyimlerinin incelendiği çalışmada, uzmanların kendi planlamaları çerçevesinde randevuları ayarlayarak iş yüklerini yönetmelerinin şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğe karşı koruyucu düzeyde olduğu değerlendirilmiştir (Norrman Harling, Högman ve Schad, 2020). Uzmanların vaka yüklerini kendilerinin planlaması birçok riske karşı korucu bir faktör olabileceği söylenebilir.

3.3. Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli

Çalışma kapsamında uzmanların içinde bulundukları kurumsal sisteme ilişkin bilgiler alınmıştır. Araştırma kapsamında uzmanların kurumlarını değerlendirme biçimlerinden yola çıkarak “bireysel, kişilerarası ve örgütsel faktörlerin ikincil travma,



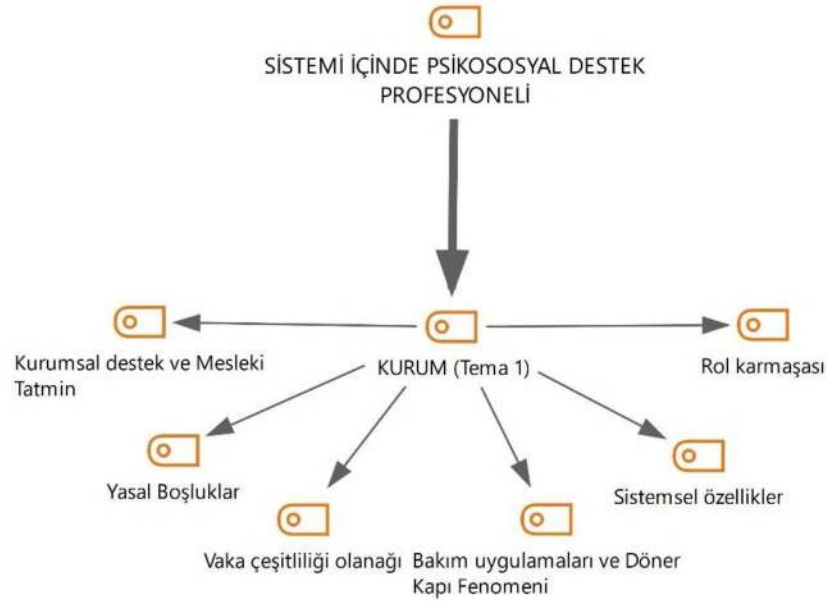
Şekil 13: Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli Teması Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

zorlayıcı deneyimler ve başa çıkma becerilerine katkısı” hakkında probleme cevap aranmıştır.

Kurumsal sistemin uzmanların ikincil travma deneyimi, zorlayıcı deneyimler, mesleğe ilişkin algıları ve başa çıkma becerilerine etki eden bir işlevi olup olmadığına ilişkin değerlendirmeler bu tema altında şekillenmiştir. Bu kapsamda ‘Kurum ve Eğitim-Süpervizyon’ olmak üzere bu temanın iki alt tema olarak detaylandırıldığı görülmektedir.

3.3.1. Kurum

Psikososyal profesyonellerinin içinde bulundukları sistemi anlayabilmek ve deneyimlerine bakabilmek için kurumları tarafından sağlanan işleyişin değerlendirilmesi istenmiştir. Bu kapsamda “Kurumsal Destek ve Mesleki Tatmin, Vaka Çeşitliliği Olanağı, Bakım Uygulamaları ve Döner Kapı Fenomeni, Sistemsel Özellikler, Rol Karmaşası ve Yasal Boşluklar” alt temaları oluşmuştur.



Şekil 14: Uzmanların Kurum Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar

3.3.1.1. Sistemsel Özellikler

Uzmanların mesleklerini yeterince icra edebilmeye çabaladıklarını beyan ettikleri fakat içinde bulundukları kurumsal sistemin eksiklikleri nedeniyle zorlayıcı engellerle karşılaştıklarını deneyimledikleri görülmektedir. Proje personeli olarak yeterli hakka

sahip olmamak, sivil toplum alanındaki çalışan olarak sorumlulukların fazla olması ve kurumun kaynaklarının yetersizliğinin uzmanların mesleği icra etme kapasitelerini etkilediğini söylemek mümkündür.

“Aynı zamanda işte proje personeli olmanın getirdiği dezavantajlar var. Herhangi mesela işte bir yan hakkım yok. Mesela son zamanlarda işten çıkarmalar başladı. Bir de bunun acabası dolayısıyla bunlarla insanı olumsuz etkiliyor, mental anlamda zorluyor.” (PDR4-28-E-2)

“Şartlar belli açıkçası klinik olarak şartlar belli imkanlar belli. Yani Türkiye’nin şartları da belli. Bir sistem var yani sisteme karşı duramıyor musunuz zaten. Kendi imkanlarımızla bir şeyler oluşturmaya çalışıyor muyuz dersiniz, evet çalışıyoruz. Hastanede destek oluyor mu bu kısma dersiniz, evet destek olmaya çalışıyor. Elindeki imkanlar kadar destek olmaya çalışıyor. Ama hani ben de idari bir pozisyonda olduğum için hani şunu da biliyorum ki onların da imkanları kısıtlı.” (PH1-41-K-17)

“Kurumdaki tittlem daha farklı koruma sorumlusu olarak geçiyor ama insani yardım alanında ve bir koruma projesinde olduğum için hani onu koruma sorumlusu olarak aslında hani ama benim en temelde yaptığım şey hem vaka yönetimi hem de danışmanlık olduğu için aslında sosyal hizmeti daha çok yani sosyal hizmet olarak görüyorum ben. Ya olabildiğince de icra etmeye çalışıyoruz ama dediğim gibi hani hem vaka yoğunluğu hem daha işte sivil toplum kuruluşu içerisindeki farklı süreçler birazcık zor ilerleyebiliyor zaman zaman.” (SHU5-24-E-2)

Uzmanların farklı kurumsal sistemlerin içerisinde olması göz önünde bulundurularak çalışan hakları açısından kurumsal işleyişteki kapasitenin eksiklerinin bulunması uzmanların motivasyonunu etkilediğini görmek mümkündür.

3.3.1.2. Kurumsal Destek ve Mesleki Tatmin

Kurumsal sistemini alınan eğitimler ve süpervizyonlar gibi kapasite geliştirme çerçevesinden olumlu biçimde değerlendiren uzmanların, kurumun mesleği icra etme açısından destekleyici olduğu ve bu durumun mesleki tatmin sağladığını belirttikleri görülmüştür.

“Ben hastanemi seviyorum. Yani hastanem çoğu konuda özellikle eğitim konusunda işte kongrelere katılmak, makale yazmak, araştırma yapmak. Hani bu konularla çok destekleyen bir hastane. Hani bir isteğin, bu tarz böyle bir isteğin talebin varsa ellerinden geleni yapıyorlar gerçekten. Hizmet içi eğitimler hani bizlerin eksikliğine yönelik, bizler de konu önerdiğimizde eksik gördüklerini onu da ekliyorlar. Hani sürekli bir şey öğrenme, bir şeyler yapabilme çabasında.” (PH2-26-K-4)

“Yani birbirimiz kurumun hastane içerisinde sorumlu öğretim üyesi dahilinde haftanın 2 günü klinik toplantılarımız oluyor. Bu klinik toplantılarına çoğunlukla asistanlık eğitimini alan psikiyatri asistan doktorlarımız, klinik vakalarını hastalara

çıkartarak öğretim üyesine danışmanlıkla ilerliyorlar. Bizler de takip ettiğimiz hastalarımızın süreciyle ilgili hem grubu bilgilendirmek hem de söylediğiniz gibi bir danışmanlık almak istediğimiz durumlarda da böyle bir destek mekanizmamız oluyor.” (PH5-39-K-14)

Sivil toplum alanında hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirilmesi incelendiğinde kurum tarafından sağlanan süpervizyonun mesleki uygulama açısından destekleyici bulunduğu görülmektedir.

“3 ayda bir psikologdan süpervizyon alıyoruz. Onun dışında UNFPA ile birlikte çalışıyoruz. Ve UNFPA'nin koruma sorumlusu ayda bir bizlerle görüşmeler yapıyor. Yani grup görüşmeleri oluyor, sosyal hizmet uzmanlarıyla. Onun dışında ofiste güçlendirme eğitimleri, uzmanlıklarımıza yönelik eğitimler çok fazla alıyoruz.” (SHU5-24-E-2)

“Kurumun böyle bir kaynağı var. Hatta işe ilk girişte bir 14 gününü süpervizyonla geçer. Sonra siz hem işe giren kişi değerlendirirsiniz. O da o da kendi süpervizyon yapan personeli değerlendirilir. Yani böyle tatlı bir puanlama sistemi var.” (SHU6-28-E-5)

Kurumun bu anlamda destekleyici özelliklerinin uzmanların mesleği icra edebilme yeterliliklerini olumlu biçimde etkilediği görülmektedir. Kurumun çalışana profesyonel yaklaşımı ve motivasyon sağlama becerisinin mesleki tatmini sağladığını söylemek mümkündür.

“Kurum açısından aslında bu gelişime açık bir kurum içerisinde yer alıyoruz. Özel dalların olduğu, branşlaşmanın olduğu bir birim, üniversite hastanesi. Bu yönüyle mesleki aidiyet, kuruma aidiyetle ilgili kısımlarda şahsi olarak bahsetmek gerekirse kendimi rahat ve güvende hissediyorum.” (PH5-39-K-14)

“Mesleğimi rahatlıkla ve iyi bir şekilde icra edebiliyorum. Çalıştığım kurumdan bundan dolayı çok memnunuz. Bazı noktalarda geri dönüşleri de alabiliyorum çünkü. Şöyle, kişiyle uzun vadede görüşme hepsiyle sağlayamıyoruz ama bazı vakalarda bunu sağlayabiliyoruz ve geri dönüşünü de alabiliyorum yani bu anlamda.” (SHU2-27-K-3,5)

“Olumsuz tarafına bakarsak çok sosyal hizmet kapsamında kaldığımı, tam bir psikolog gibi çalışmadığımı düşünüyorum. Bu olumsuz tarafı. Bence Aile Bakanlığı'nın böyle minik bir şeyi var, dezavantajı var. Psikologdan psikolog gibi faydalanamıyor.” (PSK1-26-K-1,5)

Kurum özelliklerinin mesleki tatmin sağlamada etkili olmasının yanında rol karmaşası durumunun da mesleki tatmine olumsuz denilebilecek bir etkisi olduğu da görülmektedir.

3.3.1.3. Bakım Uygulamaları ve Döner Kapı Fenomeni

Kurumsal değerlendirmeyi vakalara sağlanan bakım uygulamaları çerçevesinde değerlendiren uzmanların olduğu çalışma kapsamında görülmektedir. Uzmanların, gelenekselleşmiş ve hastane modelli bakım uygulamaların hala devam ettiği ve bütüncül yaklaşımın yeterli olmadığı uygulamalar nedeniyle sağlanan hizmetin tatmin edici olmadığını belirttikleri görülmektedir.

“Yani şey oluyor zaten sosyal çevre olarak da daha zayıf oluyor bu hasta grubu. İşte biz bir şeyleri evet düzeltiyoruz. Evet işte ilaç tedavisini işte oturtuyoruz. Eğitimlerle destekliyoruz. Hemşirelik bakımını veriyoruz ama. Hani aynı ortama geri gittiğinde hasta birkaç ay sonra tekrar aynen gelebiliyor ve bunun hani siz aslında bu işte bir sosyal devlet olarak böyle hani bütüncül bir bakım gerektiriyor işte bizden çıktı ailenin de desteklenmesi işte siz de Sosyal Hizmetler.” (PH3-37-K-14)

“Özellikle işte bahsettiğim servislerde yatan hastaların işte tek tip giydirilmesi bahçeye çıkarılmasıyla ilgili çok büyük kısıtlamaların olması, hastaların daha çok kapalı bir alanda herhangi bir sosyal ve fiziksel aktivitenin neredeyse hiç olmadan, sadece ilaç ile tedavi ediliyor olması. Diğer bir sürü yönünü ihmal ediliyor olması bazen böyle daha personel grubunun haftaya kötü muameleye hani sahip olması. Bunun gibi dezavantajları var, diğer hastanelere göre. Çünkü biraz daha hani ruh sağlığı diğer insanlara göre işte bozulmuş olan gerçeklikten kopmuş olan kişileri sanki hani insan değilmiş gibi veya değerli değilmiş gibi hâlâ algılandığı noktalar var. Bunları görmek mesleği bu anlamda icra edebilmek açısından bazen motivasyon kırıcı olabiliyor.” (PSK4-28-K-4)

Aynı zamanda dezavantajlı grupların maruz kaldığı ayrımcılığın resmi sistemlerden tarafından da yapılması uzmanlar için hizmet vermeyi güçleştiren ve vaka çalışmasının yanında savunuculuğu da birlikte sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

“Sistematik bir ayrımcılık zaten. Sadece kişilerin ve sosyal çevresinden gördüğü işte aile, arkadaş ortamından değil. Daha katı bir ayrımcılıktan bahsettiğiniz için yani sistemle mücadele etmek, kamu kurumlarıyla devletle mücadele etmek çok zor, imkansız hatta.” (SHU5-24-E-2)

Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların tedavileri kapsamında yatış sıklıklarının fazlaca olması döner kapı olgusu olarak nitelendirilmiştir (Uçanay Sönmez, 2008). Uzmanlar bakım verilen hastaların döner kapı fenomeni olarak adlandırılan durum ile tekrardan aynı döngüye girerek tedaviye yeniden başlamak zorunda kaldıklarını belirtmektedirler. Bu tekrarlayan döngü nedeniyle bakım veren uzmanın yetersizlik ve tükenmişlik hislerinin zorladığı deneyimlerden ortaya çıkmaktadır.

“Kronik hastalık olduğu için psikiyatri hastaları çok dirençli olduğu için ilaç kullanmıyorlar. Tekrar tekrar hastane yatışları. Yani hastanın tam bir iyileşmediği için tükenmesine neden olabiliyor psikiyatri hemşirelerinde. Yani aynı hasta tekrar tekrar hastalanıp geliyor yani. İşlevsiz gibi hissedebiliyorsunuz yani kendinizi. Bazen tükenmişliği yol açıyor.” (PH1-41-K-17)

“Hastalar gidiyorlar, geri geliyorlar, gidiyorlar, geliyorlar bir süre sonra. Bunda da güçler var ama ne yazık ki pek şey hani hastada bitmiyor, çevrede var. Bunda genetik faktörlerde var, bir sürü faktör var. Bununla beraber hastalarımız çok geri geliyor, çok kısa sürede geri geliyor. Bu da biraz olumsuz yorum diyebilirim. Hani motivasyon eksikliği yaratıyor, ister istemez sizde.” (PH2-26-K-4)

“Psikotik bozukluk tanılı grup olduğu için yılda 4-5 defa yatıp çıkan taburcu olan tekrar ailesi tarafından getirilen çok fazla hasta var. Yani 4 yıldır sürekli tekrarlı olarak böyle bir ay taburcu olduktan sonra bir ay hemen geçip, geçer geçmez tekrar yatışı yapılan hastalar var. Yani sıklıkla ilgili bir oran veremem ama oluyor yani bayağı oluyor.” (PSK4-28-K-4)

Bakım verme yükünün yalnızca uzmanın sorumluluğunda olmayan, hastanın tüm sistemini kapsayan ve bütüncül sosyal modelin sağlık uygulamalarında yeterince benimsenmemesine ilişkin ortaya çıkan bir durum olduğunu söylemek önemlidir. Burada hastayla birebir temas edip bakım veren uzmanın tedavi sistemi içerisinde yalnız hissettiği ve bu nedenle zorlandığını söylemek mümkündür.

3.3.1.4. Rol Karmaşası

Uzmanların sistemi içinde kuruma ilişkin değerlendirmelerinden birisi de rol karmaşasına ilişkin olduğu görülmektedir. Uzmanların istihdam edildikleri alanlar ile aldıkları lisans eğitiminin uyumsuz olduğunu ve kendi meslek unvanlarına uygulamada uzaklaştıkları göstermektedir.

“Psikolojik destek görüşmelerimizde zaten bize gelen vatandaş, hani sadece bir psikolojik destek almaya gelmiyor. İllaki getirdiği öykü ya şiddet ya da bunun gibi türevler olduğu için işinle ilgili şöyle değişebiliyor, daha çok işte Şönim hizmetleri, bu tür hizmet standartları, hukuki boyut vesaire diye değiştiği için genel itibariyle bunlarla da ilgilenmek durumundayız ve bu biraz bağlamından çıkartıyor.” (PDR4-28-E-2)

“Ya dediğim gibi sosyal hizmetin karması gibi bir şey. Psikolog, psikolojiyi çok iyi bilen bir sosyal hizmet uzmanı gibi hissediyorum.. Hani ben de oturup da işte danışanıma uzun uzun terapisi yapamıyorum, bir şeyler yapamıyorum, bir şeyler konuşamıyorum, oturup travmalarını inceleyemiyorum. Hani benim yaptığım şey şu oluyor, işte fiziksel şiddet var mı, cinsel şiddet var mı? Şu şiddet, bu şiddet türlerini görüyor musun, kadın konuğa ihtiyaç duyuyor musun? Başın sıkıştığında şuraya şuraya şuraya gidebilirsin, istediğinde beni arayıp bana danışabilirsin.” (PSK1-26-K-1,5)

“İşte bu psikolog olarak olmak da böyle terapi gibi bir şeylerin olmaması. İşte daha çok ilaç ağırlıklı gitmesi şeylerin orada da çok fazla biraz daha böyle testör gibi olma durumu var tabii. Onunla ilgili biraz daha olumsuz.” (PSK5-32-K-8)

Çocuklara psikososyal destek sağlayan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların aldıkları eğitimler ile mevzuat gerekliliği tanımlanan görevler arasında uyumsuzluk olması gerekli hizmet sunumunu olumsuz etkilediği deneyimler aracılığıyla belirtilmektedir. Farklı eğitimler alarak sosyal çalışmacı altında görev yaptırılması hizmet sunumunda karmaşaya yol açmakta olduğu görülmektedir (Demirbaş, 2021). Bu durum mevzuatta problemleri bir tanımlama olan sosyal çalışması tanımının baştan yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3.3.1.5. Yasal Boşluklar

Uzmanlar içinde bulundukları profesyonel sistemi değerlendirirken ruh sağlığı yasasının olmayışının mesleği icra etme anlamında engelleyici olduğunu belirttikleri görülmektedir. Bu durumun alana ilişkin birçok yasal boşluğu doğurduğunu, hem hizmet alıcıları hem de uzmanları savunmasız bırakarak alan istismarını ortaya çıkardığını belirtilmektedir.

“Ruh sağlığı alanı genelde korumasız bir alan, hani kanunlar kısmında. O yüzden hani görevlerin hani yine kanun karşısında net olmaması ya da o çerçevenin esnek olması bence mesleğimin zayıf yönü.” (PDR2-31-K-7)

“Meslek yasamızın olmaması bu koşulların çok suistimal ediliyor olması hani etik şartlarda seans vermeye çalışırken, bir asistanında terapi düzenliyor olduğunu duyuyor olmak bunlar tabii ki mesleki açıdan yine beni zorlayan şeyler. Sanırım tüm meslektaşlarım için bir yasanın olmaması diyebilirim genel çerçevede.” (PSK3-36-K-10)

“Meslek yasamızın olmaması. Yani lisansta psikoloji okumadan veya işte psikoloji bilmeden sadece birkaç, yani birkaç hani anlamsız yerlerden sertifika adı altında içeriği hiç de bilimsel olmayan eğitimler alıp insanlara ve tedavileri gibi yaklaşan insanlar bu meslekte çok fazla. İşte yaşam koçları, enerji uzmanları bunun gibi böyle farklı sınıflarla toplumda şifa dağıtıyormuş gibi insanları sömürenler hani ekonomik olarak duygusal olarak psikolojik olarak sömürenler var. Bu hani bence mesleğin, ülke çapında da en olumsuz noktalarından biri. İnsanların yani hem şey oluyor, istismar edildiğini görmek ve bunlarla baş etmek, baş edememek kötü. Kendini hani böyle daha şey hissetmiş oluyorum. Hani meslek yasamızın olmaması böyle bizi koruyan bir şey veya mesleki etik çerçevede sınırları belirleyen bir şey yokmuş gibi. Bu da biraz tabii ki güvenle ilgili problemler yaratabiliyor.” (PSK4-28-K-4)

Uzmanların yaptıkları işe ilişkin net sınırlarının olmaması, hizmet veren kişilerin sistemli bir denetime tabi tutulmaması ve mesleki uygulamanın yeterli düzeyde sağlanma

imkanının sunulmaması da yasal boşlukların doğurduğu bir dezavantaj olarak değerlendirilmiştir.

“Denetim mekanizmalarının bozuk olması, hemşirelik yeterliliği var mı, bu kişinin iletişim becerisi nasıl, yahut misal veriyorum yani bir damar yolu açılımında bile bir denetim yok. Bu kişi yapabiliyor mu bunu. Basit bir fiziki müdahalenin yapılıp denetimin az olması mesleki standartların net olarak sınırlandırılmaması. Multidisipliner çalışıyoruz işte psikologlarla psikiyatristleri ile sosyal hizmet uzmanlarıyla çalışıyoruz ama bazen sınırlar çizilmiyor. Kim neyi yapacak? Bu ortada olabiliyor.” (PH4-30-K-8)

“Kurumun bürokratik işleyişinde, yani sağlık kurumunun her hemen her hasta için sosyal inceleme talep ediyor olması, yani sosyal hizmet mesleğinin bir vakaya yaklaşırken sosyal incelemeyi yapmaya kendi karar vermesinden ziyade o bürokratik hiyerarşide, yani yukarıdan gelen bir taleple yerine getirmemiz de olumsuz bir tarafı diyebiliriz. O güç ilişkileriyle ilgili bir şey.” (SHU3-40-E-15)

Ruh sağlığı alanında yeterli denetimin sağlanmaması ve uzmanların yetkinliklerini kullanamamasına ilişkin yasal boşluklar sağlık politikalarının henüz yeterli düzeyde sağlamadığını göstermektedir.

3.3.1.6. Vaka Çeşitliliği Olanağı

Uzmanların kurum değerlendirmelerini sahadaki vaka çeşitliliği açısından ele aldıkları görülmektedir. Çalıştıkları sahada vaka çeşitliliği olması çok yönlü vaka deneyimi elde edilmesini sağlayarak uzmanların bilgi ve beceri kapasitelerini geliştirmesi açısından işlevsel olarak değerlendirilmiştir.

“Aslında bir sosyal hizmet uzmanı olarak bir uzmanın en iyi çalışabileceği alanlardan biri olduğuna inanıyorum. Hem zor ama aynı zamanda keyifli.. Çünkü sosyal sorunlar değiştikçe, bizim adliyede temas ettiğimiz kişi, çocuğun psikolojisi değişiyor, aile yapısı değişiyor ya da mağdurların özellikleri değişebiliyor. O yüzden hani şey, sürekli bir öğretici, bir devinim içindesin.” (SHU4-51-K-24)

“Mesleğimin icrası için hastane mükemmel bir hastane. Çünkü çok farklı vaka gruplarını görüyorum. Müdahale kısmında da ilgili bilimsel şeyi sunduğundan müdahale etmeme izin veriliyor. Bu sadece ülke ekonomisinin verdiği bazı kısıtlamalar olabiliyor. Bu tabii hastanelerde de olabiliyor. Ekipman yetersiz olabiliyor. Yahut rahatlık, konfor kısmen sağlanamıyor ve hasta bazen o eğitime şey de olamıyor, dahil de olamıyor bu yüzden de. Sadece belki yani şu an çalıştığım birim için değil ama diğer belki akut psikiyatri klinikleri için söyleyebilirim.” (PH4-30-K-8)

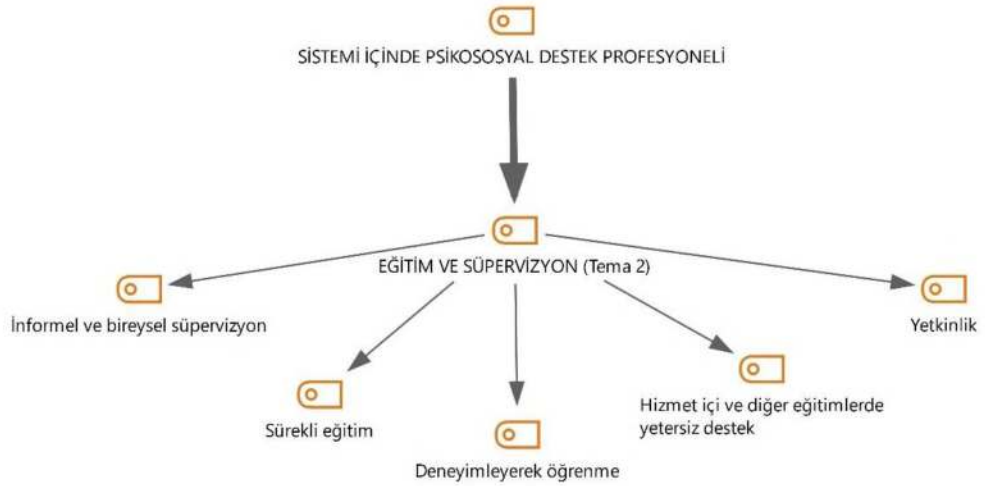
“Ben çok seviyorum yani şöyle seviyorum, ben göçmen grubuyla çalışıyorum, ben yurt dışından yasa dışı yollarla gelen kişiyle de çalışıyorum, ben ampute olmuş çocukla da çalışıyorum, ben cinsiyet değişikliği yapan biriyle de çalışıyorum. Yani

mesleğimin her alanında bir birey görebiliyorum ya da müdahale edeceğim bir problem görebiliyorum.” (SHU6-28-E-5)

Uzmanların farklı türden vakaları görme olanağı deneyim elde etme açısından olumlu olmasının yanında aynı tür vakaları dinlemenin yükü açısından koruyucu bir işlevde de olabileceği ve mesleki tatmin açısından destekleyici olabileceği söylenebilir.

3.3.2. Eğitim ve Süpervizyon

Uzmanların almış oldukları eğitimler ve kurum tarafından sağlanan desteklere ilişkin değerlendirmeleri içinde bulundukları profesyonel sistemi anlayabilmenin yollarından biri olarak çalışma kapsamında sorgulanmıştır. Bu çerçevede bu tema altında “Sürekli Eğitim, İnformel ve Bireysel Süpervizyon, Hizmet İçi ve Diğer Eğitimlerde Yetersiz Destek, Deneyimleyerek Öğrenme ve Yetkinlik” alt temaları şekillenmiştir.



Şekil 15: Uzmanların Eğitim ve Süpervizyon Değerlendirmelerine İlişkin Alt Temalar

3.3.2.1. Sürekli Eğitim

Uzmanların aldıkları eğitimlerin mesleği icra edebilme becerileri açısından yeterli olup olmadığına ilişkin değerlendirme sunmaları istendiğinde birçok uzmanın psikososyal alan için eğitimin hiçbir zaman bitmeyeceği, bitmemesi gerektiği ve uzmanın kendini sürekli geliştirebilme esnekliğinde olması gerektiğini savundukları görülmektedir.

“Süreç içerisinde kişinin kendi ihtiyaç duyduğu alana göre birçok farklı eğitimlere ihtiyaç duyabiliyor. O yüzden güncellememiz de fayda oluyor. Yani kendimizi

geliştirmemizi eksik gördüğümüz noktalarda farklı dallardan, farklı branşlardan, farklı ekollerden de destek almaya devam etmemiz gerekiyor.” (PH5-39-K-14)

“Açıkçası yeterli olmanız bizim mesleğimizde çok mümkün olmadığını düşünüyorum. Burası da belki klişe gelecek ama. Şu anda birçok yaşıtım ve meslektaşına göre kıyasladığımızda bu konuda ben iyi olduğumu düşünüyorum ama elbette yeterlilik çok değişkenlik gösterir. Tamam oldum diyebileceğim bir yerde değilim. Kendimi yetkin gördüğüm bir yerdeyim. Ama eğitimler ve kendimi geliştirme halim devam ediyor.” (PSK3-36-K-10)

“Bu eğitimlerin böyle bir faydası var. O arkadaşlarıma baktığım zaman artık sosyal hizmet uzmanı değil çok çok uzun zaman önce memur olmayı seçmiş arkadaşlar olduğunu görüyorum. Ama bizim alanımız hani memur zihniyetiyle çalışılacak bir alan değil. Sosyal hizmet uzmanı kimliğini hiç kaybetmemek gerekiyor. Hâlen mesela mesleğimi savunuculuğu hâlen adli sosyal hizmetle ilgili savunuculuk ve buna yönelik çalışmaların bu kadar kendimi yıpratmadan ya da kendimi çok da zorlamadan yapma sebeplerinden birisi tabii ki bu eğitimler, yani o eğitimlerin katkısı, beslemesi.” (SHU4-51-K-24)

Psikososyal alanda tek düze uygulamanın fayda sağlamayacağı bu nedenle sürekli gelişimin gerekliliği uzmanların deneyimlerden elde edilmektedir. Ruh sağlığı alanın dinamik bir yapı olan insan ile çalışmaları ve her vakanın biricikliğinden kaynaklı doğası gereği profesyonellerin de kendilerini geliştirme gerekliliği uzmanların beyanlarından da anlaşılmaktadır.

3.3.2.2. İnfornel ve Bireysel Süpervizyon

Uzmanların aldıkları eğitim yanında süpervizyona erişim olanaklarının olup olmadığı sorgulandığında çoğunlukla resmi olmayan biçimde meslektaş ya da eğitimdenlerden bu desteği alabildikleri görülmektedir. Özellikle kamu kurumlarında çalışan uzmanların kendi oluşturdukları infornel biçiminde süpervizyonlarla kendilerini destekledikleri görülmektedir.

“Resmi değil. Bizim adını süpervizyon koyduğumuz. Süpervizyon mudur bilemem. Dara düştüğümde koşup hocam şunu şunu yaptım, doğru mudur yoksa başka bir öneriniz var mı gibi. Evet, o vakaya şu şu şu da yapılabilir ya da şartları yeterli, biraz gözlemleyelim gibi geri dönüşler aldım. Hani süpervizyon olarak bunu söyleyebilirim.” (PSK1-26-K-1,5)

“Sosyal hizmet alanının şöyle de bir güzelliği vardır, biliyordur. Hocalarımızla bağımızın kopmaması bir avantaj oluyor. İhtiyaç duyduğunda hani sorabileceğin, konuşabileceğin alandan çok fazla hocamız var. Bazısının kapısını çalıyorum ve o ihtiyacı dışarıdan, hani tamamen işte normal ilişkilerde öyle çözüyordum. Yoksa kurumdan ne yazık ki çalıştığım kurumdan böyle bir desteği yok.” (SHU4-51-K-24)

“Süpervizyon almaya devam ediyorum. Aynı zamanda bireysel seanslarıma devam ediyorum. Aynı zamanda kurum içerisinde de hani meslektaşlar arasında süpervizyonlarımız ya da hani akut bir durum varsa birbirimizi için 1-2 seans da destekleyici seanslar yapıyoruz.” (PSK3-36-K-10)

Uzmanların süpervizyon kaynaklarının çoğunlukla kendi çabaları kapsamında oluşturduklarını, kurum tarafından planlanmış resmi bir uygulamanın olmadığı görülmektedir. Kurum tarafından sağlanan süpervizyon desteğinin çoğunlukla özel danışmalık ve kliniklerde olduğu görülmektedir.

3.3.2.3. Hizmet İçi ve Diğer Eğitimlerde Yetersiz Destek

Uzmanların kurumsal sisteminde hizmet içi eğitimler ve diğer eğitimlerde nasıl desteklendikleri bilgisi alınmıştır. Süpervizyon kaynağı gibi bu konuda da uzmanların çalıştıkları kurumlar ve bağlı bulundukları bakanlıklar tarafından psikososyal alana ilişkin yeterli hizmet içi eğitim desteği görmedikleri belirtilmektedir.

“Açıkkçası şimdi proje kapsamında bir devlet dairesinde çalıştığımız için ben ve benim gibi personeller biraz hariç tutuluyor bu eğitimlerden gerek hizmet içi eğitimi olsun, gerek harici eğitimler olsun. Hani genelde bunun külfeti çalışanın sırtına kalıyor. Yani biliyorsunuz bu eğitimler paralı eğitimler ve yüklü miktarda bütçe ayrılması gereken şeyler. Dolayısıyla hani çok da mümkün olmuyor. (PDR4-28-E-2)

“Onun dışında hizmet içi eğitimlerimiz var ama genel olarak psikiyatri eğitimi soruyorsanız bunlar bireysel tercihlere kalmış... Hastane bunu şey hani ekstra seni bir yere gönderiyor mu, o seni 5 yıldır bizim hastanemizde yok. Yani hani kongrelere göndermiyor ya da özel eğitimlere falan pek göndermiyorlar. Talep olursa belki değerlendiriliyor ama şu ana kadar mesela bizden hastane desteğiyle giden olmadı. Bir tek kendi bireysel çabamızla ve kendi ödemelerimizle gittik.” (PH1-41-K-17)

“Biz hatta bir ara psikolog olarak talepte bulunmuştuk. Ama maalesef hastane veya bakanlık seviyesinde bir terapi eğitimi şu ana kadar hani 4 yıldır çalışıyorum. Hiçbir şekilde verilmedi. Aldığım eğitimlerin süpervizyonlarını kendi imkanlarımla aldım. Yani bildiğim kadarıyla böyle bir şey de yok. Sadece Sağlık Bakanlığının son bir yıldır WISC-4 denen bir zeka testi var. Onunla ilgili bir kampanya yani bir çalışma başlatmış durumda. Hastaneden bazı psikologları öncelik vererek seçip, WISC-4 eğitimi veriyor bakanlık bünyesinde ücretsiz bir şekilde.” (PSK4-28-K-4)

Uzmanların klinik eğitimleri kendi çabasıyla aldıkları ve bütçeyi uygun olmayan kişilerin bu konuda yetersiz kaldıkları görülmektedir. Uzmanlar tarafından bu konuda yeterince desteklenmedikleri ve taleplerinin karşılık bulmadığı görülmektedir.

3.3.2.4. Deneyimleyerek Öğrenme

Uzmanların çalıştıkları saha için sahip oldukları ve sağlanan eğitimleri değerlendirmeye ilişkin bakış açılarının deneyim yoluyla sahada öğrenme biçiminde de şekillendiği görülmektedir. Bazı uzmanlar tarafından eğitim almanın yanında sahada deneyimlemenin de öğrenme için başka bir yol olduğunun altı çizilmiştir.

“Yani üzerine psikiyatriye yüksek lisansı yapınca daha da oturmuş oluyor. Hemşirelik bitirince de oluyor ama bizim biraz daha şey böyle hani sizde nasıl bilemem de kitaplardaki ile klinik hayat birbirine uymuyor. Çok farklılıkları oluyor. Ama işte hani psikiyatride yüksek lisans yapmayı ister istemez alanını da görmüş oluyorsun. Alanında ne yapıldı, ne yapılması gerektiğini. Kitaplarla nasıl ilerlersin, bu kısmı da fark etmiş oluyorsun. Bu yüzden ben kendimi yeterli buluyorum.” (PH2-26-K-4)

“Klinik eğitimler tabii ki alanda bir hastaya yaklaşırken, akut durumdaki bir psikiyatrik bir kriz durumundaki ve psikiyatrik hastaya yaklaşım ona dair yani eğitim değil, sadece klinikte bulunuyor olmak vizitlere katılmak, akut alevlenme döneminde bir hastaya yaklaşım, bir o dönemde sosyal hizmet görüşmesi yapmak gerektiğini filan vesaire gibi birçok şey sadece eğitimle değil, deneyimde pratikle de edinmiş olduğum öyle söyleyebilirim. (SHU3-40-E-15)

“Yani ilk eğitimimiz bittiğinde işe tam anlamıyla hazır mıyız, tartışılır. Yani birçok şeyi ŞÖNİM’de öğrendim. ŞÖNİM’deki meslek elemanlarından. Bire bir, danışanla baş başa kaldığımda öğrendim. Hani biliyordun teoride ona nasıl yaklaşmam gerektiğini filan ama. Pratik çok farklı, pratik bambaşka.” (PSK1-26-K-1,5)

Uzmanların alana ilişkin alınan eğitimlerin yanında içindeki bulundukları sahaya ilişkin deneyim elde etmenin öğrenmenin başka bir aracı olduğunu belirttikleri görülmektedir. Deneyimleyerek öğrenmenin ruh sağlığı alanının doğası gereği önemli olduğu ve uzmanların sahip oldukları eğitimlerle bu deneyimlerin birlikte ilerlemesinin önemli olduğu görülmektedir.

3.3.2.5. Yetkinlik

Alınan eğitimlerin çalışılan alan için yeterli olup olmadığına ilişkin bazı uzmanların her meslek elemanının uygulama için yetkin olamadığını belirttikleri görülmektedir. Bu yetkinlik sorunun da bireysel motivasyonlar, ruh sağlığı alanındaki eğitimlerin ekonomik anlamda erişilebilir olmaması ve beceri odaklı olmayan eğitim müfredatından kaynaklanabildiği uzmanların deneyimlerinden ortaya çıkmaktadır.

“Yani işte ama ben kendi adıma düşünüyorum ama ben işte ben bu arada doktora yapıyorum. Bir sürü sertifikam var işte aile danışmanlığıydı, oydu buydu bir sürü

sertifika larım var. Ama ben bu eğitimleri kendi çabamla aldım. Aynı şey klinik ve ekip arkadaş larım için geçerli değil.” (PH1-41-K-17)

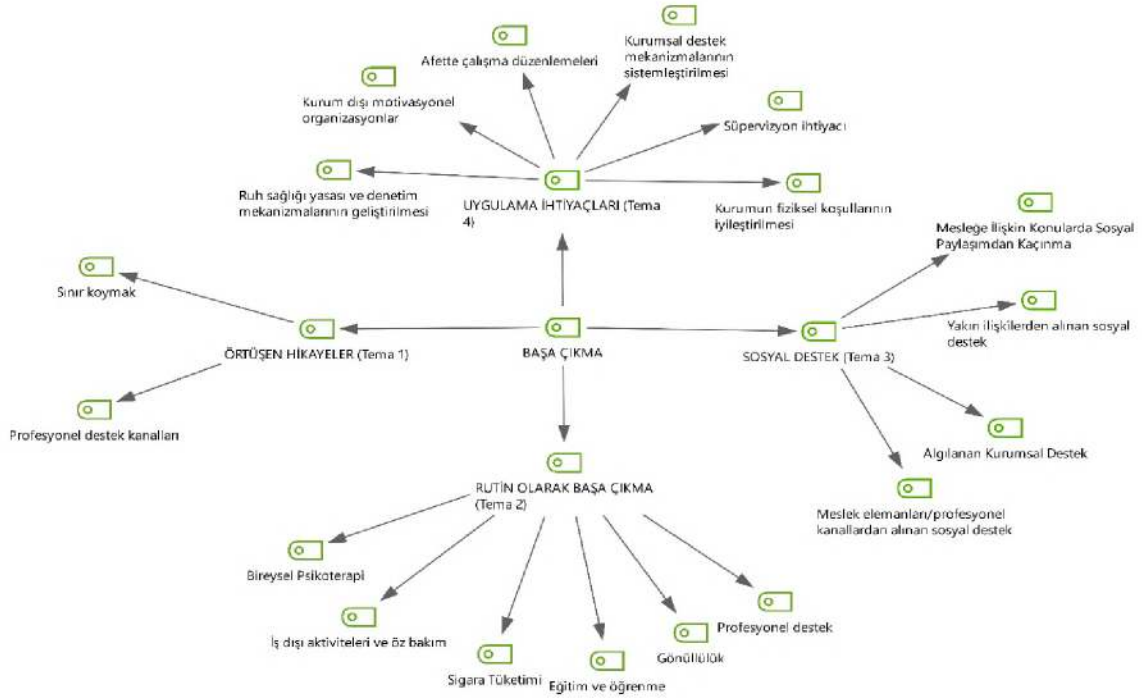
“Sadece sınav puanına göre şekillenen eğitim sistemi ve beceriye yetkinliğe, iletişim becerisine bakmadan detaylandırılan şekillenen eğitim sistemi.” (PH4-30-K-8)

“Şu an yok ama mesleğimin başlangıcına negatif tarafları maddi açıdan gerçekten çok negatif tarafları olduğunu söyleyebilirim, ülke koşullarında. Yani aldığımız eğitim bizim terapi yapmamız için yetersiz olması. Bu bağlamda eğitim almak durumunda olmamız bu eğitimlerin oldukça yüksek bir fiyatta olması filan biraz çıkmazda hissettirmişti başlangıçta. O açıdan bunun negatif bir şey olarak kabul edebilir miyiz bilemiyorum ama belki bu daha çok mesleğimin değil, mesleğimin ülkemizdeki durumunun getirdiği bir şey olabilir.” (PSK3-36-K-10)

Mesleki beceri alanında kaynakların yetersizliği ruh sağlığı alanında kaliteli hizmet sunumunu güçleştirmekte ve uzmanların iş stresi yaşama riskini arttırabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir.

3.4. Başa Çıkma

Zorlayıcı yaşam deneyimlerinin getirmiş olduğu stres ile mücadele edebilmek için bireyler belirli başa çıkma metotları geliştirmektedirler. Uzmanların da zorlayıcı ve travmatik deneyimlerine şahit olmanın etkileriyle mücadele edebilmek için bu anlamda belirli başa çıkma becerileri edindikleri bilinmektedir. Alanda yapılan çalışmalarda uzmanların başa çıkma becerilerinin çeşitlendiği ve örtüştüğü birçok strateji sergiledikleri görülmektedir. İleri düzey eğitim, iyi bir süpervizyon, bireysel terapi alma, kişisel yaşantı ve iş yaşamı arasında denge kurabilmek ve destek gruplarının uzmanların başa çıkma stratejileri için işlevsel olduğu belirtilmektedir (Cunningham, 1999). Psikoterapistlerin travma ile çalışma deneyimlerinin incelendiği çalışmada, uzmanlar süpervizyon, akran süpervizyonu ve terapiye başvurmak gibi kaynaklardan destek aldıklarını belirtmektedir (Gençer, 2022). Uzmanların sosyal destek kaynakları, bireysel terapi desteği, kişisel sorunlar üzerinde çalışmayı, terapötik becerileri kullanabilmeleri, öz farkındalık, maneviyat ve mizah gibi başa çıkma stratejileri geliştirdikleri görülmektedir (Pistorius, Feinauer, Harper, Stahmann ve Miller, 2008). Kavaklılar (2023) tarafından yapılan çalışmada uzmanların öz bakım, sosyal destek, eğitim, süpervizyon ve bireysel terapi yollarıyla başa çıkma becerileri geliştirdikleri görülmektedir.

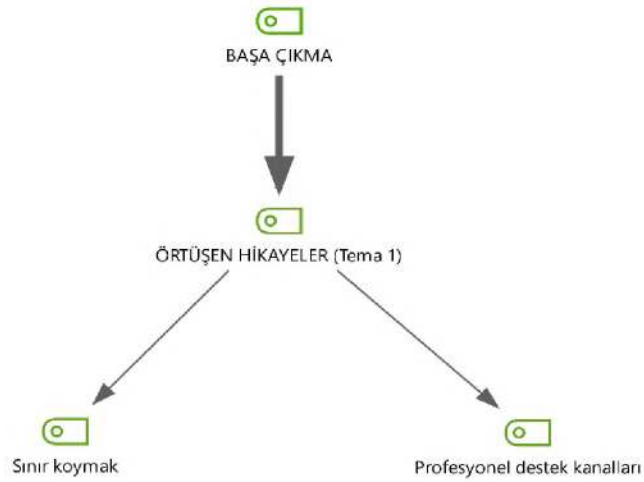


Şekil 16: Başa Çıkma Temasına İlişkin Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Mevcut araştırma kapsamında “uzmanların ikincil travma ve zorlayıcı deneyimler ile nasıl başa çıktıkları” ve “ne tür kaynaklara ihtiyaç duyduklarına” ilişkin probleme bu tema çerçevesinde cevap aranmıştır. Bu kapsamda uzmanların başa çıkma becerileri “Örtüşen Hikayeler, Rutin Olarak Başa Çıkma, Sosyal Destek ve Uygulama İhtiyaçları” temaları çerçevesinde şekillenmiştir.

3.4.1. Örtüşen Hikayeler

Ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların kişisel travma geçmişine sahip olmaları ikincil travmaya ilişkin risk faktörü olarak belirtilmiştir (Rienks, 2020; Gil ve Weinberg, 2015; Gürdil, 2014; Slattey ve Goodman, 2009). Okul psikolojik danışmanlarının deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların en çok etkilendikleri vakalarının kendi travmalarıyla örtüşen vakalar olduğu görülmektedir (Kavaklılar, 2023). Bu anlamda çalışma kapsamında uzmanların vakalarıyla örtüşen deneyimleri olduğunda bu durum ile nasıl başa çıktıklarına ilişkin deneyimleri öğrenilmiştir. Bu çerçevede ‘Profesyonel Destek Kanalları ve Sınır Koyma’ temalarının örtüşen yaşam öyküleriyle başa çıkmada şekillendiği görülmüştür.



Şekil 17: Uzmanların Vakalarıyla Örtüşen Deneyimlerinde Başa Çıkmaya İlişkin Alt Temalar

3.4.1.1. Profesyonel Destek Kanalları

Uzmanların kendi yaşam hikayelerindeki bir deneyimin vakalarıyla benzeştiğini fark ettiklerinde ve bu durum uzman için zorlayıcı algılandığında profesyonel destek kanallarına başvurdukları görülmektedir. Bu profesyonel destek kanallarının bireysel terapi ve meslek elemanlarından akran süpervizyon desteği almak gibi uzmanların kendilerine yatırım yapma biçiminde sağlandığı görülmektedir.

“Yani biz de destek alıyoruz o durumlarda. Zaten işte hastanemizdeki çalışan neredeyse tüm ruh sağlığı çalışanları kendi terapisine de gittiği için o süreçte biraz daha onları çözme yolunda olabiliyoruz. Çünkü mutlaka şeyde de öyle. Terapi yaparken de mesela karşı taraf gelip bir şey söylediğinde bu mutlaka bizde olan bir şeye de olduğu için o yüzden. Hani sonra kişide işte ben bunu çözmezsem nasıl karşı tarafa yardım edeceğim şeyi de olduğu için o yüzden bir şeyle çözmeye çalışıyoruz bizde.” (PSK5-32-K-8)

“Hani akran süpervizyon denen bir şey vardır bizde.. Hastanede mesela bizim böyle meslektaş olarak yakın gördüğümüz böyle mesleki deneyim olarak da paylaşımlar yaptığımız 4 meslektaşım var. Zaman zaman birbirimizle vakalarımızı konuşuruz. Zorlandığımız noktaları işin içinden çıkmakta zorlandığımız da nasıl bir yol izlememiz gerektiğini veya işte tıklandığımızı hissettiğimiz bir durumda ne yapmamız gerektiğini, birbirimize danıştığınız bir grubumuz var. Orada paylaştığım zamanlar oldu.” (PSK4-28-K-4)

“Terapi eğitimleri aldım, terapiye gittim. Kendi yaşantımdaki, kendi defolarımdaki psikanalitik şeyleri araştırdım. Neden böyleyim, buna neden böyle tepki veriyorum, çocukluğumda ne oldu? Onun şu anki yansıması ne, bu davranışının altında yatan korkularım ne, yüzleşmekten çekindiğim şeyler ne?” (SHU1-38-K-14)

Uzmanların kenti yaşantılarıyla benzer travmatik yaşam öykülerine rastladıklarında tetiklenme riskine ilişkin farkındalıklarının oldukları ve bireysel çabalarıyla terapi ve süpervizyon desteği alarak bu durum üzerinde çalıştıkları görülmektedir.

3.4.1.2. Sınır Koymak

Uzmanların kendi yaşam deneyimlerindeki benzer travmatik örüntülere rastladıklarında profesyonel destek almanın yanında duygusal düzeyde sınır koyarak bu durum ile başa çıktıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle uzman kimliğinde olduğunu ve var olan duygunun uzman ve danışan arasında kime ait olduğuna ilişkin değerlendirmeyi bu noktada uzmanlar önemli bulmuşlardır.

“Duyguları ayırmak kısmı. Hani orada çok önemli oluyor. Bununla alakalı kendi destek alıyorum. Terapi desteği alıyorum. Danışanda fark ettiğim bir duygu var ve bunu bende önceden yaşamışım. Mesela örnek veriyorum, bir kaygı oluşuyor. Hani danışan, bunun da bununla baş edebilecek mi gibi. Sonra bakıyorum. Bunun çaresizliği mi benim çaresizliğim mi gibi. Hani orada duygu ayırmam gerekiyor. O ben değilim.” (PDR2-31-K-7)

“Şunu ayırt etmeyi öğreniyorsun, eğer terapistlik yapacaksan yapıyorsan, onun duygusu mu karşı tarafın duygusu mu? Yani kendi duygunu görerek ama öbürünü karıştırmamaya çalışarak, öbürkünün duymaya ve anlamaya çalışıyorsunuz bir zaman sonra.” (PH1-41-K-17)

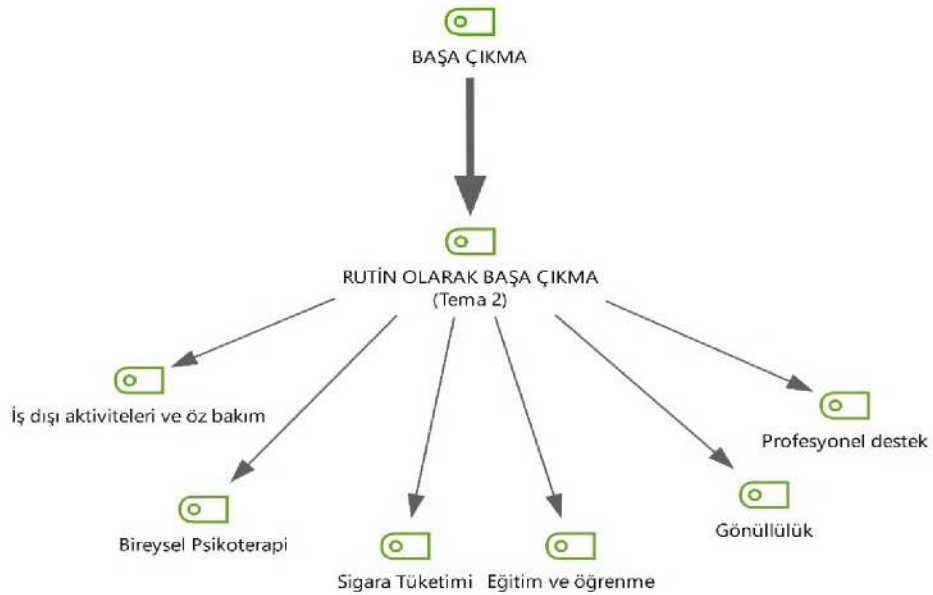
“Şimdi bunu herhalde 10 yıl öncesinde farklı yanıtlardım ama şu anda kendime dair meseleyi fark edebiliyor olmak ve bunu ayırtılabiliyor olmak zaten genelde olduğum nokta. Ama sadece bunu rahatsızlık boyutunda hissettiğimde işte beden boyutunda olur, duygu boyutunda. Bunu mutlaka seansıma taşıdığım zaten bana ait olan fark etmek ve ayırtırmak daha kolay oluyor. Ama 10 yıl öncesinde böyle değildi tabii ki.” (PSK3-36-K-10)

Uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada profesyonellerin kendi yaşamları ile vakalarının deneyimlerine ilişkin sınır koyma ihtiyacı hissettikleri, bunu başarmada zorlandıkları ve ekstra çaba harcadıklarını belirttikleri görülmektedir (Baker, 2012). Akkurt (2022) tarafından yapılan çalışmada özel yaşamlarıyla iş yaşamları arasında sınır oluşturma çabasıyla maruz kaldıkları hikayelerin zorlayıcı yönüne etkiyi azaltmaya ilişkin başa çıktıkları görülmüştür. Cinsel istismar mağduru kişilerle çalışan uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların kişisel ve profesyonel yaşamıyla sınır koyma biçiminde denge sağlayarak başa çıkmayı sağlayabildikleri görülmüştür (Steed ve Downing, 1998). Uzmanların deneyim

kazandıkça yaptıkları işi işte bırakarak başa çıkabildikleri görülmektedir. Aynı zamanda mağdurun acısından ayrılarak, iş ve özel yaşamları arasında sınırı korumaya çalışarak başa çıkma becerisi geliştirdikleri görülmüştür (Kavaklılar, 2023). Alandaki yapılan çalışmalarda spesifik olarak örtüşen hikayelere denk gelindiğinde nasıl bir başa çıkma geliştirildiğine ilişkin çalışmaya rastlanmasa da uzmanların yaptıkları işin zorlayıcı yönüne ilişkin benzer biçimde sınır koyarak başa çıkmaya çalıştıkları görülmektedir.

3.4.2. Rutin Olarak Başa Çıkma

Uzmanların genel olarak başa çıkma stratejilerinin nasıl şekillendiğini ilişkin tema bu çerçevede ele alınmıştır. Uzmanların iş stresine ilişkin nasıl mücadele ettiklerine ilişkin deneyimlerinin “İş Dışı Yaşam Aktiviteleri ve Öz Bakım, Bireysel Psikoterapi, Eğitim ve Öğrenme, Profesyonel Destek, Gönüllülük ve Sigara Tüketimi” örüntüleri altında şekillendiği görülmektedir.



Şekil 18: Uzmanların Rutin Başa Çıkma Deneyimlerine İlişkin Alt Temalar

Alanda yapılan birçok çalışmada uzmanların benzer başa çıkma becerileri şekillendirdiği ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamaya dönük oldukları görülmektedir. Egzersiz ve spor gibi fiziksel aktivite (Schauben ve Frazier, 1995; Hatipoğlu, 2017; Killian, 2008; Collins ve Long, 2003; Kapoulitsas ve Corcoran, 2015; Ahern, Sadler, Lamb ve Gariglietti, 2017; Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019), meditasyon

(Kapoulitsas ve Corcoran, 2015; Schauben ve Frazier, 1995), sağlıklı beslenme ve uyku (Steed ve Downing, 1998; Schauben ve Frazier, 1995), hobiyle uğraşma (Hatipoğlu, 2017; Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019), yakın ilişkilerle etkileşimde bulunma (Killian, 2008; Taylor, Gregory, Feder ve Williamson, 2019), süpervizyon ve akran desteği alma (Killian, 2008), profesyonel destek alma ve ekip desteği alma (Albayrak ve Cankurtaran, 2020) gibi başa çıkma becerilerini uzmanların kullandıkları görülmektedir. Mevcut çalışmada da benzer biçimde örüntüler yakalandığı görülmektedir.

3.4.2.1. İş Dışı Aktiviteler ve Öz Bakım

Uzmanların profesyonel yaşantıları dışında rutin geliştirmeleri ve öz bakım sağlayıcı pratiklerini deneyimledikleri görülmektedir. Bu deneyimlerin alandaki diğer çalışmalarda bahsedilen aktivitelere benzer olarak şekillenmektedir. Yi, Kim, Choi, Kim ve O'Connor (2016) tarafından yapılan çalışmada uzmanların iş dışı yaşam aktivitelerine kendi yaşamında yer açmanın başa çıkmaya ilişkin önemli olduğu belirtilmiştir.

“Hani kendi adıma daha farklı aktiviteler işte yoga yapmak benim için baya keyif verici. Tekrar araştırma yapmak, makale okumak, makale taramak. Ondan sonra işte böyle nasıl diyeyim meslekle alakalı toplantılara gitmek ya da felsefeyle alakalı toplantılar etkinlikler olabilir. İşte ya böyle sürekli gezdim geziyorum diye değil de hani böyle değişik sergilere gitmeyi seviyorum. Onun dışında işte ukulele çalmayı deniyorum. Hani bunun için kursa gidiyorum hani bu tarz şeylerle uğraşıyorum diyeyim. Spor yapmak da.” (PH2-26-K-4)

“Dinlenme, kahve molası iyi gelecek bir şey atıştırmak, bir arkadaşım ile işte keyif almak bir şey yapmak ya da spor ya da sevdiğin bir şeyi okumak. Biraz sanırım böyle şeylere yöneliyorum.” (PSK3-36-K-10)

“Arkadaşlarımla zamanı daha fazla geçirmeye özen gösteriyordum. Bireysel dinlenme alanlarımı daha çok zenginleştiriyordum. Kitap okuyarak, dışarıda yürüyüş yaparak. O zaman buradaki süreç ya bugün çok kötü bir vakayla karşılaştık gibi bir yerden gelmiyor.” (PDR3-35-K-12)

“Bizim de bildiğimiz, öğrendiğimiz teknikleri kendi işte sağlıklı yaşam alışkanlıklarımız, davranışlarımız arasında sokmak, dengeli düzenli beslenmek, sporu hayatın içine katmak. Veya nefes gevsemeyi hayatın içerisinde sokmaya çalışmak, onlar da beni davranışsal olarak rahatlatabilecek teknikler olarak hayatımda yer alıyor.” (PH5-39-K-14)

Psikoterapistlerin travma ile çalışma deneyimlerinin incelendiği çalışmada, terapötik teknikleri kendilerinin deneyimleyerek başa çıkma kapasitelerini geliştirdikleri ve bu yolla vakayı seans odasında bırakmakta daha kolay mücadele edebildikleri

görülmektedir (Gençer, 2022). Yukarıdaki deneyimde de benzer şekilde uzmanın profesyonel yaşantısında öğrendiği becerileri kendi pratiğine dahil edebilmesinin başa çıkma becerilerini geliştirici etki de olduğunu yansıtmaktadır. Uzmanların iş dışı yaşamlarına ait rutin geliştirebilmeleri ve öz bakımlarını destekleyebilmelerinin mesleklerine ilişkin strese yönelik önemli bir koruyucu işlevde olduğu söylenebilir.

3.4.2.2. Bireysel Psikoterapi

Uzmanların bir başka başa çıkma stratejisinin bireysel psikoterapi desteği almak olduğu görülmektedir. Gerek bireysel gerek ise iş stresinin getirmiş olduğu zorlanmalara karşı başa çıkma becerilerini yetersiz kaldığı noktada bireysel psikoterapi yoluyla uzmanların kendilerini desteklemeyi tercih ettikleri deneyimler yoluyla ortaya çıkmaktadır.

“Ama bir dönem mesela eğer daha dinamik yönelimli çalışıyorsan, daha derin travmalara çalışıyorsam ben baş edemedim ve terapistle gitmeye başladım. Yani ikinci yerden destek alıyoruz, almamız gerekiyor.” (PH1-41-K-17)

“Şöyle ben psikolojik destek aldım 2 ay boyunca. Profesyonel olarak desteğimi aldım. Aldıktan sonra 4 ay dediğim gibi biraz ara verdikten sonra tekrar Hatay’a gelip öyle çalıştım.” (SHU6-28-E-5)

“Psikoterapi bi bir yıla kadar terapiye düzenli olarak devam ettim. O terapisinin de benim için iyi işlediğini ilerlediğini diyebilirim. Ama sonrasında çok devam etmeye istekli değildim. O yüzden bıraktım.” (SHU5-24-E-2)

Zorlayıcı deneyimleriyle başa çıkma da psikofarmakolojik destek alan uzmanların da olduğu çalışmada görülmüştür.

“Terapi desteği alıyorum, almaya da bir süre devam etmek istiyorum. Terapi alıyorum. Bazen dediğim gibi yönetemediğim durumlarda bireysel durumlarımda hani de ilaç desteği de aldım. İyi ki de almışım.” (PH4-30-K-8)

“İlacın belirli bir dengeye getirmesi beni öğrendiklerimi daha kolay bir yerden uygulamamı sağladı. Müthiş bir önyargı yıktı. Çünkü çok zor bir karardı benim için, ilaç almak. Ama başladım ve bilinçli ve kontrollü bir yerde de bırakabildim.” (PDR3-35-K-12)

Norrman Harling, Högman ve Schad (2020) tarafından yapılan çalışmada terapi almanın uzmanların öz bakım rutinleri için önemli bir unsur olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bireysel terapi desteği almak uzmanın hem kişisel hem de iş stresini yönetebilmek için önemli kaynaklardan biri olarak değerlendirilebilir.

3.4.2.3. Profesyonel Destek

Uzmanların bir başka başa çıkma stratejisinin ise bireysel süpervizyon ya da akran süpervizyonu gibi profesyonel kaynaklar olduğu görülmektedir. Uzmanların bu süpervizyon desteğini kendi çabalarıyla ücretli bir biçimde ya da kurum içerisinde informal yapıda oluşan kaynaklardan aldıkları görülmektedir.

“Bunu hissettiğim anda zaten otomatik olarak süpervizyon alıyorum ve kendi bireysel seansında bunu mutlaka konuşuyorum. Evet, bunu hissettiğim oluyor. Bazen çok kompleks bir travma gelebiliyor. Böyle olduğunda mutlaka süpervizyonla ilerlemeyi tercih ediyorum. Çünkü bunu yapmadığında biraz içe çekilme, stresin artışı, içsel süreçlerde hani o artık uykuyu, yemeyi bozan etkiler olabiliyor. Bunların olmaması adına çok hızlı bir şekilde süpervizyon desteği, bireysel seans için destekleyici.” (PSK3-36-K-10)

“Süpervizyon kaynaklarımız işte burada kurum içerisinde, kurum dışında hocalarla bağlantı içerisinde olmak, onlardan danışmanlık almak rahatlatıyor.” (PH5-39-K-14)

“Mesela akran grupları işte sosyal hizmet uzmanlarını kendi içerisinde de bilgi deneyim paylaşımlarının yapıldığı bir yapının içerisinde bu tarz zorluklarda daha kolay baş edilebiliyor.” (SHU3-40-E-15)

Crivatu, Horvath ve Massey (2023) tarafından cinsel şiddet mağduru kişilerle çalışmanın etkisi üzerine yapılan meta analiz çalışmasında süpervizyon, akran desteği, yöneticilerden alınan rehberlik ve yeterli kaynak desteğiyle kurumsal desteğin sağlanmasının başa çıkma becerilerini olumlu düzeyde etkilediği görülmektedir (Crivatu, Horvath ve Massey, 2023). Sosyal hizmet uzmanlarının zorlayıcı vakalarla çalışma deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların kurumsal süpervizyon desteğine sahip oldukları ve vaka yönetimi için düzenli süpervizyonun önemli bulunduğu görülmektedir. Uzmanların süpervizyon paylaşım ihtiyaçlarıyla vaka ile kendi duygusuna sınır koyma, yöneticiye bilgilendirme sağlama ihtiyacı, beyin fırtınası yapmak, yeni bir bakış açısı kazanma ve destekleyici bir çalışma ortamı sunması açısından işlevsel düzeyde değerlendirilmiştir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015). Cinsel istismar mağduru kişilerle çalışan uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların mesleki gelişim için süpervizyon ve sistemli eğitimleri önemli buldukları çalışma kapsamında görülmektedir (Steed ve Downing, 1998). Alanda yapılan ve mevcut çalışmanın bulguları kapsamında psikososyal profesyonelleri için erişilebilir süpervizyon başa çıkma için önemli bir kaynaktır. Bu nedenle psikososyal destek veren tüm kamu,

sivil toplum ve özel alanlarda süpervizyon kaynaklarının yaygınlaştırılmasının önemli olacağı söylenebilir.

3.4.2.4. Eğitim ve Öğrenme

Uzmanların başa çıkma becerilerinden birinin de uzmanlık becerilerini geliştirmeye ilişkin eğitimler almak ve bilimsel çalışmaları takip etmek olarak değerlendirildiği görülmektedir. Eğitimler yoluyla güçlenme uzmanlar için zorlayıcı vakalara ilişkin vaka yönetiminde koruyucu bir etken olabildiği söylenebilir.

“Tekrar araştırma yapmak, makale okumak, makale taramak. Ondan sonra işte böyle nasıl diyeyim meslekle alakalı toplantılara gitmek ya da felsefeyle alakalı toplantılar etkinlikler olabilir.” (PH2-26-K-4)

“Bu eğitimleri kendimi tekrar etmemek ve kendimi güçlendirmek için almaya özen gösteriyorum. Kendim için tamamladığımda zaten otomatikman bu benim görüşmelerime yansıyor ya da kritik vakalar, işte başka meslektaşlarım bu çok zor vaka dediği vakalar ya da görüşmeler, benim aldığım bu eğitimler sayesinde benim için daha kolay ve daha pratik.” (SHU4-51-K-24)

“Travmayla ilgili eğitim süreçlerinin bir hayli sürmüştü 2-3 yıl kadar. Yani orada da bunun paylaşımını yapma imkânım olduğu için hani eğitimlerin bir yerde de böyle bir yardımı da olabiliyor. Yani bir eğitim alma halinin devam ediyor olması bir baş etmeyi de kolaylaştırıyor diyebilirim.” (SHU3-40-E-15)

Alanda yapılan birçok çalışmada benzer şekilde uzmanların eğitimler yoluyla başa çıkma becerilerini güçlendirmeye ilişkin stratejileri benimsedikleri görülmektedir (Hatipoğlu, 2017; Akkurt, 2022; Gençler, 2022; Baker, 2012; Norrman Harling, Högman, ve Schad, 2020; Demirbaş, 2021).

3.4.2.5. Sigara Tüketimi

Uzmanların bir kısmının başa çıkma stratejisi olarak sigara tüketimine başladıkları ya da arttırdıkları görülmektedir. Bu durumun bazı uzmanlar tarafından deprem ve pandemi gibi stresli süreçlerde yaşandığı ya da genel iş stresinden kaynaklandığı görülmektedir.

“Şimdi diğeri var ama bir yandan da mesela ben sigara kullanmıyordum ama bir yıldır kullanıyorum galiba bakınca şu anda onda öyle bir artış olmuş. Mesela böyle şeyler çevremde de çok var.” (PSK5-32-K-8)

“Olumsuz şey de pandemi gibi bir süreç de atlattık yani. Yine bir kocam bir belirsizlik. İnsanların birbirinden şüphe ettiği, evine kapandığı. Başına gelecek bir işte bulaştan sonraki yaşayabileceği şeyin ne olduğunu belirsizliği ona vesairen

vesaire bu tarz dönemi yaşadığımız için de o dönem benim yani sigara artışı olmuştı. Kendim için de böyle bir örnek verebilirim. 6 Şubat'tan sonra da benzer şey yaşadım.” (SHU3-40-E-15)

“Evet ben daha öncesinde hiç kullanmadım. Üniversitede döneminde de hiç kullanmadım. İş yaşamına başladıktan dördüncü beşinci ayından sonra kullanmaya başladım. Özellikle şeyi hissetmek bana sigara kullanımında iyi geldi. Görüşmeler sonrasında bir sigara içmek beni gerçekten çok rahatlatı. İyi hissettirdiği için ben sigara kullanımına o şekilde başladım.” (SHU5-24-E-2)

Cinsel istismar mağduru kişilerle çalışan uzmanların dolaylı travma deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların kahve ve alkol tüketiminde artış sağlayarak olumsuz başa çıkma stratejilerini deneyimlediklerini belirttikleri görülmektedir (Steed ve Downing, 1998). Profesyonellerin bir kısmının sigara, alkol ve sosyal izolasyon biçimleriyle başa çıkma dönemleri olduğu bir başka çalışmada da belirtilmiştir (Ahern, Sadler, Lamb ve Gariglietti, 2017). Başa çıkmanın yalnızca öz bakım gibi stratejiler ile şekillenmediği uzmanların zorlayıcı süreçlerde sağlık açısından riskli deneyimleri de olduğu alandaki yapılan ve mevcut çalışma kapsamında görülmektedir.

3.4.2.6. Gönüllülük

Uzmanların küçük bir kısmının ise sivil toplum alanındaki gönüllülük faaliyetlerinde başa çıkmalarını destekledikleri görülmektedir. Gönüllülük faaliyetinde bulunarak dayanışmanın uzmanlar için rahatlatıcı ve tatmin edici olduğu görülmektedir.

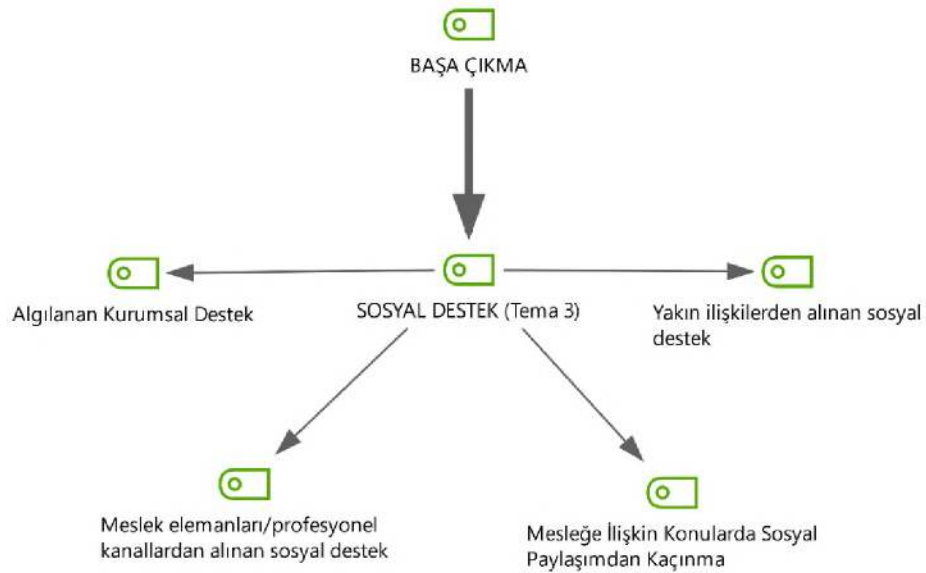
“Zaten köpek besliyorum. Bir de onun dışında gönüllü olarak köpek beslenmelerine falan da gidiyorum ya da hayvan tedavilerine falan destek oluyorum. Bunlar da benim kafamı çok rahatlatan şeyler.” (SHU1-38-K-14)

“Bir dönem mesela şey yapıyordum. Hani yazıyordum, yazmak çok iyi geliyordu. Sonra bunu yazmanın, yazmaya ayıracağım zamanı daha böyle bir aktivist olarak bir savunuculuk anlamında, daha eyleme dökerek daha çok fayda sağlayacağını düşündüğümde işte o anda STK'lar STK'da çalışmalar imdadıma yetişti. O yüzden şu an için orası o şekilde yetiyor bana.” (SHU4-51-K-24)

Gönüllülük alanında yapılan çalışmalarda gönüllülüğün ruh sağlığını olumlu düzeyde etkilediği belirtilmektedir (Casiday, Kinsman, Fisher ve Bamba, 2008; Jenkinson vd., 2013). Bu çerçevede ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların gönüllülük faaliyetlerinde katılımın desteklenmesi bir başa çıkma becerisi olarak desteklenebilir.

3.4.3. Sosyal Destek

Uzmanların başa çıkma becerilerini şekillendiren deneyimlerden birinin de sosyal destek olduğu görülmektedir. Sosyal destek, en az iki birey arasında gerçekleşen, alıcının iyi oluşunu sağlayıcı tarafından arttırmaya yönelik kaynak alışverişi olarak tanımlanmaktadır (Shumaker ve Brownell, 1984). Sosyal destek bireyin stresli bir olay karşısında kişilerarası ilişkilerinde başa çıkma gereksinimlerini desteklediğinde sağlanmış olmaktadır (Niven, 2000). Bu anlamda sosyal desteğin başa çıkma becerileri için destekleyici ve koruyucu bir işlevde olduğu söylenebilir. Bu tema çerçevesinde “Meslek Elemanların Profesyonel Kanallardan Alınan Sosyal Destek, Yakın İlişkilerden Alınan Sosyal Destek, Algılanan Kurumsal Destek ve Mesleğe İlişkin Konularda Sosyal Paylaşımdan Kaçınma” alt temalarının olduğu görülmektedir.



Şekil 19: Uzmanların Sosyal Destek Kaynaklarına İlişkin Alt Temalar

3.4.3.1. Meslek Elemanları/Profesyonel Kanallardan Alınan Sosyal Destek

Uzmanların sosyal destek kaynaklarına ilişkin bilgi alındığında çoğunlukla meslektaşlardan alınan destek biçiminde şekillendiği görülmektedir. Uzmanların meslektaşlarından alınan desteği de süpervizyon işlevinde değerlendirdikleri görülmektedir. Bu tür alınan desteğin akran desteği işlevinde olduğu ve çalışma kapsamında uzmanlar için en fazla belirtilen kaynaklardan biri olduğu söylenebilir.

Bunun yanında başka bir profesyonel kaynak ihtiyaç duyduklarında kendi çabalarıyla süpervizyon aldıkları ve erişilebilir süpervizyonun sağlanması gerekliliğini belirtmişlerdir.

“Yani benim kendi duygularımı paylaşılabiliyorum. Süpervizyon bu anlamda çok kıymetli. Hani keşke ülkemizde çok daha alternatif, destekleyici kurumlar olsa bu konuda hani böyle bir ekleme. Çünkü ben mesela kendi isteğimle bir şeyler almaya çalışıyorum. Maddi, manevi arayış içerisinde bulduğum bir şey ve çok iyi geliyor. Yani almamak hence bu süreci sağlıklı yönetmek için çok zor.” (PDR2-31-K-7)

“Vaka diye kabul ettiğim şey, kesinlikle meslektaşlarımla konuştuğum bir konu. Bugün böyle bir şey oldu, öyle bir geri bildirim aldım, buna şahit oldum gibi bunu paylaşıyorum.” (PDR3-35-K-12)

“Multidisipliner bir ekip içinde çalışıyoruz. Hem süpervizyon anlamında hem de süreç içerisinde zorlandığın özellikleriyle benzer çalışma kriterlerini sağlayan başka bir KLP hemşiresi olarak görev alan bir arkadaşım daha var. Hasta bazında nereyi, neyi daha farklı yapabilirim? Farklı bir gözden öğrenmiş olmak rahatlatıcı olabiliyor veya ekip içerisindeki süreç içerisinde bunu konuşuyor olmak buradan farklı bir açıdan nasıl yaklaşabiliriz öğrenmiş olmak hem rahatlatıyor hem de bir yanıla da güvende hissettiriyor bizde.” (PH5-39-K-14)

“Şöyle, bu vaka üzerinde şimdi bizim çalıştığım yerde meslek elemanları var. Vakalar üzerinde genelde ortaklaşa bir çalışmamız da olabiliyor. Onlarla paylaşıyor olmak bu vaka üzerinden değerlendirme yapıyor olmak kısmında benim paylaştığım olmam beni biraz rahatlatıyor. Çünkü üzerimde hani o aldığım tüm yükü sanki biriyle paylaşıyormuşum hissiyle sanki daha rahatladığımı düşünüyorum. He bu da etik çerçevede olan bir durum.” (SHU2-27-K-3,5)

Alanda yapılan birçok çalışmada uzmanların sosyal destek kaynaklarının önemli ve tatmin edici bir boyutunun bu çalışmada olduğu gibi meslektaşlarından sağlanan destek olduğu görülmektedir (Schauben ve Frazier, 1995; Hatipoğlu, 2017; Kapoulitsas ve Corcoran, 2015; Baker, 2012; Ahern, Sadler, Lamb ve Gariglietti, 2017; Yi, Kim, Choi, Kim ve O’Connor, 2016; Massey, Horvath, Essafi ve Majeed Ariss, 2019; Norrman Harling, Högman ve Schad, 2020).

3.4.3.2. Yakın İlişkilerden Alınan Sosyal Destek

Uzmanların bir diğer sosyal destek kaynaklarının ise yakın ilişkilerinden aldıkları destek biçiminde oldukları görülmüştür. Yakın ilişkiler kapsamında uzmanların etik çerçevede duygusal paylaşımda bulunarak destek aldıkları görülmektedir.

“Bir kişi var, o da eşi, eşim de sosyal hizmet uzmanı. Ben çoğu vakamı paylaşmam. Ama yani o gün iyi hissetmesem veya çok iyi hissettiğim vakada gelir eşime anlatırım. Bir nevi onur belgemi ondan alırım. Yani kendimiz böyle bir dertleşiriz.”

Daha meslektaşımız ama mesleki hayata adım atmadı ama kendisi bu konuda beni çok kolaylaştırıyor.” (SHU6-28-E-5)

“En başta aile üyelerim. Sonra bu en başta diyorum ama vakaya göre de mesela annem üzülmessin diye paylaşmadığım çok da şey oldu. Bunu da arkadaşım, akran rolündeki aile üyem veya bazen evcil hayvanımla bile konuştuğum oluyor. Paylaşmazsam beni yoruyor gerçekten. Mutlaka paylaşırım.” (PH4-30-K-8)

“Direkt olayı orada konuşmasak da aile içerisindeki desteğin varlığı işte eşle ya da çocukla olan paylaşımın bir miktar daha bu olaydan ayırarak devam ettirmeye çalışmak, o duygu yükünü biraz rahatlatmaya yardımcı olabiliyor.” (PH5-39-K-14)

Alanda yapılan birçok çalışmada da benzer şekilde yakın ilişki içinde oldukları kişilerden aldıkları sosyal desteğin başa çıkma adına destekleyici olduğu görülmektedir (Kapoulitsas ve Corcoran, 2015; Youssif-Hay, Tudor ve Maidment, 2024; Massey, Horvath, Essafi ve Majeed Ariss, 2019). Sosyal hizmet uzmanlarıyla ikincil travma alanında yapılan çalışmada uzmanların gizlilik ve etik kaygılar nedeniyle aile üyeleriyle vakalarını konuşmadıklarını bildirmiş olsalar da ailelerinden alınan duygusal desteğin koruyucu olduğunu bildirdikleri görülmüştür (Caringi vd., 2017). Bu durumun algılanan desteğin önemini vurgulamakta olduğu söylenebilir.

3.4.3.3. Mesleğe İlişkin Konularda Sosyal Paylaşımdan Kaçınma

Uzmanların bir kısmının vakalarına ilişkin konularda kimseyle paylaşım yapmamayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durumun nedeni olarak vakaların hassasiyetine karşı herkesin yeterince duyarlı olmamasını düşünmeleri ve vakanın zorlayıcı deneyimlerinin uzman için zihninde tekrarlayan düşüncelere sebep olmasına neden olmamak adına bir başa çıkma yolu olduğu görülmektedir.

“Açıkçası pek yok. Bu da şundan ötürü hani biraz işte gelen mağdurun mahremiyeti bu önemli. Çünkü aynı zamanda hani bunu atıyorum. Bir cinsel şiddete uğramış bir mağdurla ilgili bir sohbetle ya da bir işte akran süpervizyon diyeceğim ya da iş arkadaşı. Ya şimdi herkeste çok öyle duyarlı değil. Bununla alay edilebilir ve mesela ben alay edildiği zaman agresifleşebiliyorum. Çünkü karşımdaki yani karşımdakinin gerçekten mağdur olduğuna inanmışsam adam bu beni öfkeli edebiliyor. Dolayısıyla insanlar yani bu alanda çalışan diğer arkadaşlarımla genel itibarıyla bunlardan konuşmaktan kaçınıyor.” (PDR4-28-E-2)

“Kendimi korumak namına o remisyona dediğimiz olayı tekrardan yaşamamamız için tabii ki mesleklerimiz özel ruh sağlığı her zaman merak edilen bir alan. Kendi birinci dereceden yakınlarımız olabiliyor işte kardeşimiz oluyor, sevgilimiz oluyor, arkadaşımız oluyor, günün nasıl geçti işte? Yani sonuçta bir fabrikada çalışan ya da bir belediyede çalışan biriyle aynı olmuyor bizim şeyimiz. Ben tipik ben her zaman espriye vururum işte bugün de dert dinledik.. Çünkü biliyorum onu anlatmaya başlayınca ben tekrardan remisyona gireceğim.” (PSK2-35-E-15)

“Yok ben hiçbir vakamı konuşmam. Çünkü o vakayı vakanın üstüne konuşmak. O vakayı fark ettirmeden bilinçaltında yerleşmesine neden oluyor? Şimdi o tanıklık zor bir tanıklık. Yani özellikle istismarda gerçekten zor. O yüzden hani şeyi korumaya çalışıyorum. Hani vakanın bıraktığı duyguları konuşmak yerine. Bende bıraktığı bu duyguları fark edip, bunu değiştirmek için işte o hani o deli gibi çalışma, deli gibi sorumluluk alma kısmı var ya oraya yönlendiriyorum, konuşmak değil.. Çünkü şeyi görüyorum bu duyguların beni ele geçirmesine izin verirsem ve orada takılıp kalırsam o zaman, o mağdurlara hiçbir şekilde faydam olmaz. Böyle içselleştirdim.” (SHU4-51-K-24)

Yapılan bir başka çalışmada uzmanların yeterince anlaşılabilirliklerini düşünmedikleri için ve konu hakkında konuştuğça travmatik deneyimi daha fazla hatırlamaya yatkın olma riski nedeniyle aile ve yakın çevreleriyle vakalarına ilişkin konuşmayı tercih etmedikleri görülmektedir (Yi, Kim, Choi, Kim ve O’Connor, 2016). Çocuk ihmal ve istismarı alanında çalışan uzmanların deneyimlerinin incelendiği çalışmada uzmanların yakınlarıyla vakalarına ilişkin paylaşımdan tekrarlayıcı olması nedeniyle kaçındıkları ve bu konularla ilgili konuşmak istemedikleri görülmektedir. Paylaşım durumunda yakın çevreden ötekileştiren tutum gözlemlediklerinde öfke duyduklarını belirttikleri görülmüştür (Albayrak ve Cankurtaran, 2020).

3.4.3.4. Algılanan Kurumsal Destek

Çalışma kapsamında sosyal desteğin örgütsel boyutunun uzmanlar tarafından nasıl algılandığı sorusuna cevap aranmıştır. Uzmanların bir kısmının kurumsal desteğin yetersiz olduğunu ve kurumun tek odağının çalışmaya odaklandığını belirttikleri görülmektedir. Süpervizyon, eğitim, afette çalışma ve çalışanın desteklenmesine ilişkin uzmanların desteklenmeye ihtiyaç duydukları fakat kurum tarafından karşılanmadığı görülmektedir.

“Kurum bu konuda bize desteklemiyor. Oysa bir süpervizyon sistemini şimdiye kadar kurmuş olmaları gerekiyordu. Bu bir eksiklik.” (SHU4-51-K-24)

“Şöyle şimdi biz de bakanlık bununla ilgili şey yönlendirdi, daha öncesinden böyle bir anket formu siz hangi alanlarda destek, hangi alanlarda eğitim almak istersiniz diye. Biz bu anlamda taleplerde bulunduk ama süpervizyon desteğiyle ilgili herhangi bir şey olmadı. Dediğim gibi bir online olarak olmuştu, deprem sonrasında ama online olarak olduğunda çok verimli geçmedi. Ama şöyle bir durum kurum içerisinde yani bizim sadece İl Müdürlüğü bazında yapılan eğitimler oldu, yüz yüze şey olarak. Süpervizyon olarak olmasa bile farklı yollarla bizim bir arada yaptığımız grup çalışmaları şeklinde. Bunlar küçük çaplı bir kendimizi şey iyi etme yolundaydı yani.” (SHU2-27-K-3,5)

“Bu başhekim ve yöneticiyle alakalı bir şey. Bu devamlı bir sosyal politikası olmadığı için hani bu yönetici değişiyor tüm sistem değişebiliyor yani. O yönetici eğer bir şeyler yapmak istiyorsa işte ne istiyorsunuz diye soruyor, halletmek gerekiyor. Yani aslında bakarsanız bakanlığın bununla ilgili bir politikası ya da bir yaptırımı yok. O yüzden bireysel tercihlere ve kişisel emeklere kalıyor. Hani işte bugün geçmişte destekliyordu bugün desteklerler mi onu bilmiyorum. Yönetici değişiyor, sistem değişiyor, genelde böyle ilerliyor, Türkiye’de işler.” (PH1-41-K-17)

“Yani mesela şehir komple yıkılmış. Biz bir şeyde çalışıyorlar. Şehrin ortasında konteynıra koymuşlar. Tozun toprağın içinde çalıştırıyorlar. Şu yok, mesela işte çalışanlarımız da deprem mağduru şudur, o yok. Çalışın sadece çalışın.” (PDR4-28-E-2)

“Yani kurumumun hiç bunu gözettiğini düşünmüyorum öncelikle. Çünkü kurumun önceliği gerçekten danışanların hizmet alması gibi bir yerde. Yani bunu çok fazla ağızlarından da duyduğum için hani hizmet her türlü hizmet verilsin, hizmet verilsin işte, veriler yüksek olsun gibi bir nokta. Çok bununla ilgili bir tutumları yok.” (SHU5-24-E-2)

Şimşek ve Samancı Öncel (2024) tarafından cinsel istismar vakalarıyla çalışan uzmanlarla yapılan çalışmada uzmanlar kurumdaki yöneticiler tarafından zorlayıcı vakalara ilişkin ilgisiz tutumlara maruz kaldıklarını belirterek, kurum yöneticilerinin ikincil travmayı önlemeye ilişkin bilgiye sahip olmadıklarını ve çalışan ruh sağlığını korumaya ilişkin bir sistemin eksikliğinin belirtildiği görülmektedir. Cooke ve Hastings (2023) tarafından Afro Amerikan kadın sosyal hizmet uzmanlarıyla iş stresine ilişkin yapılan çalışma kapsamında kurumların iş tanımları dışında çalışanlarından talepleri, evrak yükü, vaka yükü, kaynak yetersizliği, yüksek beklentiler, ücretsiz ek mesailer, kurumsal destek ve rehberlik eksikliği gibi faktörlerin uzmanlarda strese neden olduğu ve yaptıkları işlerden keyif alsalar da motivasyonları etkiledikleri görülmektedir.

Destekleyici olmayan kurum yanında uzmanlar arasında küçük bir kısmında içinde bulundukları kurumun destekleyici olduğunu belirttikleri görülmektedir. Kurumun eğitimler ve uzmanlaşmaya ilişkin destekleyici ve kapasite geliştirici yönü uzmanlar tarafından olumlu karşılandığı görülmektedir.

“Bazen eğitimleri kıyaslama ihtimalimiz olabiliyor başka STK’larla ya da şöyle biz bazen yetersiz gördüğünüz durumlar da oluyor. Dediğim gibi mesela ampute çocuk alıyoruz ve sosyal hizmet ayağında çok klinik almıyoruz ama eğitim ve güçlendirme ayaklarının daha çok geliştiriliyor ama alınan eğitimlerin yeterliliği bence gayet makul. Kendi açımdan da ekip olarak da.” (SHU6-28-E-5)

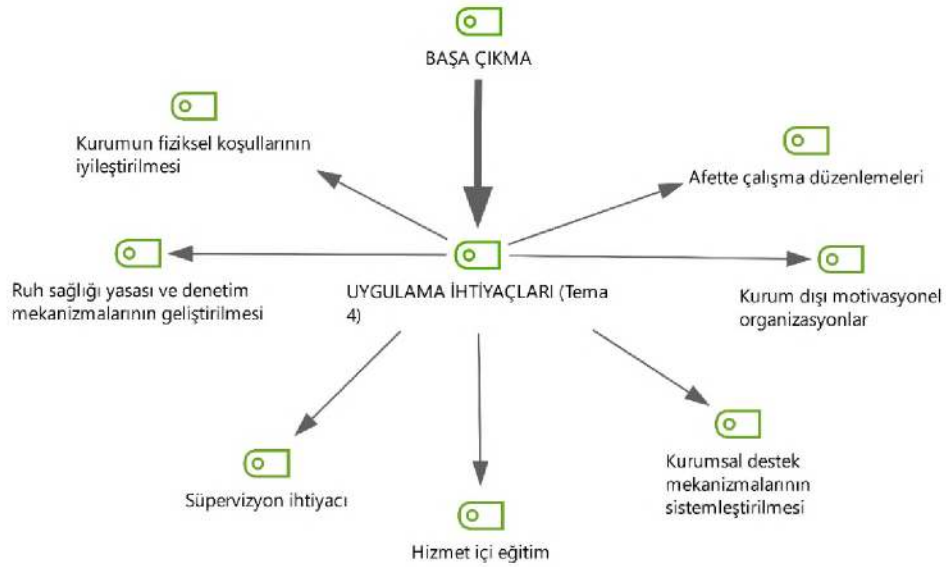
“Kurum içerisinde bir üniversite hastanesi olduğunu düşünürsek aslında farklı özel dalları altında, ana bilim dalları farklı bilim dalları var, farklı alanlar var. Onların

kurum içerisinde yaptığı gibi bizlere de yönelik işte farklı dönemlerde tükenmişlik ile baş etmek için, yönetmek için sanat uygulamaları grubunun atölyeleri oluyor. Oralara katılabiliyoruz.” (PH5-39-K-14)

Bu çerçevede uzmanların kapasite geliştirici taleplerinin kurum tarafından karşılanıyor oluşu uzmanların algılanan örgütsel destekleri, iş tatminleri ve işe bağlılıkları olumlu düzeyde etki edebileceği söylenebilir.

3.4.4. Uygulama İhtiyaçları

Çalışma kapsamında uzmanlardan çalıştıkları alana ilişkin ihtiyaç duydukları destekleyici sosyal politika uygulamalarının neler olabileceği bilgisi alınmıştır. Bu tema çerçevesinde uzmanların uygulama ihtiyaçlarının “Süpervizyon İhtiyacı, Hizmet İçi Eğitim İhtiyacı, Kurumsal Destek Mekanizmalarının Şekillendirilmesi, Ruh Sağlığı Yasası ve Denetim Mekanizmalarının Geliştirilmesi, Afette Çalışma Düzenlemeleri, Kurum Dışı Motivasyonel Organizasyonlar ve Kurumun Fiziksel Koşullarının İyileştirilmesi” olmak üzere 7 alt tema altında şekillendiği görülmektedir.



Şekil 20: Uzmanların Uygulama ve Sosyal Politika İhtiyaçlarına İlişkin Alt Temalar

3.4.4.1. Süpervizyon İhtiyacı

Uzmanların çalıştıkları alana ilişkin kurum tarafından sağlanan süpervizyon desteğine ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Çalışmanın birçok noktasında uzmanların

süpervizyon desteğinin önemini vurguladıkları göz önüne alındığında yapılandırılmış süpervizyon uygulamasının sistemleştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

“Yani çok kurumsal yani hani böyle bakanlığın yaptığı ve bizi teşvik ettiği bir proje. Ya da hani ben belki bilemiyor olabilirim ama ben bu yönde eksik görüyorum. Daha fazla olabilir. Daha çok planlanabilir hence eğitim. Süpervizyon zaten yok da. Olsa güzel olur.” (PDR2-31-K-7)

“Aslında zamanında bakanlık bünyesinde bir süpervizyon verebilecek yeteneğe sahip bir birimimiz olsun. Alan da çok uzun süre çalışan kişiler var. Ya da hani üniversitede hocalarımız var. Hani böyle oluŖsa ve belli her zaman değil böyle çok kritik özel vakalar için bize destek iyi olur diye. Ama yani bakanlık Ŗey zaten uzmanlar işlerini yapıyor. Başlarının da çaresine bakıyorlar deyip, tutmadı. Yani o yüzden Ŗeyi alamıyorum, hani süpervizyon desteği alamıyorum?” (SHU4-51-K-24)

“Buradaki en temel nokta hence kurum içerisindeki akran süpervizyonunun hence zorunlu tutuluyor olması. Öyle bir alan tanınması, öyle bir alan oluŖturulması.” (PSK3-36-K-10)

“Hani bir de özellikle yeni başlayanlar için mesela yeni başlayanlar için böyle bir Ŗey olabilir, mesela usta çırak ilişkisi gibi. Ben bu konuda çok şanslıyım. Çok iyi meslek elemanlarıyla çalıştım. Bir de çok güzel Ŗeyler öğrendim onlardan hem vaka yönetme açısından hem kendi işimi yapma. Mesela ben hiç rapor yazmayı bilmiyordum. En basit Ŗeyleri bile bilmiyordum. Mesela her yeni başlayana destekleyici Ŗeyler yapılmalı. Böyle biri destekleyici Ŗeyler yapılmalı.” (PSK1-26-K-1,5)

“..okuldan mezun olduktan sonra resmi olarak bir hocanın atanması gerektiğini düşünüyorum öğrencilere.” (SHU1-38-K-14)

Özellikle mesleğe yeni başlama sürecinde süpervizyon desteğine oldukça ihtiyaç duyulduğu ve buna ilişkin sistemli bir süpervizyon desteğinin uzmanlara sağlanması gerektiği belirtildiği görülmektedir. Albaek, Binder ve Milde (2019b) tarafından istismar görüşmelerinin zorlayıcı yönüne ilişkin yapılan çalışmada, uzmanların zorlu görüşmelerden sonra meslektaşlarıyla ya da yöneticileriyle paylaşımda bulunmayı ve iş deneyimi az olan uzmanların deneyimli uzmanlara danışarak vaka takibi sağlamalarını güvende hissettirdiği görülmektedir. Demirbaş (2021) tarafından yapılan çalışmada çocuk alanında çalışan uzmanların kurumsal süpervizyon olanaklarının olmadığı, zaman zaman proje kapsamında verilen eğitimler neticesinde sağlanmış olduğu fakat sistemli ve devamlılığı olan bir durumun olmadığı deneyimlerden ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda uzmanların süpervizyon ihtiyacını çoğunlukla kendi çabalarıyla sağladıkları görülmektedir. Akkurt (2022) tarafından yapılan çalışmada özellikle mesleğin ilk yıllarında uzmanlara süpervizyon desteğinin verilmesinin öneminden bahsedilmektedir.

Alandaki yapılan birçok çalışmada da olduğu gibi ruh sağlığı alanında her uygulama için sistemli süpervizyon desteğinin karşılanmadığı fakat uzmanların buna açık bir şekilde ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

3.4.4.2. Hizmet İçi Eğitim

Uzmanlar tarafından belirtilen kurum tarafından sağlanması gereken süpervizyon ihtiyacının yanında uzmanların yetkinliklerini geliştirmeye dönük hizmet içi eğitimlerin planlanması ve çeşitlendirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir. Eğitim ücretlerinin yüksek meblağlı olması nedeniyle herkesin erişemediği bu nedenle bağlı bulunan bakanlık tarafından sağlanmasının faydalı olacağı belirtildiği görülmektedir. Ayrıca uzmanlar kurumlar tarafından sağlanan belirli hizmet içi eğitimlere ise kayırmacılık yoluyla belirli kişilerin gönderildiği ve bu nedenle herkesin erişemediğini belirtmişlerdir.

“Mesela ben okul psikolojik danışmanı olarak Milli Eğitim müdürlüğünden tanıdığım insanlar olmalı. Bakanlığın yüz yüze eğitimlerine, milli eğitim tarafından veriliyor. İşler daha çok tanıdık ilişkisiyle yürütülüyor. Onların bildiği, gördüğü, tanıdıkları yönlendiriliyor ve gidiyor. Ve kendi içinde bir kısır döngüye gidiyorlar, geliyorlardı. Sağ bir yerde kalıyor. Bu noktada biraz daha destekleyici ve motivasyonu var mı, isteği, ilgisi var mı, buna bakılan bir yerde olmasını isterim.” (PDR3-35-K-12)

“Mesela bize eğitim versinler. Bol bol eğitim versinler. Psikologları alıp alıp terapi izletsinler ve sonra da bizi terapist olarak çalıştırsınlar. Aile danışmanlıkları verelim çift danışmanlığı verelim. Ondan sonra çocuklar için akran zorbalığı çalışalım.. Hepimizin eğitimi çok yetersiz. Hiç birimizin dört dörtlük psikolog olup dört dörtlük sosyal hizmet uzmanı olduğunu düşünmüyorum. Çok eksik tarafları var. Eğitilmeliyiz, baş etme konusunda hani atıyorum grup terapileri, mesela drama oyunları falan olabilir, brifingler olabilir. Bunların hepsi bizim için çok çok iyi olurdu.” (PSK1-26-K-1,5)

“Hani baktığınızda olması gerekiyor gibi bir dayatma bir kural da olmadığı için. Maddi durumu el veren veya motivasyonu olan eğitimi alıyor, süpervizyonunu alıyor. Ama maalesef o yeteri kadar elverişli olmayan olabilir. Motivasyonu yeteri kadar olmayan olabilir. Bunlar biraz daha o eğitime süpervizyon sürecine uzakta kalabiliyorlar. Ama bunu bakanlık desteklese hem biraz daha yetkin bir meslek elemanı yetişmiş olur. (PSK4-28-K-4)

Akkurt (2022) tarafından yapılan çalışmada uzmanların hizmet içi eğitim ihtiyaçları, güncel gelişmelerin aktarıldığı ve uygulamaya dönük eğitimlerin düzenlenmesine ilişkin ihtiyacı belirttikleri görülmektedir. Demirbaş (2021) tarafından yapılan çalışmada ise bu çalışmadaki benzer şekilde, sağlanan eğitimlere kimlerin erişebileceğine ilişkin kayırmacılık sağlandığının deneyimlendiği görülmektedir.

Profesyonel becerilerin gelişimine katkı sağlayıcı ihtiyaç temelli eğitimlerin düzenli alabilmenin iş yerindeki iyi oluşu olumlu düzeyde etkilediği görülmüştür (Crivatu, Horvath ve Massey, 2023).

3.4.4.3. Kurumsal Destek Mekanizmalarının Sistemleştirilmesi

Uzmanlar tarafından belirtilen kurum tarafından sağlanması gereken uygulamalardan birinin de kurumsal desteğin çeşitli biçimlerde sunulması ve sistemleştirilmesi biçiminde olduğu görülmektedir. Özellikle bakanlıkların psikososyal destek profesyonelleri çalışanlarına ilişkin ayrı bir birim oluşturulmasının, bu birim bünyesinde uzmanları güçlendirecek ve destekleyecek çalışmaların planlanmasına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

“Bence personel işleri, bakanlığın direkt böyle personel işleri, alımlarla ilgilenen, yerleştirmesine ilgilenen hani hepimizin dosyaları var onlarda. Oturup konuşup düşünmeliler. Psikologlara danışmalılar, PDR’cilere danışmalılar, psikiyatrlistlere danışmalılar. Ne yapılabilir? ..Yetişkin olmamız bizim bir şeylerden uzak kalmamız, bir şeyleri çok rahatlıkla atlatmamız anlamına gelmiyor. Bence bizi düşünmeliler bizim için uğraşmalılar. Biz ne kadar sağlıklı olursak, ilgileceğimiz kişiler o kadar sağlıklı olur. Bizim uğraştığımız kitlelerin hiçbiri normal tipte değil.” (PSK1-26-K-1,5)

“Bence çok acil psikososyal destek müdürlüğü kurulmalı ve bu müdürlüklere sosyal hizmet uzmanları, psikologlar gibi bizim gibi meslekleri icra eden kişilerin düzenli olarak grup terapisi, grup çalışması, süpervizyon desteği, düzenli testlerin yapılması, eğitimlerin düzenlenmesi gibi öyle bir müdürlük olmalı... Ve bu insanların tüm yaşamları psikososyal destek anlamında orada organize edilmeli. Bir afetle vesaire görevlendirdiğimiz de atıyorum çocuğumuz varsa ya da işte hayvanım var mesela, bunlara yönelik orada böyle planlar olmalı. Çocuğuma kreş orada olmalı ya da işte hayvanın için çiftlik olmalı ki ben Maraş’a gidebileyim onu arkamda bırakıp. Yani kesinlikle psikososyal destek müdürlüğünün kurulması gerektiğine inanıyorum.” (SHU1-38-K-14)

“İlk başladığım dönem sadece bir iş psikoloğu vardı. Ben onun verimli olduğunu düşünüyorum. Hatta kurumun yaptığı tek verimli şeydi diyebilirim. O iş psikoloğu ile bireysel görüşmeler de yapabiliyorduk. Hatta şöyle diyeyim, ben işte bir saat o psikologla görüşseksem o bir saatlik süreçte mesela gelip evde de görüşebiliyordum. O bana bir yandan da gerçekten eve gelmekte daha da iyi hissettiriyordu. Bu kaldırıldı ama bizde.” (SHU5-24-E-2)

Bağımlı bireylerle çalışan sosyal yardım uzmanlarıyla yapılan çalışmada resmi destek sistemlerinin eksikliği uzmanlar tarafından beyan edildiği görülmüştür. Bu anlamda kurumsal desteğin örgüt politikalarına dahil edilerek çalışanların ihtiyaçlarına göre organize edilmesinin fayda sağlayacağı vurgusu yapılmaktadır (Schoenberger, ve

diğerleri, 2024). Psikososyal destek alanında çalışanların çeşitli biçimlerde desteklenmeye ihtiyaç duydukları görülmektedir. Süpervizyon, eğitim, psikososyal destek, koruyucu ve önleyici gibi farklılaşan desteklerin ruh sağlığı uzmanları için oluşturulan birimler tarafından düzenlenerek uygulamaya konulması ihtiyacı öne çıkmaktadır.

3.4.4.4. Ruh Sağlığı Yasası ve Denetim Mekanizmalarının Geliştirilmesi

Psikososyal alana ilişkin uzmanlar tarafından en önemli olarak belirtilebilecek ihtiyacın ruh sağlığı yasası olduğu söylenebilir. Uzmanlar ruh sağlığı yasasının olmaması nedeniyle savunmasız bir şekilde hizmet vermekte olduklarını ve yetkin olmayan kişiler tarafından alanın istismar edildiğini belirtmişlerdir. Ruh sağlığı yasası kapsamında bu alandaki meslekleri nerede birleşip nerede farklılaştığına ilişkin sınırların çizilmesine ihtiyaç olduğu ve meslek odaları tarafından ruhsatlı bir biçimde çalışma usulünün benimsenmesi gerektiği belirtilmektedir.

“Mesela bir psikologlar odası olsa. Hani psikologlar için psikologlar odası olacak olsa, sosyal hizmetlerin bir sosyal hizmet odası olsa uzmanlar için. Hani ve bu kayıt yaptırıldığı, yaptırmadan daha lisanslı olmadan, ruhsatlandırılmadan da çalışılamıyor olsa işte bunların hepsi aslında bizlerin denetlenerek yapılması gereken ve ruh sağlığı alanında da bir meslek yasasının eksikliğinden dolayı olan şeyler. İşte bir meslek yasası gelse bunları da kapsasa hem topluma daha faydalı olacağız hem de yetkinliklerimiz artacak. Hani ben yurt dışında tanı ve tedavi yapma yetkisine sahipken Türkiye’de ne tanı ne de tedavi yapma hakkına sahibim. Ancak danışmanlık hizmeti verebiliyoruz.” (PSK2-35-E-15)

“Politikalar nezdinde baktığımda öncelikle ruh sağlığı yasasını belirgin sınırlarının olması benim için çok değerli.. Yani evet, ben kulaklarımı kapadım. Hiçbir şey dinlemiyorum. O psikolojik danışman psikolog savaşlarına girmiyorum. Geri bildirim vermiyorum ama bunu, bu belirsizliği de rahatsız bir yerden hissediyorum, deneyimliyorum.” (PDR3-35-K-12)

“Yani bakanlığın aslında bizim için temel işlevi sanırım bir şeyi denetlemek ve bu denetleme işlevini bence biraz daha ciddi bir biçimde yapabilir. Çünkü bazı kurumlar denetlenirken, bazı kurumların çok gözden kaçtığı. Ama herhalde denetleme sürecinin daha net bir biçimde yapılıyor olması sanırım olumlu bir şey olurdu.” (PSK3-36-K-10)

“Psikologların çok böyle dikkate alınmaması.. Mesela test sayı olarak sisteme girilebiliyor ama diğer şeyler çok sisteme girilmediği için kazanç odaklı bir şey de değil gibi bir yandan bakılıyor. O yüzden çok üzerine düşülüyor. O yüzden psikoloğun yapabileceği nedir gibi şeyinde. Böyle bir de yasa da olmadığı için zaten. Biz neyiz, asıl sınırlarımız ne, nereye kadar yapabiliriz, nereyi tek başımıza yapabiliriz falan gibi bir şeyler var. Onlar sıkıntı olabiliyor.” (PSK5-32-K-8)

Ruh sağılığı yasıası ve gerekli denetim mekanizmalarının olmamasının ortaya çıkardığı yasal boşluklar alanı suistimale açık hale getirerek ruh sağılığı hizmetini de olumsuz etkilemekte olduğunu uzmanların beyanlarından ortaya çıkmaktadır.

3.4.4.5. Kurum Dışı Motivasyonel Organizasyonlar

Uzmanların alana ilişkin ihtiyaçlardan birinin de kurum tarafından motivasyonel organizasyonlara ilişkin olduğu görölmektedir. Uzmanlar kurumlarındaki meslektaşlarıyla birlikte ortak etkinliklerle bir araya getirilerek güçlendirici, iyi oluşu destekleyici ve motivasyon sağılayıcı faaliyetlere ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

“Biraz daha well-being’e yönelik bir şeyler. Çünkü biz dediğim gibi sürekli de bir yandan toplantı yapan işte toplantılara çalıştaylara götürölen bir ekibiz. Yani ben bundan da çok sıkılmış durumdayım. 1-2 gün bizim well-being’imiz için hani herhangi bir yere götürüp biz kendi aramızda sohbet edelim, eğlenelim biraz böyle bir şey.” (SHU5-24-E-2)

“Belli dönemlerle moral ve motivasyonu arttıracak ve destekleyecek eğitimlere tabi tutması gerekiyor bakanlığın bizi. Çünkü gerçekten travmatik vakalarla çalışıyoruz ama süpervizyon desteğı yok. Onun yanında o psikolojik sağıamlılığı destekleyecek çalışmalar da yok. Yani bu üçünden birinin mutlaka olması gerekiyor. Ya süpervizyon ya psikolojik sağıamlılığı artıracak çalışma ve etkinlikler. Ya da moral ve motivasyonu güçlendirecek çalışmalar. Bunların olması gerek ama üçte yok.” (SHU4-51-K-24)

“Yani ne bileyim mesela bir gün toplansınlar tüm personeli alıp götürüp gezdiresinler. Yani böyle ciddi bir aktivite yapalım. Ne bileyim ilginç bir etkinlik, kültür, sanat bir şey yapalım, bir araya gelip top mop oynayalım. Hani anlatabildim mi?” (PSK1-26-K-1,5)

Çocuk alanında çalışan uzmanların deneyimlerin incelendiğı çalışmada da benzer şekilde motivasyonel organizasyonların az ya da oldukça yetersiz biçimde olduğu bu nedenle uzmanların işe yönelik bağılılıklarının etkilendiğı belirtilmektedir (Demirbaş, 2021). Kurum dışı faaliyetlerin organize edilmesi uzmanların kuruma bağılılıklarının arttırılmasına ilişkin bir talep olduğunu göstermektedir.

3.4.4.6. Afette Çalışma Düzenlemeleri

Uzmanlar tarafından çalıştıkları alana ilişkin ihtiyaç duydukları bir başka uygulamanın ise afet dönemlerindeki çalışma prosedürlerinin sistemleştirilmesi olduğu belirtilmektedir. Uzmanların deneyimlerinden afet dönemi çalışanı destekleme

anlamında eğitime odaklanıldığı fakat psikososyal hizmet veren uzmanların iyi oluşlarına yeterince odaklanılmadığı görülmektedir.

“Ya nasıl diyeyim Hatay'dan dönen arkadaşlar çok kötüydü. Hani herkes iyi baş edemez, herkes iyi baş etmek zorunda değil. Herkesin kendi biricik yöntemleri var. Hani o kadar o kadar kötüydüler ki, onların hepsiyle ayrı ayrı psikoterapi yapılmalıydı. Hepsinin ihtiyacı var ve yapmadılar. Oturup eğitim yaptılar. Eğitim değil ki, grup terapisine ihtiyaç vardı.” (PSK1-26-K-1,5)

“Süpervizyon desteği olarak, bu dediğim gibi deprem bölgesinden geldikten sonra biz bu konuda daha detaylı, daha anlamlı bir eğitim istedik. Hani süpervizyon desteği olsun, bize de katkı sağlayacak düzeyde olması adına ama henüz olmadı. O anlamda..” (SHU2-27-K-3,5)

“..yani gönüllü olarak kendimizi ifade etmemizden çok sonra organize olup oraya göndermemiz bir şeydi, sistemle ilgili bir problemdi. Ama zaten demek ki afetlere hazır olmadığımız içinde hani bu boyutunun ıskalandığını yine söyleyebiliriz. Yani afetlere müdahale, afet olmasını beklemeden, zaten bu ihtimal yaşayan bir ülke olduğumuz için afetlere hazırlık sürecinin bir parçası olarak belki afetlerle birlikte krize müdahale ve sonrasında ortaya çıkacak işte kişiye yardım edecek, öz bakım sağlayabilecek bir programın da varlığından söz edemeyiz.” (SHU3-40-E-15)

“Şöyle afet sürecinde ben kendi kurumun sınıfta kaldığını düşünüyorum. Çünkü şöyle sınıfta kaldık, ülke olarak da sınıfta kaldık. Ama kendi adımıza daha iyi olabilirdik çok konuştuk.. Herkesin rol ve görevi. Çünkü bizim gibi STK'lar zaten çoğunlukla afetle çalışır.. Neyse bu tarz durumlarda kişilerin rol ve sonuçları belli olmalı. Kimin ne? Çünkü herkes her şeyi yapmaya çalışıyor. Bir sosyal hizmet uzmanı bir anda diyor ki ben ne yapacağım. Yani ya da bir psikolog geliyor ki birinin elini mi tutacağım, ona psikolojik ilk yardım mı yapayım. Görev ve tanım işlemler netleşti şu an. Herkesin biri yiyecek dağıtacak, biri kıyafet dağıtacak, biri aracı sürecek. Bütün rol ve komutlar belli.” (SHU6-28-E-5)

Kurumların afette çalışmaya ilişkin benimsenen türde yeterli politikalarının olmayışı uzmanları bu alanda hizmet sağlarken savunmasız kılmakta ve afetin getirdiği yıkımı zaman zaman daha da karmaşıktırmakta olduğu görülmektedir.

3.4.4.7. Kurumun Fiziksel Koşullarının İyileştirilmesi

Uzmanların bir kısmının ise kurumun fiziksel koşullarının iyileştirilmesinin ihtiyacı olduğunu belirttikleri görülmektedir. Bazı uzmanların çalıştıkları kurumların eski ve hasarlı bina olması, kantin gibi olanaklarının dahi olmaması ve uzmanların öz bakım sağlayabileceği alanlarının olmaması önemli bir yoksunluk olarak değerlendirilmiştir.

“Çalışma koşullarımızın iyileştiriliyor olması işte az önce bahsettik. Mesela güvenli binalar güvenli ortamlarda çalışıyor olmak, onunla ilgili işte şu anda bir yapılanma aşamasında kurumumuz zaten. Orada mesela o da iyi hissettirebilecek adımlar

olabilir. Yani burada tabii bahsettiğin şekilde hem kurumsal hem bireysel düzeyde destekleniyor olmak.” (PH5-39-K-14)

“Keşke burada böyle bir spor salonumuz olsa biraz aletlerin falan olduğu ya da içi dolu bir salonunun olduğu.. Hani orada biraz böyle kafa dağıtayım. Bunu çok isterdim. Hastanemizin bir kantini yok, kapatıldı pandemide. Ve hâlâ bir kantinimiz yok. Yani 2 arkadaşımız da gidip böyle 5 dakika bir türk kahvesi içip bir nefes alabileceğim bir alanım yok. Ve ben sigara içmediğim için zırt pırt dışarıya da çıkamıyorum bahanem de yok. Yani hani bazen böyle hastanenin içinde tüm günümü bitirdiğim oluyor. Tüm günüm hastanenin içinde bitiyor.” (SHU1-38-K-14)

“Kurum içerisinde terapistlerinde rahatlayabileceği o kendilerine olan bakım verebilecekleri ortamlar oluşturmak. Örnek veriyorum belki bir spor aletinin oluşu, çiçek bakımıyla ilgilenebilecek, hani böyle biraz hobi tarzında alanların açılmasını hence çok faydalı ve o öz bakıma da dahil ilgili alan olabilir.” (PSK3-36-K-10)

Ashley-Binge ve Cousins (2020) sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının genellikle yetersiz kaynaklar ve koşullara sahip olunmasının çalışan değeri ve yapılan işe ilişkin algının bir yansımasını barındırabildiği vurgusunu yapmaktadır (Ashley-Binge ve Cousins, 2020). Psikososyal alanın bütüncüllüğünün, uzmanların yeterli kaynaklara sahip olması açısından da önemli olabileceği söylenebilir.

SONUÇ

Bu çalışma kapsamında psikososyal destek profesyonellerinin ikincil travma ve başa çıkma becerilerine ilişkin deneyimleri nitel çalışma prosedürü kapsamında tematik analiz yöntemiyle incelenerek, bu alandaki sosyal politika ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında 20 psikososyal destek profesyoneliyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak tematik analiz yöntemiyle uzmanların deneyimlerinden elde edilen 4 ana tema oluşturulmuştur.

Araştırma kapsamında cevap aranan ana problemlerden biri olan “Psikososyal profesyonellerinde zorlayıcı ve ikincil travma deneyimleri nelerdir?” ve “Uzmanların ikincil travmaya ilişkin deneyimlemiş oldukları belirtiler nasıl şekillenmiştir?” sorularına ilişkin deneyimler “Psikososyal Profesyonellerinin Deneyimleri” ana teması altında şekillenmiştir.

Mevcut çalışma kapsamında her uzmanın, vakalarına ilişkin ikincil travma deneyimi olmadığı ama yoğunluğunun zaman zaman mesleğe ilişkin zorlayıcı deneyimleri olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı uzmanlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin incelendiği birçok çalışmada uzmanların küçük bir kısmının klinik düzeyde anlamlı semptomlar sergiledikleri tespit edilmiştir (Velasco, Sanmartín, Gálvez-Lara, Cuadrado ve Moriana, 2023; Daniels, 2006; Lee, Gottfried ve Bride, 2017; Kadambi ve Truscott, 2004). Bu sonuçlar için psikososyal profesyonellerinin zorlayıcı vakalarına ilişkin işlevsel başa çıkma kaynakları olduğuna işaret etmekte olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamında uzmanların deneyimlerinden elde edilen sonuç kapsamında ikincil travmaya maruz kalmamış olsalar dahi kurumsal destek mekanizmalarına ihtiyaç duyduklarını ve bireysel başa çıkma becerilerini kullandıkları araştırmanın sonucu olarak elde edilmiştir. İlk tema kapsamında profesyonellerin ikincil travma ve zorlayıcı deneyimleri ele alınırken son tema çerçevesinden başa çıkma becerilerine ilişkin deneyimler şekillenmiştir.

İkincil travma deneyimi olan uzmanların mesleğin ilk yıllarında ve afet gibi zorlayıcı dönemlerde ikincil travmaya ilişkin bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel belirtiler sergiledikleri görülmüştür. Her uzmanın ikincil travma deneyimi olmadığı

görülürken zorlayıcı deneyimlerine ilişkin ikincil travmatik stres tepkilerine benzer şekilde belirtileri belirli dönemlerde sergiledikleri görülmüştür.

Uzmanların zorlayıcı deneyimlerinin özellikle yakın zamanda meydana gelen 6 Şubat depreminde oluşan afet sürecinde şekillendiği görülmektedir. Afet sürecinde zorlayıcı deneyimleri ve sınırlı rollerinin yanında destekleyici rolde olmanın tatmin edici bir fayda sağladığı görülmüştür. Bu nedenle bu deneyimin ikincil travma için koruyucu olabildiği söylenebilir. Bunun yanında afet bölgesinde hem depremzede hem de psikososyal destek profesyoneli olarak görev yapmanın bu deneyimi zorlaştırdığı da görülmüştür.

Uzmanların zorlayıcı deneyimlerinin dış dünyaya ilişkin algılarını şekillendirdiği, sosyal adalete ve adil dünya inancına ilişkin tanık oldukları deneyimler yoluyla değişim yaşadıkları görülmüştür. Bunun yanında uzmanların maruz kaldıkları zorlayıcı deneyimler dış dünyaya ilişkin kişilerarası ilişkiler ve karar alma noktasında etkileyici bir faktör olarak yaşamlarında yer ettiği bazı uzmanların deneyimlerinden elde edilen bir sonuç olarak görülmüştür.

Profesyonellerin vakalarına ilişkin tanık rolünün danışanların görülme ihtiyacını karşılarken uzmanlara da varoluşsal düzeyde anlamlılık duygusunu sağladığını ve terapötik düzeyde belirtilebilecek düzeyde güven ilişkisinin olumlu yönünü ortaya çıkardığını göstermektedir. Bu durumun da uzmanlar için zorlayıcı da olsa ikincil travma gibi olgulara karşı koruyucu etki sağlayabileceğini söylemek mümkündür. Bunun yanında tanık rolünün uzmanların çoğunluğunda yasal sorumluluğu çağrıştırdığı görülmüştür. Yasal sorumluluk ve vakanın iyiliğini göz etmeye ilişkin ikilemin uzmanlar için bir kaygı kaynağı olduğu buradan elde edilen bir sonuçtur. Bu nedenle özellikle yasal sorumluluk ve uzmanların sınırlı düzeyde eşlik rolünün sağlamış olduğu bu kaygı, kurumsal kaynaklar tarafından göz önünde bulundurularak uzmanların bu anlamda desteklenmesi ihtiyacının önemli olduğu söylenebilir.

Uzmanların zorlayıcı deneyimlerinin vaka türüne göre çeşitliliği ele alındığında farklılaşan alanlarda olduğu görülmektedir. Bunun nedenini çalışma örnekleminin farklı alanlarda çalışan uzmanlardan oluşturulması görülebilir.

Araştırma kapsamında “Uzmanlar için bireysel, kişilerarası ve örgütsel faktörlerin ikincil travma, zorlayıcı deneyimler ve başa çıkma becerilerine katkısı nelerdir?” sorusuna cevap aranmıştır. Uzmanların mesleklerini ve çalıştıkları kurumların bağlı olduğu sistemsel özelliklerin zorlayıcı ve ikincil travma gibi deneyimlere etki eden bir faktör olup olmadığına bakmak için bu problem kurgulanmıştır. Bu problem kapsamında “Mesleğin Doğası” ve “Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli” temaları altında uzmanların deneyimleri şekillenmiştir. Uzmanların yaptıkları iş ve karşılaştıkları hikayelerin zorlayıcılığı yanında fayda sağlayabildikleri ve benlik gelişimine katkı sağlayabilme işlevi nedeniyle mesleklerine ilişkin algılarının birçok yönden olumlu düzeyde olduğu görülmüştür. Mesleğin olumlu faydalarından biri olarak kişisel ve benlik gelişimin uzmanlarda esnek bir anlayış sağlayabilme potansiyeli olduğu söylenebilir. Bu kapsamda çalışmada profesyonellerin çoğunluğunda ikincil travmatik stres deneyimi olmaması, uzmanların mesleklerine ve yaptıkları işe ilişkin olumlu bakış açılarının varlığı ve etkisi olabileceği söylenebilir. Uzmanların mesleklerine ilişkin olumlu algılarını, ikincil travma için koruyucu bir faktör olarak değerlendirebilmek mümkündür. Kadambi ve Truscott (2004) tarafından travmatik vakalarla çalışan uzmanların işlerine yükledikleri anlam ve ödül duygusunun sorgulanmasının hem başa çıkma hem de mesleğe ilişkin nasıl başarı geliştirdiklerini kavrayabilmek açısından önemli bulunmuştur.

Kurum sisteminin ikincil travma ve zorlayıcı deneyimlere etkisi “Sistemi İçinde Psikososyal Profesyoneli” teması çerçevesinde ele alınmıştır. Uzmanların bir kısmının içinde bulundukları kurum sisteminin destekleyici olduğunu bu sayede mesleki anlamda tatmin sağladıklarını ve vaka çeşitliliği açısından deneyim elde edilen kurumsal sistemlerde yer aldıkları görülmüştür. Bunun yanında kamu ve sivil toplum kurumlarında kurumsal düzeyde yeterli destekleyici rolün benimsenmemesi, bakım uygulamalarının bütüncül düzeyde sağlanmaması, uzmanların rol karmaşası yaşaması ve özellikle ruh sağlığı yasasının olmayışı gibi yasal nedenlerden dolayı kurumlardaki yetersiz işleyiş uzmanlar tarafından sorun olarak ele alınmıştır. Uzmanların deneyimlerinden kamu ve sivil toplum kuruluşlarında destekleyici kurum kültürünün yeterince benimsenmediği, özel danışmanlık alanlarında ise yeterli denetim sağlanmaması nedeniyle ruh sağlığı hizmeti sunumunda önemli eksiklikler olduğu görülmektedir.

Profesyoneller içinde bulundukları sistemi, aldıkları ve almakta oldukları eğitim ve süpervizyon açısından değerlendirdiğinde ise yaptıkları işin doğası gereği sürekli

eğitim olarak gelişim sağlanması gereken ve bunun yanında deneyimleyerek öğrenmenin sağlandığı bir alanda olduklarının altını çizdikleri görülmektedir. Hizmet içi eğitimlerin kurumsal düzeyde yetersiz sağlanmasının etkisinde sahada yetkin olmayan personel sorununun olabildiği de içinde bulundukları sistemin bir özelliği olarak görülmektedir. Uzmanlardan kamu alanında olanlarının çoğunun informal düzeyde meslektaşlarından ve üstlerinden mesleki süpervizyon ve sosyal destek almaya ilişkin bir tutumu olmasının yanında danışmanlık merkezlerinde çalışan profesyonellerin ise kendi kaynaklarını oluşturarak süpervizyonlarını alma eğiliminde olduğu görülmüştür. Uzmanların gerek bireysel gerek ise informal süpervizyon kaynaklarının ikincil travma ve zorlayıcı deneyimler için koruyucu etkisi olabildiği bu sonuçlardan elde edilebilir. Uzmanların kurum tarafından sağlanan yapılandırılmış eğitim ve süpervizyon konusunda kısıtlı destek görmeleri, kendi kaynaklarını oluşturma güçlerini ortaya koymuştur.

Çalışma kapsamında “Uzmanlar ikincil travma ve zorlayıcı deneyimler ile nasıl başa çıkmaktadırlar?” sorusuna “Başa Çıkma” teması kapsamında cevap aranmıştır. Uzmanların özellikle kendi travmatik yaşantılarıyla örtüşen vakalarla karşılaşma sonucu zorlanma yaşadıklarında bireysel terapi ve süpervizyon gibi profesyonel kaynaklardan destek almayı tercih ettikleri görülmüştür. Bunun yanında uzmanların vakalarıyla kendi deneyimleri arasında bilişsel ve duygusal düzeyde ayırım yaparak kendilerini koruyabildikleri deneyimler görülmüştür. Örtüşen hikayelerden bağımsız olarak mesleğin zorlayıcı yönüne ilişkin yine bireysel terapi ve süpervizyon gibi profesyonel destekler aldıklarını, belirli rutinleri oluşturarak bunları korudukları, meslekli gelişimleri için eğitimler almayı sürdürdükleri görülmüştür. Bu anlamda uzmanların çoğunlukla davranışsal düzeyde olumlu olarak belirtilebilecek başa çıkma becerileri benimsedikleri görülmektedir. Bunun yanında özellikle iş stresi ve afette çalışma deneyiminin zorlayıcılığına ilişkin uzmanların sigara tüketimi arttırdıkları ve stresli duruma karşı bu şekilde başa çıkmaya çalıştıkları örüntüler de görülmüştür.

Profesyoneller için önemli bir başa çıkma kaynağının ise çalışma kapsamında sosyal destek olduğu görülmüştür. Uzmanların kurum içi meslektaşlarından resmi olmayan biçimde süpervizyon desteği alabildikleri, bu durumun da ikincil travma ve zorlayıcı deneyimlere ilişkin koruyucu etki sağladığı söylenebilir. Baugerud, Vangbæk ve Melinder (2018: 228) tarafından süpervizyon ve sosyal desteğin ikincil travmanın gelişiminde tampon görevi sağlayabildiği belirtilmektedir. Mevcut çalışmadan da elde

edilen sonuçlar göz önüne alındığında psikososyal alanda çalışan uzmanların çevresinin ruh sağlığı uzmanlarından ve destekleyici bir çevreden oluşması koruyucu bir faktör olarak değerlendirmek mümkündür. Bunun yanında yeterince destek görülmeyen iş çevresinde bulunmak ya da yeterli ruh sağlığı meslektaş olmayan kurumlarda bulunan uzmanlar için informel anlamda sosyal destek alamayacakları için kurumsal destek kaynaklarının önemi göze çarpmaktadır. Jirek (2020) tarafından yapılan çalışmada kurum kültürünün travmatik durumların uzmanlar için olumsuz etkilerini azaltmada rol oynayamayacağına ilişkin tutum benimsenmesinin ve böylece ikincil travma gibi olgulardan korunmanın her profesyonelin kendi sorumluluğunda tutulmasının uzmanların çeşitli ikincil travma deneyimleri ve iş stresine etkisi olduğu görülmüştür. Bu anlamda örgütsel faktörlerin ve kültürün ikincil travmadan korunmak için önemli bir katkısı olduğunu söylemek mümkündür.

Uzmanlarının çoğunluğunun meslektaş ağlarından sosyal destek aldıkları bunun yanında bazılarının yakın ilişkilerinden de duygusal düzeyde iş stresine ilişkin sosyal destek aldıkları görülmüştür. Kurumsal düzeyde ise uzmanların yeterli sosyal destek politikası görmedikleri bir kültürün içinde oldukları görülmüştür. Bu bağlamda uzmanların başa çıkma yollarının bireysel kaynaklardan geldiği, kurumsal politikalar nezdinde yeterli görünürlüklerinin olmadığı dikkat çekmektedir. İkincil travma alanında yapılan çalışmalarda ikincil travma için akran desteğinin koruyucu nitelikte etkisi elde edilmiştir. Bu kapsamda kurumların formel ve yapılandırılmış biçimde akran destek sistemlerinin oluşturulmasını sağlamak önemli bir etki ortaya koyacağı belirtilmektedir (Caringi ve Hardiman, 2011; Caringi, vd., 2016).

Çalışma kapsamında “Uzmanların ikincil travma gibi zorlayıcı deneyimlerden korunmak için ihtiyaç duyduğu kaynaklar nelerdir?” problemine cevap aranmıştır. Yeterli düzeyde algılanan kurumsal destek kaynaklarının süpervizyon, hizmet içi eğitim, ruh sağlığı yasası ve denetim mekanizmalarının geliştirilmesi, kurumsal destek mekanizmalarının sistemleştirilmesi, afette çalışma düzenlemeleri ve fiziksel koşulların iyileştirilmesi ihtiyaçlarının uzmanlar tarafından ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Uzmanların bu ihtiyaçlarından yola çıkarak çalışmanın öneriler kısmı şekillendirilmiştir.

ÖNERİLER

Psikososyal profesyonellerinin ikincil travma, merhamet yorgunluğu, dolaylı travma ve tükenmişlik gibi iş stresine ve maruziyetine ilişkin deneyimlerden korunmak için öz bakım uygulamalarının önemi belirtilmektedir. Mevcut çalışma kapsamında da uzmanların bireysel başa çıkma becerilerinin baskın olduğu kurumsal desteğe ilişkin sistematik örneklerin kısıtlı olduğu görülmüştür. Fakat öz bakım gibi bireysel çabanın uzmanları koruma açısından yeterli olmayacağı, uzmanlar için koruyucu uygulamaların politikalar nezdinde benimsenmesi ihtiyacının da olduğu görülmektedir.

Uzmanların bireysel düzeyde koruyucu öz bakım uygulamalarının yetersiz kaldığını savunan alandaki çalışmalara bakıldığında psikososyal profesyonelleri için politikalara ihtiyaç olduğu vurgusu görülmektedir. Bireyci yaklaşımların ikincil travmayı açıklamada yetersiz kaldığı ve kurum kültürünün ikincil travmayı önleme ve iyileştirme üzerinde önemli etkisi olabileceği belirtilmektedir (Jirek, 2020: 225). Killian (2008) tarafından yapılan çalışmada ikincil travma belirtileri ve bireysel başa çıkma becerileri arasında ilişkiye rastlanılmadığı görülmektedir. Bu durumu uzmanların boş zaman aktivitesi ve sürekli eğitim alma gibi standart başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ilişkin beklenti içinde olunmaması gerektiğini belirtmiştir. Uzmanların başa çıkma becerileri yapısal, örgütsel ve politik kaynaklar tarafından bireysel sorumluluğa indirgenmektedir. Bu durum da bireysel başa çıkma becerilerinin yetersizliğini gösterebilmektedir. Bu nedenle kurumsal düzeyde uzmanların desteklenmesi için iş yükünün sınırlandırılması ve çalışanların idari alanlarda söz sahibi olmaya ilişkin katılımının sağlanması destekleyici kurum kültürü olmaya ilişkin önerilmiştir. Yassen (1995) tarafından da ikincil travmanın önlenmesinde yalnızca bireysel sorumluluğunun olmadığını vurgulamaktadır. Ekolojik bir yaklaşım ile gerek uzun vadeli gerek ise uygulama odaklı ikincil travmaya ilişkin önleyici yaklaşımın altı çizilerek politika yapıcıların, yöneticilerin, eğitimcilerin ve profesyonellerin rolüne değinilmektedir. Birincil önleme düzeyinde toplumsal çatışmanın önlenmesinin, ikincil düzeyde ikincil travmaya ilişkin kişisel ve çevresel başa çıkma stratejilerin sağlanabilmesi ve üçüncü önleme olarak ikincil travmanın uzun süreli etkilerinin azaltılmasına ilişkin birey ve topluluklarda krize ilişkin müdahalelerinin planlaması önerilmektedir. Molnar ve diğerleri (2017: 129) tarafından ikincil travma veya dolaylı travmanın uzmanlar üzerindeki etkisinin önlenmesi amacıyla planlı bir halk sağlığı yaklaşımının

benimsenmesinin altı çizilmektedir. Bu yaklaşım çerçevesinde dört adımdan ilk adım olarak sorunun tanımlanarak, kapsam ve prevalansının saptanabilmesi, ikinci adım olarak risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, müdahale politikalarının geliştirilmesi ve son olarak da geliştirilen bu uygulamaların izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekliliği öne sürülmüştür. Çalışmalarda ortaya konan ortak görüşün psikososyal profesyonelleri için koruyucu uygulamaların kurumsal ve politik düzeyde benimsenmesi gerektiği görülmektedir.

Mevcut çalışma ve alandaki diğer çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda psikososyal profesyonellerinin etik ve sağlıklı hizmet verebilmeleri için kamusal politikalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu anlamda en önemli ihtiyaçlardan birinin çalışmadan elde edilen bulgulardan biri olan kurumsal destek mekanizmalarının geliştirilmesine ilişkin uygulamaların olabileceği söylenebilir. Çalışma çerçevesinde elde edilen bulgular açısından, uzmanların bağlı oldukları bakanlıklar çerçevesinde personel genel müdürlükleri kapsamında uzmanların iyi oluşlarına ilişkin sistematik uygulamalar ortaya konulması gerekliliği görülmektedir. Bu müdürlükler tarafından personelin ihtiyacına yönelik anlayışa ilişkin bakış açısıyla uzmanların ikincil travma ve zorlayıcı deneyimlere ilişkin koruyucu destek uygulamaları oluşturulabilir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgular neticesinde bu koruyucu destek uygulamalarının en önemlilerinden birinin her uzmanın faydalanabileceği süpervizyon imkanının sağlanması önemli bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Uzmanların ihtiyaç duydukları alanlarda formel ve erişilebilir bir süpervizyon ağına dahil olabilmeleri, sağlanan hizmeti olumlu düzeyde etkilemesinin yanında uzmanın iş stresi ve empati yüküne ilişkin koruyucu etki ve sağlam bir kurumsal kültürü benimsemesine fayda sağlayabilecektir. Kurumsal destek mekanizmalarının geliştirilmesi için personel müdürlükleri tarafından sağlanabilecek bir diğer uygulama da uzmanların bireysel ve iş yaşamının zorlayıcı yönüne ilişkin psikososyal destek alabilecekleri sistemin sağlanabilmesidir. Uzmanların iş yerinde alabilecekleri psikososyal desteğin daha erişilebilir nitelikte olması, destek alma motivasyonlarını arttırıcı ve stres riskine karşı koruyucu bir etki sağlayabileceği söylenebilir.

Personel birimleri tarafından bir diğer uygulama olarak hizmet içi eğitimlerin düzenlenerek her uzmanın erişebileceği nitelikte kurgulanmasıdır. Her uzmanın çalışma alanına yönelik mesleki gelişim faaliyetlerinin sağlanması ve becerilerinin

geliştirilmesine desteklenmesi böylece sağlanabilir. Örneğin bilişsel davranışçı terapi eğitimi, kabul ve kararlılık terapisi, motivasyonel ve ileri görüşme teknikleri gibi eğitimleri uzmanların bağlı bulundukları kurumsal sistemin içinde alabilmeleri sahada yetkin profesyonelleri çeşitlendirecektir. Nitekim McNeillie ve Rose (2020: 3) tarafından uzmanların refahı göz önünde bulundurularak süpervizyon ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının uzmanın zorlayıcı deneyime ilişkin anlamlandırma ve bilişsel işleme kapasitesine katkı sağlayarak iş tatminini arttıracak bir etki sağlayacağı belirtilmiştir. WHO (2021) ruh sağlığı profesyonellerinin sürekli eğitim, akreditasyon ve süpervizyonu için üniversiteler ve diğer eğitim kurumlarıyla meslek birliklerinin iş birliğinin sağlanması gerektiğini belirtmektedir.

Bunun yanında uzmanların katılım sağlayabilecekleri paylaşım ve destek gruplarının oluşturulması, grup süpervizyonunun sağlanması ve rotasyon imkanına ilişkin uygulamalar personel birimleri tarafından hayata geçirilebilecek uygulamalar olabilir. Tüm bu uygulama örneklerinin kamu kurumlarında çalışan psikososyal destek profesyonelleriyle ve bağlı bulundukları bakanlıklarla ilişkili olduğu düşünülebilir. Özel danışmanlık ve kliniklerde hizmet veren uzmanların da fayda sağlayabileceği süpervizyon ve eğitim ağlarının geliştirilmesi, eğitim veren kurumların yetkin özelliklere sahip olma şartları ve erişilebilir maliyette olması önemlidir. Özellikle sahada yeni mezun adayların bu anlamda güçlük yaşadığı çalışma bulgularında görülmüştür. Bu anlamda ruh sağlığı alanında kamu, özel ve sivil toplum olarak görev yapan her profesyonelin erişebileceği süpervizyon, eğitim ve psikososyal desteğinin sağlanabilmesi önemlidir. Bu nedenle kurumların ve bakanlıkların ortak çalışmalarla bu alanda uzmanları desteklemesi ruh sağlığı yasası çerçevesinde değerlendirilmesi gereken bir alandır. Özellikle kamu, sivil toplum ve özel sektör iş birliğiyle bu alandaki hizmet veren uzmanlar için çalışana destek programlarının oluşturulması ve yönlendirme ağlarının sağlanması önemli bir destek olacaktır.

Çalışma kapsamında uzmanlar için destekleyici olacak politika ihtiyaçlarından biri olarak ruh sağlığı yasasının çıkarılması olduğu görülmüştür. Türkiye’de ruh sağlığı yasasına ilişkin yüz yılı aşan süredir çalışmalar görülmesinin yanında (Balcıoğlu ve Öncü, 2021) henüz bu alanda bir yasa olmaması gündeme getirilmektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023) kapsamında ruh sağlığı yasasının kanunlaşma süreci hedefler arasında görülmektedir. Çalışma çerçevesinde de yasanın eksikliğinin hem hizmet sunma

noktasında hem de uzmanların haklarının korunmasına ilişkin yasal boşlukları oluşturmakta ve ruh sağlığı alanını istismara açık hale getirmekte olduğu sonucu elde edilmiştir. 2018 yılında çalışmalar sonucunda sunulan ruh sağlığı yasası taslağı (TBMM, 2018) incelendiğinde hem ruh sağlığı hizmetinin sunumu hem de ruh sağlığı profesyonellerini koruyucu alanlar görülmektedir. Taslak kapsamında 10. maddede ruh sağlığı hizmeti sunan meslek elemanlarının korunmasına ilişkin maddeler bulunmaktadır. Bu madde kapsamında kurumların ruh sağlığı hizmeti veren profesyonelleri için önleme tedbirlerini almakla yükümlü kılındığı görülmüştür. Yine bu madde kapsamında ikincil ruhsal travma ve mesleki diğer nedenlerden dolayı ruhsal bozukluğun ortaya çıkması durumunda uzmanın tedavisine ve maluliyetine ilişkin kayıplarda sorumluluğun kuruma bağlandığı görülmektedir. Yine mesleğin getirmiş olduğu ruhsal ve bedensel zarara ilişkin kişinin sosyal haklarının kurum tarafından mevzuata uygun çerçevede sosyal güvence ve emeklilik düzenlemelerine yansıtılması gerekliliği belirtilmiştir. Yasa taslağı incelendiğinde yasal hakların uzmanlar ile kurum arasında şekillendirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ruh sağlığı hizmetinin sunulması ve çalışanlarının ikincil mağduriyetlerden korunması için kurumların sorumluluğuna dikkat çeken bu maddelerin aynı zamanda bu kurumların Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı gibi kamu kurumları tarafından eşgüdümlü biçimde daha fazla denetlenmesinin daha güvenilir bir çerçeve sunacağı söylenebilir.

Ruh sağlığı yasası kapsamında uzmanlar için koruyucu uygulamaların sağlanması açısından travma destek ekiplerinin ve yazılı prosedürlerin sağlanabileceği söylenebilir. Çalışmanın ilk bölümünde yer verildiği gibi ABD’deki bazı eyaletlerde ikincil travmanın politikalar nezdinde benimsenerek uygulamaları şekillendirdiği görülmektedir (Child Welfare System, 2016; Department of Children and Families, 2019). Benzer şekilde çocuk, şiddet mağduru kadın ve afet gibi yüksek travmatik risk gruplarıyla çalışan kurumlar için örgütsel destek bünyesinde personelin zorlandığı durumlarda başvurabileceği travma destek ekiplerinin oluşturulması, vaka yönetimine ilişkin danışmanlık alınabileceği, vakanın uzmanda ikincil etkisinin değerlendirilebileceği, iş yükünün planlanabileceği ve uzmanın ihtiyaç duyduğu noktada ve belirli aralıklarla izin kullanmasının motive edileceği bakış açısında sağlanması önerilebilir.

Çalışma kapsamında bir başka sonuç olarak uzmanların sosyal çalışmacı unvanı altında çalışarak rol karmaşası yaşamalarıdır. Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği

kapsamında sosyal çalışma görevlisi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyoloji, çocuk gelişimi, öğretmenlik, aile ve tüketici bilimleri ve sosyal hizmet bölümlerinden mezun kişiler olarak belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2013). Mevzuat kapsamındaki bu tanımlama sahadaki uzmanlar için rol karmaşası yaşatarak, lisans süreçlerinde aldıkları eğitimlerle uyumsuzluk ortaya koymaktadır. Bu durum da sosyal hizmet müdahalesinin yeterliliğini engellemeye neden olabilecek bir riske sahiptir. Uzmanların deneyimlerinde sosyal hizmet disiplininin bilgi, beceri ve değerlerine yetkin olmadan sahada sosyal çalışmacı kimliğiyle bulunmalarının iş stresi meydana getirdiği mevcut çalışma kapsamında görülmektedir. Aynı zamanda Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği tarafından ruh sağlığı yasası taslağına ilişkin ruh sağlığının bütüncül düzeyde sağlanabilmesi için yasanın mesleki sınırlılıkları koruyabilen ve hiyerarşik anlayışından ziyade ekip çalışmasını öne çıkaran özellikte olmasının altı çizilmiştir (SHUDER, 2021). Bu nedenle Türkiye’de mevzuatta yer alan sosyal çalışmacı kavramının yeniden tanımlanmasına, her uzmanın yetkin olduğu alanda istihdam edilebilmesi ve multidisipliner uygulamayı benimsemesine etik bir müdahale anlayışı için ihtiyaç vardır.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023) kapsamında psikiyatri servislerinde tekrarlayan biçimde yatışların azaltılmasının hedeflendiği görülmektedir. Çalışma kapsamında ise özellikle ruh sağlığı hastanelerinde görev yapan uzmanların en çok değindikleri konulardan birinin de dar kapı fenomeni olduğu görülmüştür. Bu durum hastaların psikososyal ihtiyaçlarına odaklanarak yatışlar sonrası takip ve izleme süreçlerinin tedavi ekibi tarafından titizlikle sürdürülmesini ve bakım uygulamalarının daha bütüncül temelli sağlanmasına yönelik ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Çalışmada elde edilen bir başka sonuç kapsamında uzmanların kurum dışı motivasyonel organizasyonlara ilişkin talepleri olduğudur. Uzmanların kendi kurumlarıyla iş dışı alanlarda bir araya gelerek iyi oluşlarını etkileyecek faaliyetlerde buluşmaya ihtiyaçları oldukları görülmüştür. Bunun yanında uzmanların meslektaşlarından algıladıkları sosyal desteğin önemli bir kaynak olduğu yine çalışma bulgularında elde edilmiştir. Bu bağlamda kurum kültürü içerisinde profesyonellerin dayanışma becerilerinin geliştirilmesi için desteklenmesi önemli bir fayda sağlayıcıdır. Bu kapsamda kurum dışı bir araya gelinen organizasyonların geliştirilmesinin kurumsal sosyal destek ağlarının çeşitlenmesi adına önemli bir etki sağlayabileceği söylenebilir.

Uzmanların ihtiyaç duydukları bir başka uygulama ise afet ile çalışma prosedürlerinin oluşturulması olduğu görülmüştür. Türkiye’de Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği (2022) olmasına rağmen prosedürlerin kurumlar tarafından yeterince benimsenmediği sahaya giden uzmanlar tarafından belirtilmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023) kapsamında da afete ilişkin sorumluluklar ve afet personelinin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi hedeflerinin uygulamaya geçirilmeye başlandığı görülmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde özellikle 6 Şubat depreminden sonra il müdürlükleri tarafından çalışana destek eğitimleri düzenlendiği görülmüştür. Örneğin Bakanlığın Erzincan İl Müdürlüğü tarafından deprem sonrasında bölgeye tahliye edilen vatandaşlara hizmet veren personele çalışana destek ve travma sonrası psikolojik iyi oluş eğitimleri verildiği görülmüştür (ASHB Erzincan İl Müdürlüğü, 2023). Burdur ilinde ise Aile ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü tarafından Türkiye’de ilk olması ön plana çıkarılan afet bölgesinde hizmet vermiş psikososyal destek profesyonellerine destek çalıştay düzenlendiği görülmüştür (T.C. Burdur Valiliği, 2023). Bunun yanında birçok sivil toplum faaliyeti kapsamında çalışana destek sağlandığı görülmüştür (Afet Psikolojisi Platformu, t.y.; SHUDER, t.y.; TPD, Faaliyet Raporu 2021-2024). Bu çalışmaların yanında uzmanların çalıştıkları kurumlarda afet döneminde müdahale planlarında hala yetersiz kalındığı ve sistemli uygulamaların benimsenmesinde eksikler olduğuna ilişkin deneyimler çalışmada görülmüştür. Bu nedenle kamu kurumları ve her insani yardım kuruluşunun kriz ve afet ile çalışmaya ilişkin senaryolarına hazırlık yapması, yönetmelikle oluşturulacak şartları sağlamadan sahaya çıkmaması ve eşgüdümlü faaliyet planına sahip olunması önceliklendirilmelidir. Bu anlamda bu kurumların afete ilişkin gerekli şartları sağlama prensiplerinin denetlenebilir olması önemlidir. Olası bir afet sahasında bulunacak personele beceriler kazandırılması ve koşulların iyileştirilebilmesi önemlidir.

Son olarak hizmet verilen kişilerin sorunlarının toplumsal nedenlerden dolayı ortaya çıkması ve bu nedenlere bağlı devamlılığını sürdürmesi, uzmanları zaman zaman bu noktada hizmet sağlayabilmeye ilişkin umutsuzluk hissettirebilmektedir (McCann ve Pearlman, 1990: 134). Bu noktada uzmanların savunuculuk alanlarında kendileri gösterebilmeleri önemlidir. Bunun için de psikososyal alandaki her disiplinin meslek odaları kapsamında dayanışma ve savunuculuk faaliyetlerinin önünün açılması önemli

görülmektedir. Bober ve Regehr (2006) tarafından daha güvenli çalışma koşulları için müdahale çalışmalarının savunuculuğa kayması gerektiği belirtilmektedir.

İkincil travma için hem bireysel hem de örgütsel koruma desteği etik bir gereklilik olarak hem uzmanların hem de danışanların refahı için önemli görülmektedir (Munroe, 1999). Uzmanlar tanık oldukları hikayeler kapsamında travmatik materyaller nedeniyle incinebilir ve kırılgan bir duruma gelebilmektedirler. Bu nedenle bu profesyonellerin planlı bir uygulama sistemiyle desteklenebiliyor olması önemlidir. Bu çalışma kapsamında travmatik deneyimlere odaklanıldığı, uzmanların travmatik öyküleri dinlemenin zorlayıcılığını ifade ederken belirti odaklı yoğun deneyimleri olmadığı görülmüştür. Bunun yanında uzmanların çalıştıkları ve bağlı oldukları kurumlar tarafından desteklenmeye ihtiyaç duydukları öne çıkmıştır. Bireysel öz bakım uygulamalarının yanında kurumsal ve kamusal politika odaklı faaliyetlere daha fazla ihtiyaç olduğu görülmektedir. Özellikle ruh sağlığı yasası kapsamında psikososyal destek çalışanlarının ruh sağlığına ilişkin önemli uygulamalardan bahsedilmesine ihtiyaç vardır. Bu durum aynı zamanda sistem yaklaşımı kapsamında ruh sağlığı hizmeti veren grubun etki ettiği hizmet alan kesiminin de refahı için önemlidir. Bu nedenle bu durumu bir halk sağlığı ve iş sağlığı çerçevesinde değerlendirilmesi elzemdir.

KAYNAKÇA

- Abdul Rahim, H. F., Fendt-Newlin, M., Al-Harashsheh, S. T. ve Campbell, J. (2022). *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers*. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health.
- Adams, R. E., Figley, C. R. ve Boscarino, J. A. (2007). The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice, 18*(3), 238-250. doi:10.1177/1049731507310190
- Afet Psikolojisi Platformu. (t.y.). <https://afetpsikolojisiplatformu.com.tr/egitimlerimiz/>
- Afet ve acil durum müdahale hizmetleri yönetmeliği. (2022). Resmi Gazete.
- Ager, A., Strang, A. ve Wessells, M. (2006). Integrating psychosocial issues in humanitarian and development assistance: A response to Williamson and Robinson. *Intervention, 4*(1), 29-31.
- Ahern, E. C., Sadler, L. H., Lamb, M. E. ve Gariglietti, G. M. (2017). Wellbeing of professionals working with suspected victims of child sexual exploitation. *Child Abuse Review, 26*(2), 130-140. doi:10.1002/car.2439
- Aker, A. T. (2012). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Akgül, İ. (2024). Ruh sağlığı ve sosyal politika. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory (3)*, 321-336. doi:10.18663/tjcl.1497328
- Akkurt, D. (2022). *Çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimleri*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Albaek, A. U., Binder, P.-E. ve Milde, A. M. (2019b). Entering an emotional minefield: professionals' experiences with facilitators to address abuse in child interviews. *BMC Health Serv Res, 19*(1). doi:10.1186/s12913-019-4128-8.
- Albaek, A. U., Binder, P.-E. ve Milde, A. M. (2019a). Plunging Into a dark sea of emotions: Professionals' emotional experiences addressing child abuse in interviews with children. *Qualitative Health Research, 1*-13. doi:10.1177/1049732318825145

- Albayrak, H. ve Cankurtaran, Ö. (2020). A qualitative study for understanding the professionals working with children exposed to neglect and abuse. *Turkish Studies Social Sciences*, 15(1), 49-63.
- Allen , J., Balfour, R., Bell, R. ve Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. doi:10.3109/09540261.2014.928270
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV* (4. edition). American Psychiatric Publishing.
- APA. (2008). *Professional Health and Well-being for Psychologists*. American Psychological Association: <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/well-being>
- APA. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı* (E. Koroğlu, Çev.) (5. baskı). HYB Yayıncılık.
- APA. (2014). Guidelines for clinical supervision in health service psychology. <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- APA. (tarih yok). *APA dictionary of psychology*. Ocak 29, 2023 tarihinde <https://dictionary.apa.org/trauma>
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. ve Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
- ASHB Erzincan İl Müdürlüğü. (7 Haziran 2023). Psikososyal destek ekibine travma sonrası iyi oluş ve çalışana destek eğitimleri verildi. <https://www.aile.gov.tr/erzincan/haberler/psikosozyal-destek-ekibine-travma-sonrasi-iyi-olus-ve-calisana-destek-egitimleri-verildi/>
- Ashley-Binge, S. ve Cousins, C. (2020). Individual and organisational practices addressing social workers' experiences of vicarious trauma. *Practice: Social Work in Action*, 32(3), 191-207. doi:10.1080/09503153.2019.1620201

- Aşık, M. (2021). *Deprem psikososyal destek çalışmalarında görev alan psikolojik danışman ve rehber öğretmen görüşleri (Malatya ili örneği)*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Austin, D. M. (1986). *A history of social work education*. Austin: The University of Texas.
- Aziz, A. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri*. Nobel Yayınları.
- Baird, K. ve Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. doi:10.1080/09515070600811899
- Baker, A. A. (2012). Training the resilient psychotherapist: What graduate students need to know about vicarious traumatization. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 6(1), 1-12. doi:10.5590/JSBHS.2012.06.1.01
- Balcıoğlu, Y. H. ve Öncü, F. (2021). *Türkiye’de ruh sağlığı yasası çalışmaları ve TPD’nin rolü*. <https://psikiyatri.org.tr/ruh-sagligi-yasasi#ruh-hastaligi-yasasi-collapseFive>
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388. doi:10.31592/aeusbed.598299
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S. ve Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *The British Journal of Social Work*, 48(1), 215-235. doi:10.1093/bjsw/bcx002
- Beckerman, N. L. ve Wozniak, D. F. (2018). Domestic violence counselors and secondary traumatic stress (STS): A brief qualitative report and strategies for support. *Social Work in Mental Health*, 16(4), 470-490. doi:10.1080/15332985.2018.1425795
- Berzoff, J. ve Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38(3), 341-349. doi:10.1007/s10615-010-0271-8

- Bıçakçı, A. B. ve Ergüney Okumuş, E. (2023). Depremin psikolojik etkileri ve yardım çalışanları. *Avrasya Dosyası Dergisi*, 14(1), 218-248.
- Bober, T. ve Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. doi:10.1093/brief-treatment/mhj001
- Bonach, K. ve Heckert, A. (2012). Predictors of secondary traumatic stress among children's advocacy center forensic interviewers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(3), 295-314. doi:10.1080/10538712.2012.647263
- Borders, L. D. (2014). Best practices in clinical supervision: Another step in delineating effective supervision practice. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2). doi:10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.2.151
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. CA: Sage.
- Boz Eravcı, D. (2021). İş sağlığı ve güvenliğinde bir sosyal politika aracı olarak mesleki rehabilitasyon: Ülkelere göre iyi uygulamaların incelenmesi. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 10(26), 30-45.
- Braun, V. ve Clarke, V. (2019). Psikolojide tematik analizin kullanımı. (S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli, Çev.). *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 873-898. doi:10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.17m
- Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63
- Bride, B. E. (2010). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29-46. doi:10.1080/15434610490281101
- Bride, B. E. (2012). Secondary traumatic stress. C. R. Figley, (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* içinde (600-602). Sage Publications.

- Bride, B. E., Jones, J. L. ve MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69-80. doi:10.1300/J394v04n03_05
- Bush, N. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum: Clinical Challenges*, 36(1), 24-28.
- Caringi, J. C. ve Hardiman, E. R. (2011). Secondary traumatic stress among child welfare workers in the United States. *International Journal of Child & Family Welfare*, 14(2), 50-63.
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M. ve Stanick, C. (2016). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186-195. doi:10.1037/trm0000061
- Carver, C. S. ve Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casiday, R., Kinsman, E., Fisher, C. ve Bamba, C. (2008). *Volunteering and health: What impact does it really have?* London: Report to Volunteering England.
- Chestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. B. H. Stamm, (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* içinde (29-36). The Sidran Press.
- Child Welfare System. (2014). Family Services Policy No. 201. *Supervision and Training*. <https://dcf.vermont.gov/fsd/laws-rules/policies>
- Child Welfare System. (2016). *Family Services Policy 251: HOPE (Helping Our Peers Excel) Team*. Policy Manual. <https://dcf.vermont.gov/fsd/laws-rules/policies>
- Choi, G.-Y. (2016). Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, 17(3), 358-378. doi:10.1177/1468017316640194
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L. ve Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work- and exposure-related correlates. *The*

Journal of Nervous and Mental Disease, 201(11), 917-925.
doi:10.1097/NMD.0000000000000034

Clarke, V. ve Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*, 26(2), 120-123.

Clinical Social Work and Social Work Practice Act. (1 Ocak 1989).
<https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1295>

Coetzee, S. K. ve Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 235-243.
doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x

Collins, S. ve 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.
doi:10.1046/J.1365-2850.2003.00526.X

Compton, M. T. ve Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425. doi:10.1176/appi.focus.20150017

Cooke, C. D. ve Hastings, J. F. (2023). Black women social workers: Workplace stress experiences. *Qual Soc Work*. doi:10.1177/14733250231151954

Crewsell, J. W. (2021). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. (S. B. Demir ve M. Bütün, Çev.). Siyasal Kitabevi.

Crivatu, I. M., Horvath, M. A. ve Massey, K. (2023). The impacts of working with victims of sexual violence: A rapid evidence assessment. *Trauma Violence Abuse*, 24(1), 56-71. doi:10.1177/15248380211016024

Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 16(4), 277-290.
doi:10.1023/A:1022334911833

Çarıkçı, K., Meral, H., Berkil, S., Çalışır, A., Önala, L. ve Arslan, Ö. (2024). Nitel araştırmalarda tematik analiz. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies*, 10(37), 127-140. doi:10.5281/zenodo.10509707

- Çetinkaya Büyükbodur, A. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Çolak, B., Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25. doi:10.1501/Kriz_0000000322
- Daniels, J. (2006). Sekundäre traumatisierung: Kritische prüfung eines konstruktes. *Bielefeld (Germany): Bielefeld University*.
- Demirbaş, E. (2021). *Çocuk koruma kanunu kapsamında çocuklara yönelik psikososyal destek sağlayan uzmanların ikincil travmatik stres düzeyleri ve stresle baş etme stratejilerinin belirlenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Denzin, N. K. ve Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- Department of Children and Families. (2019). *Worker Support and Secondary Trauma*. Connecticut State: Child Welfare Program Management. <https://portal.ct.gov/dcf/policy/legal/v12>
- Department of Health & Social Care. (19 Mayıs 2022). Health and wellbeing of the adult social care workforce care workforce. *İngiltere*. <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-wellbeing-of-the-adult-social-care-workforce/health-and-wellbeing-of-the-adult-social-care-workforce>
- Deville, G. J., Wright, R. ve Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373-385. doi:10.1080/00048670902721079
- Dünya Sağlık Örgütü. (06 Ağustos 2013). *WHO releases guidance on mental health care after trauma*. <https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
- Ekinci, B. ve Canpolat, M. (2024). 6 Şubat depremi sonrası sahaya gönüllü giden ruh sağlığı çalışanlarının deneyimleri. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(37), 252-273. doi:10.15182/diclesosbed.1489187

- Ellis, C. ve Knight, K. E. (2018). Advancing a model of secondary trauma: Consequences for victim service providers. *Advancing a Model of Secondary Trauma: Consequences for Victim Service Providers*, 36(7-8), 1-27. doi:10.1177/0886260518775161
- Ewer, P. L., Teesson, M., Sannibale, C., Roche, A. ve Mills, K. L. (2014). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 34(3), 252–258. doi:10.1111/dar.12204
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. B. H. Stamm, (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* içinde (3-28). The Sidran Press.
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. C. R. Figley ve H. I. McCubbin, (Ed.), *Stress and the family: Vol. 2. Coping with catastrophe* içinde (3-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. C. R. Figley, (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. içinde (1-20) Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (2002b). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433–1441.
- Figley, C. R. ve Kleber, R. J. (1995). Beyond the "Victim" secondary traumatic stress. R. J. Kleber, C. R. Figley ve B. P. Gersons, (Ed.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* içinde (75-98). Plenum Press.
- Figley, C. R. ve Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. S. N. Gold, (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* içinde (573–593). American Psychological Association.

- Fischman, Y. (2008). Secondary trauma in the legal professions, a clinical perspective. *Torture*, 18(2), 107-115.
- Foley, M. E. (2020). *The relationship between organizational trauma-informed care and secondary trauma symptoms in staff members of kentucky domestic violence programs*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Western Kentucky University.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Gençer, I. S. (2022). *Yeni ve deneyimli psikoterapistlerin travma ile çalışma deneyimlerinin yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Medipol Üniversitesi.
- Gil, S. ve Weinberg, M. (2015). Secondary trauma among social workers treating trauma clients: The role of coping strategies and internal resources. *International Social Work*, 58(4), 551-561. doi:10.1177/0020872814564705
- Grayer, E. (2000). Deprem travmaları. A. B. Tufan, A. Mavili-Aktaş ve V. Duyan, (Ed.), *Travma tedavisi uzman eğitimi içinde* (12-28). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Güneş Aslan, G. (2022). Sosyal hizmet alanında dolaylı travmatizasyon. F. Kahraman Güloğlu, (Ed.), *Sosyal hizmet çalışmaları-3 içinde* (73-92). Ekin Kitapevi Yayınları.
- Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş travma ve oluşturduğu travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde Gestalt temasların çerçeve çerçevesi değerlendirmesi*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Güzel, S. ve Zubaroğlu Yanardağ, M. (2021). Çevresel ve sosyal faktörler ile ruh sağlığı üzerine bir inceleme: Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin önemi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 142-150. doi:10.34087/cbusbed.721875
- Hales, T. W., Nochajski, T. H., Green, S. A., Hitzel, H. K. ve Woike-Ganga, E. (2017). An association between implementing trauma-informed care and staff

satisfaction. *Special Issue: Trauma-Informed Practice*, 18(1), 300-312.
doi:10.18060/21299

Hasdemir, D. (2018). *Effects of refugee trauma on interpreters: A qualitative analyses of vicarious traumatization and coping*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

Hatipoğlu, E. (2017). Çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 85-97.

Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. ve Dewa, C. S. (2015). Meta-Analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83-91. doi:10.1002/jts.21998

Herman, J. L. (2016). *Travma ve iyileşme: Şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre* (4. baskı). Literatür Kitabevi.

Hormann, S. ve Vivian, P. (2005). Toward an understanding of traumatized organizations and how to intervene in them. *Traumatology*, 11(3), 159-169.
doi:10.1177/153476560501100302

Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology*. (3. baskı). Pearson.

<https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1295&ChapterID=24>. (tarih yok).
<https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1295&ChapterID=24>

IFRC. (2009). *Community-based psychosocial support: Participant's book*.
https://pscentre.org/wp-content/uploads/2018/02/CBPS_ENParticipant.pdf

IFRC. (2019). *Guidelines for caring for staff and volunteers in crises*. Şubat 1, 2023
<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/01/Guidelines-for-supporting-volunteers-2.pdf>

INEE. (2010). *Minimum standards for education: Preparedness, response, recovery*.
https://inee.org/sites/default/files/resources/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010%28HSP%29_EN.pdf

- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC Mental health Guidelines: IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*.
<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>
- Jenkins, S. R. ve Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: Secondary traumatic stress and vicarious Trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 423–432. doi:10.1023/a:1020193526843
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., . . . Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health, 13*(73). doi:10.1186/1471-2458-13-773
- Jirek, S. L. (2020). Ineffective organizational responses to workers' secondary traumatic stress: A case study of the effects of an unhealthy organizational culture. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance, 44*(2), 210-228. doi:10.1080/23303131.2020.1722302
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*, 116-121.
- Julie, A. P., Tomaka, J. ve Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25*(6), 551-603. doi:10.1023/a:1020641400589
- Kadambi, M. A. ve Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer and general practice. *Canadian Journal of Counselling, 38*(4), 260–276.
- Kadushin, A. (2002). *Supervision in social work*. (3. Baskı) Columbia University Press.
- Kahil, A. (2016). *Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ufuk Üniversitesi.

- Kapoulitsas, M. ve Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(1), 86-101. doi:10.1177/1473325014528526
- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. B. H. Stamm, (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* içinde (37-48). Lutherville: The Sidran Press.
- Kavaklılar, E. Z. (2023). *Okul psikolojik danışmanlarında ikincil travmatik stres ve başa çıkma: Nitel bir yaklaşım*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Kaya, Z. (2019). The conceptual framework of trauma psychological counseling. F. Savi Çakar, (Ed.), *Trauma counseling* içinde (1-26). Pegem Akademi.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J. ve diğerleri. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5). doi:10.1080/20008198.2017.1353383
- Keyter, A. ve Roos, V. (2015). Mental health workers' coping strategies in dealing with continuous secondary trauma. *Southern African Journal of Social Work and Social Development*, 27(3), 365-382. doi:10.25159/2415-5829/724
- 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. doi:10.1177/1534765608319083
- Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H. ve Macy, R. J. (2022). A scoping review of vicarious trauma interventions for service providers working with people who have experienced traumatic events. *Trauma Violence Abuse*, 23(5), 1-24. doi:10.1177/1524838021991310
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.

- Lee, J. J., Gottfried, R. ve Bride, B. E. (2017). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 228–235. doi:10.1007/s10615-017-0638-1
- Lerner, M. J. ve Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85(5), 1030-1051. doi:1037/0033-2909.85.5.1030
- Levine, P. A. ve Frederick, A. (2013). *Kaplanı uyandırmak: Travmayı iyileştirmek*. (Z. Yalçınkaya, Çev.). Butik Yayıncılık.
- Lipsky, L. (2009). *Trauma stewardship*. Berrett-Koehler Publishers.
- Livanou, M., Whittenbury, K. ve Di Basilio, D. (2023). Listening to other people's traumatic experiences: What makes it hard and what could protect professionals from developing related distress? A qualitative investigation. *Stress and Health*, 1-13. doi:10.1002/smi.3353
- Ludick, M. ve Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123. doi:10.1037/trm0000096
- Magruder, K. M., McLaughlin, K. A. ve Elmore Borbon, D. L. (2017). Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). doi:10.1080/20008198.2017.1375338
- Makadia, R., Sabin-Farrell, R. ve Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1059-1068. doi:10.1002/cpp.2068
- Maran, D. A., Dolce, V. ve Kolombo, L. (2023). Editorial: Secondary traumatic stress: Risk factors, consequences, and coping strategies. *Front. Psychol.*, 14(1). doi:10.3389/fpsyg.2023.1148186
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Prentice Hall Direct.

- Massey, K., Horvath, M. A., Essafi, S. ve Majeed Ariss, R. (2019). Staff experiences of working in a Sexual Assault Referral Centre: the impacts and emotional tolls of working with traumatised people. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(4). doi:10.1080/14789949.2019.1605615
- McCann, I. L. ve 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.
- McNeillie, N. ve Rose, J. (2020). Vicarious trauma in therapists: A meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 1-15. doi:10.1017/S1352465820000776
- Meadors, P. ve Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care*, 22(1), 24-34. doi:10.1016/j.pedhc.2007.01.006
- Meichenbaum, D. (2007). *The Melissa Institute*. The Melissa Institute: https://www.melissainstitute.org/documents/Meichenbaum_SelfCare_11thconf.pdf
- Middleton, A. (2023, Aralık 16). *MSW Online*. <https://mastersinsocialworkonline.org/degrees/clinical-msw/>
- Miller, B. ve Sprang, G. (2016). A components-based practice and supervision model for reducing compassion fatigue by affecting clinician experience. *Traumatology*, 23(2), 153-164. doi:10.1037/trm0000058
- Ministry of Health. (2016). *Framework for psychosocial support in emergencies*. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/framework-psychosocial-support-emergencies-dec16-v2.pdf>
- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., . . . Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104679

- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V. ve Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129-142.
- Motaa, R. W., Joseph, J. M., Rose, R. D., Suozzi, J. M. ve Leiderman, L. J. (1997). Secondary trauma: Assessing intergenerational transmission of war experiences with a modified stroop procedure. *Journal of Clinical Psychology*(53), 895-903. doi:10.1002/(sici)1097-4679(199712)53:8<895::aid-jclp14>3.0.co;2-f
- Moulden, H. M. ve Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: the impact on therapists who work with sexual offenders. 8(1), 67-83. doi:10.1177/1524838006297729
- Munroe, J. F. (1999). Ethical issues associated with secondary trauma in. B. H. Stamm, (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* içinde (211-229). Sidran Press.
- Munroe, J., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K. ve Zimering, R. (1995). Team work prevention of PTSD: A therapeutic alliance. C. R. Figley, (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* içinde (209-231). Brunner/Mazel.
- National Child Traumatic Stress Network. (2011). *Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals*.
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/secondary_traumatic_stress_child_serving_professionals.pdf
- Newell, J. M. ve MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 67-68.
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D. ve MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 306–313. doi:10.1177/1524838015584365

- NHS Employers. (2022, Mayıs 25). Prevention and management of stress at work. England. <https://www.nhsemployers.org/publications/prevention-and-management-stress-work>
- Nişancı, A. (2018, Haziran 12). <https://sosyalhizmetseruveni.wordpress.com/2018/06/11/kimler-psikoterapi-yapabilir-abd-orneginde-sosyal-hizmet-ve-danismanlik-meslekleri-uzerine-bir-degerlendirme/>
- Niven, N. (2000). *Health psychology for health care professionals*. (3. baskı). Churchill Livingstone.
- Norrman Harling, M., Högman, E. ve Schad, E. (2020). Breaking the taboo: eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1). doi:10.1080/17482631.2020.1785610
- Norton, L. ve Woods, G. (2012). Secondary trauma among judges, jurors, attorneys, and courtroom personnel. C. R. Figley, (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* içinde (590-594). Sage Publications.
- Nugent, W. R. (1992). The affective impact of a clinical social worker's interviewing style: A series of single-case experiments. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 6-27. doi:10.1177/104973159200200102
- Office of the Professions. (t.y.). Supervision of experience. NY. <https://www.op.nysed.gov/professions/mental-health-counselors/appendix-requirements-supervised-experience-mental-health-counselor>
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P. ve Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *Plos One*, 16(2). doi:10.1371/journal.pone.0247596
- OSHW. (2024). Enhancing workforce wellbeing through the New Jersey department of children and families office of staff health & wellness. *DCF Office of Staff Health & Wellness*. New Jersey. <https://www.nj.gov/dcf/oshw.html>

- Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntembilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Pak, M. D., Özcan, E. ve İçağasıoğlu-Çoban, A. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 628-644. doi:10.17719/jisr.2017.1923
- Patton, M. Q. (2018). *Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri*. (3.baskı). (M. Bütün, ve S. B. Demir, Çev.) Pegem.
- Pearlman, L. A. (2012). Vicarious trauma. C. R. Figley, (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* içinde (783-785). Sage.
- Pearlman, L. A. ve Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. Norton.
- Pearlman, L. A. ve Saakvitne, K. W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. C. R. Figley, (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* içinde (150-177). Brunner/Mazel.
- Pehlivan, T. ve Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134. doi:10.14744/phd.2017.25582
- Pines, A. M. ve Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
- Pistorius, K. D., Feinauer, L. L., Harper, J. M., Stahmann, R. F. ve Miller, R. B. (2008). Working with sexually abused children. *The American Journal of Family Therapy*, 36(3), 181-195. doi:10.1080/01926180701291204, 36(3), 181-195. doi:10.1080/01926180701291204
- Posselt, M., Baker, A., Deans, C. ve Procter, N. (2020). Fostering mental health and well-being among workers who support refugees and asylum seekers in the Australian context. *Health Soc Care Community*, 28(5), 1658-1670. doi:10.1111/hsc.12991

- Professional Leader Occupational Therapy & Social. (25 Eylül 2018). Professional supervision policy for Allied Health and mental health employees policies. New Zealand. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ccdhb.org.nz/working-with-us/professional-support/professional-supervision-policy.pdf
- Public Health Agency of Canada. (2 Şubat 2018). Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. Kanada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html#s7-1>
- Queensland Health. (Nisan 2008). Practice Supervision in Allied Mental Health. Queensland. <https://www.health.qld.gov.au/search?query=Practice+Supervision+in+Allied+Mental+Health>
- Rauvola, R. S., Vega, D. M. ve Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3, 297-336.
- Remer, R. ve Ferguson, R. A. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 407-413. doi:<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01773.x>
- Resmi Gazete. (2013). *Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği*.
- Reuther, B. T. (2017). Philosophical and existential perspectives on trauma. S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* içinde (527-545). American Psychological Association. doi:10.1037/0000019-000
- Rienks, S. L. (2020). An exploration of child welfare caseworkers' experience of secondary trauma and strategies for coping. *Child Abuse & Neglect*, 110(3), 3-8. doi:[doi:10.1016/j.chiabu.2020.104355](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104355)
- Rogers, C. (2011). *Kişi olmaya dair*. (A. Babacan, Çev.). Okuyan Us Yayınları.
- Rzeszutek, M., Partyka, M. ve Gołasz, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists.

- Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 213–220.
doi:10.1037/pro0000024
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443–449. doi:10.1080/10481881209348678
- Sabin-Farrella, R. ve Turpinb, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Salloum, A., Choi, M. J. ve Stover, C. S. (2019). Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review*, 101, 299-306. doi:10.1016/j.chidyouth.2019.04.013
- SAMHSA. (2014, Ekim). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville. <https://store.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>
- Schauben, L. J. ve Frazier, P. A. (1995). The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x
- Schoenberger, S. F., Cummins, E. R., Carroll, J. J., Yan, S., Lambert, A., Bagley, S. M., . . . Formica, S. W. (2024). "Wanna cry this out real quick?": An examination of secondary traumatic stress risk and resilience among post-overdose outreach staff in Massachusetts. *Harm Reduct J.*, 21(66). doi:10.1186/s12954-024-00975-2
- SHUDER. (2021, Mart 26). Ruh Sağlığı Yasası. Ankara. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.shuder.org/Resimler/4d722ea9-f9d9-46a3-8e9e-434e6487b8a0ruh-sagligi-yasasipdf.pdf>
- SHUDER. (t.y.). Afet ve acil durum müdahaleleri için sosyal hizmet uzmanlarının güçlendirilmesi eğitimi. <https://shuder.org/Sayfa/afet-ve-acil-durum-mudahaleleri-icin-sosyal-hizmet-uzmanlarinin-guclendirilmesi-egitimi1881>
- Shumaker, S. A. ve Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36. doi:10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x

- Slattery, S. M. ve Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15(11), 1358–1379. doi:10.1177/1077801209347469
- Smith, A. J., Kleijn, W. C., Trijsburg, R. W. ve Hutschemaekers, G. J. (2007). How therapists cope with clients' traumatic experiences. *Torture*, 17(3), 203-215.
- Snooks, M. K. (2009). *Health psychology: Biological, psychological, and sociocultural perspectives*. Jones and Bartlett Publishers.
- Sommers Flanagan, J. ve Sommers Flanagan, R. (2015). *Klinik görüşme*. (1. Baskı). (G. Akbaş ve L. Korkmaz, Çev.). İthaki Yayınları.
- Sprang, G., Clark, J. J. ve Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. doi:10.1080/15325020701238093
- Sprang, G., Ford, J., Kerig, P. ve Bride, B. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 25(2), 72-81. doi:10.1037/trm0000180
- Sprang, G., Miech, E. J. ve Gusler, S. (2023). The role of secondary traumatic stress breakthrough champions in reducing worker trauma and improving organizational health using a configurational analysis approach. *Implement Res Pract*, 28(4). doi:10.1177/26334895231164582
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual*. <https://proqol.org/proqol-manual>
- Steed, L. G. ve Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2(2).
- Straub, R. O. (2017). *Health psychology : A biopsychosocial approach*. Worth Publishers.

- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C. ve Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open* (6), 733-739. doi:10.1002/nop2.275
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Şahin, Ç. (2013). Verilerin analizi. R. Y. Kıncal (Ed.), *Bilimsel araştırma yöntemleri*. (3. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Şavur, E. ve Tomas, S. A. (2010). Terör olayları sonrasında psikososyal destek hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 18(1), 45-58. doi:10.1501/Kriz_0000000310
- Şeker, Z. (2021). *Öykü ve fiziksel temas yoluyla psikolojik travmaya maruz kalan meslek gruplarında, dolaylı travmatizasyon, merhamet düzeyi ve yorgunluğu, psikolojik sağlamlık ve travma sonrası büyümenin araştırılması*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Kocaeli Üniversitesi.
- Şimşek, Z. ve Samancı Öncel, L. (2024). Cinsel istismar olgularına yaklaşımın travma bilgilili hizmet sunumu açısından değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 35(2), 253-268. doi:10.33417/tsh.1241704
- T.C. Burdur Valiliği. (8 Ağustos 2023). Burdur'da afetler sonrası çalışana psikososyal destek çalışmayı yapıldı. <http://www.burdur.gov.tr/burdurda-afetler-sonrasi-calisana-psikososyal-destek-calistayi-yapildi>
- Taylor, A. K., Gregory, A., Feder, G. ve Williamson, E. (2019). 'We're all wounded healers': A qualitative study to explore the well-being and needs of helpline workers supporting survivors of domestic violence and abuse. *Health Soc Care Community*, 27(4), 856-862. doi:10.1111/hsc.12699
- TBMM. (2018, Ekim 10). Ruh sağlığı kanun teklifi. Ankara. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/2018-2-RSY-KANUN-TEKLIFI.pdf
- Tekindal, M. ve Uğuz Arsu, Ş. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 20(1), 153-172.

- TENTS. (tarih yok). *The European Network for Traumatik Stress*.
https://www.estss.org/uploads/2011/04/88TENTS_Interventions_Brochure_060409_FINAL.pdf
- The Psychosocial Working Group. (2003). *Psychosocial intervention in complex emergencies: A conceptual framework*.
<https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/a-framework-for-practice.pdf>
- Tosone, C., Nuttman-Shwartz, O. ve Stephens, T. (2012). Shared Trauma: When the Professional is Personal. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 231-239. doi:10.1007/s10615-012-0395-0
- TPD. (2016, Mart 19). *Türk Psikologlar Derneği - İzmir Şube*.
<https://izmir.psikolog.org.tr/tr/haberler/www/travmatik-yasam-olaylarinin-psikososyal-etkileri-ve-basetme-yollari-3007/>
- TPD. (tarih yok). Faaliyet raporu 2021-2024. <https://psikolog.org.tr/bilgi-bankasi/faaliyet-raporlari>
- TPD. (t.y.). Ruh sağlığı çalışanları görev tanımlaması. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/6/ruh-sagligi-calisanlari-gorev-tanimlamasi>
- Tuncay, T. ve Oral, M. (2012). Onkoloji Çalışanlarında Dolaylı Travmatizasyon Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 161-172.
- Turan, N. ve Tanacioğlu Aydın, B. (2023). Travma ve travmatik tepkiler. Ö. Erdur Baker, İ. Aksöz Efe ve T. Doğan, (Ed.), *Travma psikolojisi* (4. Baskı) içinde (1-22). Pegem Akademi.
- Turnbull, G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, 29(2), 87-91. doi:10.1016/s0020-1383(97)00131-9
- Türk Kızılayı. (2008). *Afetlerde psikososyal destek uygulama rehberi*.
https://www.kizilay.org.tr/Upload/Dokuman/Dosya/20725363_afetlerde-psikososyal-destek-uygulama-rehberi.pdf

- Uçanay Sönmez, E. (2008). *Şizofreni hastalarında döner kapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2020-2023). Sağlık Bakanlığı.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press.
- Velasco, J., Sanmartín, F. J., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F. ve Moriana, J. A. (2023). Psychological effects of professional exposure to trauma and human suffering: Systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*, 24(3), 1656-1676. doi:10.1177/15248380221074314
- Walsh, K., Fortier, M. A. ve DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 1-13. doi:10.1016/j.avb.2009.06.009
- Washington State Legislature Section 28A.300.825. (25 Temmuz 2021). K-12 Workforce secondary traumatic stress-model policy and procedure. Washington. <https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.300.825>
- Weisaeth, L. (2002). The European history of psychotraumatology. *Journal of Traumatic Stress*, 15(6), 443-452. doi:10.1023/A:1020909620364
- Westphal, R. J. (2012). Secondary trauma among medical professionals. C. R. Figley, (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* içinde (594-597). Sage Publications.
- WHO. (2005). *Mental health policy, plans and programmes*. (2. Baskı). Geneva.
- WHO. (2014). *Basic documents*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva.
- WHO. (2024). *Protecting health and care workers' mental health and well-being: Technical Consultation Meeting*. World Health Organization.

- Wood, S., Stride, C., Threapleton, K., Wearn, E., Nolan, F., Osborn, D., . . . Johnson, S. (2011). Demands, control, supportive relationships and well-being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46, 1055-1068. doi:10.1007/s00127-010-0263-6
- Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. C. Figley, (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* içinde (178-208). Brunner Mazel.
- Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Kim, S. ve O'Connor, A. (2016). When does compassion fatigue hit social workers? Caring for oncology patients in Korea. *Qualitative Social Work*, 17(3), 337–354. doi:10.1177/1473325016670484
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin.
- Yıldız, B. N. ve Karataş, M. (2024). Çocuk evleri hizmet modelinde psikososyal destek sağlayan meslek elemanlarının deneyimleri: Sivil toplum kuruluşu örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 35(1), 113-135. doi:10.33417/tsh.1185725
- Yıldız, E. B. (2017). *Şiddet görmüş kadınlarla çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimleri*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Başkent Üniversitesi.
- Youssif-Hay, D. J., Tudor, R. ve Maidment, J. (2024). 'It sounds bizarre, but I can call it a good thing now': Social worker's lived experiences of posttraumatic growth following dual disaster events. *The British Journal of Social Work*, 1-19. doi:10.1093/bjsw/bcae042
- Zara, A. ve İçöz, F. J. (2015). Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travma. *Klinik Psikiyatri* 2015;18:15-23(18), 15-23.
- Zengin, O. ve Sağlık Tuğrul, G. (2024). The invisible face of social work field education: Secondary traumatic stress experiences of BSW students. *The British Journal of Social Work*. doi:10.1093/bjsw/bcae086
- Zubaroglu Yanardağ, M. (2016). *Çözüm odaklı kısa terapiye dayalı bireylerle sosyal hizmet müdahalesinin üniversite öğrencilerinin umutsuzluk ve stres düzeylerine etkisi*. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.

EKLER

Ek-1 Etik Kurul Belgesi



ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 07.12.2022 Çarşamba
Toplantı No:2022/12
Karar No: GO 2022/997

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetler Yüksek lisans öğrencisi Sevede KÖKSAL' ın Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ danışmanlığında yürüteceği *"Psikososyal Destek Profesyonellerinde Görülen İkincil Travma ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi: Sosyal Politika Açısından Öneriler"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın fikri, hukuki ve telif hakları bakımından sorumluluğu araştırma ekibine ait olması koşulu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Ek-2 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Melek Zubaroğlu Yanardağ danışmanlığında, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevde Köksal tarafından **“Psikososyal destek profesyonellerinde görülen ikincil travma ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi: Sosyal politika açısından öneriler”** başlıklı yüksek lisans tezi çalışmasının yürütülmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada sizden kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Vereceğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlar kapsamında kullanılacaktır. Çalışma kapsamında sizden beklenen sorulan sorulara kendi deneyimleriniz çerçevesinde içtenlik ile cevap vermektir. Sorulan soruların net ve doğru bir cevabı olmamakla birlikte; sorular tamamen kişilerin öznel deneyimlerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Görüşmenin yaklaşık 30-35 dakika kadar sürmesi planlanmaktadır. Sorular, genel olarak kişisel rahatsızlık hissi verecek bir nitelik içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz soruları cevaplamayı bırakıp çalışmayı sonlandırmakta serbestsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak istediğiniz durumda mail adresinden iletişime geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Ek-3 Görüşme Formu

1. Kendinizi tanıtır mısınız? (yaş, medeni durum, var ise çocuk sayısı, meslek, eğitim durumu, mezun olunan yer, çalışılan kurum, mesleği icra etme süresi)
2. Çalıştığınız kurumdaki rol ve sorumluluklarınız nelerdir?
3. Mesleğinizin sizin için olumlu ve olumsuz / güçlü ve zayıf yönlerini sıralayabilir misiniz?
4. Haftalık vaka yükünüz nasıldır? Sizin için ideal midir?
5. Kurum içinde ya da bir başka kaynaktan aldığınız eğitim, destek ya da süpervizyon var mı? Özellikle travmaya ilişkin aldığınız eğitim/egitimler, destek/süpervizyon var mı? Bunlar ne tür eğitimlerdir, hangi kurumdan ve ne kadar süreli?
6. Bugüne kadar aldığınız klinik eğitimlerin bu alanda çalışmak için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
7. Mesleğinizi icra edebilirlik açısından çalıştığınız kurumu nasıl değerlendirirsiniz?
8. Çalıştığınız vakalar arasında en çok hangi travmatik yaşantılara rastlıyorsunuz?
9. İşinizin ya da çalıştığınız vakaların etkisinin özel yaşamınıza, sosyal yaşantınıza, kişilerarası ilişkilerinize ve/veya aile ilişkilerinize yansıdığını deneyimlediğiniz oldu mu? Örneklendirebilir misiniz?
10. Çalıştığınız vakaların travmatik deneyimlerinin kendi yaşantınız ile benzeştiği noktalar oluyor mu? Var ise bu durum sizi nasıl etkiliyor? Nasıl bir başa çıkma yolu geliştiriyorsunuz?
11. Yaptığınız işin size yansıyan psikolojik görünümünü nedir? (duygusal tepkilerde değişim ya da tutarsızlık, uyku düzeni, somatik belirtiler, zihinsel düşünceler, rüyalar, güvenlik ve kontrol algısında değişim, inanç sisteminde değişim, kaçınma davranışları, empati duygusunda değişim, sosyal izolasyon ve işlevselliğinizde bozulmalar gibi tepkilere ilişkin sorgulama)
12. Yaptığınız işin önemli bir işlevi de vakalarınızın deneyimlerine ilişkin tanık rolünde olmanız denilebilir. Böyle bir rol size nasıl hissettiriyor?
13. Sizin için zorlayıcı vakalarınızdan sonra duygu ve düşüncelerinizi paylaşma ihtiyacı hissettiğinizde bunu sağlayacak kaynaklarınız nelerdir?

14. Mesleğinizin zorlayıcı yönüne ilişkin nasıl bir baş etme yöntemi geliştirmektesiniz?
(süpervizyon desteği, psikoterapi, işi dışı aktiviteler, hobi edinme, spor ve egzersiz ya da sigara, madde kullanımı, hekim kontrolü dışında ilaç kullanımı vs.)
15. Çalıştığınız kurumunuzun sizin daha sağlıklı bir baş etme tutumu geliştirebilmeniz için çabası var mıdır? Bu alandaki sosyal politika eksikleri sizce nelerdir? Olması gerektiğini düşündüğünüz bir uygulama var mı?