2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve ÖZKUL



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOSOSYAL DESTEK ELEMANLARININ ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞADIKLARI İKİNCİL TRAVMATİK STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve ÖZKUL

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOSOSYAL DESTEK ELEMANLARININ ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE YAŞADIKLARI İKİNCİL TRAVMATİK STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve ÖZKUL

SOSYAL HİZMET POLİTİKALARI VE UYGULAMALARI PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikososyal Destek Elemanlarının Algılanan Sosyal Destek ile Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Merve ÖZKUL

Yüksek Lisans Tezi
03.05.2019

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Nurdan DUMAN
Doç. Dr. Ercüment ERBAY
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

03.05.2019



Merve ÖZKUL

TEŞEKKÜR

Hayatımdaki farklı engellerden dolayı oldukça zorlandığım yüksek lisans sürecimin bu aşamaya gelmesinde çok desteği olan, tanıdığım için her daim kendimi şanslı hissettiğim, hem akademik hem de insani yönüyle örnek teşkil eden sevgili danışmanım Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR'a,

Savunma esnasında önemli katkılar sunan değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Nurdan DUMAN ve Doç. Dr. Ercüment ERBAY'a, veri toplama esnasında bana yardımcı olan arkadaşlarıma, araştırmaya gönüllü bir şekilde katılan tüm psikososyal destek elemanlarına, tezimin her sürecinde bilgi ve varlıkları ile destek olan sevgili arkadaşlarım Araş. Gör. Ramazan KOCAKAYA ve Sosyal Çalışmacı Rıdvan TEMİZ'e,

Varlıklarını hep hissettiğim, her zaman yanımda olan ve bugünlere gelmemde maddi-manevi çokça emeği olan aileme, tezimin bitişini göremeyen anneanneme ve son olarak zorlandığım anlarda yanımda varlığını hissettiren tüm özel insanlara yürekten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **vii**

ABSTRACT ..... **vii-ix**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **x**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **xi-xvii**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **6**

2.1. Stres 6

2.1.1. Stresin Belirtileri……...8

2.1.2. Stres Yaratan Olayların Özellikleri……...9

2.2. Travma 10

2.2.1. DSM'nin Travma Tanımları……13

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu……..……15

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri……...18

2.2.3.1.Travmatik Olayı Yeniden-Tekrar Tekrar Yaşama……19

2.2.3.2. Travmaya Eşlik Eden Uyaranlardan Kaçınma, Heyecansal Sınırlılık (Küntleşme)…….....20

2.2.3.3. Artmış Uyarılmışlık 21

2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi……22

2.2.4.1. Psikodinamik Model 22

2.2.4.2. Bilişsel ve Bilgi İşleme Modelleri 23

2.2.4.3. Öğrenme ve Davranışçı Model 27

2.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi……...28

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Oluşturan Risk Faktörleri…….....30

2.3. Travma Mağdurlarıyla Çalışmanın Profesyoneller Üzerindeki Etkileri….32

2.3.1. Üstlenilmiş Travma (Dolaylı Travmatizasyon)……...33

2.3.2. Merhamet (Şefkat) Yorgunluğu……..34

2.3.3. Tükenmişlik (Burn Out)……..34

2.3.4. İkincil Travmatik Stres (Secondary Traumatic Stress)……...35

2.3.4.1. İkincil Travmatik Stresin Diğer Kavramlar İle İlişkisi……....36

2.3.4.2. İkincil Travmatik Stresin Belirtileri…….38

2.3.4.3. İkincil Travmatik Stres Risk ve Koruyucu Faktörleri……..39

2.4. Sosyal Destek..... 41

2.4.1. Sosyal Destek Kavramının Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişimi…....41

2.4.2. Sosyal Destek Tanımları ve İşlevleri……..42

2.4.3. Sosyal Desteğin Boyutları…….....44

2.4.3.1. Duygusal (Emosyonel) Destek……....44

2.4.3.2. Maddi (Araçsal) Destek……...44

2.4.3.3. Bilgilendirici Destek 45

2.4.3.4. Eşlik Etme Desteği..... 45

2.4.4. Sosyal Desteği Açıklayan Modeller……46

2.4.4.1. Tampon Modeli (Buffering Hypothesis)..... 46

2.4.4.2. Temel Etki Modeli (Main Effect Model)..... 46

2.4.5. Algılanan Sosyal Destek…….47

2.4.6. Sosyal Destek İle İlgili Yapılan Çalışmalar……48

3. MATERYAL VE YÖNTEM 51

3.1. Araştırmanın Modeli..... 51

3.2. Çalışma Grubu..... 51

3.3. Araştırmanın Etiği..... 51

3.4. Veri Toplama Araçları..... 52

3.4.1. Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği (TSSBÖ)……..52

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)……53

3.4.3. Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu……..53

3.5. Verilerin Toplanması……..54

3.6. Verilerin Analizi 54

4. BULGULAR..... 55

4.1. Psikososyal Destek Elemanlarının Sosyo-demografik ve Mesleki Değişkenlerine İlişkin Bulgular..... 55

4.2. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular..... 58

4.3. Yaşanan İkincil Travmatik Stres ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular 59

4.4. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların, Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular 61

4.4.1. Psikososyal destek elemanlarının, yaşları ile TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 61

4.4.2. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır? 62

4.4.3. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 64

4.4.4. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 66

4.4.5. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, mesleklerine göre farklılaşmakta mıdır? 67

4.4.6. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları eğitim durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?.....71

4.4.7. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları çalıştıkları kuruma göre farklılaşmakta mıdır? 72

4.4.8. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile meslekte çalıştıkları süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 74

4.4.9. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları çalışmakta oldukları alana göre farklılaşmakta mıdır? 75

4.4.10. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile bulundukları alanda çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 80

4.4.11. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile yönettikleri vaka sayıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 81

4.4.12. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup duyulmamasına göre farklılaşmakta mıdır? 82

4.4.13. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, hizmet içi eğitim alıp almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 83

4.4.14. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, kurum dışından kurs ya da eğitim alıp almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 85

4.4.15. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalıştıkları kuruluşlardaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre farklılaşmakta mıdır? 86

4.4.16. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 87

4.4.17. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 89

4.4.18. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 90

4.4.19. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 92

4.4.20.Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde akademisyen/süpervizyon desteği sağlayıp/sağlamama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır? 93

4.4.21. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile aldıkları destek mekanizmaları sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? 95

4.4.22. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşların destek sağlama durumuna göre farklılaşmakta mıdır? 97

4.4.23. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, travma öykülerine göre farklılaşmakta mıdır? 99

4.4.24. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamalarına göre farklılaşmakta mıdır? 100

5. TARTIŞMA 103

5.1. Psikososyal Destek Elemanlarının Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 103

5.2. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması 107

5.3. Yaşanan İkincil Travmatik Stres ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması 109

5.3. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ'den Aldıkları Puanların, Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulguların Tartışılması 110

5.4. Psikososyal Destek Elemanlarının ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların, Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulguların Tartışılması..... 117

6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 124

7. KAYNAKLAR 127

8. EKLER 154

EK-1. Etik Kurul..... 154

EK-2. Araştırma İzni Yazısı 155

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu 156

EK-4. Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu 157

EK-5. Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği 159

EK-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 162

EK-7. Özgeçmiş..... 164

ÖZET

Psikososyal Destek Elemanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırma psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma nicel araştırma modellerinden korelasyonel araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışma grubunu, Ankara ilinde kamu veya özel sektörde, aktif olarak çalışan 146 psikososyal destek elemanı oluşturmaktadır. Araştırmada katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerini ölçmek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, ikincil travmatik stres düzeylerini ölçmek amacıyla Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ikincil travmatik stres, bağımsız değişkeni ise algılanan sosyal destektir.

Algılanan sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkinin tespiti amacıyla yapılan korelasyon testi sonucunda orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla ikincil travmatik stres riskine karşı sosyal desteğin koruyucu bir faktör olduğu ifade edilebilir. Araştırmadan elde edilen diğer sonuçlarda, ikincil travmatik stresin gelişmesinde yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi gibi değişkenlere göre farklılaştığı ve katılımcılardan eğitim ihtiyacı hissedenlerin ikincil travmatik stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışılan sosyal hizmet alanlarının da ikincil travmatik stresi farklılaştırdığı ve en yüksek ikincil travmatik stresin çocuk refahı ve gazi ve şehit yakınları alanlarında çalışan katılımcılarda yaşandığı saptanmıştır. Ayrıca, kurum/kuruluş ve yöneticilerden alınan desteğin, ikincil travmatik stresi azaltan belirleyici bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgulara göre örgüt desteğinin de yaşanan ikincil travmatik stres düzeyinde etkili olduğu söylenebilir.

Bu bağlamda ikincil travmatik stres riskine karşı geliştirilecek uygulamalar ve alınacak önlemler, sosyal destek faktörünü içerecek şekilde planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, ikincil travmatik stres, travma, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Perceived Social Support and Secondary Traumatic Stress Levels of Psychosocial Support Staff

This research was conducted to investigate the relationship between the social support of psychosocial support personnel and the secondary traumatic stress levels they experienced. The Research was designed as a correlation from quantitative research models. The Working group is the 146 psychosocial support staff actively working in the public or private sector in the province of Ankara. In the study, the Multidimensional Perceived Social Support Scale was used to measure the perceived social support levels of the participants and the Post-traumatic Stress Symptoms Scale to measure secondary traumatic stress levels. The dependent variable of the research is secondary traumatic stress, the independent variable is perceived social support.

As a result of the correlation test performed to determine the relationship between perceived social support and secondary traumatic stress, a moderate, inverse and significant relationship was found. Therefore, it can be stated that social support against the risk of secondary traumatic stress is a protective factor. In other results obtained from the research, the development of secondary traumatic stress varies according to variables such as age, gender, education and income level and the participants who felt the need for training had a higher level of secondary traumatic stress.

It was found that the social work areas studied differentiate secondary traumatic stress and the highest secondary traumatic stress experienced in the children's welfare and the participants working in the fields of veterans and martyrs. In addition, it was concluded that the support received from institutions/organizations and managers is a determining factor that reduces secondary traumatic stress. According to these findings, it can be said that organizational support is also effective in the secondary traumatic stress level.

In this context, the practices and measures to be developed against the risk of secondary traumatic stress should be planned to include the social support factor.

Keywords: Perceived social support, posttraumatic stress disorder, secondary traumatic stress, trauma

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manuel Of Mental Disorders
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
AÇSB	: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
TSSBÖ	: Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
İTS	: İkincil Travmatik Stres
ASD	: Algılanan Sosyal Destek

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. DSM-V'e göre TSSB tanı ölçütleri 16

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular 55

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin bulgular 56

Tablo 4.3. Katılımcıların eğitim ve destek durumuna ilişkin bulgular..... 57

Tablo 4.4. Katılımcıların TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar 58

Tablo 4.5. TSSBÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo……..59

Tablo 4.6. TSSBÖ puanları ile ÇBASDÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo……..60

Tablo 4.7. Yaş ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 61

Tablo 4.8. Yaş ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 62

Tablo 4.9. TSSBÖ toplam puanının cinsiyete göre T-Testi sonuçları..... 62

Tablo 4.10. ÇBASDÖ toplam puanının cinsiyete göre T-Testi sonuçları 63

Tablo 4.11. ÇBASDÖ alt boyutlarının cinsiyete göre T-Testi sonuçları 63

Tablo 4.12. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 64

Tablo 4.13. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları 64

Tablo 4.14. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 65

Tablo 4.15. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları 65

Tablo 4.16. Çok boyutlu sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri 65

Tablo 4.17. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları 66

Tablo 4.18. Aylık gelir ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo67

Tablo 4.19. Aylık gelir ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 67

Tablo 4.20. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 68

Tablo 4.21. Travma sonrası stres belirtileri ölçeğinin mesleğe göre ANOVA sonuçları 68

Tablo 4.22. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 68

Tablo 4.23. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin mesleğe göre ANOVA sonuçları……69

Tablo 4.24. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri..... 69

Tablo 4.25. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının mesleğe göre ANOVA sonuçları 70

Tablo 4.26. TSSBÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre T-Testi sonuçları 71

Tablo 4.27. ÇBASDÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre T-Testi sonuçları71

Tablo 4.28. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının eğitim durumuna göre T-Testi sonuçları 72

Tablo 4.29. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları 73

Tablo 4.30. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları73

Tablo 4.31. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları 73

Tablo 4.32. Meslekte çalışılan süre ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 74

Tablo 4.33. Meslekte çalışılan süre ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 74

Tablo 4.34. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 75

Tablo 4.35. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları 76

Tablo 4.36. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri 76

Tablo 4.37. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları 77

Tablo 4.38. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut puanlarının betimsel istatistikleri 77

Tablo 4.39. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları 78

Tablo 4.40. Bulunulan alanda çalışılan süre ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 80

Tablo 4.41. Bulunulan alanda çalışılan süre ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 80

Tablo 4.42. Yönetilen vaka sayısı ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 81

Tablo 4.43. Yönetilen vaka sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 82

Tablo 4.44. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları 82

Tablo 4.45. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları 83

Tablo 4.46. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları 83

Tablo 4.47. TSSBÖ toplam puanlarının hizmet içi eğitim elma durumuna göre T-Testi sonuçları 84

Tablo 4.48. ÇBASDÖ toplam puanlarının hizmet içi eğitim alma durumuna göre T-Testi sonuçları..... 84

Tablo 4.49. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının hizmet içi eğitim alma durumuna göre T-Testi sonuçları 84

Tablo 4.50. TSSBÖ toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları 85

Tablo 4.51. ÇBASDÖ toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 85

Tablo 4.52. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 85

Tablo 4.53. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları 86

Tablo 4.54. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları 86

Tablo 4.55. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları 87

Tablo 4.56. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 88

Tablo 4.57. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 88

Tablo 4.58. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 88

Tablo 4.59. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 89

Tablo 4.60. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 89

Tablo 4.61. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları ... 90

Tablo 4.62. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 90

Tablo 4.63. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları 91

Tablo 4.64. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 91

Tablo 4.65. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 92

Tablo 4.66. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 92

Tablo 4.67. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları 93

Tablo 4.68. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları 93

Tablo 4.69. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları 94

Tablo 4.70. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları 94

Tablo 4.71. Alınan destek mekanizması sayısı ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 95

Tablo 4.72. Alınan destek mekanizması sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo..... 96

Tablo 4.73. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları 97

Tablo 4.74. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları 97

Tablo 4.75. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları..... 98

Tablo 4.76. TSSBÖ toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları99

Tablo 4.77. ÇBASDÖ toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları 99

Tablo 4.78. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları 99

Tablo 4.79. TSSBÖ toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları 100

Tablo 4.80. ÇBASDÖ toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları 101

Tablo 4.81. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları 101

1. GİRİŞ

Travmatik yaşantılar, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın veya fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (1). Bu tür olaylar insan eliyle yaratılan ve doğal olarak oluşan olaylar olmak üzere iki başlık altında değerlendirilmektedir. İnsan eliyle yaratılanlar, savaş, işkence, çeşitli kazalar, tecavüz gibi durumlardır. Doğal olarak ortaya çıkan olaylar ise deprem, sel, heyelan gibi doğal afetler olarak değerlendirilmektedir (2). Travmatik olaylar, sıradanlıktan uzak ve normal dışı durumlar olduğu için kişinin hayatında kesintilere neden olabilirler. Bu nedenle travmatik olay karşısında çaresiz kalan bireylerin, olayla baş edemediklerinde çeşitli belirtiler göstermeleri olası bir durumdur (3). Bu belirtiler travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olarak adlandırılıp; yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu kişinin sosyal ve mesleki hayatında işlevselliğinin bozulmasına neden olabilmektedir (4). Travmanın yıkıcı etkisinden sadece travma mağdurunun değil, aynı zamanda travmaya tanık olan mağdur yakınları ve travma mağduru ile çalışan profesyonellerin de olumsuz etkilendiği bilinmektedir.

Psikososyal destek elemanları, çalışma alanlarında çocuk istismarı, ev içi şiddet, tecavüz, savaş, doğal afetler, terör mağdurları gibi travma yaşamış olan birçok kişiye destek sağlamaya çalışmaktadır. Ancak bu tür travmatik olayların ardından, yardım çalışmalarında görev alan profesyonellerin de travmatik stres belirtileri gösterdikleri literatürde aktarılan bilgiler arasındadır. Travma mağdurları ile çalışan profesyonellerde görülebilen bu tepkiler, literatürde çoğunlukla ikincil travmatik stres tanımı ile ifade edilmektedir. İkincil travmatik stres en genel ifadeyle, diğerinin karşılaşmış olduğu travmatik duruma ilişkin bilgi sahibi olma sonucunda, yaşanan travmatik olaydan etkilenerek, travmayı doğrudan yaşamış kişilerin gösterdiği TSSB belirtileri olan yeniden yaşantılama, aşırı uyarılmışlık ve kaçınma belirtilerinin

göründüğü (5) ve bazen uzun yıllar devam eden psikolojik etki olarak ifade edilebilir (6). Bu bağlamda, ikincil travmatik stres profesyonellerin hem özel hem de mesleki hayatlarındaki işlevselliklerini olumsuz etkilemektedir.

Problem

Literatüre bakıldığında, yapılan çalışmaların çoğu travma mağdurları ile çalışan sağlık alanındaki (hemşireler, doktorlar, ambulans ve acil servis görevlileri) meslek elemanlarını kapsayacak şekilde tasarlanmış; ancak bu çalışmalarda psikososyal destek alanında çalışan profesyoneller kapsam dışında bırakılmıştır. Psikososyal destek alanında çalışan uzmanlar sıklıkla travma yaşamış bireylerle çalışmakta ve bu durum onların ikincil travmatik stres yaşama olasılıklarını arttırmaktadır. İkincil travmatik stres psikososyal destek elemanlarının kişisel yaşantılarını etkilediği gibi verdiği hizmet kalitesini de düşürdüğünden, araştırılması ve duruma uygun yöntemler geliştirilerek bu etkilerin minimum düzeye indirilmesi önem arz etmektedir.

Bu duruma ek olarak, alan yazında TSSB ve belirtilerine dair araştırmaların uzun zamandan bu yana yapıldığı ancak ikincil travmatik stresin daha yakın dönemlerde araştırmalara konu olmaya başladığı görülmektedir (7). Yapılan çalışmalarda, travma mağdurları ile çalışan profesyonellerin yaşadıkları ikincil travmatik stres ile ilişkili olarak bazı risk ve koruyucu faktörlerin bulunduğu aktarılmaktadır. Ancak hem ulusal hem de uluslararası literatürde, bu konu ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Sosyal desteğin de, bu faktörler arasında önemli bir yeri olduğu fikrini destekleyen çalışmalar olmasına rağmen (8, 9); ikincil travmatik stres ile sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki ya da ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (10, 11). Sosyal desteğin kişiler için zorlu koşullarda önemli olduğu bilinmektedir, ancak literatürde bu iki değişken arasındaki ilişkinin niceliğine dair bir görüş birliği bulunmamaktadır.

Bu bağlamda araştırmanın sorunu, psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stresi düzeyleri arasındaki ilişki olarak belirlenmiştir. Araştırma bu alanda yapılan araştırmalara derinlik kazandıracak şekilde tasarlanmıştır.

Önem

İkincil travmatik stresin, profesyonellerin hem özel hem de iş hayatlarını olumsuz etkileyen bir durum olduğu aktarılmıştır. Travma ve etkilerinin uzun zamandan bu yana araştırılıyor olmasına rağmen, travmanın sessiz dinleyici olan profesyonellerin travma mağdurları ile yakın ilişki kurmaları sonucu etkilenmeye başladıkları düşüncesi son dönemlerde daha yaygın bir şekilde ifade edilmektedir. Bu denli profesyonellerin hayatlarının her alanını etkileyen ikincil travmatik stresin tanınarak, ilgili değişkenlerin ayrıntılı olarak tanımlanmasının, bu durum ile mücadeleyi daha işlevsel kılacağı düşünülmektedir. Literatürde bu durum ile ilgili olarak bazı risk ve koruyucu faktörlerden bahsedilmesine rağmen, araştırma kapsamına alınan sosyal destek ile ilişkisine dair net bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ayrıca yaşanan travmatik olayların nitelik ve niceliğinin coğrafya ve kültür bağlamında değişebildiği dikkate alındığında, profesyonellerin farklı travmatik olaylar deneyimleyen travma mağdurları ile sıklıkla karşılaştıkları varsayılmaktadır. Bu bağlamda da, ulusal literatürde ikincil travmatik stres ile ilişkili değişkenlerin tanımlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışma literatüre bu açıdan katkı sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.

Ulusal literatürde ikincil travmatik stres ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki araştırma, genelde sağlık alanında çalışan profesyonellerini kapsamaktadır. Travma mağdurlarının, çeşitli travmatik olayların ardından ilk olarak sağlık sistemi içerisine dahil olmasının bu durumda etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak fiziksel sağlıkları ile ilgili sorunları ortadan kalkan veya fiziksel olarak yara almayan fakat psikolojik yönden oldukça fazla etkilenen mağdur ile sıklıkla psikososyal destek elemanları iletişim kurmakta ve yakın mesleki çalışmalar yapmaktadır. Bu kurulan yakın ve empatik süreç sonrasında da psikososyal destek elemanlarında ikincil travmatik stres belirtilerinin gelişme riski artmaktadır. Bu nedenle bu alandahizmet veren profesyonellerin durumunun araştırılarak ortaya konması önem arz etmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmanın, psikososyal destek alanında çalışan beş farklı meslek mensubu ile yapılmış olması da araştırmayı önemli kılmaktadır.

Araştırmanın uygulamaya sağlayacağı katkının ise, yaşanan ikincil travmatik stresin farklı değişkenler ile ilişkisinin ortaya koymasından dolayı, bu yönde alınacak

önlem ve oluşturulabilecek destek mekanizmalarında nasıl bir yol izlenebileceğini göstermesi yönünde olacağı düşünülmektedir. Böylelikle profesyonellerin etkili sağaltımları gerçekleşmesi sonucu, hem özel hem de iş yaşamlarındaki işlevselliklerinin artacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmanın genel amacı; psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu genel amaç bağlamında, "psikososyal destek elemanlarının travma sonrası stres belirtileri ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?" sorusuna yanıt aranacaktır.

Çalışmanın alt amaçları ise, psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile ikincil travmatik stresinin, katılımcıların bazı sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını; bazı özellikleri ile arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu alt amaç bağlamında öncelikle psikososyal destek elemanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri tanımlanarak, aşağıdaki şu sorulara yanıt aranacaktır;

Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile yaşları, aylık gelirleri, meslekte çalışma süreleri, bulundukları alanda çalışma süreleri, yönettikleri vaka sayısı ve aldıkları destek mekanizmaları sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları; cinsiyetlerine, medeni durumlarına, mesleklerine, eğitim durumlarına, çalıştıkları kuruma, çalışmakta oldukları sosyal hizmet alanına, çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duymalarına, hizmet içi eğitim almalarına, kurum dışından kurs almalarına, çalıştıkları kuruluşlardaki destek mekanizmalarının olmasına, meslektaşlarından destek almalarına, kuruluş yöneticilerinden destek almalarına, bilimsel yayınlardan destek almalarına, yasa ve mezuattan destek almalarına, süpervizyon almalarına, çalıştıkları kuruluşun destek sağlamasına, travma öykülerinin olmasına ve

mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duymalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmakta mıdır?

Sayıltılar

Kullanılan veri toplama araçlarının araştırmanın amaçlarına uygun olduğu ve çalışmaya katılan psikososyal destek elemanlarının, veri toplama araçlarındaki sorulara doğru ve samimi cevap verdikleri varsayılmaktadır.

Sınırlılıklar

Araştırmanın belirli bir zaman dilimi içerisinde gerçekleştirilmesi gerekliliği ve mali kaynakların yetersizliğinden dolayı Türkiye'deki tüm psikososyal destek elemanlarına ulaşılamamış, seçilen örneklemden veri toplanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çalışmanın amacı doğrultusunda; öncelikle ikincil travmatik strese temel oluşturan, stres ve travma ile ilgili bilgiler doğrultusunda TSSB ile ilgili literatür bilgisine değinilecek olup bu bilgiler doğrultusunda travma mağdurları ile çalışmanın psikososyal destek elemanları üzerindeki yansımalarından araştırmanın odak noktasını oluşturan ikincil travmatik stres kavramına değinilecek ve bunun ilgili alan yazında benzer olarak tanımlanan kavramlar olan üstlenilmiş travma, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik kavramları ile ilişkisi anlatılacak, bu konuda yapılmış araştırmalar aktarılacaktır. İlerleyen bölümde ise, ikincil travmatik stres ile yakından ilişkisi bulunduğu düşünülen sosyal destek kavramı ele alınarak tanımlanmaya çalışılacak, ilgili değişkenlerden bahsedilecek ve ikincil travmatik stres ile ilişkisine dair yapılan çalışmalara değinilecektir.

2.1. Stres

Günümüzde yaşam insanların sıklıkla baskı ve gerginlik hissetmelerine neden olmakta, bu durum bir savunma mekanizması olan stresi ortaya çıkarmaktadır. Stres 17. Yüzyıldan başlayarak öncelikle biyolojik kavramlarla açıklanmış olup ardından tıp ve psikoloji alanına dâhil olmuştur. Latince “estrica” ve Fransızca “estrece” sözcüklerinden gelen stres kavramı, 17.yüzyıl Avrupa’sında felaket, bela, dert, keder ve elem anlamlarına gelecek şekilde kullanılmıştır (12). Genelde olumsuz olarak görülüp, bu yönde tanımlanan stres kavramının farklı alanlarda değişik şekillerde tanımlandığı görülmektedir.

Literatürde stres teriminin ilk kez, 17. yüzyılda fizikçi Robert Hook tarafından kullanıldığı aktarılmaktadır (13). Stresin sağlık alanında ilk kullanımı ise, 1920’li yıllarda bu alanda öncü bilim adamlarından Hans Selye tarafından olmuştur. Selye, stresi “vücuda yüklenilen herhangi bir özelliği olmayan isteme karşı vücudun tepkisi” olarak tanımlamıştır (14). Selye ilk başta stresi, vücuttaki aşınma oranı olarak tanımlamıştır. Sonraki süreçte yaptığı çalışmalar sonucunda, başka bir

tanımlama daha yaparak stresin, kişinin çevresine uyum sağlama sürecinde yaşadığı fizyolojik bir tepki olduğunu belirtmiştir (15).

Stres kavramını ruh sağlığı alanında ilk kullanan kişi 1949 yılında Haggards olmuştur. Haggards, kişinin büyük bir tehdit ile karşı karşıya kaldığı, uyum mekanizmalarının işlevini yerine getirmediği ve vücuttaki enerjinin tükenmiş olduğu durumlarda stres yaşayacağını ifade etmiştir (16). Schermeron, stresi çok büyük ve beklenmeyen talepler, sınırlamalar ve fırsatlarla karşı karşıya kalındığında kişinin hissettiği tarafından bir gerilim anı olarak aktarmıştır (17). Atkinson ve arkadaşları stresin, bireylerin fiziksel ya da psikolojik sağlıklarını tehlikeye düşürecek durumlarda ortaya çıktığını belirtmişlerdir (18). Lazarus ise, stresin kişinin dış çevreyle olan etkileşimi neticesinde oluştuğunu ve bu etkileşimde önemli olan noktanın bireylerin kişileri ve olayları stres kaynağı olarak algılayıp algılamadıkları, nasıl değerlendirdikleri olduğunu ifade etmiştir (19). Cüceloğlu'na göre stres, kişinin fiziki ve sosyal çevresindeki zorlu koşullar sonucunda, bedensel ve psikolojik açıdan sınırlarının ötesinde harcadığı çaba olarak aktarılmaktadır (20).

Steadman's Medical Dictionary'de stres;

a) Vücudun normal psikolojik dengesini bozan zararlı ve çeşitli durumlara karşı vücudun gösterdiği tepki,
b) Dışarıdan uygulanan herhangi bir etkinin sonucu olarak vücudun gösterdiği direnme,
c) Bireyde gerilim ve dengesizliğin ortaya çıkmasında etkili olan fiziksel ve ya psikolojik uyarı şeklinde tanımlanmıştır (21).

Stresin çok çeşitli tanımını yapmak mümkündür. Ancak literatüre baktığımızda stres üzerine yapılan tanımlamaların bazı ortak özelliklere sahip olduğu görülmektedir. Bunlar; stresin kişi ve çevre etkileşimi sonucunda ortaya çıktığı, kişiyi motive edilmiş bir durumdan daha fazla aktive edebildiği, çokça ve yüksek derecede tehlike algısı barındırdığı, insan vücudunun tamamını etkilediği ve normal ve alışılmış yollarla kontrol edilemediğidir (22).

Literatüre bakıldığında stres kavramına yönelik tanımlamaların genel olarak dört temel kuram çerçevesinde yapıldığı görünmektedir. Bunlardan ilki, biyolojik

kuram bağlamında Cannon ve Selye tarafından yapılan tanımlamalardır. Stres, bireyin isteği ve iradesi dışında gerçekleşen, baş etmesi zor bir olay karşısında organizmanın gösterdiği tepki olarak tanımlanmaktadır. İkinci yaklaşım, öğrenme kuramcılarına göre stres sadece bir uyaran olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel transaksiyonel yaklaşımda ise, stres kaynağı ile bireyin bu uyarana ilişkin değerlendirmelerinin etkileşimine önem verilmektedir. Son olarak, her sistemin kendisine ait bir dengesi olduğunu ve bu dengenin bozulduğunda stresin ortaya çıktığını savunan sistem yaklaşımıdır (15).

Selye'ye göre stres üç dönem halinde ortaya çıkmaktadır ve bu her döneme özgü farklı belirtiler bulunmaktadır. Selye bu üç aşamalı tepkiyi "Genel Uyum Sendromu" olarak tanımlamıştır. Bu yaklaşıma göre, organizmanın strese tepkisi alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıyla gerçekleşir. Direnme dönemi, sağlıklı büyüme ve gelişme için fayda sağlarken; tükenme aşaması hastalık süreçlerine doğru yol almaya neden olur (23). Stres hayatın kaçınılmaz bir parçası olarak algılanabilir. Bireyin etkili bir biçimde işlev görebilmesi için bir miktar stresin gerekli olduğu düşünülmektedir. Jessie Bernard stresi yararlı (olumlu) ve zararlı (olumsuz) olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Olumlu stresin kişiye neşe, canlılık ve kazanç sağladığı, sağlıklı büyüme ve gelişim için faydalı olduğu ancak olumsuz stresin ise sürekli olarak kişiyi yoran ve bireyin güçlerini tüketen bir durum olduğu vurgulanmaktadır (23). Olumsuz özellikte nitelendirebileceğimiz stresin birden çok belirtisinin olabileceği bilinmektedir. Kişinin stresli olup olmadığını bu belirtiler aracılığıyla da fark etmek mümkündür. İlerleyen bölümde bu belirtiler aktarılmıştır.

2.1.1. Stresin Belirtileri

Stresle ilgili belirtiler; fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört gruba ayrılabilir. Fiziksel stres belirtileri, kalp çarpıntısı, kan basıncının artması, kabızlık, kulak çınlaması, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, kas spazmı, kas gerilmesi, ellerin ve ayakların buz kesilmesi, deri hastalığı, ani kilo değişmesi, kronik yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, el ve ayak parmaklarında hissizlik, cinsel isteksizlik, diş gıcırdatma, el ve ayak parmaklarını aşırı oynatma, tırnak yeme, alkol ve sigara içiminde artış, hazımsızlık, alerjiler, başını devamlı öne eğme, ülser, aşırı terleme,

boğazda ve ağızda kuruluk, titreme, sinirsel tikler, sık sık idrar yapma, sık sık adet görme, düzensiz aralıklarla yemek yeme, nefes kesikliği, baş dönmesi ve bayılma şeklinde sıralanabilir. Sosyal stres belirtilerinde; diğer insanlardan soyutlanma, acı duyma ve gücenme, ben merkezli olma, yalnızlık, geriye çekilme, hoşgörülü olamama, insanlarla ilişki kuramama gibi durumlar örnek verilebilir. Duygusal stres belirtileri söz konusu olduğunda, duyguların sık sık değişmesi, kaygı, endişe, huzursuzluk, kızgınlık, depresyon, üzüntü, soğukluk, sıklıkla kâbus görme, sakinleşememe, ümitsizlik duygusu, özgüven azalması, aşırı hassas olma gibi durumlar yaşandığını söylemek mümkündür. Zihinsel stres belirtilerinde ise, sık sık hafıza kaybı, düşünceleri kontrol etmede zorlanma, odaklanmada ve karar vermede güçlük çekilmesi, can sıkıntısı, devamlı olumsuz bencilce konuşmalar yapma, hüküm vermede güçlük gibi durumlar yaşanabilmektedir (24). Bu belirtiler kişinin hayatında çeşitli olumsuzluklara neden olabilecek durumlardır. Uzun süreli yaşandığında ise daha ciddi sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilirler.

2.1.2. Stres Yaratan Olayların Özellikleri

Atkinson ve diğ., en belirgin stres kaynaklarından birinin travmatik olaylar olduğunu söylemişlerdir. Doğal felaketler, yakınların ani kaybı ya da hastalığı gibi olaylar kişinin hiç beklemediği bir anda ortaya çıkması, önemli kayıplara yol açması ve kişinin uyum mekanizmalarını zorlamaları açısından travmatik olaylardır. Bu nedenle kişinin stres yaşamasına neden olurlar (18).

Benzer olayların her birey için aynı oranda stres yaratmadığı bilinmektedir. Olayların stres verici olarak algılamalarına, onların bazı özellikleri neden olmaktadır. Bu özellikler olayların ne oranda denetlenebilir ve tahmin edilebilir olduğu ve bireyin sınırlarını ne oranda zorladığı durumlarıdır. Kişinin olayı denetleme ve tahmin edebilme durumunun azaldıkça, kişinin yaşadığı stresin artacağı düşünülmektedir. Ancak bununla birlikte kişilerin gerçekleşme tarihi önceden belli olan durumlarda da (evlilik, sınav vb.) stres yaşadığı bilinmektedir. Literatüre bakıldığında, Birinci ve İkinci Dünya Savaşından sonra, savaşa katılan insanlarda bugün stres belirtisi olarak kabul ettiğimiz çoğu belirti görülmüştür. Sonuç olarak,

literatüre bakıldığında en yoğun stres belirtilerinin travmatik olaylar sonucunda oluştuğu görülmektedir. Bu bağlamda ilerleyen bölümde travma konusu aktarılmıştır.

2.2. Travma

Travmanın, kişinin ruhsal ve bedensel sağlığını önemli derecede tehdit eden, sarsan ve yaralayan olayların tümü olduğu söylenebilir (1). Travmatik yaşantılar, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanmanın veya fiziksel bütünlüğe yönelik bir tehdidin ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (4). Bu tür olaylar iki ana gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta, insanlar tarafından (insan eliyle) yaratılan travmatik yaşantılar (örneğin savaş, işkence, taciz, tecavüz, kazalar) ikinci grupta ise doğal olaylar (örneğin deprem, sel) bulunmaktadır. İnsanlar tarafından yaratılan travmatik yaşantılar da kendi arasında istemli şekilde ortaya konan davranışlar ve kazalar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Doğal olaylar arasında, yakın birinin beklenmedik bir şekilde ani ölümü de travmatik bir yaşantı olarak kabul edilmektedir (2).

Kişinin sahip olduğu çevre ve beden üzerindeki hakimiyet ve kontrolünün tehlikeye girmesi, tehdit edilmesi, zarar görmesi sonucu mağduriyet oluşur ve bu mağduriyet durumlarının bazılarında travmatik yaşantı söz konusu olmaktadır. Travmatik yaşantılar sıradan ve gündelik olaylardan farklı olarak bir tehdit, şiddet ve ya ölüme yakın olma halini içermektedir. Tehdide karşı uygun cevap verilemediğinde travmatizasyon ortaya çıkar. Leoner Terr ruhsal travmanın ani, beklenmedik bir zamanda, tahmin edilemeyen bir anda, karşı konulamayacak derecede şiddetli emosyonel saldırı veya dışarıdan bir kişiden bir dizi saldırı sonucu meydana geldiğini söylemiştir (25). Travmatik olaylar dış kaynaklıdır ancak hızlı bir şekilde zihnimizin içine dâhil olurlar. Green'e göre, stres yaratan bir olayın travmatik olması için üç bileşeninin olması gerekmektedir. Bunlar; objektif bir olayın varlığı, bireyin bu olaya kişisel yorumu ve bireyin bu olayı duygusal olarak nasıl yorumladığı faktörleridir (26).

Fischer ve Riedesser travma deneyimini, özel bir duruma bağlı tehdit edici faktörler ile kişinin baş etme yeteneği arasındaki tutarsızlıktan kaynaklanan;

çaresizlik duygusu ile birlikte başkalarının ve olayların insiyatifine kalmış olma duygularının eşlik ettiği, buna bağlı olarak kendine ve dünyaya dair algıda kalıcı şok yaratan kritik bir deneyim diye tanımlamışlardır (27). Türksoy'a göre, "Psikolojik travma, kişinin güçsüzlüğü ve çaresizliği ile karşı karşıya kalmasıdır". Travma anında kişi karşı konulamaz bir güç tarafından çaresiz bırakılır. Travmatik olayın bireyin normal zaman diliminde kullandığı baş etme mekanizmalarını etkisiz hale getirdiği aktarılmaktadır (28). Önder ve Tural da, Türksoy gibi travmatik yaşantıyı "insanın kendi güçsüzlüğü, zayıflığı ve çaresizliği ile yüzleşmesi" şeklinde tanımlamaktadır (29). Bu tanımlamalar bağlamında, travmaların, kişilerin olağan hayatlarını olağanüstü bir şekilde değiştirdiği ve baş etme mekanizmalarını işlevsiz kıldığı söylenebilir.

Tedeschi ve Callhoun, bir olayın travmatik olarak adlandırılması için, söz konusu olayın; ani ve beklenmedik olması, kontrol edilebilme ihtimalinin düşük olması, genel denilebilecek durumlardan farklı özellikte olması, kalıcı ve süreğen sorunlar yaratma olasılığı ve yaşanan durumda başkalarını suçlama durumunun var olması gerektiğini aktarmışlardır (30). Bununla birlikte Dürü de, travmatik olayların insanların çaresizlikleri, kırılganlıkları ve dolayısıyla ölümlü oluşlarıyla yüz yüze gelmelerine neden olduğunu; yaşamlarını öncesi ve sonrası diye ikiye bölen ve hem kişisel hem de çevresel birçok şeyi değiştiren olaylar olduğunu söyleyerek böylesi bir durumla karşılaşan insanın kendi varoluşunun derinden sarsıldığını hissettiğini ve yaşamı sorgulamaya başladığını aktarmıştır (31).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel Elkitabı-IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)] travmatik olay, kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi ağır bir yaralanma ya da kendisinin ve başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmesi diye tanımlanır. Aynı zamanda kişinin yaşadığı bu olaylara tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (4). DSM-V'de ise travmatik olayı anımsatan anılarla sürekli ve yineleyici bir şekilde karşı karşıya kalma ibaresi eklenmiştir (32).

Literatüre bakıldığında travmatik olayların sınıflandırılmasına ilişkin birçok farklı ayrım yapılmaktadır. Ancak travmatik olayları genel olarak şu şekilde sınıflandırabilmek mümkündür;

a. İnsan eliyle bilerek oluşturulan doğrudan ya da dolaylı olarak örseleyici olaylar yaşama (savaş, işkence, terör olayları, tecavüz ve cinsel saldırı, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vb.),

b. İnsan eliyle istemsiz bir şekilde kaza sonucu oluşan olaylar (trafik kazası, iş kazaları vb.),

c. Doğal afetler ve felaketler (deprem, sel, çığ, volkanik patlamalar, yangın, tsunami vb) (32).

Bu tür olayların ardından ortaya çıkan psikolojik tepkilerin gruplandırılması işlemleri çok eskilere dayanmamakla birlikte, yaşanan travmatik olayın istemsiz ve sürekli olarak hatırlanması, uyku problemleri, kaçınma davranışları gibi travma sonrası tepkilerin bulunduğu olgulardan uzun zamandan bu yana söz edilmektedir (33). Bu belirtiler, en eski olarak 17. Yüzyılda yaşanan Büyük Londra Yangınından sonra kayıtlara geçmiştir. Yangından sağ kurtulan Samuel Pepys yazmış olduğu günlüğünde, yaşadığı yangının etkisinden ve bununla ilgili kötü rüyalarından kurtulamadığını ve uyku sorunlarının bulunduğunu aktarmıştır (34). Ancak travma ile ilgili günümüze yakın tanımlamaların 19. yüzyılda yapıldığı, daha önce yapılan tanımlamaların genellikle savaşlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle savaşa giden askerlerde görülen tepkilerin "asker kalbi", "bombardıman şoku", "korku nevrozu" gibi isimlerle tanımlandığı görülmektedir. Travmaya verilen tepkilerin başlarda kafa travmalarına bağlı olarak beyinde meydana gelen hasarlardan kaynaklı olduğu düşünülse de kafa yaralanmasına sahip olmayan askerlerde de benzer tepkilerin görülmesi nedeniyle asıl nedenin kafa travması olmadığı anlaşılmıştır. 1. Dünya Savaşına katılan askerlerde "çökkünlük" saptanmış ve İngiliz subaylarında "ruhsal çöküntü" belirtileri kayıtlara geçmiştir (34, 35). Bununla birlikte travmatik olayların fiziksel zarar dışında da sorunlara yol açabileceği fikri 1870 yılındaki Fransa ve Prusya savaşı sonrasında oluşmaya başlamıştır. Bu hastalardaki bozukluklara ilk olarak "travmatik nevroz" tanısı önerilmiştir (36). Birinci Dünya Savaşı'nda bomba şoku (shell shock) gibi terminolojiler travmanın kişiler üzerinde ruhsal etkileri olduğu anlamına gelse de travma yaratabilecek durumlar üzerine

herhangi bir çalışma yapılmamış ve travma kavramı halihazırda var olan bozuklukları tetikleyen bir durum olarak görünmekten öteye gidilmemiştir. Aynı düşüncenin İkinci Dünya Savaşı öncesinde de devam ettiği görülmektedir (37). Bu açıdan travma kavramının psikiyatri literatürüne girişi ve gelişimi klinisyenler için her zaman için önemli bir konu olmuştur (38). Yine travmanın tanımı da tartışmalara konu olmuş ve süreç içinde değişime uğramıştır. Bu değişimin yayınlanmış olan DSM'lerde takip edilmesi mümkündür (39). Travma kavramına olan bakış açısının daha net anlaşılabilmesi için ilerleyen bölümde DSM'in zaman içinde değişen travma tanımlarına yer verilmiştir.

2.2.1. DSM'nin Travma Tanımları

DSM-I Amerika Birleşik Devletlerinde 2. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan bir doküman olduğundan, oluşumunda dönemin askeri bakış açısının etkili olduğu düşünülmektedir (40). Bu yayında travmaya yakın sayılabilecek "Büyük Stres Reaksiyonu" (Gross Stress Reaction) isimli bir tanıdan bahsedilmiştir. DSM-I'de bu başlık altında tanımlanmış olarak olay kavramı;

- Kişi; ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olaya maruz kalmalıdır (örneğin yangın, deprem, patlama vs).
- Stres yaratan olayın savaş veya sivil bir felaket olup olmadığı ayrıca belirtilmelidir (41).

1966 yılında DSM-II yayınlandığında İkinci Dünya Savaşının üzerinden uzun süre geçmiş olmasına rağmen bu süre Vietnam savaşının (1961-1975) kişiler üzerindeki etkilerinin tam anlamıyla görülebilmesi için yeterli olmadığından; bu süreçte sadece yeniden yaşantılama gibi TSSB belirtileri daha iyi tanımlanmış olup daha fazla gelişme olmamıştır. Böylelikle travmaya bağlı bozukluk düşüncesi DSM-I'den de geriye gitmiştir Savaş sonlandığında ise toplumsal açıdan bir olay olmadığı için travma tanı kategorisine ihtiyaç duyulmamış ve yer verilmemiştir (42). Buradan da anlaşılacağı üzere, travma kavramına bakış genellikle makro düzeydeki olaylarla ilişkili olmuştur. Travma sonrası stres belirtilerinin tanısal kategoride ilk olarak yer alması Amerika Birleşik Devletleri'nin Vietnam'ı işgali ve yenilgisi sonrasında gerçekleşmiştir. Bu süreçte savaştan dönen askerlerde görülen belirtiler "Travma

Sonrası Stres Bozukluğu" adı altında DSM-III'de tanımlanmıştır. (43). DSM-III'e göre travma kavramı, insanın gündelik yaşantısının dışında olan ve bireyde stres yaratan olayları kapsamaktaydı (44). Ancak kriterlerin ayrıntılı olarak belirtilmemesi objektiflik tartışmalarına neden oldu (45). Bu nedenle DSM-III-R'de kavramın örneklerle ayrıntılandığı görünmektedir (46). Bu güncelleme kavramın daha anlaşılır olmasını sağlamıştır.

DSM-IV ve DSM-IV-R'de bir önceki tanımdan farklı olarak, travmatik olay karşısında kişinin öznel değerlendirmesinin önemli olduğu ön plana çıkarılarak kişinin olay karşısında korku, dehşet ve çaresizlik duyguları hissetmesi gerektiği aktarılmıştır (44). DSM-IV'nin farklarından biri de, sekonder (ikincil) travmatizasyonun varlığını kabul etmesi olmuştur. İkincil travmatizasyon DSM-III'te örneklendirilse de DSM-IV'de meşrulaşmıştır. Böylelikle bu tanı kriterine göre, travmatik olayı öğrenmiş olmak, tanık olmak, duymak ve görmek gibi dolaylı yollarla da kişinin travmaya uğramış olduğu kabul ediliyordu (40). 1970'li yıllara kadar travma sonrası belirtilerinin genelde savaş yaşayan kişilerde ortaya çıktığı savunulurken, bu yıllardan sonra çeşitli sivil toplum örgütlerinin farklı alanlarda çalışmalarını arttırması ve özellikle feminist hareketlerin çabaları sonucu; aile içi şiddet ve cinsel saldırılara maruz kalmış kişilerde de görülen bulguların, savaş deneyimi yaşamış kişilerdekilerle aynı olduğu ortaya konmuştur (44). Hem ikincil travmatik stresin hem de savaş dışındaki olaların da savaş durumundakine benzer şekilde travma etkisi yaratabileceğinin kabul edilmesi, travma literatürü açısından önemli gelişmelerdir.

DSM'nin beşinci baskısında travma kavramı yeni bakış açısından etkilenerek çok eksenli bir yaklaşımdan boyutsal bir yaklaşıma geçiş yaşanmıştır. Bu bağlamda travma deneyimi ve TSSB'nin kriterleri yeniden tanımlanmış; bununla birlikte TSSB, kaygı bozukluklarının bir alt başlığı olmaktan çıkarılmış ve 'Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar' olarak yeni bir bölüm oluşturulmuştur. Ayrıca tanıma, 'travmatik nitelik taşıyan olayın başkasından dinlenmesi/öğrenilmesi' şeklindeki ifadenin eklenmiş olması, DSM'nin önceki tanımlarında yer alan ve bu araştırmanın da temel kavramları olan 'dolaylı travmatizasyon' ve 'ikincil travmatik stres' kavramlarının da gözden geçirilmesi anlamını ifade etmekteydi. DSM-V, travmatik

olayı birebir yaşamayan ancak olaydan dolaylı bir şekilde etkilenen (travmatik olayları düzenli olarak dinleme, arama kurtarma çalışmalarına katılma, acil yardım ekiplerinde görev alma vb) travma ile çalışan meslek gruplarının, travmatik olaydan doğrudan etkilendiklerini ve TSSB geliştirmeye yatkın risk grubunda olduklarını kabul etmektedir (32). Bu durum ikincil travmatik stresin daha görünür olmasını, böylelikle de önemi üzerine düşünmeyi sağlamıştır.

Yaşanılan travmaya bağlı olarak kişilerde bir takım ruhsal bozukluk gelişme riski vardır. Bunlardan bazıları; akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, depresif duygu durum, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve en sıklıkta travma sonrası stres bozukluğudur (47). Araştırma kapsamına alınan konudan dolayı buradan sonra travma sonrası stres bozukluğu ve bununla ilişkili kavramlar ele alınmıştır.

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Battal ve Özmenler, travma sonrası stres bozukluğunu, sarsıcı bir olayın ardından olayın yeniden-tekrar yaşanması, travmaya eşlik eden uyaranlardan kaçınma, tepkilerde donuklaşma, dış dünyaya ilginin azalması ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile ortaya çıkan ruhsal bir bozukluk olarak tanımlamıştır. (48). APA'ya göre TSSB; kişinin beden bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan ve dehşet içinde bırakan, olağan ya da olağan dışı bir şekilde yaşanarak kişinin başa çıkma düzeyinin üzerinde stres yaratan bir durum sonucunda gelişen ve süreğenlik özelliği gösteren bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Bu travma sonucunda ortaya çıkan yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık durumları da travma sonrası stres bozukluğunun temel belirtileri olmakta ve bu durumlar kişinin sosyal ve mesleki hayatında işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır (4).

Bu tür hayati açıdan risk taşıyan durumlara insanlar genellikle dehşet, çaresizlik ve anksiyete ile tepki gösterirler. Bu duygular en temelde hayatta kalma içgüdüsünün bir parçası iken, aynı zamanda kişinin travma ile ilgili belleğini geliştirerek gelecekte karşılaşacağı benzer durumlardan korunması ve baş edebilme olasılığını arttırmasını sağlar. İnsanların çoğu, hayatları süresince en az bir defa

böyle bir travma ile karşılaşmakta olup, bazıları söz konusu durumla baş ederek hayatlarına kaldıkları yerden devam edebiliyorken; bazıları travma sonrasındaki dönemde TSSB belirtileri ile devam eden bir süreç yaşamaya başlarlar (49). TSSB'nin ortaya çıkışı ile ilgili çalışmalar, travmaya neden olan stresin özelliklerine kıyasla kişinin travmatik olayı öznel olarak nasıl değerlendirdiği ve ne şekilde yanıt verdiğinin daha önemli olduğunu göstermektedir. Bazen çok ağır bir travmadan sonra bile bazı kişilerde travma sonrası stres bozukluğu gelişmeyebiliyorken, çoğu insan için önemsiz sayılabilecek olaylar (öznel anlamlarından dolayı) bazı kişilerde TSSB gelişmesine neden olmaktadır (50). Ancak Türksoy bu öznelliğin ön plana çıkmasından dolayı durumun daha da karmaşık bir hal aldığını belirtmektedir (28). Örneğin travmatik bir olayla karşılaşan ancak herhangi bir korku, dehşet veya çaresizlik yaşamadığını belirten kişiler de bir süre sonra bazı belirtiler yaşayabilmektedir (31). DSM-V'de travma sonrası stres bozukluğu için belirtilen tanı ölçütleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2.1. DSM-V'e göre TSSB tanı ölçütleri.

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkasının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme.
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler, çocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı;

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2. İçeriği ve veya duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. Geçmişse dönüşler).
(Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır).

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılarsan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerde ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)ın oraya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici ola(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygu durumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler.

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarından uzaklaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilişkili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
3. Her an tetikte olma.
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
5. Odaklanma güçlükleri.
6. Uyku bozukluğu.

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D, E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk hiç bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (51).

Bununla birlikte belirtilerin travmatik olaydan sonra dört hafta içerisinde ortaya çıktığı ve iki günle dört hafta arasında sürdüğü kişilere; "akut stres bozukluğu" tanısı konmaktadır. Belirtiler üç aydan daha kısa sürerse bu bozukluk "akut" olarak; üç aydan uzun sürerse "kronik" olarak belirtilir. Belirtiler travmatik olaydan altı ay ve daha uzun süre sonra başlarsa "gecikmeli başlangıçlı" olarak tanımlanmaktadır (51).

2.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri

Travmatik tepkiler, travmatik durum karşısında herhangi bir eylemin faydasız olduğu anlarda ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda ne direnme ne kaçma (kurtulma) söz konusu olmadığından kişinin öz-savunma sistemi büyük derecede zarar görmektedir (52). Literatüre bakıldığında, travma sonrası ortaya çıkan stres

tepkilerinin, travma anını yeniden-tekrar tekrar yaşama, travmaya eşlik eden uyaranlardan kaçınma-tepki düzeyinde azalma (küntleşme) ve artmış uyarılma belirtileri olmak üzere üç ana başlıkta toplandığı görünmektedir. Aşağıda bu belirtiler ele alınmıştır.

2.2.3.1. Travmatik Olayı Yeniden-Tekrar Tekrar Yaşama

Bu başlık altında değerlendirilen belirtiler; kişinin söz konusu olayı elinde olmadan tekrar tekrar hatırlaması, olayla ilgili kâbuslar ve kötü rüyalar görmesi, olayın bazı bölümlerini tekrar yaşıyormuşçasına hissedip travma anındaki gibi davranma ve olayı anımsatan uyarıcılara karşı aşırı derecede fiziksel ve psikolojik tepkiler vermesi gibi belirtilerdir (53, 54). Bununla birlikte bu tekrar yaşantılama; düşünceler, algılar ya da düşler şeklinde olabileceği gibi dissosiyatif yaşantılar (flash-back) şeklinde de olabilir. Dissosiyatif yaşantılar, bilinçte herhangi bir bozulma olmadan travmatik olayın yeniden ve canlı olarak yaşanması anlamına gelmektedir (55, 56).

Tehlikenin ardından uzun bir zaman dilimi geçmiş olmasına rağmen, travmatize olan kişiler söz konusu olay sürekli olarak tekrar ediyormuş gibi olayı yeniden yaşarlar. Hayatlarına kaldıkları yerden, normal bir şekilde devam edemezler çünkü travma bahsedilen etkisinden dolayı sürekli olarak kesintiye uğratır. Burada zaman kavramının travma anında durmuş gibi algılandığını söylemek mümkündür. Travmatik an, normal olmayan bir hafıza biçiminde kodlanmış durumdadır; bu da hem kişi uyanık olduğu zaman geçmişe dönüş şeklinde hem de uykuda olduğu zaman travmatik kâbuslar şeklinde kendini gösterebilir. Diğer insanlar için küçük ve önemsiz görünen şeyler, travmatik olayı yaşayan kişi tarafından güçlü bir uyaran olarak algılanabilir ve böylelikle kişi kendini tehlike altında hisseder (52).

Duygusal açıdan yeniden yaşantılama durumu kendini kaygı, öfke ve huzursuzluk gibi kavramlarla görünür kılmaktadır. Ve bu yeniden yaşantılama farklı şekillerde ortaya çıkabilir. En dikkat çeken şekli ise travma anında yaşanan agresif duygu durumun yeniden yaşantılanması sonucunda çevreye uygulanan fiziksel

saldırganlıktır. Fizyolojik açıdan görülen belirtiler ise, dikkat dağınıklığı, odaklanmada güçlük, uyku sorunları, baş ağrısı gibi durumlardır (57).

Kognitif kuramlar açısından; yeniden yaşantılama belirtileri, aşırı uyaran genellemesinin sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bilişsel şema modeline göre, travmatik olayla karşı karşıya kalan kişinin, yaşadığı ağır stresle başa çıkamadığı zaman stresin kaynağını özümseyemediği, sonrasında bu kişinin özümseyemediği stres kaynağının anılar üzerinde hâkimiyet kurma dürtülerini harekete geçirdiğini ve böylelikle kişinin olayı bilinçsiz bir şekilde yeniden yaşantılama yoluyla bu hakimiyeti sağlamaya çalıştığı belirtilmektedir (58).

2.2.3.2. Travmaya Eşlik Eden Uyaranlardan Kaçınma, Heyecansal Sınırlılık (Küntleşme)

Kaçınma; kişinin travmatik olayla ilişkili olarak yaşamış olduğu korku, çaresizlik ve dehşet duygularına neden olan ve doğrudan travmatik olayı hatırlatan uyaranlardan uzak durmak için çabalaması anlamına gelmektedir. Diğer bir deyişle, kişi yaşamış olduğu travmatik durumu düşünmemeye ve unutmaya çalışır, bunun sonucunda da kişi yaşadığı travmayı başkalarına aktarmakta güçlük çekebilir (48). Aker ise kaçınma belirtilerini; olayın önemli bir kısmının unutulması, kişinin çevresine karşı verdiği tepki seviyesinde azalma, öncesinde sevilen aktivitelere katılımın azalması, çevresindeki kiilerden uzaklaşma ve yabancı gibi hissetme, samimiyet ve dostluk gibi kavramların yabancılaşması, duygusuzluk, donukluk, mesleki ve ailevi ilişkilerde olumsuz duygular hissetme ve olumlu bir gelecek algısının kalmaması olarak tanımlamaktadır (53). Bu kaçınma tepkileri sonucunda çevreye karşı yabancılık hissinden dolayı kişinin kendi iç dünyasına yönelme ortaya çıkmaktadır. Bu tür duyguları duyumsama yetileri azalmış kişilerde; sevgi, yakınlık, bağlanma, cinsellik gibi duyguların olması gerektiği gibi yaşanamayan bir duygusal küntlük durumundan bahsedilmektedir (59).

Herman ise travmatik olayların yıkıcılığı etkisinin, maruz kalan kişide kaçmanın ya da savaşmanın mümkün olmadığı durumlarda yaşadığı çaresizlikle doğru orantılı bir ilişki içerisinde olduğunu söylemekle birlikte bu kaçınılmaz tehlike

durumunun, her zaman yoğun öfke ve kaygı ile değil, tam tersi şekilde bütün yoğun duyguların görünmez olduğu bir sakinlik durumuna da neden olabileceğini belirtmektedir. Bu durumun da kişinin dış dünyaya karşı ilgisinin azalarak kendisini edilgen bir alana çekmesi ile sonuçlanacağını aktarmıştır (52).

2.2.3.3. Artmış Uyarılmışlık

Artmış uyarılmışlık belirtilerinin, bireyin travmayla karşılaştığı sırada yaşadığı ve onu hayatta tutacak olan yaşantı örneklerinin uzantısı olduğu düşünülebilir. Stres karşısında ilk yanıt olan uyarılmışlık hali, TSSB'de artmış uyarılmışlık şeklinde kendini göstermektedir. Bu nedenle de TSSB'de en yaygın görülen belirtilerin, bu grupta olduğu düşünülmektedir (55). Burada tehlike içeren olay her an yeniden yaşanabilirmiş gibi hissedildiğinden, insanın kendini koruma sisteminin sürekli harekete geçmeye hazır olduğu ve kişinin sürekli tetikte olduğu belirtilmektedir. Psikolojik uyarılma azalmadan devam eder. Travma sonrası stres bozukluğunun ilk büyük semptomu olan bu aşırı uyarılma durumunda travmatize olmuş kişiler kolaylıkla irkilip küçük ve etkisiz uyaranlara bile çok büyük tepkiler verebilir, bu bağlamda uyku düzeni de bozulduğundan çeşitli uyku problemleri ortaya çıkabilir. En yaygın olarak yaşanan uyku sorunu uykuya dalmakta ve sürdürmedeki güçlük durumunda kendisini gösterir. Çünkü uzun süreli travma sonrası stres bozukluğu gösteren kişiler gürültüye çok hassastır ve gece boyunca diğer insanlara kıyasla çok fazla uyanırlar (52). Bununla birlikte kişi uykusunda da travmatik olayı yeniden yaşantıladığı için bilinçli olarak uykusunu engellemeye çalışabilir. Bu durumda da kişinin hali hazırda yıpranmış olan sinir sisteminin daha da yıprandığını söylemek mümkündür.

Bunun yanı sıra Battal ve Özmenler, kişilerde aşırı derecede huzursuzluk belirtileri, çabuk sinirlenme ve öfke patlamaları görülmesiyle birlikte kişilerin yapmaları gereken işlere odaklanamadıklarını ve bu şekilde işlev kaybı yaşadıklarını aktarmışlardır (48). Ayrıca Lanius ve arkadaşları da, kişilerin ses, ışık ve dokunma gibi uyaranlara aşırı tepki verdiklerini, kalp çarpıntısı, solunum düzensizliği belirtilerinin yaşandığını belirtmişlerdir (60). Bu belirtilerin ortaya çıkarılması amacıyla bazı çalışmaların yapıldığı görünmektedir. Örneğin psikiyatrist Lawrence

Kolb, Vietnam gazilerine savaş sesleri ve kayıtları dinlettiğinde TSSB gösteren kişilerin nabız ve tansiyonlarının yükseldiğini ve hatta kişilerin kendilerini oldukça kötü ve giderek çaresiz hissetmelerinden dolayı deneyin sonlandırılmasını istediklerini kayıt altına almıştır (52). Bu durum travmanın kişi üzerindeki etkilerini gözler önüne sermektedir.

Travmatik olaylara verilen bu tepkilerin bir aydan daha uzun süre sürdüğü ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara neden olduğu, bu nedenle de kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle belirtilerin mümkün olan en kısa zamanda tanınıp müdahale edilmesi, kişinin sağlığı açısından önem arz etmektedir.

2.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

Herhangi bir travmatik olay sonrasında kişinin TSSB geliştirme durumunun bazı değişkenlere göre farklılık gösterdiği daha önce de aktarılmıştı. Literatüre bakıldığında bu alanda yapılmış bazı çalışmalar bulunmakta olup bu çalışmaların sonucunda TSSB'nin oluşumuna dair farklı kuramlar açısından değerlendirmeler yapıldığı görünmektedir. TSSB gelişimini anlayabilmek için bu kuramların gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu nedenle aşağıda söz konusu kuramlar ele alınmıştır.

2.2.4.1. Psikodinamik Model

Bu modelde travmanın; daha önceden yaşanan, yatışmış ancak çözümlenmemiş psikolojik bir çatışmayı yeniden aktive ettiği varsayımı bulunmaktadır. Psikodinamik yaklaşımın başlıca temsilcilerinden olan Sigmund Freud, şiddetli travmaların tüm savunma düzeneklerini etkisiz hale getirerek ağır ve acı verici bir şekilde yaşandığını, bastırma mekanizmasının yetersiz kalarak egonun bu durumla başa çıkma gücünün azaldığını aktarmıştır. Ayrıca egonun aşırı yıpranmasına neden olan travma ile ilk karşı karşıya kalan koruyucu sistemin zorlanması sonucunda, kişinin doğal uyum kapasitesinin zarar gördüğünü ve kişinin tekrar saplantıya benzer savuma sistemlerine doğru gerilediğini; bununla birlikte

rahatsız edici yaşantıların rüyalarda ya da dissosiyatif dönemlerle tekrar tekrar yaşanmasında, bireyin yaşantıyı pasif olarak yaşamaktan kurtulup, travmatik yaşantıyı aktive ederek tekrar egoya uyumlu hale getirme çabasının ön planda olduğunu belirtmiştir (61).

Bu bağlamda; travmayla karşılaşan kişi, dissosiyasyon düzeneğini kullanarak travmatik yaşantıyı bilinçli alandan ve yaşantı/duygu bütününden ayrıştırıp bilinç dışına iter. Böylelikle söz konusu travmatik olay ya da olayın bir kısmını hatırlatacak yeni bir travma ile tüm anılar tekrarlama (repetasyon) ve zorlantı (kompulsiyon) biçiminde yeniden ortaya çıkar. Bu durumda baş etme ise daha önce bilinç dışı alana yerleştirilen travmatik olay ile yeni yaşanan travmatik olay bütünleşmiş olduğunda gerçekleşebilmektedir (55). Travmatik olayı tekrar tekrar yaşama belirtisinin dayanağının bu durum olduğu düşünülmektedir.

2.2.4.2. Bilişsel ve Bilgi İşleme Modelleri

Bütün bilişsel modellerin ortak varsayımları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, travma kişinin iyilik halini ve/veya sağlığını herhangi bir yönden tehdit eden bir olay olarak kabul edilmektedir. Bu modele göre insanların travmatik olay öncesinde birçok inanç ve dünyaya dair algıları bulunmaktadır. Travmatik olayın beraberinde getirdiği bilgi ise kişide hâlihazırda var olanlarla eşleşmemektedir. Böylelikle var olan bilişsel şemalara oturmayan ve günlük hayatta yaşanan deneyimlerden farklı olan travmanın, bu özelliklerinden ötürü inkar, kabuslar ve zorlayıcı travma anılarıyla yeniden yaşandığı düşünülmektedir. Kişide var olan ve dünyadaki yerini, güven duygularını, benlik saygısını ilgilendiren bazı temel varsayımların zarar görmesi travmanın farklı bir sonucudur (62). Bu nedenle yeni ortaya çıkan bu bilginin, önceden var olanlarla bütünleştirilebilmesi için bilgi işlemenin sağlıklı bir şekilde tamamlanması gerekir (63). Janoff-Bulman'a göre, genel olarak insanın sahip olduğu 3 temel inanç bulunmaktadır. Bunlar, kişinin dünyanın güvenli bir yer olduğu, yaşamın anlamlı olduğu ve kendisini değerli bir varlık olarak gördüğü varsayımlarıdır (64). Ancak kişi travmatik bir olayla karşılaşınca bu temel varsayımları zarar görür.

Bilişsel modelde, kişinin anksiyete, kızgınlık ya da umutsuzluk gibi duygular yaşamasının nedeninin olayların kendisinin değil; kişinin bu olayları nasıl algıladığı ve bunlarla ilgili beklentilerinin neler olduğunun önemli olduğu varsayımı bulunmaktadır. Bu bağlamda var olan stresin daha abartılı bir şekilde algılanması sonucu, kişide otomatik olarak bir "anksiyete programı" işlemeye başlar. Bu programın içerisinde evrimsel süreç sonucunda edinilen, kişisel olarak geliştirilen ve tehlike anında oluşabilecek zararlardan korunmayı amaçlayan tepkiler vardır. Bu programın devreye girmesiyle birlikte yapılan davranışta engelleme (inhibisyon) meydana gelir; kişi kaçma ya da savaşma duyguları arasındaki farkı gözlemlemeye çalışır ve tehlike yaratabilecek durumları gözden geçirir (65, 66).

Özgen ve Aydın'a göre ise, kişinin ağır bir stres kaynağı ile karşılaşması sonucunda sağlıklı bilgi işleme zarar görmekte, böylece bu ağır stres içeren yaşantının yok edilmesi ya da değiştirilmesi mümkün olmamaktadır. Bu bilgi işleme sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlayamamış yaşantılar kolay bir şekilde uyarılabilmekte ve yaşamın her alanında kendisini gösterebilmektedir. Diğer bir deyişle, acı verici yaşantılar bastırılamamakta ya da dışlanamamaktadır. Kaygı/korku ile birlikte kodlanarak kaydedilen yaşantılarda, duygu-düşünce öğelerinden birini uyaran uyaranlar tümünü etkilemektedir. Bu genel uyarılmışlık ve arkasındaki sağlıklı olmayan bir biçimde yapılmış kayıt, TSSB'deki uyarılmışlık, bellek bozuklukları, impulsivite gibi belirtilerin kaynağı olarak kabul edilmektedir (55).

Foa ve arkadaşları, Lang'in korku yapıları ile ilgili kuramını temel alarak travma sonrası stres bozukluğundaki bilgi işleme süreçlerini açıklamaya çalışan bir model ortaya çıkarmışlardır. Modelin ekseninde korkunun azaltılmasının, korku ile ilgili olan yapıların değişmesine bağlı olduğu düşüncesi bulunmaktadır. Bu modelin ismi daha sonraki süreçte "Duygusal İşlemleme Teorisi" olarak değişmiştir. Bu modelde kişinin yoğun olarak korku yaşamasına neden olan travmatik olayların ardından aşırı uyaran nedeniyle, bu korkuyu genelleyerek dış dünyayı tehlikeli bir yer olarak algıladığı görüşü ileri sürülmektedir (67)**.** Burada normal ve patolojik korku yapılanmaları birbirinden farklı olarak ele alınmıştır (68). Travmayla ilişkili korku ağının travmatik yaşantıyı hatırlatan en ufak bir uyaran tarafından etkilenmesi, uzun süreli bellek içerisindeki bilgilerin bilince doğru hareket etmesine neden

olmaktadır. Kişinin bu uyarılmayı bastırmak ya da bu durumdan kurtulmak için göstermiş olduğu tepkiler TSSB'nin kaçınma belirtilerini meydana getirmektedir. Foa ve arkadaşlarına göre, travmatik yaşantının çözümlenebilmesi korkuyla ilgili bilgilerin önceki bellek sistemi içerisinde özümsenmesiyle mümkün olabilmektedir. Ancak bu şekilde korku ağı ile başka noktaların bağlantı kurabildiği belirtilmektedir. Bununla birlikte bu özümsenmenin olması için de korku ağının hareketliliğinin uzun süreli olması gerektiği ancak bu hareketliliğin çoğu zaman aşırı uyarılma ve ya başka bazı yanlış düşünce şekilleri nedeniyle kısa süreli olduğu aktarılmaktadır. Bu durumun da TSSB'nin uzun süreli olmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (67, 69).

Horowitz, sosyal bilişsel model bağlamında travma sonrası stres belirtilerinin nasıl yapılandığını aktarmıştır. Bu modelde de tüm bilişsel modellerde olduğu gibi, travmatik yaşantının, oldukça fazla bir şekilde içsel ve dışsal bilgi ortaya çıkardığı aktarılmaktadır. Bu bilgiler hâlihazırda var olan şemalarla uyuşmadığı için aşırı bilgi yüklemesi gerçekleşmekte, özümsenmemiş olan bilgiler de bilinçli farkındalığın dışında tutulmaktadır. Kişi bu aşırı bilgi yüklemesinden kurtulmak için farkında olmadan reddetme, amnezi, hissizlik gibi tepkiler geliştirir. Bu tepkiler başta travmaya ait bilgilerin hatırlanmasını engellediği için işlevseldir ancak uzun süreçte sağlıklı bir duygusal işlemleme sürecini engellemektedir. Bununla birlikte bu süreçte "tamamlama eğilimi" de söz konusu bilgilerin bilince ulaşmasını sağlayarak bilgilerin kişide var olan şemalarla bütünleştirilmesini gerçekleştirmektedir. Bilgi işlemleme sağlıklı ve tam bir şekilde sağlanmadıkça TSSB belirtileri de devam etmektedir (70).

Ehlers ve Clark'ın tasarladıkları bilişsel model travma sonrası stresi açıklayan en kapsamlı modellerden biridir. Model, travma sonrası stres bozukluğunun bireylerin travmatik olayı ciddi ve devam eden bir tehdit olarak algıladıklarında ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bu bağlamda modelin ekseninde önceden yaşanmış olan travmatik olaya yönelik "süregiden tehdit algısı" bulunmaktadır. Bu tehdit algısının, bireyin travmatik yaşantı ile birlikte sonrasındaki durumu değerlendirmesi ve bellekte travmatik olaya dair anılar ve bu anıların otobiyografik bellekteki diğer anılarla etkileşimi olmak üzere iki durumla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Yani

kuramın temelinde tehdit algısı ve bellek süreçleri bulunmaktadır. Burada TSSB'nin oluşmasına değil de daha çok sürmesine odaklanan bir bakış açısı bulunmaktadır. Modelin en büyük amacı ise, TSSB'ye yönelik yeni bir bilişsel-davranışçı müdahale programı oluşturmak için destek olabilecek kuramsal bir alan yaratmak ve son dönemlerde TSSB'de bilişlerin önemli olduğunu vurgulayan bilgileri bir araya toplamaktır (71).

Bellek süreçleri dikkate alındığında ise Ehlers ve Clark'ın otobiyografik belleğe yönelik açıklamaları bulunmaktadır. Hatırlamanın, otobiyografik bellekte isteyerek ve otomatik olmak üzere iki şekilde gerçekleştiği ileri sürülmektedir (71). Ancak bu travmatik olayların bireyler üzerinde yıkıcı etkisinin olmasından dolayı her iki durumda da sorunlar ortaya çıkmaktadır. Burada kişi isteyerek hatırladığı zaman daha çok zarar gördüğünden otomatik süreç daha fazla ön plandadır. Yani duyusal özellikler yoluyla hatırlanma sağlanmaktadır. Böylelikle de travma sonrası stres bozukluğu belirtileri kendini göstermeye başlamaktadır. Bu belirtilerin sürmesine neden olan bazı doğal olmayan bilişsel-davranışçı stratejilerin varlığından söz edilmekte ve modelde bu konuda önemli bir bilişsel-davranışçı tepki tipolojisi ileri sürülmektedir. Bu tepkilerin süregiden tehdit algısıyla kısa vadede başa çıkmak için kullanıldığı ancak olumlu yönde bilişsel gelişime engel olduğu için de uzun vadede TSSB belirtilerinin devam etmesine neden oldukları belirtilmektedir. Bu tepkilere örnek olarak, düşünceleri baskılamaya çalışmak, tehditle ilgili olduğu düşünülen ipuçlarına karşı aşırı hassas olma, tehlikeyi önlemek adına sürekli tedbir alma ihtiyacı hissetme, bazı belirtileri yaşamamak adına farkında olmadan diğerlerini arttıracak davranışlar gösterme (örneğin, kabus görmemek için geceleri uykusuz kalmak), olayla ilgili olabildiğince düşünmemeye çalışma ve olayı hatırlatan tüm uyaranlardan kaçınma sayılabilir. Tüm bu tepkiler TSSB'nin "kaçınma" tepkileri olarak ortaya çıkar ve sonuç olarak süregiden tehdit algısını da doğrulayıcı bir tarzda kendisini gösterir (72).

Brewin ve Holmes'un geliştirdiği modelde ise, travmatik olayın bilgi işleme süreci üzerinde durulmaktadır. Model, travma sonrası stres bozukluğunun travmatik yaşantının bellekte doğru bir şekilde temsil edilmediği ve işlenmediği zaman yaşandığını ileri sürmektedir. Modelin ekseninde travmatik yaşantıya karşı gösterilen

duygusal tepkiler ve korkunun derecesine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Travmatik olayların kişide bir korku ağı meydana getirdiği, bu ağın travmatik olay bittikten sonra bile bazı uyaranlardan etkilendiği aktarılmakta olup bu ağ sisteminin fazla ve sık çalıştığı takdirde de travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (73).

2.2.4.3. Öğrenme ve Davranışçı Model

Bu modelin temelinde Mowrer'in iki faktörlü öğrenme kuramı bulunmaktadır. Klasik koşullanmaya göre, kişinin tepki göstermesine neden olan bir uyaran bir süre başka bir uyaranla bir arada verildiği zaman, kişi diğer uyarana da aynı tepkiyi göstermeye başlar. Edimsel koşullanmaya göre ise kişi bir davranış sonrasında düzenli bir şekilde ödüllendirilirse o davranışı tekrar etme durumu artar, cezalandırılırsa da tekrar etme durumu azalır. Burada korkunun klasik koşullanmayla oluşturulduğu, devamının ise edimsel koşullanmayla sağlandığı düşünülmektedir (74). Mowrer çeşitli uyaranlara karşı hissedilen korkunun klasik koşullanmayla geliştiğini, kişinin korkudan kaçındığı zaman korkunun azaldığını fark ettiğini ve böylelikle de kaçınma davranışının pekiştiğini ileri sürmüştür (75). Kişinin bu sıkça kullandığı kaçınma davranışı sonucu travmatik anılarla sağlıklı bir yüzleşme süreci yaşayamadığı düşünülmektedir. Mowrer bu konuda, tekrarlayıcı maruziyet ile sistematik duyarsızlaşmanın mümkün olacağını ve böylece semptomların ortadan kalkacağını ileri sürmüştür (76, 77).

Özgen ve Aydın'a göre, kişi travmatik olayla karşılaştığı zaman önce bir kaos yaşanır, bu aniden karşı karşıya kalınan olay sonraki süreçte farklılık arz eder. Travmadan önceki yaşanmış deneyimler kullanılarak travma önceden yaşanmış gibi değerlendirilir. Bu üst seviyede öğrenilmiş davranış yeni karşı karşıya kalınan travmatik olaya uygun yanıt verilmesini güçleştirir, böylece verilen yanıtlar daha karmaşık bir hal alır. Bu durumun da kaosu arttırdığı aktarılmaktadır (55).

Bu farklı modellere göre travma sonrası stres bozukluğu kavramının değerlendirilmesine karşın literatürde yaygınlık ve buna ilişkin faktörlere dair de bazı bilgiler verilmektedir. Aşağıda bu bilgiler derlenerek aktarılmıştır.

2.2.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi

TSSB, felaketlerden sonra en sık yaşanan psikolojik bozukluklardan birisidir (78). Ancak TSSB'nin görülme sıklığı ülkeler, toplumlar ve bölgeler arasında farklılık gösterdiğinden genel olarak sıklık ve yaygınlığına dair kesin rakamlar vermek zordur. Örneğin, dünya üzerinde daha az ve doğal afet yaşanan ve suç oranlarının daha düşük olduğu ülkelerde yaşayan insanların TSSB yaşama olasılığının düşük olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Fuat ve Özgen de, her bireyin genetik yapısı, fiziksel özellikleri, psikolojik geçmişi ve motivasyonu belirli durumlarla başa çıkma açısından birbirinden farklı olduğundan, TSSB'nin de yaygınlığının farklılık gösterdiğini söylemişlerdir (55).

Literatüre bakıldığında, travma sonrası stres bozukluğunun görülme yaygınlığının geniş aralıklarda olduğu görünmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerinde TSSB'nin yaşam boyu gelişim olasılığı %1-1.3 ile %7.8-9.2 olarak bulunmuştur. Travmatik bir olayla karşılaşanların %5-12'si TSSB geliştirdiği verilerine ulaşılmıştır (79). Ayrıca Keana, Marx ve Sloan, Amerika'da erkeklerin %60'ı, kadınların ise %51'inin yaşamları boyunca bir veya daha fazla travmatik olayla karşılaştıklarını aktarmışlardır (80). Davidson'a göre, TSSB'nin yaşam boyu %1 ile %9 arasında seyreden oranının %5 ile %6'sını erkekler; %10 ile %14'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (81). Erkekler genelde savaş, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma ve tehdit gibi travmalarla daha sık karşılaşıyorken, kadınlar cinsel istismar, tecavüz ve çocukluk çağı kötüye kullanımı gibi travmalara daha sık maruz kalmaktadır (82). Ayrıca TSSB'nin her yaş grubunda görülmekle birlikte daha çok genç yetişkinlerle birlikte bekarlar ve boşanmış, ekonomik durumu iyi olmayan sosyal olarak izole olan kişilerde daha sık görülmektedir. Risk altındaki kişilerde savaş, çatışma, cinayet, tecavüz gibi insan eliyle yaratılmış travmaların, doğal afetlerden daha fazla TSSB oluşturduğu bilinmektedir (55).

Geçmişten günümüze değin yapılan çalışmalara baktığımızda, farklı travma türlerinin farklı zamanlarda ve araştırma şekillerinde değişik sonuçlar verdiği görünmektedir. Örneğin savaş travması alanında yapılan en kapsamlı çalışma olan, The National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS)'de Vietnam Savaşına katılan Amerikan askerlerinde yaşam boyu TSSB oranı %30.9, araştırma anındaki

oranı ise %15.2 olarak bulunmuştur (83). Hoge ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada Irak'ta 2. Körfez savaşına katılan Amerikalı askerlerde döndükten hemen sonra yapılan taramada TSSB oranı %12 iken, bir yıl sonra yapılan taramada ise %16 olarak bulunmuştur. 2011 yılında ikiz kuleler saldırısı ardından New York'ta yapılan bir taramada TSSB sıklığının %12.6 olduğu rapor edilmiştir (84). Doğal afetler ardından yapılan taramalarda depremlerin ardından TSSB'nin yaygınlığının kültürler ve değişen sosyodemografik koşullar altında farklılaştığı ve bu oranların %6-%87 arasında olduğu aktarılmıştır (85). 1998'de Güney Çin'de meydana gelen depremin ardından yapılan çalışmada TSSB'nin %24 oranında olduğu ortaya çıkmıştır (86). 1980 yılında Amerikanın Washington Eyaletinde patlayan Helen Dağı volkanik patlamanın ardından yapılan çalışmada hayat boyu TSSB yaygınlığı %3,6 olarak tespit edilmiştir. 1985 Meksika depremleri sonrasında %32-%36, 1988 Ermenistan depremi sonrası %67 TSSB saptanmıştır (87).

Türkiye'de TSSB'nin sıklığı ile ilgili araştırmalar genelde deprem ve toplumsal şiddet olaylarını konu almaktadır. 1999 Marmara Depremi ardından 1150 kişi ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %42 olarak bulunmuştur. Depremden 14 ay sonra depremin merkez üssü ve merkez üssüne yaklaşık 100 km uzaklıkta olan İstanbul'un bir ilçesinden 950 katılımcı ile yapılan araştırmada depremin merkez üssündeki kişilerde %23 oranında TSSB bulgulanırken, İstanbul'un ilçesinde %14 oranında TSSB ile karşılaşılmıştır (88).

Güneydoğu Anadolu bölgesinde asker olduğu dönemde terör örgütü ile girdiği çatışmadan dolayı gazi unvanı alan 247 kişi ile yapılan bir çalışmada %29,6 oranında TSSB bulgulanmıştır (89). Ülkemizde benzer askeri koşullarda silahlı çatışma yaşamış askerlerde olası TSSB oranı %46,7 olarak bulunmuştur (90). İstanbul İngiliz konsolosluğu yakınında 2003 yılında gerçekleşen bombalama eyleminin ardından çevredeki karakollara yaralanma ile başvuran 107 ve çevredeki okullardaki öğrenci, öğretmen ve görevlilerden oluşan 420 kişi inceleme kapsamına alınmıştır. Okuldaki öğrencilerde %5.9, öğretmen ve diğer görevlilerde %26.1, karakola başvuranlarda ise %29.9 oranında TSSB saptanmıştır (91). Diyarbakır'da bir araca konan bombanın patlaması olayına tanık olan kişilerden, olayın üzerinden 1 ay geçtikten sonra %12.5; olaydan 3 ay sonra ise %9,6 oranında TSSB'na

rastlanmıştır (92). Tüm bu araştırma sonuçlarına bakıldığında, travmayla karşılaşan kişilerin TSSB geliştirme durumlarının birbirinden farklı olduğunu, benzer olaylarla karşılaşan bazı kişilerin TSSB geliştiriyorken bazılarının ise hayatlarına daha kolay bir şekilde devam ettiği görülmektedir. Bu bağlamda kişilerin strese (stresöre) nasıl tepki vereceğinin bireysel farklılıklar gösterdiği göze çarpmaktadır (93). Ayrıca bazı kişisel durumların varlığının TSSB geliştirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle buradan sonra TSSB geliştirmede risk faktörleri konusu üzerinde durulmuştur.

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Oluşturan Risk Faktörleri

Travmaya maruz kalan herkeste travma sonrası stres bozukluğu belirtileri görülmediği bilinmektedir. Bunun nedeni ise, herkesin her travmatik olaydan aynı derecede etkilenmemesidir. Diğer bir deyişle TSSB oluşumunda, yaşanan olayın kişi için öznel bir anlam taşıması (anlamlandırma) önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca yaşanan olayın kişi açısından travma olarak algılanabilmesi, kişide bazı yatkınlık faktörlerinin bulunmasıyla ilgilidir (94). Sungur, TSSB için risk faktörlerini iki gruba ayırmıştır. Bunlardan birincisi, yaşanan travmatik olayla; diğeri ise travmaya maruz kalan kişiyle ilgili değişkenleri kapsamaktadır (95). Literatüre bakıldığında, TSSB geliştirmede risk faktörlerinin, travma öncesi, travma anı ve travma sonrası olarak gruplandırıldığı görülmektedir.

Travma öncesi risk faktörlerine baktığımızda, travma yaşanmadan önce var olan ve kişinin psikolojik belirtiler göstermesi açısından yatkınlaştırıcı etkisi olan değişkenler olarak ifade edildiği ve bu değişkenlerin yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik düzey, kişilik yapısı, ırk (etnik grup), kişinin kendisinde ve ailesinde bulunan psikiyatrik öykü ve önceki travma öyküsü gibi değişkenler olduğu görülmektedir (55, 96, 97). Yaş değişkeni açısından bakıldığında, bazı çalışmalarda genç yetişkinlerin yaşlı nüfusa oranla daha fazla TSSB geliştirdiği bulgulanırken; bazı çalışmalarda yaşın travma sonrası belirtilerle ilişkili bulunmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Cinsiyet ele alındığında ise birçok çalışmada kadın cinsiyetin TSSB geliştirmede etkili olduğu ortaya konmuştur. Aynı şekilde eğitim ve sosyoekonomik

düzeyi düştükçe TSSB geliştirme riskinin arttığını gösteren çalışmalar olmasına rağmen, tam tersi durumu bulgulayan çalışmalar da mevcuttur.

Bu alanda yapılan en kapsamlı çalışma Brewin ve arkadaşlarının, 1980 yılından sonra yayımlanan ve örneklem sayısı 1149-11000 kişi arasında değişen 77 çalışmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasıdır. Burada travma öncesi risk faktörleri açısından yaş, düşük sosyoekonomik düzey, cinsiyet (kadın), düşük eğitim düzeyi, geçmişte yaşanan travma yaşantısı, psikiyatrik öykü, çocukluk dönemi istismarı ve çocukluk döneminde yaşanan diğer olumsuzlukların etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak en tutarlı sonuçların elde edildiği değişkenin kişide ve ailesinde psikiyatrik bir öykünün varlığı (genetik yatkınlık) olarak bulgulanmıştır (98). Yapılan diğer çalışmalarda da TSSB olan kişilerin yakın akrabalarında diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının yüksek olduğu ve bu durumun kişinin TSSB geliştirmesinde bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (99).

Aynı çalışmada travma anı değişkenleri olarak, travmatik olayın algılanan şiddet derecesi ele alınmıştır (98). Burada travmatik olayın algılanan şiddeti ile, kişinin olayı ne derecede tehdit içeren bir durum olarak algıladığı ve buna bağlı olarak yaşadığı kaygı yoğunluğu anlatılmak istenmektedir (100). Başka çalışmalarda buna ek olarak, travmatik olayın doğrudan kişi tarafından yaşanması, yaşam tehlikesinin varlığı ve travmaya verilen öznel tepkiler de travma anı değişkenleri olarak ele alınmaktadır.

Brewin ve arkadaşları yaptıkları çalışmada travma sonrası değişkenleri olarak sosyal destek ve travma sonrası yaşam stresörleri üzerinde durmuşlardır. Travmatik olayın sonrasında ortaya çıkan olumsuz durumlar TSSB'nin daha dirençli bir tablo çizmesine neden olabilmektedir. Bunlara aileden uzaklaşma, iş kaybı, barınma ile ilgili sorunlar örnek olarak verilebilir. Bu gibi durumlar kişinin travmatik olayın ardından uyum sürecini zorlaştırarak, yeniden travmatize olmasına neden olabilmektedir (101). Travma sonrasında yaşanan çevrenin destekleyici olması, kişinin destek ve kaynakları da travma sonrasındaki tepkileri belirleyebilmektedir (79). Ayrıca Brewin ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, travma sonrası uyum sürecinde sosyal destek ve yaşam stresörlerinin; travma öncesi değişkenlerle kıyaslandığında daha büyük bir etkiye sahip olduğunu aktarmışlardır (98). Literatüre

bakıldığında, sosyal destek ile ilgili veriler tutarlılık göstermese de sosyal kaynakların genel olarak travma sonrasında ortaya çıkan stres belirtilerini etkilediği söylenebilir (102).

Önceki bölümlerde travmatik olaya tanık olmanın da TSSB belirtileri göstermeye neden olduğu aktarılmıştı. Bu durumun travma mağdurunun yakınları ve travma mağduru ile çalışan profesyonellerde görüldüğü bilinmektedir. Ancak ilerleyen bölümde, araştırmanın kapsamından dolayı travma mağdurları ile çalışan profesyonellerin deneyimlediği durum üzerinde durulmuş ve bu duruma ilişkin bilgiler aktarılmıştır.

2.3. Travma Mağdurlarıyla Çalışmanın Profesyoneller Üzerindeki Etkileri

Sözü edilen meslek grupları yaşanan çeşitli travmaların ardından yardım çalışmalarında bulunan sağlık personelleri, arama-kurtarma çalışanları, polisler, avukatlar, hakimler ve psikososyal destek elemanları gibi "yardım edici" meslek gruplarını kapsamaktadır (103, 104, 105, 106, 107, 108). Literatüre bakıldığında, travma sonrası stres bozukluğu kavramı ve belirtilerine dair araştırmaların uzun zamandan bu yana yapılmasına rağmen travmanın dolaylı etkilerinin görece daha yakın dönemlerde araştırılmaya başlandığı görünmektedir. (109). Bu çalışmaların içeriğinde ise, travma mağdurları ile çalışmanın profesyoneller üzerinde travma yaşayan bireylerdeki ile benzer belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabildiği aktarılmakta ve bu konuya ilişkin olarak farklı kavramların varlığı (üstlenilmiş travma, şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres) göze çarpmaktadır. Örneğin, Figley travma yaşamış kişilerle çalışan profesyonellerde meydana gelebilecek travma sonrası stres belirtilerini "ikincil travmatik stres" (secondary traumatic stress) olarak ifade etmiştir (5). Bu profesyonellerin bilişsel şema ve inançlarında meydana gelebilecek daha kalıcı değişiklikleri açıklamak içinse "üstlenilmiş travma" (vicarious trauma) kavramından bahsedilmiştir (6). İlerleyen bölümlerde, konunun daha detaylı olarak anlaşılması için bu alanda kullanılan farklı kavramların açıklamalarına yer verilmiştir.

2.3.1. Üstlenilmiş Travma (Dolaylı Travmatizasyon)

Üstlenilmiş travma kavramı, ilk olarak 1990 yılında McCann ve Pearlman tarafından öne sürülmüş; sorasında Yapısalcı Kendilik Gelişimi Kuramı (Constructivist Self Development Theory) temel alınarak tartışılmıştır (110). Pearlman ve Saakvitne tarafından geliştirilen Yapısalcı Kendilik Gelişimi Kuramı, bilişsel gelişim ve sosyal öğrenme kuramları ile psikanalitik kuramları ve yapısalcı bakış açısını bütünleştiren bir yaklaşım içermekte ve travmatik yaşantılar sonrasında bilişsel şemalarda değişiklik ve bozulmaya neden olan etkenleri bir bütün olarak ele almaya imkân tanımaktadır. Kuramdaki temel varsayım, insanların bilişsel şemalar aracılığı ile kendi gerçekliklerini belirledikleri ve yaşantılarını bu bağlamda değerlendirdikleridir. Bu nedenle, travmatik bir durumun nasıl değerlendirileceği ve tepki verileceği kişiden kişiye farklılık gösteren bir durumdur. (111). Üstlenilmiş travmanın, travma mağdurları ile yakından ilgilenmenin ve etkili bir empatik ilişkinin olası bir sonucu olduğu düşünülmektedir (110). Bu kavram ile nasıl ki travmatik deneyim, mağdurlarının bilişsel şema ve dünyaya dair inançlarında değişme meydana getiriyor ise; aynı şekilde travma mağduruyla çalışan profesyonelde de benzer bir durumun yaşanabildiği, düşüncesi aktarılmaktadır.

Literatüre bakıldığında üstlenilmiş travma konusunda yeterli çalışma olmadığı görülmektedir. İçöz ve Zara'nın 2011 yılında yaptıkları araştırmaya, ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller dahil edilmiş ve araştırma sonucunda travma mağdurları ile çalışan profesyonellerin diğerlerine kıyasla kendileri ve dünyaya dair algılarındaki değişiklik ve bozulmaların daha yoğun olarak yaşandığı ortaya çıkmıştır (112). Çolak ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan çeşitli meslek mensubu profesyonellerin tutum ve davranışlarında meydana gelen değişimler incelenmiş ve profesyonellerin cinsel istismar vakalarıyla çalışmadan önceki tutum ve davranışlarının, bu tür vakalar ile çalışmaya başladıktan sonra değişmeye başladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte bu değişikliklerin genellikle dış dünyadan gelebilecek olası tehlikelerle ilgili olduğu ortaya konmuştur (113). Bu iki araştırmada da ortak olarak bu alanda çalışan profesyonellerin kendilerine ve değer verdikleri kişilerin yaşantılarına ilişkin güvenlik algılarının zarar görebileceği aktarılmıştır. Bu bağlamda, üstlenilmiş

travmanın hem profesyonellerin özel-aile yaşamlarını hem de mesleki işlevselliğini tehdit edecek unsurlar içerdiğinden dikkatli bir şekilde araştırılması ve baş etme stratejilerinin öğrenilmesi mikro düzeyde kişi ve profesyonelin sağlığı; makro düzeyde toplum sağlığı konusunda önem arz etmektedir.

2.3.2. Merhamet (Şefkat) Yorgunluğu

Bu kavram ilk olarak, Joinson tarafından acil servis hemşirelerinde tükenmişliği araştırdığı bir çalışmasında dile getirilmiş (114); sonrasında Figley tarafından detaylı olarak tanımı yapılmış ve kullanımı yaygınlaştırılmıştır. Figley merhamet yorgunluğunu; travmatik stres belirtileri ile birlikte (yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık), tükenmişliğin getirdiği etkilerin birlikte görüldüğü ve sürekli olarak travma hikayelerine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamıştır (5). Bride ise merhamet yorgunluğunun, profesyonellerin ruh sağlığını önemli derecede etkileyen bir durum olduğundan bahsetmiştir (115).

Dünya literatürüne bakıldığında, merhamet yorgunluğu kavramının başlarda daha çok sağlık alanında çalışanlarla ilgili olarak ele alındığı ancak sonraki dönemlerde bu durumun travma mağdurları ile çalışmanın bir sonucu olduğunun kabul edilmesinden dolayı bu alanda çalışan tüm profesyonelleri kapsayarak araştırıldığı görünmektedir. Ancak ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, merhamet yorgunluğu ile daha sıklıkla hemşirelerin (onkoloji, yoğun bakım,) karşılaşıyor olduğu düşünüldüğünden araştırmaların genellikle bu meslek elemanlarını kapsayacak şekilde yapıldığı göze çarpmaktadır.

2.3.3. Tükenmişlik (Burn Out)

Tükenmişlik kavramı, yapılan işten kaynaklanan stres anlamıyla ilk olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından kullanılmıştır (116). Kavram daha sonra Maslach ve Jackson tarafından ele alınarak detaylı olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamada tükenmişlik kavramının, insanların yaptıkları işten dolayı kendilerini bitkin ve güçsüz hissettikleri, yoğun çaresizlik ve umutsuzluk duyguları yaşadıkları ve böylelikle yaptıkları işe karşı da olumsuz tavır takınmaya başladıkları bir sendrom

olduğundan bahsedilmiştir. Özetle, tükenmişliğin genelde insanlarla yakın temas gerektiren meslek gruplarında ortaya çıkan duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma ve kişisel ve profesyonel başarıda düşüklük hissi olduğu aktarılmıştır (117). Ancak tüm bunlarla birlikte tükenmişliğin tek bir nedene dayalı olarak ortaya çıkmadığı düşünülmektedir. Burada, çalışılan kurumun imkânları, çalışılan ortam koşulları, aşırı iş yükü, yönetimsel engeller ve zaman faktörü gibi koşulların da tükenmişliğe etki edebileceği aktarılmıştır (118, 119, 120). Bu bağlamda, değinilmesi gereken önemli bir nokta da tükenmişliğin bireyde birden bire meydana gelen bir durum olmadığıdır. Tükenmişlik belirli bir süre, söz konusu duruma maruz kalma sonucunda gelişmektedir (121).

Ayrıca Balcıoğlu ve diğ, tükenmişliğin genellikle insana yardım etme konusunda idealist özellikler sergileyen meslek elemanlarında görüldüğünü aktarmışlardır (122). Tükenmişlik başlarda kişiyi bireysel düzeyde etkileyen bir sendrom iken zamanla olumsuz etkileri kişinin çevresine yayılan ve hem iş hem de sosyal yaşantısını önemli derecede etkileyen bir duruma dönüşmektedir (123). Profesyonelin mesleğindeki etkinliği de bu olumsuz durumdan payına düşeni almaktadır (124).

Tükenmişlik kavramı 1970'li yıllardan bu yana araştırılmakta ancak son dönemlerde çoğu araştırmacının ilgisini çekerek üzerinde durduğu bir konu haline gelmiştir. Bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında; rehber öğretmenlerin, polislerin, sağlık ve ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının tükenmişlik açısından araştırıldığı ve bu araştırmaların genelinde insanlara yardım etmeyi amaçlayan meslek elemanlarının tükenmişlik açısından risk grubunda oldukları bulgulanmıştır (125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141).

2.3.4. İkincil Travmatik Stres (Secondary Traumatic Stress)

İkincil travmatik stres kavramı, başkalarının deneyimlemiş olduğu travmatik olayın ayrıntıları ve içeriğinin öğrenilmesi ve böylelikle bahsi geçen travmatik deneyime dolaylı olarak tanık olanlarda travma sonrası stres belirtilerinin görünmesi

anlamına gelmektedir. Burada travmanın yayılan ve bulaşan etkisinden bahsetmek mümkündür (142). Örneğin bir profesyonelin, travma mağdurunun anlattıklarından etkilenerek kendi hayatında buna benzer bir duruma dair anılarını istemsizce anımsama, rüyalarında görme gibi tekrar tekrar yaşama belirtileri; danışanı veya onu hatırlatacak durumlardan kaçınma ihtiyacı göstererek, artmış uyarılmışlık belirtileri deneyimleyebildiği aktarılmaktadır (5). Figley yardım edenin de yardıma ihtiyacı olduğunu ilk olarak, 1971 yılında Vietnam Savaşında yer alan bir er ile görüşmeleri sonucunda fark ettiğini belirtmektedir (143). Ayrıca Hamilton bu durumda olan profesyonellerin danışanlarının olaylara bakış açılarından etkilendiklerini ve onlar ile aynı tutumu gösterebildiklerini ifade etmiştir (144). Bu bağlamda, dolaylı olarak travmaya maruz kalmanın, ilk olarak acil servis ve kurtarma profesyonellerinin, hizmet verdikleri bireylerinkine benzer tepkiler göstermeleri sonucu 1970'li yılların sonunda incelenmeye başladığı aktarılmaktadır (145, 146). Günümüzde ise, profesyonellerin ikincil travmatik stresleri daha görünür olduğundan, sıklıkla araştırmalara konu olmaya başladığı görülmektedir.

2.3.4.1. İkincil Travmatik Stresin Diğer Kavramlar İle İlişkisi

İkincil travmatik stresin bu alandaki diğer kavramlar (üstlenilmiş travma/merhamet yorgunluğu-dolaylı travmatizasyon/tükenmişlik) ile benzer ve birbirinden farklılaşan noktalar mevcuttur. Literatüre bakıldığında hem bu kavramların birbirleri yerine veya benzer şekilde kullanıldığını hem de farklı kavramlar olduklarını ileri sürerek yapılan çalışmalar mevcuttur. İlerleyen bölümde, hem bu çalışmanın daha iyi değerlendirilebilmesi hem de anlaşılabilirliğin sağlanması açısından ikincil travmatik stres ile diğer kavramların benzerlik ve farklılıklarına ve bahsedilen diğer kavramların kendi içlerindeki karşılaştırmasına yer verilmeye çalışılmıştır.

Üstlenilmiş travma kavramının ikincil travmatik stres ile benzeştiği ve farklılaştığı noktalar vardır. İki durumun da travma mağduru ile etkili bir empatinin sonucu olduğu düşünülmekte ve hem üstlenilmiş travma hem de ikincil travmatik stres mağduru profesyonellerin bazı fiziksel rahatsızlıklar ile birlikte duygu durumlarında olumsuz yönde değişmeler (üzgün olma, umutsuzluk, aşırı kaygı ve

şüphecilik, sinirli olma), sosyal hayattan çekilme, yapılan işte verimin düşmesi gibi sorunlar yaşayabildikleri aktarılmaktadır (110, 111). Bu iki kavramın birbirinden farklılaştığı nokta ise, ikincil travmatik streste daha çok, profesyonellerin yaşadıkları TSSB ve akut stres bozukluğu belirtileri ön planda iken (5); üstlenilmiş travmada profesyonellerin bilişsel şema ve inançlarında meydana gelen daha kalıcı değişimler söz konusudur. Ayrıca üstlenilmiş travmanın travma mağduru ile bir defa görüşme sonucu değil de, sürekli bir etkileşim sonucu ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (6).

Merhamet yorgunluğu kavramını ele aldığımızda, bu kavramın sıklıkla ikincil travmatik stres kavramı ile eş anlamlı olarak kullanıldığı görünmektedir (147). Ancak detaylı olarak incelendiğinde, merhamet yorgunluğunun ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin birleşiminden kaynaklandığı göze çarpmaktadır (148). Ancak Figley 1995'de yaptığı çalışmasında profesyonellerin yaşadığı bu aşırı uyarılmışlık, apati ve tükenmişlik belirtilerini işaret etmek için merhamet yorgunluğu kavramını kullanmaya başlamış; ikincil travmatik stresin bu alanda çalışanlar için önemli bir risk faktörü olduğunu belirterek çalışanları daha az damgalamak için merhamet yorgunluğu kavramını kullanmayı seçtiğini ifade etmektedir (5). Bununla birlikte merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik sonucu ortaya çıkan belirtiler benzerlik gösterse de; Maytum bireyin yaşamış olduğu tükenmişliğin etkisinin merhamet yorgunluğundakine kıyasla daha kalıcı olduğundan bahsetmektedir. Bunu da, merhamet yorgunluğunun kendisini profesyonelin iş yerinde karşılaştığı insanlara karşı olan ilgisinin azalması olarak gösterdiğini ancak tükenmişliğin profesyonelin hayatının her alanında kendisini gösterdiğini ve belirtilerin iş sonrasında da devam ettiğini söyleyerek açıklamaktadır (149). Figley ise merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin ayrımını, zaman bağlamında yapmakta olup tükenmişliğin zamanla meydana gelebileceğini ancak merhamet yorgunluğunun yaşanması için zamana gerek olmadığını ifade etmiştir (5). Ancak her iki durumun da yoğun çaresizlik duygusu içerdiğini aktararak benzer yönlerine vurgu yapmıştır (150).

İkincil travmatik stres ve tükenmişlik kavramlarına baktığımızda, çalışma alanındaki stres kaynakları ile uzun süre karşı karşıya kalma sonucunda kümülatif bir şekilde kendini gösteren tükenmişliğe kıyasla ikincil travmatik stresin travma mağduru ile tek bir görüşmenin sonucunda bile ortaya çıkabildiği belirtilmektedir.

Bu iki kavram arasındaki diğer bir fark da; tükenmişliğin insanlarla birebir çalışma, kişilerle iletişim gerektiren ve stres içeren her tür meslekte yaşanması muhtemel iken, ikincil travmatik stresin ortaya çıkmasında bir travma mağduru ile çalışma koşulu bulunmaktadır (5, 151, 152, 153, 154). Bununla birlikte Figley ikincil travmatik stresin aşırı bir şekilde korku, üzüntü, çaresizlik duygularını içerdiğini ancak tükenmişliğe kıyasla daha hızlı iyileşme gösterebileceğini belirtmiştir (5).

Tüm bu kavramların ortak özelliği ise, bu durumların insanlar ile birebir ve empatik bir ilişki gerektiren ve duygusal açıdan yorucu işlerde çalışma sonucu geliştiği ancak kişinin hem iş hem de özel hayatını etkileyerek genel uyumunu bozabilecek bir takım olumsuzlara neden olduğu düşüncesidir.

İkincil travmatik stresin belirtilerinin TSSB belirtileri olduğundan bahsedilmişti ancak belirtilerin görülme şekli farklılaşacağı için, aşağıda bu durum ile ilgili literatür bilgisine yer verilmiştir.

2.3.4.2. İkincil Travmatik Stresin Belirtileri

İkincil travmatik stresin belirtileri TSSB (yeniden yaşantılama, artmış uyarılmışlık ve kaçınma) ve akut stres bozukluğu tepkilerine benzemekte olup kendini bilişsel, duygusal, davranışsal, ilişkisel, fiziksel ve mesleki açıdan gösterebilmektedir (155). Bununla birlikte, ikincil travmatik stres Figley'e göre birdenbire ve kendini göstermeden gelişmekte olup kişinin kendisini sosyal alandan soyutlayarak karmaşıklık ve umutsuzluk belirtileri göstermesine neden olabilmektedir (5). Ayrıca yapılan çalışmalarda, ikincil travmatik stresin profesyonellerin iş hayatlarını olumsuz etkileyerek mesleki verimliliğini düşürmekle birlikte özel hayatlarındaki (aile, sosyal ilişkiler, vb.) ilişkilerini de olumsuz etkilediği ortaya konmaktadır (5, 115, 156, 157).

Diğer bir deyişle, ikincil travmatik stres travma mağduru kişilere doğrudan hizmet sağlama noktasında verilen hizmetin kalitesinin ve işlevselliğinin azalmasına neden olabilecek mesleki bir tehlike olarak karşımıza çıkmaktadır (158, 159). Bu kavramdan dolayı, DSM-V'te mesleki çalışma esnasında travmatik olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarına yineleyici veya aşırı düzeyde maruz kalma durumuna yer

verilmiştir (160). Başka bir deyişle, travma sonrası stres bozukluğunun tanı ölçütlerindeki değişiklikler, travmaya dolaylı olarak maruz kalmanın kişiye zarar verdiğini ve tedavi gerektirecek belirtiler oluşmasına neden olabileceğini göstermiştir (161).

Bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında, Haley'in savaştan dönen askerler ile çalışan profesyonellerin gösterdikleri belirtileri incelediği araştırması yapılan ilk çalışmalardandır (162). Lind'in ruh sağlığı alanında çalışan profesyonelleri kapsayan çalışmasında, uyku düzeninde bozulma ve kişinin kendi ve yakınlarının güvenliğinden duyulan endişenin artmış olduğu bulgulanmıştır (163). Aynı şekilde yapılan başka bir çalışmada 20 profesyonel ile mülakat yapılmış ve çalışanların bir takım bedensel belirtiler, duygu durumlarında değişiklikler, uyku düzensizlikleri, artan endişe ve odaklanma sorunu yaşadıkları ortaya çıkmıştır (164). Bride'ın sadece sosyal çalışmacılarda ikincil travmatik stres belirtilerinin sıklığını ve bu belirtilerin TSSB tanı ölçütlerini ne derecede karşıladığını bulgulamaya yönelik yaptığı çalışmada; sosyal çalışmacıların yaptıkları görüşmeler neticesinde ikincil travmatik stres belirtileri geliştirme riskinin oldukça yüksek olduğu ve bunlardan azımsanmayacak sayıdakilerin ise TSSB tanı ölçütlerini karşılamaya yetecek düzeyde olduğu aktarılmıştır (158).

Bu belirtilerin aynı travma sonrası stres bozukluğunun her travma yaşayan bireyde görülmemesi gibi, travma mağdurları ile çalışan her profesyonelde de görülmediği bilinmektedir. Bu bağlamda, bazı önemli risk ve koruyucu faktörlerinin olduğundan bahsetmek gerekmektedir. Bu nedenle ilerleyen bölümde bu konuya yer verilmiştir.

2.3.4.3. İkincil Travmatik Stres Risk ve Koruyucu Faktörleri

Literatürde ikincil travmatik stresin risk faktörleri ile ilgili olarak farklı ölçütlerden bahsedilmektedir. Bunlara bakıldığında, en önemlilerinden biri olarak; profesyonelin travma mağduruna karşı hissettiği yoğun sempati ve kurmuş olduğu iletişimin aşırı özdeşim içermesi olduğu ileri sürülmektedir (156, 165). Bir mağdurun travmatik olayını tekrar eden bir şekilde ve detaylı olarak dinlemenin ve travmatik

olayın kişi için anlamını anlamaya yönelik girilen empati sürecinin, dinleyen açısından oldukça yorucu olabildiği ve profesyonelin bundan etkilenmesine neden olabildiği aktarılmaktadır (138). Ancak burada, empatinin kişiyi ikincil travmatik stres riskine açık konuma getirmesine rağmen profesyonelin etkili bir yardım süreci geliştirebilmesi için kurduğu empati derecesini azaltmasının doğru olmadığı; önemli olanın profesyonellerin dayanıklılıklarının farklı yollarla desteklenmesi olduğu ifade edilmektedir (166).

Travma ile çalışan genç profesyonellerin daha az deneyimli olmaları ve bu nedenle zamanla öğrenilebilen baş etme mekanizmalarını geliştirip kullanamamaları da diğer bir risk faktörü olarak aktarılmaktadır. Özellikle psikososyal destek elemanlarının mesleki deneyimi arttıkça, ikincil travmatik stres geliştirme ve belirtilerini göstermede düşük risk grubunda oldukları değerlendirilmektedir (166). Ancak farklı bir risk faktörünün de pasif ve kaçıngan baş etme stratejilerinin olabileceği belirtilmektedir. (167, 168, 169, 170). Riskler açısından değinilmesi gereken diğer bir nokta ise, Figley'e göre profesyonellerin kendi hayatlarında yaşamış oldukları ve çözülmemiş travmalarının varlığının, empatik ilişki içerisindeki ifadelerden etkilenerek yeniden aktive olması ihtimalidir (5). Literatürdeki bazı araştırmalar da bu fikri desteklemektedir (171, 172). Yapılan bir diğer araştırmada, çocukluk dönemi travması olan profesyonellerin yeni bir travma öyküsüne tanık olduklarında, çocukluk dönemi travması olmayan profesyonellere kıyasla daha fazla kaygı yaşadıkları bulgulanmıştır (8). Aynı şekilde öncesinde var olan psikiyatrik öykünün de ikincil travmatik stres geliştirmede risk faktörü olduğu belirtilmektedir (173, 174, 175).

Bu alanda çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres ile ilgili farkındalıklarını geliştirecek ve mesleki uygulamalarında kullanabilecekleri eğitim ve süpervizyon uygulamalarının nicelik ve niteliği de ikincil olarak travmatik stres geliştirme konusunda risk faktörü olarak kabul edilmektedir (112, 176, 177, 178, 179). Bununla birlikte literatürde, ikincil travmatik stres geliştirmede çalışma süresi ve vaka yükünün etkili olduğunu gösteren çalışmalar (180, 181) olmasına rağmen etkilemediğini bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (176, 182). Burada önemle vurgulanması gereken bir diğer faktör ise araştırmanın da odak noktalarından birini

oluşturan sosyal destek kavramıdır. Sosyal destek kavramının, bir travma sonrasında uyumu sağlamaya yönelik önemli bir bileşen olduğu düşünülmektedir (8, 9). Ancak bu konuda yapılan araştırma bulguları birbiri ile farklılık göstermektedir. Örneğin, profesyonellerin sosyal destek algısının düşük olmasının bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (128, 135, 177, 178, 183, 184, 185, 186); ikincil travmatik stres ile sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki ya da ilişki bulunmadığını bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (10, 11). Bu nedenle araştırmanın odağındaki kavramlardan diğeri algılanan sosyal destek kavramıdır. Bu bağlamda, araştırmanın ilerleyen bölümünde sosyal destek ile ilgili literatür bilgisine yer verilecektir.

2.4. Sosyal Destek

2.4.1. Sosyal Destek Kavramının Ortaya Çıkışı ve Tarihsel Gelişimi

Sosyal destek kuramsal açıdan, Kurt Lewin'in "Alan Kuramı ve Davranış Tanımına" dayanmaktadır. Kurt Lewin'e göre, davranış kavramı, psikolojik çevrede meydana gelen değişme olarak adlandırılmaktadır. Kişinin mevcut olumsuz özellikteki davranışlarını yok etmekle birlikte yeni-olumlu davranışlar kazanmasını sağlamak için; kişinin bu psikolojik çevresinin değiştirilmesiyle mümkün olmaktadır. Sosyal destek de burada kişinin psikolojik çevresinde bulunmaktadır (187).

İnsan sosyal bir canlı olduğundan hayatını idame edebilmesi ve her açıdan sağlıklı olarak yaşayabilmesi için kendi türüne ihtiyaç duymaktadır. Bu noktadan hareketle değerlendirdiğimizde, insan hayatının her bölümünde desteğe (yardıma) ihtiyaç duymakta ve bu ihtiyacına karşılık olarak verilen her türlü yanıt sosyal destek olarak adlandırılmaktadır (188) Bu bağlamda, sosyal destek kavramının insanlık tarihi kadar eskiye dayandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Ancak kişiler arasındaki sosyal desteğin hayati öneminin vurgulanması; Emile Durkheim'in 1897'de yapmış olduğu intihar konulu çalışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmada intihar eğiliminin sosyal bağları daha zayıf olan kişiler arasında daha yaygın olarak görüldüğü bulgulanmış ve dönemin araştırmacıları, insanlar arasında yakın ilişkilerin

önemi üzerine düşünmeye başlamışlardır. Ancak kişiler arası ilişkilerin, insanın ruh ve beden sağlığına olan katkılarının araştırılması 1950'li yıllara rastlamaktadır (189).

1960'lı yıllarda ise; sosyal destek kavramı, koruyucu sağlık faktörleri odağında çalışılmaya başlanmış ve bu yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, stres ve buna bağlı rahatsızlıklarda olumlu etkisinin olduğu bulgulanmıştır (190, 191). 1970'li yıllara gelindiğinde, stresten korunmada sosyal ilişkilerin varlığının önemi üzerinde durulmuş ve bu amaçla yapılan araştırmalar artmaya başlamıştır. Günümüzde ise sosyal desteğin önemi konusunda hem fikir olunduğundan sıklıkla araştırmalara konu olmaktadır.

2.4.2. Sosyal Destek Tanımları ve İşlevleri

Literatüre bakıldığında sosyal destek ile ilgili tanımlar farklılık göstermesine rağmen tanımların odak noktasında; bireyin çevresi tarafından sevilmesi, değer görmesi, saygı duyulması ve güven ihtiyacı gibi temel insan ihtiyaçlarının bulunduğu görülmektedir (192). Ayrıca tanımlamaların sosyal desteğe bakış açısına göre farklılaştığı da bilinmektedir. Örneğin, bazı araştırmacılar sosyal desteği, kişinin ihtiyacı olduğu zaman kendisine yardımcı olabilecek kaynakların sayısı olarak ifade ederken (193, 194); bazıları da kişi için (aile bireyleri, akraba, arkadaş, vb.) önemli olan insanlar tarafından sağlanan destek olarak değerlendirmişlerdir (195, 196, 197, 198, 199).

Sosyal destekle ilgili literatürdeki ilk tanımlamalar değerlendirildiğinde, Kahn tarafından yapılan tanımlamada, sosyal desteğin kişinin çevresine karşı olumlu duygularını kapsayan, kişinin davranışlarının kabul gördüğü ve maddi-manevi yardım içeren bir ilişki olduğu aktarılmıştır (189). Johnson ve Sarason ise 1979 yılındaki çalışmalarında yaptıkları tanımlamada, sosyal desteği kişinin güven duyduğu mekanizmalar aracılığı ile sosyal kaynaklardan yararlanması olarak ifade etmişler (200), daha sonra bu tanım Sarason ve arkadaşları tarafından genişletilerek bireyin sevip, değer verdiği, güven duyduğu insanların var olması ve bu insanların kişiye yardım etmeye hazır olmaları diye tanımlanmıştır (201). Thoits'in ise, sosyal

desteği bireyin stresle başa çıkmasında çevresinden sağlanan yardım olarak tanımladığı görünmektedir (202).

Yıldırım sosyal destek kavramını, bireyin gereksinim duyduğu zaman yanında olabilecek, güvendiği ve değer verdiği birinin var olması şeklinde tanımlamıştır (203). Yapılan başka tanımlamaların da Thoits'in tanımına benzer bir şekilde, sosyal desteğin kişiye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan maddi-manevi yardımlar olduğunu ifade ettiği görülmektedir (204, 205, 206). Şahin bu yardımın kişiye kendisini değerli hissettirdiğini de eklemiştir (205). Ayrıca kişinin çevresindekiler aracılığı ile sağlanan bu desteğin, kişinin psikolojik sağlığını koruduğu, kriz olarak nitelendirilebilecek durumlarla baş edebilmesini kolaylaştırıp sonrasındaki duruma uyumunu sağlamaya yönelik bir yardım olduğu ve bu yardımın duygusal, bilgilendirici, fiziksel ve araçsal açıdan fayda sağladığı aktarılmaktadır (207, 208). Buradan hareketle sosyal desteğin farklı boyutlarının olduğu görülmektedir. Bu konu üzerinde ilerleyen bölümde durulacaktır.

İnsanların hayatlarında onlar için oldukça önemi olan ve ihtiyaç duyduklarında kendilerine farklı şekillerle destek veren tüm kişiler arası ilişkiler "Sosyal Destek Sistemleri" olarak adlandırılır (209, 210, 211). Bu sosyal destek sisteminin kişinin önemli kaynaklara ulaşmasını sağladığı bilinmektedir (209). Sosyal desteğin, hayattaki stres kaynaklarından ayrı olarak kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkilediği, bu bağlamda stresin olumsuz etkisini azalttığı aktarılmaktadır (212). Sungur da sosyal desteğin travmatik bir olaya maruz kalan kişinin bu durumu ifade edebilmesini ve böylelikle travmatik deneyimin olumsuz sonuçlarının paylaşılarak azalmasını sağladığını ifade etmiştir (95). Literatürde sosyal desteğin çok fazla işlevinin bulunduğu ifade edilmişse de, araştırmaların çoğunun sosyal desteğin; duygusal (emosyonel) destek, iş uyumu-verimine destek, geri bildirim (feedback) ve değerlendirme, sosyal ilişki ve uyum ve bilgilendirme desteği gibi işlevleri olduğuna odaklanıldığı görülmektedir (213). Bu nedenle ilerleyen bölümde söz konusu boyutlar üzerinde durulmuştur.

2.4.3. Sosyal Desteğin Boyutları

Literatüre bakıldığında sosyal desteğin tanımlanmasında olduğu gibi, boyutları konusunda da farklı değerlendirmeler bulunmaktadır. Örneğin Thoits ve Wills sosyal desteğin sosyo-emosyonel, maddi, bilgi sağlayan ve değer veren boyutları olduğundan bahsetmişlerdir (189). Kahn; sosyal desteği emosyonel destek, bilgi desteği ve yardım desteği olmak üzere üç boyutta değerlendirmiştir (189). Cohen ve Wills ise, sosyal desteği dört boyuta ayırarak duygusal (emosyonel) destek, araçsal (maddi) destek, bilgilendirici destek ve yaygın destek olarak ele almışlardır (214). Genel olarak bakıldığında araştırmacıların sosyal desteğin boyutları konusunda en çok duygusal (emosyonel) destek, maddi-araçsal destek, bilgilendirici (bilgi veren) destek ve eşlik etme desteği üzerinde durdukları görülmektedir.

2.4.3.1. Duygusal (Emosyonel) Destek

Duygusal destek genellikle hoşlanma, sevgi, saygı, ilgi duyma, güven verme, kabul görme ve özen gösterme gibi gereksinimleri ifade etmektedir. Bireye kendisinin değerli olduğunu ve her şekilde sevildiğini hissettirmektir. Bireyin hata yapsa bile kendine değer verileceğini bilmesinin, kendilik değeri üzerinde olumlu etkisinin olacağı aktarılmaktadır (214). Connett'e göre, bu tür destek; depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluğu yatıştıran bir özelliktedir (215). Cohen ise emosyonel desteğin stresli durumlar karşısında en işlevsel destek türü olduğunu ifade etmiştir (216). Ayrıca duygusal desteğe sahip bir bireyin, diğer destek türlerine diğer insanlara kıyasla daha kolaylıkla ulaşabildiği literatürde aktarılan bilgiler arasındadır (217).

2.4.3.2. Maddi (Araçsal) Destek

Duygusal destek ile kıyaslayınca daha somut ve elle tutulur bir yardım türüdür. Kişiye ihtiyaç duyduğu para, araç-gereç, yiyecek, giyecek ve barınma gibi yardımların sağlanmasını ifade etmektedir (215). Örnek vermek gerekirse, ihtiyacı olan birinin iş bulmasına yardım etmek veya iş vermek, borç veya karşılıksız para vermek, çocuğun bakımına destek olma gibi durumlardan bahsedilebilir. Bu yardım

türünün özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde önemli olduğu aktarılmaktadır (214).

2.4.3.3. Bilgilendirici Destek

Bu destek türü, kişinin sorununu anlamlandırmaya, tanımlamaya çalışıp bu sorunla başa çıkmaya çabalarken; çevresindekilerin onun sorunu ile ilgilenip, sorununu çözme konusunda tavsiyede bulunup, bu konuda yardımcı olması ve destek sağlaması olarak tanımlanmaktadır (214, 216). Diğer bir deyişle, kişiye zorlandığı durumlarda rehberlik edilmesi ve yol gösterilmesidir. Kahn burada bireyin kendi kararlarını kendisinin alması gerektiği sadece bu süreçte bireye yardımcı olmanın önemine değinmiştir (218). Kahn'ın aktarmış olduğu bu bilgiden hareketle, sosyal hizmette kişinin kendi kaderini tayin hakkına atıfta bulunulabilir.

2.4.3.4. Eşlik Etme Desteği

Bu destek türü, kişinin kendisini daha iyi hissetmesi için birlikte zaman geçirme, çeşitli etkinliklere katılma, eğlenme gibi aktiviteler ile kişinin yakınlık ihtiyacının karşılanması anlamına gelmektedir (219, 220, 221). Kişinin kendisini bir gruba ait hissederek, yaşadıklarını ve olumsuz yaşam deneyimlerini paylaşarak sorunlarının ağırlığını azaltabildiği vurgulanmaktadır (214, 221).

Sosyal desteğin bu boyutları dışında, literatürde yapısal ve işlevsel olarak iki farklı boyutta da değerlendirildiği görülmektedir. Yapısal destekte, kişinin kimlerden ne tür bir destek aldığı, destek alabildiği kişilerin azlığı-çokluğu ve bu destek alınan kişilerin yakınlık derecesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. İşlevsel destekte ise, kişiye sağlanan desteğin kişi için ne anlama geldiği ve önem derecesi ile birlikte, kişinin ihtiyaç duyduğu desteğin ne oranda karşılandığına dikkat edilmektedir (187). Sosyal destek ile ilgili literatürde farklı modeller aktarılmaktadır. İlerleyen bölümde bu modeller üzerinde durulmuştur.

2.4.4. Sosyal Desteği Açıklayan Modeller

İlgili alan yazına bakıldığında, sosyal desteğin zorlu yaşam olayları karşısında iki şekilde etkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu tartışma daha çok sosyal desteğin bu zorlu yaşam olayları karşısında doğrudan ya da dolaylı bir etkiye sahip olduğu düşüncesi odağında tartışılmıştır (222). Bu konuda özellikle Cohen ve Wills iki model geliştirmişlerdir. Bunlar tampon modeli (buffering hypothesis) ve temel etken (main effect model) modelidir (208). Bu iki farklı yaklaşım da, Cohen ve Wills tarafından farklı araştırmalarda incelenmiş olup bu incelemelerin sonucunda, her iki modelin de geçerliliğinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (222).

2.4.4.1. Tampon Modeli (Buffering Hypothesis)

Bu modelde kişinin gündelik hayatında yaşadığı stresli ve zorlu durumlarda, sosyal desteğin koruyucu ve önleyici olarak değerlendirilebilecek önemli katkıları olduğundan bahsedilmektedir (223, 224). Diğer bir deyişle, sosyal desteğin stres karşısında insanı koruyan bir tampon görevi üstlendiği ifade edilmekte olup stresli bir olay ile karşılaşılmadığı sürece sosyal desteğin olmamasının herhangi bir olumsuzluğa neden olmayacağı aktarılmaktadır (214).

2.4.4.2. Temel Etki Modeli (Main Effect Model)

Bu modelde ise, kişinin hayatında stres olup olmadığından bağımsız olarak, sosyal desteğin kişinin sağlığı ile doğrudan bir ilişkisi olduğu ve her durumda sosyal destek arttıkça kişinin tam iyilik halinin de iyiye doğru gideceği belirtilmektedir. Diğer bir deyişle kişinin hayatında işlevsel sosyal destek kaynaklarının olmaması durumunda, kişinin sağlığının olumsuz olarak etkileneceği ve kişinin daha fazla problem ile başa çıkmaya çalışacağı ifade edilmektedir (216, 217). Bununla birlikte Başoğlu da, zorlu yaşam olaylarının ardından psikolojik sorun yaşayan kişilerin sosyal desteğe tam anlamıyla ulaşamama ihtimalinden bahsetmektedir (62).

Aynı zamanda kişinin sosyal desteği nasıl algılayıp yorumladığı da önemlidir. Sosyal desteğin olumlu olarak değerlendirilmesi için, öncelikle kişinin sosyal desteğe gereksinim duyması, gereksinim duyduğu bu desteği kolaylıkla elde etmesi ve aldığı

desteği ne şekilde kullanacağını bilmesi gerekmektedir (225). Buradan hareketle, kişinin sosyal desteği nasıl algıladığının bazı ölçütlere göre değişiklik gösterdiği söylenebilir. Bu bağlamda, kişiye verilen destek ile kişinin algıladığı desteğin birbirinden farklı olduğu aktarılmaktadır (226). Bu nedenle algılanan sosyal destek konusu üzerinde durulmasının, konuyu daha anlaşılır kılacağı düşünülerek aşağıda bu konudan bahsedilmiştir.

2.4.5. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek kavramı hakkında birbirine benzer birçok tanım olduğu görülmektedir. Lakey ve Cassady, algılanan sosyal desteği, bireyin çevresindeki insanlar tarafından kendisine verilen değer ile ilgili yorumu olarak tanımlamışlardır (227). Güngör ise, algılanan sosyal desteği, kişinin değer verdiği kişiler tarafından değer gördüğüne ilişkin algısı olarak ifade etmiştir (228). Diğer bir deyişle, algılanan sosyal destek, kişinin gereksinim duyduğu anda, değer verdiği insanlardan alabileceğini düşündüğü destek (229) ve bu desteğin niteliğinin bilişsel açıdan değerlendirilmesi (208, 230, 231) anlamına gelmektedir. Böylelikle kişinin çevresinden sağladığı doyum olarak da ifade edilmektedir (232). Bu bağlamda kişinin çevresinden aldığı sosyal destek ile algıladığı sosyal desteğin birbirinden farklı olduğu görülmektedir.

Algılanan sosyal desteğin kişinin kendisine verdiği değer ile bağlantılı olduğu, bu nedenle de çevresindeki insanlar tarafından sevilip değer gördüğünü düşünen ve gereksinim duyduğunda destek alabileceğini bilen kişilerin aynı zamanda kendisine de değer verdiği belirtilmektedir (233). Bununla birlikte çevresi tarafından aranılan ve ihtiyaç duyduğunda istediği desteği alan kişinin, yakın ilişkilerinden daha çok doyum aldığı aktarılmaktadır (234). Kişinin algıladığı sosyal desteğin her zaman aynı olmadığı; değişmeyen ve kalıcı olan kişilik özelliklerinden etkilendiği kadar tutum ve anlık ifadelerden de etkilendiği ifade edilmektedir (235).

Algılanan sosyal destek faktörünün, insanların psikolojik sağlıkları üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu yaygın kanıdır. Yapılan bazı çalışmalarda, daha fazla sosyal destek algılayan bireylerin sahip oldukları yaşam doyumunun diğerlerine

kıyasla anlamlı derecede farklı olduğu bulgulanmıştır (236, 237). Bu bağlamda Sorias aslında sağlığı koruyan faktörün sosyal desteğin varlığının dışında, kişi tarafından nasıl algılandığı ve yorumlandığı olduğunu belirtmiştir (238). Coyne ise, kişinin önceden yaşamış olduğu durumların, kişinin olaylara olan bakış açısını ve değerlendirmesini etkileyeceğini aktararak kişiye çevresi tarafından verilen desteğin kişinin hangi ihtiyacını karşıladığının önemi üzerinde durmuştur (239). Aşağıda sosyal destek ile ilgili yapılmış çalışma örneklerine yer verilmiştir.

2.4.6. Sosyal Destek İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatüre bakıldığında, sosyal destek faktörünün zorlu yaşam olayları ile başa çıkmada kişiye büyük destek sağladığı belirtilmektedir (240). Sosyal desteğin, kişinin böyle anlarda yaşadığı stresi tamamen ortadan kaldırmasa bile azalttığına dair bulgular vardır (241). Depresyon tanılı ve sağlıklı kişilerle yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, sosyal desteğin kişinin psikolojik sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (191). Aynı şekilde hasta ve sağlıklı öğrencilerle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin sağlığı doğrudan etkileyerek, zorlu yaşam olaylarının neden olduğu stresi azalttığı ortaya konmuştur (222).

Eskin'in 1993 yılında yaptığı aile ve arkadaş sosyal desteği, kişiler arası ilişkiler ve intihar olasılığı ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında; kişilerin algıladıkları sosyal desteğin arttıkça intihar olasılığının azaldığı ortaya konmuştur (242). Dirkzwager ve diğ. tarafından yapılan bir araştırmada olumlu sosyal destek ile travma sonrası stres belirtilerinin ters yönlü bir ilişki gösterdiği; yani sosyal destek arttıkça semptomların azaldığı, sosyal desteğin yokluğu ve ya olumsuz olduğu durumlarda ise semptomların arttığı bulgulanmıştır (243). Yapılan bazı araştırmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır (244, 245). Benzer olarak, 1999 yılında yaşanan Marmara depremi sonrasında deprem yaşamış kişilerle yapılan bir çalışmada, algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki bulunduğu ortaya konmuştur (246).

Altekin tarafından 2004 yılında travmatik yaşantıya sahip kişilerle çalışan profesyonellerle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin artmasıyla stres belirtilerinin

azaldığı görülmüştür (247). Buna paralel olarak, Cowmen ve Ferrari, 2004 yılında yaşanmış olan bir yangında görev yapan 221 itfaiyeciyi, algıladıkları sosyal desteğin yaşadıkları stresi nasıl etkilediği ve bunun mesleki doyumları üzerindeki etkisini inceledikleri bir araştırmada, itfaiyecilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça kendilerini daha az stresli hissettikleri ve bu durumun mesleki doyumları üzerinde de olumlu bir etkiye neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır (248). Aynı şekilde Bober ve Regehr'in ruh sağlığı alanında çalışan 259 kişiyle ikincil travmatik stres belirtilerinin azaltılması için uygun yöntemlerin bulunması amacıyla yaptıkları bir çalışma sonucunda ikincil travmayı önlemek için boş zaman aktivitelerinin etkili olabileceği aktarılmıştır (249). 2003 yılında, AIDS hastalarına bakıcılık yapan ve baktığı hastası ölen 174 hasta bakıcı ile yapılan çalışmada sosyal desteği fazla olanların daha çok olumlu gelişme gösterdiği rapor edilmiştir (250).

Killian tarafından yapılan, profesyonellerin ikincil travmatik stres ile ilgili başa çıkma yöntemlerinin araştırıldığı bir çalışmada 20 kişi ile yapılan görüşmelerde, araştırmaya katılanlar bu stres ile başa çıkmada aileleri ile vakit geçirmenin önemli bir etkisi olduğunu ifade etmişlerdir (164). Yapılan başka bir araştırmada, 782 kişi (ambulans görevlisi, itfaiyeci, acil servis ve askeri çalışanlar, sivil savunmada görevli çalışanlar) araştırma kapsamına alınmış ve profesyonellerin iş arkadaşları ve çalıştıkları kurumdan algıladıkları sosyal desteğin ikincil travmatik stres belirtileri gösterme açısından önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (251).

Literatürdeki çoğu araştırma sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasında güçlü ve ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak yapılan bazı araştırmalarda ise bu iki değişken arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı ya da olumsuz bir ilişki bulunduğu da rapor edilmektedir. Örneğin, Hyman'ın 2004 yılında yapmış olduğu sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, değişkenler arasında ilişki bulunmamıştır (11). Yılmaz ve Hisli Şahin'in yapmış olduğu ve 5 farklı şehirde görev yapan arama-kurtarma personelinin kapsama bir araştırmada, evli olanların (eş-aile sosyal desteğinin var olduğu düşünülerek) diğerlerine kıyasla daha yüksek düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdiği bulgulanmış, bu durum bir aileye sahip olanların tanık oldukları olaylar ve kişiler ile özdeşim olasılığını arttırabileceği şeklinde yorumlanmıştır (172). Bu iki değişken

arasındaki ilişkiye dair görüş birliği olmamasından dolayı, araştırma bu konu üzerine yapılmıştır.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, nicel araştırma modellerinden korelasyonel araştırma olarak tasarlanmıştır. Korelasyonel araştırmalar, iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkinin herhangi bir müdahale olmadan incelendiği araştırmalardır. Bu tür araştırmalar, değişkenler arasındaki ilişkilerin ortaya konmasında, bu ilişkilerin derecesinin belirlenmesinde ve bu ilişkiye dayanan üst düzey araştırmaların yapılmasında gerekli ön bilgileri sağlamaları açısından önemlidir (251).

Çalışmanın bağımlı değişkeni, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği toplam puanıdır. Bağımsız değişken ise, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanıdır.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışmanın evrenini, Ankara ilinde kamu veya özel sektörde (sivil toplum kuruluşları dahil) aktif olarak çalışan psikososyal destek elemanları (en az 4 yıllık lisans eğitimi bulunan sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik ve rehberlik danışman, çocuk gelişimci ve sosyolog meslek grupları) oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini, bu evren içerisinden seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden olan maksimum örnekleme ile seçilen ve gönüllü olarak çalışmaya katılan 146 psikososyal destek elemanı oluşturmaktadır. Amaçsal örnekleme (purposive/purposeful sampling), çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilmesi olup böylelikle daha derinlemesine araştırmaların yapılmasına olanak sağlayan bir örnekleme yöntemidir (251).

3.3. Araştırmanın Etiği

Çalışma kapsamında ilk olarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan 25.10.2017 tarih ve 06 sayılı onay alınmıştır (Ek-1). Ankara Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü bünyesinde çalışan psikososyal destek

elemanlarına ulaşabilmek amacıyla ilgili bakanlıktan 09.04.2018 tarih ve 40373 sayılı 6 ay süreli izin alınmıştır (Ek-2). Ayrıca hem yüz yüze veri toplama hem de elektronik ortamda, hazırlanan "bilgilendirilmiş onam formu" ile katılımcıların cevaplarının gizli tutulacağı, katılımın gönüllülük esaslı olduğu ve istenildiği takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri aktarılmıştır (Ek-3).

Bununla birlikte veri toplama aşamasında kullanılan ve Şahin, Batıgün ve Yılmaz (2001) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeğini kullanmak için elektronik posta aracılığıyla izin istenmiş olup kullanılabilirliğine dair geri dönüt alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında, Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği (TSSBÖ) (Ek-5) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-6) ve Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1. Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği (TSSBÖ)

Bu ölçek, Şahin, Batıgün ve Yılmaz (2001) tarafından, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tarama Listesinden, Olay Etkisi Ölçeğinden ve Disosiyatif Yaşantılar Anketinden alınan maddelerle geliştirilmiş 36 maddelik bir formdur. Ölçeğin geliştirilmesinde, 1999 Marmara depreminin ardından, Milli Eğitim Bakanlığı ve UNICEF tarafından yürütülen Psikososyal Okul Projesi'nde görev alan öğretmenlerden toplanan veriler kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri dört dereceli bir çizelge üzerinde derecelendirilmekte (0: hiç, 3: çok fazla) ve alınan puanların yüksekliği travma sonrası stres belirtilerinin yüksekliğine işaret etmektedir (102).

Ölçek kaçınma, tekrarlayan düşünceler ve fizyolojik uyarılma olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirliğine ilişkin bilgi elde etmek amacıyla yapılan analiz sonucunda alt ölçekler için .89 ve .91 (N= 265) arasında değişen Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları elde edilmiştir. Yılmaz tarafından arama-kurtarma ekibinin ikincil travmatik stresini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada da ölçeğin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin analizler yapılmıştır. Sonuçlar ölçeğin

faktör yapısının aynen korunduğunu göstermiştir. Bu nedenle literatürde TSSBÖ'nün katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmektedir (102). Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeğinde, bu çalışmanın örneklemi için iç tutarlılık sayısı-Cronbach alfa değeri 0.96 (N: 146) olarak hesaplanmıştır.

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında kişinin aile, arkadaş ve özel biri olmak üzere üç farklı kaynaktan algıladığı sosyal destek düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (252). Ölçek 12 sorudan oluşmaktadır ve her bir madde 7'li Likert (1= kesinlikle hayır- 7= kesinlikle evet) şeklindedir. Ölçekteki 1, 2, 5, 10. maddeler özel bir insan desteğini, 3, 4, 8, 11. maddeler aile desteğini ve 6, 7, 9, 12. maddeler ise arkadaş desteğini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan desteğin de yüksek olduğuna işaret etmektedir (253).

Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılmış ve ölçeğin iç tutarlık katsayısının .77 ile .88 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçek bu çalışmada travmatik yaşantıları doğrudan ya da dolaylı olarak deneyimleyen afet çalışanlarının sosyal destek kanallarını öğrenmek ve elde edilen bulgular aracılığıyla, afet çalışanlarının destek mekanizmalarıyla ilgili öneriler sunmak amacıyla kullanılmıştır (253). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde, bu çalışmanın örneklemi için iç tutarlılık sayısı-Cronbach alfa değeri 0.93 (N: 146) olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu

Form araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup araştırma kapsamına alınacak bireylerin kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla, literatürde ikincil travmatik stres ve sosyal destek açısından önemli olduğu vurgulanan değişkenleri kapsayan 20 sorudan oluşmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Öncelikle kişisel ve mesleki bilgi formu hazırlanmış olup uzman görüşü alınmıştır. Daha sonra etik kurul onayı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığından (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) veri toplamak için izin alınmıştır. Diğer kamu ve özel kuruluşlarda çalışan profesyonellere ulaşmak için Google formlarda bilgilendirilmiş onam formu ve veri toplama araçlarını kapsayan bir form oluşturulmuş olup bu form aracılığıyla çeşitli mesleki iletişim birimlerine (sosyal medya da dâhil olmak üzere) ulaşılmış ve verilerin tamamı Mayıs 2018-Kasım 2018 tarihleri arasındaki zaman diliminde toplanmıştır. Çalışmaya katılan toplam katılımcı sayısı 146'dır. Veri toplama süresi, her katılımcı için yaklaşık olarak 10-20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin analizinde frekans ve yüzde dağılımı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ve yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi, katılımcıların ikincil travmatik stres ve sosyal destek ölçeğinden aldığı puanların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla ise İlişkisiz Örneklemler İçin T-Testi (Independent Sample T-Test) ve İlişkisiz Örneklemler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One Way Anova) yapılmıştır. İlişkisiz örneklemler için t-testi, iki ilişkisiz örneklem ortalamaları arasında önemli derecede fark olup olmadığını; tek faktörlü varyans analizi testi ise, ikiden daha çok örneklem ortalaması arasındaki farkın sıfırdan anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla kullanılmaktadır (251).

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Psikososyal Destek Elemanlarının Sosyo-demografik ve Mesleki Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan yetişkinlerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular.

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	96	65.8
	Erkek	50	34.2
Yaş	23-29	69	47.3
	30-39	55	37.7
	40-52	22	15.1
Medeni Durum	Evli	74	50.7
	Bekar	65	44.5
	Boşanmış	7	4.8
Gelir Düzeyi	0-1800 TL	6	4.2
	1801-3000 TL	9	5.5
	3001-4000 TL	91	63.2
	4001-5000 TL	38	24.3
	5001 TL ve üzeri	1	0.7
Eğitim Durumu	Lisans Mezunu	118	80.8
	Yüksek Lisans Mezunu	28	19.2

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının %65.8'inin kadın ve %34.2'sinin erkek olduğu; katılımcıların %47.3'ünün 23-29, %37.7'sinin 30-39 ve %15.1'inin ise 40-52 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Araştırmaya kayılan psikososyal destek elemanlarının %50.7'sinin evli, %44.5'inin bekâr ve %4.8'inin de boşanmış olduğu bilgilerine ulaşılmıştır. Katılımcıların %2.7'si 0-1800 TL aralığında, %5.5'i 1801-3000 TL aralığında, %63.2'si 3001-4000 TL aralığında, %24.3'ü 4001-5000 TL aralığında ve %0.7'si ise 5001 TL ve üzerinde gelir elde

etmektedir. Katılımcıların %80.8'i lisans mezunu, %19.2'si ise yüksek lisans mezunudur.

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin bulgular.

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek	Sosyal Çalışmacı	73	50
	Psikolog	16	11
	Sosyolog	38	26
	Çocuk Gelişimci	15	10.3
	Psikolojik Danışman	4	2.7
Kurum (Bakanlık)	ASPB (AÇSB)	123	84.2
	Sağlık veya Adalet	16	11.0
Sektör	Kamu	139	95.2
	Özel veya STK	7	4.8
Meslek Süresi	0-5 yıl	87	59.6
	6-10 yıl	26	17.8
	11-20 yıl	27	18.4
	21-29 yıl	6	4.2
Alanda Çalışma Süresi	0-5 yıl	109	74.7
	6-10 yıl	28	19.1
	11-17 yıl	9	6.2
Çalışılan Alan	Çocuk ve Ergenlik	51	34.9
	Engellilik	26	17.8
	Yaşlılık	11	7.5
	Yoksulluk	23	15.8
	Kadın	16	11.0
	Gazi ve Şehit Yakınları	10	6.8
	Sağlık (Tıbbi hizmetler)	10	6.8
	Adalet	6	4.1
Takip Edilen Vaka Sayısı (1 Hafta İçerisinde)	0-10 arası	70	48.1
	11-25 arası	43	29.4
	26-40 arası	24	17.1
	41 ve üzeri	2	1.4

Katılımcıların %50'sini sosyal çalışmacılar, %11'ini psikologlar, %26'sını sosyologlar, %10.3'ünü çocuk gelişimciler ve %2.7'sini ise psikolojik danışmanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %95.2'si kamu kurumunda, %4.8'i ise özel veya sivil toplum kuruluşunda çalışmaktadır. Kamu kurumunda çalışmakta olan katılımcıların %84.2'si Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde (ASPB), %11'i ise Sağlık ve Adalet Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, %59.6'sının 0-5 yıl aralığında, %17.8'inin 6-10 yıl aralığında, %18.4'ünün 11-20 yıl aralığında ve %4.2'sinin 21-29 yıl aralığında olduğu görülmektedir. Çalışılan alanda geçirilen süreye bakıldığında, katılımcıların %74.7'sinin 0-5 yıl aralığında, %19.1'inin 6-10 yıl aralığında ve %6.2'sinin 11-17

yıl aralığında olduğu aktarılmaktadır. Araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının %34.9'unun çocuk ve ergenlik alanında, %17.8'inin engellilik alanında, %7.5'inin yaşlılık alanında, %15.8'inin yoksulluk alanında, %11'inin kadın alanında, %6.8'inin gazi ve şehit yakınları alanında, %6.8'inin sağlık veya ruh sağlığı alanında ve %4.1'inin de adalet alanında çalıştıkları görülmektedir. Katılımcıların bir haftada takip ettikleri vaka sayısına bakıldığında, %48.1'inin 0-10 vaka arasında, %29.4'ünün 11-25 vaka arasında, %17.1'inin 26-40 vaka arasında ve %1.4'ünün ise 41 ve üzeri vaka takip ettikleri görülmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların eğitim ve destek durumuna ilişkin bulgular.

Değişken	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitime İhtiyaç Duyma	Evet	88	60.3
	Hayır	58	39.7
Hizmet içi Eğitim Alma	Evet	121	82.9
	Hayır	25	17.1
Kurum Dışı Eğitim Alma	Evet	38	26.0
	Hayır	108	74.0
Vaka Değerlendirme Sürecinde Destek Mekanizmasının Var Olma Durumu	Evet	117	80.1
	Hayır	29	19.9
Meslektaş Desteği	Evet	128	87.7
	Hayır	18	12.3
Yönetici Desteği	Evet	66	45.2
	Hayır	80	54.8
Bilimsel Yayın Desteği	Evet	53	36.3
	Hayır	93	63.7
Yasa ve Mevzuat Desteği	Evet	127	87.0
	Hayır	19	13.0
Akademisyen/Süpervizyon Desteği	Evet	13	8.9
	Hayır	133	91.1
Uygulamada Kurum Desteği	Evet	82	56.2
	Hayır	64	43.8
Travma Öyküsü	Evet	95	65.1
	Hayır	51	34.9
Mesleki Etkinlikten Dolayı Psikososyal Desteğe İhtiyaç	Evet	66	45.2
	Hayır	80	54.8

Katılımcıların %60.3'ünün çalışılan alana yönelik eğitim ihtiyacı hissettiği, %39.7'sinin böyle bir ihtiyaç hissetmediği; %82.9'unun çalıştıkları alana yönelik hizmet içi eğitim aldıkları, %17.1'inin hizmet içi eğitim almadıkları; %26'sının çalışılan alana yönelik kurum dışından eğitim aldıkları ve %74'ünün böyle bir eğitim almadıkları görülmektedir. Katılımcıların %80.1'i çalıştıkları kuruluşta vaka

değerlendirme sürecinde kendilerine destek olabilecek mekanizmaların var olduğunu, %19.9'u ise destek mekanizmalarının olmadığını aktarmıştır. Katılımcıların %87.7'sinin meslektaşlarının desteğinin var olduğundan, %12.3'ünün ise meslektaşlarının desteğinin olmadığından; %45.2'sinin yönetici desteğinin var olduğundan, %54.8'inin ise yönetici desteğinin olmadığından bahsettiği görülmektedir. Katılımcıların bilimsel yayın desteğine ilişkin olarak ise, %36.3'ünün evet dediği, %63.7'sinin hayır dediği görülmektedir. Katılımcıların %87'sinin yasa ve mevzuatların kendilerine destek sağladığını, %13'ünün ise destek sağlamadığını aktardıkları görülmektedir. Akademisyen desteği/süpervizyon ile ilgili olarak ise, katılımcıların %8.9'unun evet, %91.1'inin ise hayır cevabı verdikleri görülmektedir. Katılımcıların %56.2'sinin uygulamalarında çalıştıkları kurum/kuruluşun desteğinin olduğunu, %43.8'inin ise olmadığını beyan ettiği aktarılmaktadır. Katılımcıların %65.1'inin travma öyküsünün var olduğu, %34.9'unun ise travma öyküsünün olmadığı; %45.2'sinin mesleki etkinliklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, %54.8'inin ise ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

4.2. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları en düşük ve en yüksek puanlar ile ortalama puanlar tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar.

Ölçek Türü	Min-Max	X±SD
TSSBÖ	0.00 – 81.00	27.73±21.85
ÇBASDÖ	14.00 – 84.00	65.53±14.22
Aile Desteği Alt Boyutu	4.00 – 28.00	23.38±5.51
Arkadaş Desteği Alt Boyutu	4.00 – 28.00	20.00±5.62
Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutu	4.00 – 28.00	21.22±5.69

Katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları puanlar 0.00 ile 81.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları puanların ortalaması 27.73±21.85 olmuştur.

Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar 14.00 ile 84.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puanların ortalaması 65.53±14.22 olmuştur.

Katılımcıların ÇBASDÖ'nün Aile Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanlar 4.00 ile 28.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların Aile Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 23.38±5.51 olmuştur.

Katılımcıların ÇBASDÖ'nün Arkadaş Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanlar 4.00 ile 28.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların Arkadaş Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 20.00±5.62 olmuştur.

Katılımcıların ÇBASDÖ'nün Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanlar 4.00 ile 28.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 21.22±5.69 olmuştur.

4.3. Yaşanan İkincil Travmatik Stres ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algıladıkları sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır.

Tablo 4.5. TSSBÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	TSSBÖ	ÇBASDÖ
TSSBÖ	1	-.562**
ÇBASDÖ		1

**p<.01.

Tablo 4.5'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres ile algılanansosyal destek puanları arasında orta düzeyde, ters

yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.562, p<.01. Buna göre algılanan sosyal destek azaldıkça ikincil travmatik stresin arttığı söylenebilir.

Tablo 4.6. TSSBÖ puanları ile ÇBASDÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	TSSBÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
TSSBÖ	1	-.487**	-.543**	-.394**
Aile		1	-.593**	-.513**
Arkadaş			1	-.606**
Özel biri				1

**p<.01.

Tablo 4.6'nın incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile algılanan aile desteği puanları arasında orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.487, p<.01. Buna göre aileden alınan sosyal destek azaldıkça alınan ikincil travmatik stres puanlarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.6'nın incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile algılanan arkadaş desteği puanları arasında orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.543, p<.01. Buna göre arkadaştan alınan sosyal destek azaldıkça alınan ikincil travmatik stres puanlarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.6'nın incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile algılanan özel bir insan desteği puanları arasında orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.394, p<.01. Buna göre özel bir insandan alınan sosyal destek azaldıkça alınan ikincil travmatik stres puanlarının arttığı söylenebilir.

4.4. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların, Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Bir Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Araştırmanın alt amacı kapsamında katılımcıların ikincil travmatik stres ile algılanan sosyal destek puanlarının, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini bulmak amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi ve İlişkisiz Örneklemler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi, bazı değişkenlerle ilişkisini bulmak amacıyla ise korelasyon analizi yapılmıştır.

4.4.1. Psikososyal destek elemanlarının, yaşları ile TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Psikososyal destek elemanlarının, yaşları ile TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Basit Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Yaş ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.7'de, yaş ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.8'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Yaş ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Yaş	TSSBÖ
Yaş	1	-.163*
TSSBÖ		1

*p<.05.

Tablo 4.7'nin incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ toplam puanları ve yaşları arasında olumsuz yönde, düşük düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.(r= -0.163, p<.05). Buna göre yaş arttıkça katılımcıların ikincil travmatik streslerinin azaldığı söylenebilir.

Tablo 4.8. Yaş ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Yaş	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Yaş	1	-.116	.019	-.140	-.170
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

*p<.01

Tablo 4.8'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının ÇBASDÖ toplam puan ile birlikte aile ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05). Bununla birlikte psikososyal destek elemanlarının yaşları ile özel bir insandan aldıkları destek arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır, (r= -0.170, p<.05). Buna göre yaş arttıkça katılımcıların algıladıkları özel bir insan desteğinin azaldığı söylenebilir.

4.4.2. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin, cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.9. TSSBÖ toplam puanının cinsiyete göre T-Testi sonuçları.

Cinsiyet	N	x̄	S	sd	t	p
Kadın	96	31.36	22.64	144	-2.85	.005
Erkek	50	20.74	18.54			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)= -2.85, p<.01. Kadın psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları (x̄=31.26), erkek psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarına (x̄=20.74) göre daha yüksektir.

Tablo 4.10. ÇBASDÖ toplam puanının cinsiyete göre T-Testi sonuçları.

Cinsiyet	N	x̄	S	sd	t	p
Kadın	96	63.98	15.8	144	2.11	.003
Erkek	50	68.50	9.78			

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)= 2.11, p<.01. Erkek psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları (x̄=68.50), kadın psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanlarına (x̄=63.98) göre daha yüksektir.

Tablo 4.11. ÇBASDÖ alt boyutlarının cinsiyete T-Testi sonuçları.

Alt boyutlar	Cinsiyet	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Kadın	96	22.61	6.15	144	2.76	.006
	Erkek	50	24.86	3.64			
Arkadaş	Kadın	96	20.63	6.13	144	.948	.345
	Erkek	50	21.48	4.47			
Özel Biri	Kadın	96	20.73	6.04	144	1.53	.127
	Erkek	50	22.16	4.87			

Erkek psikososyal destek elemanlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile desteği alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=24.86) ile kadın psikososyal destek elemanlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=22.61), cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, (p<.01).

Psikososyal destek elemanlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin arkadaş desteği alt boyutu ortalama puanları, kadın (x̄=20.63) ve erkek (x̄=21.48) cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Psikososyal destek elemanlarının çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin özel biri desteği alt boyutu ortalama puanları, kadın (x̄=20.73) ve erkek (x̄=22.16) cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.3. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi yapılmıştır.

Katılımcıların TSSBÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.12'de, katılımcıların TSSBÖ puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	SS
Travma Sonrası	Bekar	65	27.58	22.58
Stres Belirtileri	Evli	74	28.63	21.68
Ölçeği	Boşanmış	7	19.42	17.20

Tablo 4.13. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	544.3	2	272.19	.566	.569	Yok
Gruplariçi	68740.64	143	480.70			
Toplam	69285.04	145				

Analiz sonuçları incelendiğinde, bekar katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=27.58), evli olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=28.63) ve boşanmış olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.42) arasındadır ve katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanlar medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.14'de, katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Medeni Durum	N	x̄	SS
Çok Boyutlu	Bekar	65	66.26	15.47
Algılanan Sosyal	Evli	74	64.74	13.42
Destek Ölçeği	Boşanmış	7	63.14	10.65

Tablo 4.15. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	173.50	2	86.75	.425	.654	Yok
Gruplariçi	29162.82	143	203.93			
Toplam	29336.32	145				

Analiz sonuçları incelendiğinde, bekar katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=66.26), evli olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=64.74) ve boşanmış olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=63.14) arasındadır ve katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanlar medeni durumlarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.16'da, katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutları puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Çok boyutlu sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri.

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	x̄	SS
Aile	Bekar	65	22.49	6.12
	Evli	74	24.13	4.97
	Boşanmış	7	23.71	4.38
Arkadaş	Bekar	65	22.00	5.47
	Evli	74	20.05	5.71
	Boşanmış	7	20.14	4.91
Özel Biri	Bekar	65	22.20	5.41
	Evli	74	20.55	5.94
	Boşanmış	7	19.28	4.46

Tablo 4.17. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının medeni duruma göre ANOVA sonuçları.

Alt Boyutlar	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Aile	Gruplararası	94.19	2	47.09	1.559	.214	Yok
	Gruplariçi	4320.32	143	30.21			
	Toplam	4414.52	145				
Arkadaş	Gruplararası	135.53	2	67.76	2.177	.117	Yok
	Gruplariçi	4450.64	143	31.12			
	Toplam	4586.17	145				
Özel biri	Gruplararası	121.42	2	60.71	1.896	.154	Yok
	Gruplariçi	4578.11	143	32.01			
	Toplam	4699.54	145				

Analiz sonuçları incelendiğinde, bekar katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=22.49), arkadaş alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=22.00), özel biri alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=22.50); evli katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=24.13), arkadaş alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=20.05), özel biri alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=20.55); boşanmış katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=23.71), arkadaş alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=20.14), özel biri alt boyutundan aldıkları puanlar ($\bar{x}$=19.28) arasında olup alt boyutlar katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.4. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanları ile katılımcıların aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) yapılmıştır.

Katılımcıların aylık gelirleri ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.18'de, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Tablo 4.18. Aylık gelir ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Aylık Gelir	TSSBÖ
Aylık Gelir	1	-.180*
TSSBÖ		1

*p<.05.

Tablo 4.18'in incelenmesinden, katılımcıların TSSBÖ toplam puanları ve aylık gelirleri arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r= -0.180, p<.05. Buna göre aylık gelir azaldıkça, katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.19. Aylık gelir ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Aylık Gelir	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Aylık Gelir	1	.019	.131	.013	-.093
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

Tablo 4.19'un incelenmesinden, katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları ile aylık gelirleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05).

4.4.5. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, mesleklerine göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi yapılmıştır.

Katılımcıların TSSBÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.20'de, katılımcıların TSSBÖ puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Meslek	N	x̄	SS
Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği	Sosyal Çalışmacı	73	27.28	22.95
	Psikolog-Psikolojik Danışman	20	24.64	13.88
	Çocuk Gelişimci	15	32.66	19.43
	Sosyolog	38	28.23	21.85

Tablo 4.21. Travma sonrası stres belirtileri ölçeğinin mesleğe göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	579.33	3	193.11	.399	.754	Yok
Gruplariçi	68705.71	142	483.84			
Toplam	69285.04	145				

Analiz sonuçları incelendiğinde, mesleği sosyal çalışmacı olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar (x̄=27.28), mesleği psikolog /psikolojik danışman olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar (x̄=24.65), mesleği çocuk gelişimci olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar (x̄=32.66) ve mesleği sosyolog olan katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar (x̄=28.23) arasındadır ve katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanlar mesleklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.22'de, katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.23'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Meslek	N	x̄	SS
Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği	Sosyal Çalışmacı	73	65.16	15.07
	Psikolog-Psikolojik Danışman	20	70.35	6.83
	Çocuk Gelişimci	15	60.33	14.31
	Sosyolog	38	65.76	15.00

Tablo 4.23. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin mesleğe göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	881.55	3	293.85	1.476	.226	Yok
Gruplariçi	28454.77	142	200.38			
Toplam	29336.32	145				

Analiz sonuçları incelendiğinde, mesleği sosyal çalışmacı olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=65.16), mesleği psikolog/psikolojik danışman olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=70.35), mesleği çocuk gelişimci olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=60.33) ve mesleği sosyolog olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=65.76) arasındadır ve katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanlar mesleklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.24'de, katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutları puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.25'de gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri.

Alt Boyutlar	Meslek	N	$\bar{x}$	SS
Aile	Sosyal Çalışmacı	73	22.82	5.95
	Psikolog/Psikoloji	20	25.20	3.59
	Danışman	15	23.93	5.27
	Çocuk Gelişimci	38	23.28	5.52
	Sosyolog			
Arkadaş	Sosyal Çalışmacı	73	21.02	5.56
	Psikolog/Psikoloji	20	22.10	3.14
	Danışman	15	19.20	7.09
	Çocuk Gelişimci	38	20.78	6.12
	Sosyolog			
Özel Biri	Sosyal Çalışmacı	73	21.31	5.67
	Psikolog/Psikoloji	20	23.05	3.47
	Danışman	15	17.20	7.08
	Çocuk Gelişimci	38	21.68	5.52
	Sosyolog			

Tablo 4.25. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutları puanlarının mesleğe göre ANOVA sonuçları.

Alt Boyutlar	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Aile	Gruplararası	93.88	3	31.29	1.029	.382	Yok
	Gruplariçi	4320.63	143	30.42			
	Toplam	4414.52	145				
Arkadaş	Gruplararası	73.71	3	24.57	.773	.511	Yok
	Gruplariçi	4512.46	143	31.77			
	Toplam	4586.17	145				
Özel biri	Gruplararası	318.22	3	106.07	3.438	.019	Var
	Gruplariçi	4381.31	143	30.85			
	Toplam	4699.54	145				

Mesleği sosyal çalışmacı olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=22.82), psikolog/psikolojik danışman olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=25.20), çocuk gelişimci olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=23.93), sosyolog olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=23.28) arasında olup, katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Mesleği sosyal çalışmacı olan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.02), psikolog/psikolojik danışman olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=22.10), çocuk gelişimci olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.20), sosyolog olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=20.78) arasında olup, katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Mesleği sosyal çalışmacı olan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.31), psikolog/psikolojik danışman olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=23.05), çocuk gelişimci olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=17.20), sosyolog olan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.68) arasında olup, katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. $F(3,143)=3.43$, $p<.05$. Algılanan özel bir insan desteğinin hangi meslek dalında diğerlerinden farklı olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, mesleği psikolog/psikolojik danışman olanlarda ($\bar{x}$=23.05) daha yüksek olduğu;

çocuk gelişimci olanlarda ($\bar{x}$=17.20) diğer mesleklere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

4.4.6. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları eğitim durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.26. TSSBÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre Göre T-Testi sonuçları.

Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Lisans mezunu	118	29.60	22.77	58.57	2.724	.008
Yüksek lisans mezunu	28	19.82	15.42			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(58,57)= 2.72, p<.01. Lisans mezunu olan katılımcıların ikincil travmatik stres puanları ($\bar{x}$=29.60), yüksek lisans mezunu olan katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarına ($\bar{x}$=19.82) göre daha yüksektir.

Tablo 4.27. ÇBASDÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre T-Testi sonuçları.

Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Lisans mezunu	118	64.44	14.79	144	-1.925	.056
Yüksek lisans mezunu	28	70.14	10.50			

Psikososyal destek elemanlarının, algıladıkları sosyal destek puanları, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.28. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının eğitim durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Lisans mezunu	118	22.89	5.79	66.56	-2.966	.004
	Yüksek lisans mezunu	28	25.42	3.52			
Arkadaş	Lisans mezunu	118	20.66	5.79	144	-1.164	.246
	Yüksek lisans mezunu	28	22.03	4.75			
Özel Biri	Lisans mezunu	118	20.88	5.89	144	-1.508	.134
	Yüksek lisans mezunu	28	22.67	4.56			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(66,56)= -2.96$, $p<.01$. Yüksek lisans mezunu olan katılımcıların aile alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}=25.42$), lisans mezunu olan katılımcıların aile alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlara ($\bar{x}=22.89$) göre daha yüksektir.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>.05$).

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları özel biri desteği, eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>.05$).

4.4.7. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları çalıştıkları kuruma göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, katılımcıların çalıştıkları kuruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.29. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları.

Kurum	N	x̄	S	sd	t	p
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSB)	123	28.98	21.17	137	1.713	.089
Sağlık ve Adalet Bakanlığı	16	19.18	24.14			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalışılan kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.30. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları.

Kurum	N	x̄	S	sd	t	p
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSB)	123	66.21	13.13	137	.656	.513
Sağlık ve Adalet Bakanlığı	16	63.81	18.10			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, çalışılan kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.31. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kuruma göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Kurum	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	(AÇSB)	118	23.65	4.93	137	.018	.986
	Sağlık ve Adalet Bakanlığı	28	23.62	7.57			
Arkadaş	(AÇSB)	118	21.05	5.44	137	.508	.612
	Sağlık ve Adalet Bakanlığı	28	20.31	6.07			
Özel Biri	(AÇSB)	118	21.50	5.59	137	1.092	.277
	Sağlık ve Adalet Bakanlığı	28	19.87	5.79			

Psikososyal destek elemanlarının aile, arkadaş ve özel biri alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, çalıştıkları kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.8. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile meslekte çalıştıkları süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanları ile meslekte çalıştıkları süre arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır.

Katılımcıların meslekte çalışma süreleri ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.32'de, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.33'de sunulmuştur.

Tablo 4.32. Meslekte çalışılan süre ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Meslekte Çalışılan Süre	TSSBÖ
Meslekte Çalışılan Süre	1	-.134
TSSBÖ		1

Tablo 4.32'nin incelenmesinden, katılımcıların TSSBÖ toplam puanları ve meslekte çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05).

Tablo 4.33. Meslekte çalışılan süre ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Meslekte Çalışılan Süre	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Meslekte Çalışılan Süre	1	.219**	.096	-.231**	-.225**
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

**p<.01.

Tablo 33'ün incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları ile meslekte çalıştıkları süre arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.219, p<.01. Buna göre meslekte çalışılan süre arttıkça, algılanan sosyal destek puanının azaldığı söylenebilir.

Psikososyal destek elemanlarının meslekte çalıştıkları süre ile aile alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir, ($p>.05$). Ancak psikososyal destek elemanlarının meslekte çalıştıkları süre ile algıladıkları arkadaş desteği arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, $r=-0.231$, $p<.01$. Aynı zamanda katılımcıların meslekte çalıştıkları süre ile özel bir insandan algıladıkları destek puanları arasında da düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, $r=-0.225$, $p<.01$. Buna göre meslekte çalışılan süre arttıkça algılanan arkadaş ve özel bir insan desteğinin azaldığı söylenebilir.

4.4.9. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları çalışmakta oldukları alana göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının çalışmakta oldukları alana göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi yapılmıştır.

Katılımcıların TSSBÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.34'de, katılımcıların TSSBÖ puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.35'de gösterilmiştir.

Tablo 4.34. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Çalışılan Alan	N	$\bar{x}$	SS
Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği	Çocuk ve Ergenlik	51	39.52	20.76
	Engellilik	26	18.26	20.10
	Yaşlılık	11	26.54	20.17
	Yoksulluk	23	16.56	13.27
	Kadın	10	23.50	22.31
	Gazi ve Şehit Yakınları	9	38.00	15.19
	Sağlık (Tıbbi)	10	23.40	28.52
	Adalet	6	12.16	13.76

Tablo 4.35. Travma sonrası stres belirtileri ölçeği puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	15079.10	7	2154.15	5.484	.000	Var
Gruplariçi	54205.93	138	392.79			
Toplam	69285.04	145				

Analiz sonuçları, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının çalıştıkları alana göre anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir, $F(7,138)=5.48$, $p<.01$. Başka bir deyişle, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları alana bağlı olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir. İkincil travmatik stres puanlarının hangi alanlarda diğerlerinden farklı düzeyde olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, çocuk ve ergenlik ($\bar{x}=39.52$) ve gazi ve şehit yakınları ($\bar{x}=38.00$) alanlarında çalışan psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı test sonucunda, ikincil travmatik stres puanının en düşük olduğu alanın ise adalet alanı ($\bar{x}=12.16$) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.36'da, katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.37'de gösterilmiştir.

Tablo 4.36. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının betimsel istatistikleri.

Ölçek	Çalışılan Alan	N	$\bar{x}$	SS
Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği	Çocuk ve Ergenlik	51	60.80	16.43
	Engellilik	26	67.00	12.29
	Yaşlılık	11	67.90	10.00
	Yoksulluk	23	73.47	7.48
	Kadın	10	69.00	11.53
	Gazi ve Şehit Yakınları	9	64.11	10.01
	Sağlık (Tıbbi)	10	59.90	19.78
	Adalet	6	70.73	14.05

Tablo 4.37. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları.

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplararası	3304.51	7	472.07	2.503	.019	Var
Gruplariçi	26031.81	138	188.63			
Toplam	29336.32	145				

Analiz sonuçları, psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanlarının çalıştıkları alana göre anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir $F(7,138)=2.50$, $p<.05$. Başka bir deyişle, psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, çalıştıkları alana bağlı olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir. Algılanan sosyal destek puanının ne yönde bir farklılık gösterdiğini bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, yoksulluk alanında ($\bar{x}=73.47$) çalışan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanının diğer alanlarda çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu, ikinci olarak ise adalet alanının ($\bar{x}=70.33$) geldiği belirlenmiştir. Aynı test sonucunda, algılanan sosyal destek puanının en düşük olduğu alanın ise sağlık /ruh sağlığı ($\bar{x}=59.90$) alanı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ÇBASDÖ alt boyutları puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.39'da, katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının mesleklerine göre ANOVA sonuçları Tablo 4.40'da gösterilmiştir.

Tablo 4.38. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut puanlarının betimsel istatistikleri.

Alt Boyutlar	Çalışılan Alan	N	$\bar{x}$	SS
Aile	Çocuk ve Ergenlik	51	22.05	6.20
	Engellilik	26	24.00	5.16
	Yaşlılık	11	23.00	3.68
	Yoksulluk	23	25.39	3.48
	Kadın	10	24.10	4.84
	Gazi ve Şehit Yakınları	9	23.22	4.29
	Sağlık (Tıbbi)	10	21.90	8.91
	Adalet	6	26.50	3.67

Tablo 4.38 (devam). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut puanlarının betimsel istatistikleri.

Alt Boyutlar	Çalışılan Alan	N	x̄	SS
Arkadaş	Çocuk ve Ergenlik	51	19.00	6.54
	Engellilik	26	21.42	4.37
	Yaşlılık	11	22.63	3.90
	Yoksulluk	23	23.69	3.29
	Kadın	10	23.80	4.49
	Gazi ve Şehit Yakınları	9	19.11	6.29
	Sağlık (Tıbbi)	10	19.30	6.53
	Adalet	6	22.00	5.32
Özel Biri	Çocuk ve Ergenlik	51	19.74	6.33
	Engellilik	26	21.57	5.65
	Yaşlılık	11	22.27	5.64
	Yoksulluk	23	24.39	3.79
	Kadın	10	21.10	5.02
	Gazi ve Şehit Yakınları	9	21.77	4.14
	Sağlık (Tıbbi)	10	18.70	5.57
	Adalet	6	21.83	6.11

Tablo 4.39. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyut puanlarının çalışılan alana göre ANOVA sonuçları.

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Aile	Gruplararası	279.36	7	39.90	1.332	.240	Yok
	Gruplariçi	4135.15	138	29.96			
	Toplam	4414.52	145				
Arkadaş	Gruplararası	549.82	7	78.54	2.685	.012	Var
	Gruplariçi	4036.35	138	29.24			
	Toplam	4586.17	145				
Özel Biri	Gruplararası	426.46	7	60.92	1.968	.064	Yok
	Gruplariçi	4273.08	138	30.96			
	Toplam	4699.54	145				

Çocuk ve ergenlik alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=22.05), engellilik alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=24.00), yaşlılık alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=23.00), yoksulluk alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=25.39), kadın alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=24.10), gazi ve şehit yakınları alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=23.22), sağlık alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar (x̄=21.90), adalet alanında çalışan katılımcıların aile alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar

($\bar{x}$=26.50) arasında olup, katılımcıların çalıştıkları alana göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Çocuk ve ergenlik alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.00), engellilik alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.42), yaşlılık alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=22.63), yoksulluk alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=23.69), kadın alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=23.80), gazi ve şehit yakınları alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.11), sağlık alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.30), adalet alanında çalışan katılımcıların arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=22.00) arasında olup, katılımcıların çalıştıkları alana göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, F(7,138)=2.68, (p<.05). Algılanan arkadaş desteği puanlarının hangi alanlarda çalışanlarda farklılık gösterdiğini bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, kadın alanında ($\bar{x}$=23.80) çalışan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteğinin diğer alanlarda çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu; çocuk ve ergenlik alanında ($\bar{x}$=23.80) çalışanların ise diğerlerine kıyasla daha düşük algılanan arkadaş desteğine sahip oldukları belirlenmiştir.

Çocuk ve ergenlik alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=19.74), engellilik alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.57), yaşlılık alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=22.27), yoksulluk alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=24.39), kadın alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.10), gazi ve şehit yakınları alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.77), sağlık alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=18.70), adalet alanında çalışan katılımcıların özel bir insan alt boyutundan aldıkları ortalama puanlar ($\bar{x}$=21.83)

arasında olup, katılımcıların çalıştıkları alana göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.10. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile bulundukları alanda çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanları ile bulundukları alanda çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır.

Katılımcıların bulundukları alanda çalışma süreleri ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.40'da, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.41'de sunulmuştur.

Tablo 4.40. Bulunulan alanda çalışılan süre ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Bulunulan Alanda Çalışılan Süre	TSSBÖ
Bulunulan Alanda Çalışılan Süre	1	-.144
TSSBÖ		1

Tablo 4.40'in incelenmesinden, katılımcıların TSSBÖ toplam puanları ile bulundukları alanda çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05).

Tablo 4.41. Bulunulan alanda çalışılan süre ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Bulunulan Alanda Çalışılan Süre	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Bulunulan Alanda Çalışılan Süre	1	-.233**	.060	-.259**	-.268**
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

**p<.01.

Tablonun incelenmesinden psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları ile bulundukları alanda çalışma süreleri arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.233, p<.01. Buna göre bulunulan alanda çalışılan süre arttıkça, algılanan sosyal destek puanının azaldığı söylenebilir.

Tablonun incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının bulundukları alanda çalıştıkları süre ile aile alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir, p>.05. Ancak psikososyal destek elemanlarının bulundukları alanda çalıştıkları süre ile algıladıkları arkadaş desteği arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.259, p<.01.

Aynı zamanda psikososyal destek elemanlarının bulundukları alanda çalıştıkları süre ile algıladıkları özel bir insan desteği arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.268, p<.01. Buna göre bulunulan alanda çalışılan süre arttıkça algılanan arkadaş ve özel bir insan desteğinin azaldığı söylenebilir.

4.4.11. Psikososyal destek elemanlarının TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile yönettikleri vaka sayıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanları ile yönettikleri vaka sayıları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır.

Katılımcıların yönettikleri vaka sayıları ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.42'de, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.43'de sunulmuştur.

Tablo 4.42. Yönetilen vaka sayısı ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Yönetilen Vaka Sayısı	TSSBÖ
Yönetilen Vaka Sayısı	1	.136
TSSBÖ		1

Tablo 4.42'nin incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının bir hafta içerisinde yönettikleri vaka sayısı ile ikincil travmatik stres puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05).

Tablo 4.43. Yönetilen vaka sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Yönetilen Vaka Sayısı	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Yönetilen Vaka Sayısı	1	-.070	.007	-.132	-.052
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

Tablo 4.43'ün incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının bir hafta içerisinde yönettikleri vaka sayısı ile algıladıkları sosyal destek toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir, (p>.05).

4.4.12. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup duyulmamasına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup duyulmamasına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.44. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları.

Eğitime İhtiyaç Durumu	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	88	34.52	20.80	144	4.99	.000
Hayır	58	17.41	19.38			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyup duymama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)= 4.99 p<.01. Çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyan katılımcıların ikincil travmatik stres puanları ($\bar{x}$=34.52), eğitime ihtiyaç duymayan katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarına ($\bar{x}$=17.41) göre daha yüksektir.

Tablo 4.45. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları.

Eğitime İhtiyaç Durumu	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	88	65.14	13.37	144	-.403	.687
Hayır	58	66.12	15.52			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyup duymama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.46. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyulup/duyulmamasına göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Eğitime İhtiyaç Durumu	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	88	23.50	4.97	144	.313	.755
	Hayır	58	23.20	6.29			
Arkadaş	Evet	88	20.54	5.77	144	-1.004	.317
	Hayır	58	21.50	5.39			
Özel Biri	Evet	88	21.10	5.55	144	-.323	.748
	Hayır	58	21.41	5.94			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile, arkadaş ve özel bir insan desteği puanları, çalışılan alanda eğitime ihtiyaç duyup duymama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.13. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, hizmet içi eğitim alıp almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.47. TSSBÖ toplam puanlarının hizmet içi eğitim alma durumuna göre T-Testi sonuçları.

Hizmet İçi Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	121	26.41	21.49	144	-1.605	.111
Hayır	25	34.08	22.91			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.48. ÇBASDÖ toplam puanlarının hizmet içi eğitim alma durumuna göre T-Testi sonuçları.

Hizmet İçi Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	121	65.43	14.44	144	-.179	.858
Hayır	25	66.00	13.35			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.49. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının hizmet içi eğitim alma durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Hizmet İçi Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	121	23.48	5.56	144	.500	.618
	Hayır	25	22.88	5.36			
Arkadaş	Evet	121	21.01	5.59	144	.433	.666
	Hayır	25	20.48	5.84			
Özel Biri	Evet	121	20.93	5.87	144	-1.368	.173
	Hayır	25	22.64	4.54			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile, arkadaş ve özel bir insan desteği puanları, hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.14. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, kurum dışından kurs ya da eğitim alıp almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, kurum dışından kurs ya da eğitim alıp almama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.50. TSSBÖ toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Kurum Dışından Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	38	29.55	19.63	144	.598	.551
Hayır	108	27.08	22.63			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.51. ÇBASDÖ toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Kurum Dışından Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	38	67.13	17.00	144	.804	.423
Hayır	108	64.97	13.15			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.52. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Kurum Dışından Eğitim Alma	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	38	22.15	7.13	49.23	-1.330	.190
	Hayır	108	23.81	4.78			
Arkadaş	Evet	38	21.97	5.87	144	1.341	.182
	Hayır	108	20.55	5.51			
Özel Biri	Evet	38	23.00	5.39	144	2.265	.025
	Hayır	108	20.60	5.68			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile ve arkadaş desteği puanları, kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları özel bir insan desteği puanları, kurum dışından kurs/eğitim alıp almama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=2.265, p<.05. Bu bulguya göre, kurum dışından kurs/eğitim alan katılımcıların özel bir insandan algıladıkları destek puanları ($\bar{x}$=23.00), kurum dışından kurs/eğitim almayan katılımcıların özel bir insandan algıladıkları destek puanlarına ($\bar{x}$=20.60) göre daha yüksektir.

4.4.15. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalıştıkları kuruluşlardaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, çalıştıkları kuruluşlardaki destek mekanizmalarının olup/olmama durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.53. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları.

Destek Mekanizması	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	117	28.04	22.52	144	.351	.726
Hayır	29	26.44	19.22			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları kuruluştaki destek mekanizmalarının var olup/olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.54. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları.

Destek Mekanizması	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	117	64.85	14.29	144	-1.161	.248
Hayır	29	68.27	13.83			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, çalıştıkları kuruluştaki destek mekanizmalarının var olup/olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.55. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kuruluştaki destek mekanizmalarının olup/olmamasına göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Destek Mekanizması	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	117	23.23	5.46	144	-.671	.503
	Hayır	29	24.00	5.78			
Arkadaş	Evet	117	20.88	5.58	144	-.154	.878
	Hayır	29	21.06	5.86			
Özel Biri	Evet	117	20.73	5.94	144	-2.118	.036
	Hayır	29	23.20	4.03			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile ve arkadaş desteği puanları, çalıştıkları kuruluştaki destek mekanizmalarının var olup/olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları özel bir insan desteği puanları, çalıştıkları kuruluştaki destek mekanizmalarının var olup/olmama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=-2.118, p<.05. Bu bulguya göre, çalıştıkları kuruluşlarda destek mekanizmalarına sahip olmayan katılımcıların özel bir insandan algıladıkları destek puanları (x̄=23.20), çalıştıkları kuruluşlarda destek mekanizmalarına sahip olan katılımcıların özel bir insandan algıladıkları destek puanlarına (x̄=20.73) göre daha yüksektir.

4.4.16. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.56. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Meslektaş Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	128	27.89	21.77	144	.242	.809
Hayır	18	27.55	23.05			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.57. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Meslektaş Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	128	66.05	13.71	144	1.181	.240
Hayır	18	61.83	17.43			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.58. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Meslektaş Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	128	23.76	5.05	19.08	1.467	.116
	Hayır	18	20.66	7.75			
Arkadaş	Evet	128	21.07	5.64	144	.834	.406
	Hayır	18	19.88	5.50			
Özel Biri	Evet	128	21.21	5.75	144	-.041	.967
	Hayır	18	21.27	5.41			

Psikososyal destek elemanlarının aile, arkadaş ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanları, uygulama sürecinde meslektaşlarından destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.17. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp almama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.59. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Yönetici Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	66	23.68	21.05	144	-2.053	.042
Hayır	80	31.06	22.07			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-2.053$, $p<.05$. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek almayan psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ($\bar{x}=31,06$), destek alan psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarına ($\bar{x}=23.68$) göre daha yüksektir.

Tablo 4.60. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Yönetici Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	66	67.75	11.12	139.69	1.788	.076
Hayır	80	63.70	16.18			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>.05$).

Tablo 4.61. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Yönetici Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	66	24.71	4.01	135.79	2.812	.006
	Hayır	80	22.28	6.31			
Arkadaş	Evet	66	21.57	4.97	144	1.273	.205
	Hayır	80	20.38	6.08			
Özel Biri	Evet	66	21.46	5.23	144	.468	.640
	Hayır	80	21.02	6.07			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(135,79)=2.812$ $p<.01$. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları ($\bar{x}=24.71$), destek almayanların algıladığı aile desteği puanlarına ($\bar{x}=22.28$) göre daha yüksektir.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş ve özel bir insan desteği puanları, uygulama sürecinde kuruluş yöneticilerinden destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, ($p>.05$).

4.4.18. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.62. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Bilimsel Yayın Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	53	25.26	19.09	144	-1.028	.306
Hayır	98	29.12	29.12			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.63. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Bilimsel Yayın Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	53	68.16	12.02	144	1.701	.091
Hayır	98	64.03	15.19			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.64. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp/almama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Bilimsel Yayın Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	53	24.01	5.11	144	2.268	.295
	Hayır	98	23.02	6.21			
Arkadaş	Evet	53	22.16	4.16	140.11	2.268	.025
	Hayır	98	20.21	6.21			
Özel Biri	Evet	53	21.98	5.08	144	1.212	.228
	Hayır	98	20.79	5.99			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(140,11)=2.268$, $p<.05$. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları ($\bar{x}=22.16$), destek almayanların algıladığı arkadaş desteği puanlarına ($\bar{x}=20.21$) göre daha yüksektir.

Psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları destek puanları, uygulama sürecinde bilimsel yayınlardan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.19. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp sağlamama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.65. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Yasa ve Mevzuat Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	127	25.72	21.43	144	-2.935	.004
Hayır	19	41.10	20.36			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=-2.935, p<.01. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek almayan/alamayan psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları (x̄=41.10), destek alanların ikincil travmatik stres puanlarına (x̄=25.72) göre daha yüksektir.

Tablo 4.66. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Yasa ve Mevzuat Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	127	66.40	13.25	144	1.923	.057
Hayır	19	59.73	18.92			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.67. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Yasa ve Mevzuat Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	127	23.77	4.97	20.134	1.580	.130
	Hayır	19	20.78	7.99			
Arkadaş	Evet	127	21.07	5.45	144	.855	.394
	Hayır	19	19.89	6.72			
Özel Biri	Evet	127	21.55	5.30	20.660	1.374	.184
	Hayır	19	19.05	7.65			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile, arkadaş ve özel bir insan desteği puanları, yasa ve mevzuattan destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

4.4.20. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, uygulama sürecinde akademisyen/süpervizyon desteği sağlayıp/sağlamama durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp sağlamama durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.68. TSSBÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Süpervizyon Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	13	21.53	20.49	144	-1.070	.286
Hayır	133	28.33	21.96			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.69. ÇBASDÖ toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Süpervizyon Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	13	76.92	4.34	46.475	7.209	.000
Hayır	133	64.42	14.37			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(46,475)=7.209, p<.01. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları (x̄=76.92), destek almayanların algıladığı sosyal destek puanlarına (x̄=64.42) göre daha yüksektir.

Tablo 4.70. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek sağlayıp/sağlamama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Süpervizyon Desteği	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	13	25.84	1.46	61.834	4.223	.000
	Hayır	133	23.14	5.64			
Arkadaş	Evet	13	25.69	2.05	34.503	6.961	.000
	Hayır	133	20.45	5.64			
Özel Biri	Evet	13	25.38	2.36	29.101	5.537	.000
	Hayır	133	20.81	5.76			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(61,834)=4.223, p<.01. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları (x̄=25.84), destek almayanların algıladığı aile desteği puanlarına (x̄=23.14) göre daha yüksektir.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(34,503)=6.961, p<.01. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden

(süpervizyon) destek alan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları ($\bar{x}$=25.69), destek almayanların algıladığı arkadaş desteği puanlarına ($\bar{x}$=20.45) göre daha yüksektir.

Psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları destek puanları, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alıp almama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(29,101)=5.537, p<.01. Bu bulguya göre, uygulama sürecinde üniversitedeki akademisyenlerden (süpervizyon) destek alan psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanları ($\bar{x}$=25.38), destek almayanların özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanlarına ($\bar{x}$=20.81) göre daha yüksektir.

4.4.21. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları ile aldıkları destek mekanizmaları sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanları ile aldıkları destek mekanizmaları sayısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla Basit Korelasyon Testi (Pearson Korelasyon Katsayısı) kullanılmıştır.

Katılımcıların aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile TSSBÖ'den alınan toplam puan arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler Tablo 4.71'de, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler ise Tablo 4.72'de sunulmuştur.

Tablo 4.71. Alınan destek mekanizması sayısı ile TSSBÖ toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Destek Sayısı	TSSBÖ
Destek Sayısı	1	-.239**
TSSBÖ		1

**p<.01.

Tablo 4.71'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile ikincil travmatik stres puanları arasında düşük düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=-0.239, p<.01. Buna

göre alınan destek mekanizması sayısının azaldıkça ikincil travmatik stres puanlarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.72. Alınan destek mekanizması sayısı ile ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.

Ölçekler	Destek Sayısı	ÇBASDÖ	Aile	Arkadaş	Özel Biri
Destek Sayısı	1	.310**	.327**	.272**	.189*
ÇBASDÖ		1	.828**	.868**	.839**
Aile			1	.593**	.513**
Arkadaş				1	.606**
Özel biri					1

*p<.05, **p<.01.

Tablo 4.72'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile algıladıkları sosyal destek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=0.310, p<.01. Buna göre alınan destek mekanizmasının sayısının arttıkça algılanan sosyal destek puanlarının da arttığı söylenebilir.

Tablo 4.72'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile algıladıkları aile desteği puanları arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=0.327, p<.01. Buna göre alınan destek mekanizması sayısının arttıkça algılanan aile destek puanlarının da arttığı söylenebilir.

Tablo 4.72'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile algıladıkları arkadaş desteği puanları arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=0.272, p<.01. Buna göre alınan destek mekanizması sayısının arttıkça algılanan arkadaş destek puanlarının da arttığı söylenebilir.

Tablo 4.72'in incelenmesinden, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmaları sayısı ile özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanları arasında düşük düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir, r=0.189, p<.05. Buna göre alınan destek mekanizması sayısının arttıkça özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının da arttığı söylenebilir.

4.4.22. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşların destek sağlama durumuna göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, çalıştıkları kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.73. TSSBÖ toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Kuruluş Desteği	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	82	22.98	20.75	144	-3.048	.003
Hayır	64	33.79	21.89			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun kendilerine destek sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=-3.048$, $p<.01$. Buna göre, çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından destek sağlanmayan psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ($\bar{x}=33.79$), destek sağlananların ikincil travmatik stres puanlarına ($\bar{x}=22.98$) göre daha yüksektir.

Tablo 4.74. ÇBASDÖ toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Kuruluş Desteği	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	82	68.93	11.55	144	3.390	.001
Hayır	64	61.17	16.11			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun kendilerine destek sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, $t(144)=3.390$, $p<.01$. Bu bulguya göre, çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından destek sağlanmayan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları ($\bar{x}=61.17$), destek sağlananların algıladıkları sosyal destek puanlarına ($\bar{x}=68.93$) göre daha düşüktür.

Tablo 4.75. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlama durumuna göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Kuruluş Desteği	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Aile	Evet	82	24.40	4.84	118.504	2.504	.014
	Hayır	64	22.07	6.06			
Arkadaş	Evet	82	22.24	4.71	113.872	3.206	.002
	Hayır	64	19.23	6.25			
Özel Biri	Evet	82	22.29	5.24	144	2.614	.010
	Hayır	64	19.85	5.98			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun kendilerine destek sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(118,504)=2.504, p<.01. Bu bulguya göre, çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından destek sağlanmayan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları ($\bar{x}$=22.07), destek sağlananların algıladığı aile desteği puanlarına ($\bar{x}$=24.40) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun kendilerine destek sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(113,872)=3.206, p<.01. Bu bulguya göre, çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından destek sağlanmayan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları ($\bar{x}$=19.23), destek sağlananların algıladığı arkadaş desteği puanlarına ($\bar{x}$=22.24) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları destek puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun kendilerine destek sağlama durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=2.614, p<.05. Bu bulguya göre, çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından destek sağlanmayan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları özel bir insan desteği puanları ($\bar{x}$=19.85), destek sağlananların algıladığı özel bir insan desteği puanlarına ($\bar{x}$=22.29) göre daha düşüktür.

4.4.23. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, travma öykülerine göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, travma öykülerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.76. TSSBÖ toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları.

Travma Öyküsü	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	95	30.08	23.05	144	4.793	.075
Hayır	51	23.33	18.87			

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, travma öykülerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

Tablo 4.77. ÇBASDÖ toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları.

Travma Öyküsü	N	x̄	S	sd	t	p
Evet	95	63.05	15.11	144	-2.953	.004
Hayır	51	70.15	11.12			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, travma öykülerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=-2.953, p<.01. Bu bulguya göre, travma öyküsü bulunan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları (x̄=63.05), travma öyküsü olmayanların algıladıkları sosyal destek puanlarına (x̄=70.15) göre daha düşüktür.

Tablo 4.78. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının travma öykülerine göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Travma Öyküsü	N	x̄	S	sd	t	p
Aile	Evet	95	22.68	5.86	125.496	-2.279	.024
	Hayır	51	24.68	4.56			
Arkadaş	Evet	95	20.04	6.03	144	-2.641	.009
	Hayır	51	22.56	4.36			
Özel Biri	Evet	95	20.32	5.97	123.613	-2.849	.005
	Hayır	51	22.90	4.74			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, travma öykülerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(125,496)=-2.279, p<.01. Bu

bulguya göre, travma öyküsü bulunan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları ($\bar{x}$=22.68), travma öyküsü bulunmayanların algıladığı aile desteği puanlarına ($\bar{x}$=24.68) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları, travma öykülerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=-2.641, p<.01 Bu bulguya göre, travma öyküsü bulunan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları ($\bar{x}$=20.04), travma öyküsü bulunmayanların algıladığı arkadaş desteği puanlarına ($\bar{x}$=22.56) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları destek puanları, travma öykülerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(123,613)=-2.849, p<.01. Bu bulguya göre, travma öyküsü bulunan psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanları ($\bar{x}$=20.32), travma öyküsü bulunmayanların özel bir insandan algıladıkları sosyal destek puanlarına ($\bar{x}$=22.90) göre daha düşüktür.

4.4.24. Psikososyal destek elemanlarının, TSSBÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamalarına göre farklılaşmakta mıdır?

Katılımcıların ikincil travmatik stres ve algılanan sosyal destek puanlarının, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla İlişkisiz Örneklemler T-Testi yapılmıştır.

Tablo 4.79. TSSBÖ toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları.

Psikososyal Destek İhtiyacı	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	66	39.25	21.61	144	6.580	.000
Hayır	80	18.21	17.02			

Psikososyal destek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(144)=6.580, p<.01. Bu bulguya göre,

mesleğinden dolayı psikososyal destek ihtiyacı duyan katılımcıların ikincil travmatik puanları ($\bar{x}$=39.25), psikososyal desteğe ihtiyaç duymayan katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarına ($\bar{x}$=18.21) göre daha yüksektir.

Tablo 4.80. ÇBASDÖ toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları.

Psikososyal Destek İhtiyacı	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Evet	66	62.84	16.96	108.036	-2.017	.046
Hayır	80	67.75	11.11			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(108,036)=-2.017, p<.05. Bu bulguya göre, mesleğinden dolayı psikososyal destek ihtiyacı duyan katılımcıların algıladıkları sosyal destek puanları ($\bar{x}$=62.84), psikososyal desteğe ihtiyaç duymayan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarına ($\bar{x}$=67.75) göre daha düşüktür.

Tablo 4.81. ÇBASDÖ alt boyutları toplam puanlarının meslekten dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamaya göre T-Testi sonuçları.

Alt Boyutlar	Psikososyal Destek İhtiyacı	N	$\bar{x}$	S	sd	t	p
Aile	Evet	66	22.18	6.24	117.617	-2.364	.020
	Hayır	80	24.37	4.64			
Arkadaş	Evet	66	19.65	6.60	109.977	-2.440	.016
	Hayır	80	21.97	4.44			
Özel Biri	Evet	66	21.01	6.45	121.165	-.396	.693
	Hayır	80	21.40	5.01			

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları aile desteği puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(117,617)=-2.364, p<.01. Bu bulguya göre, mesleğinden dolayı psikososyal destek ihtiyacı duyan katılımcıların algıladıkları aile desteği puanları ($\bar{x}$=22.18), psikososyal desteğe ihtiyaç duymayan katılımcıların algıladığı aile desteği puanlarına ($\bar{x}$=24.37) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının algıladıkları arkadaş desteği puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymama durumuna göre

anlamlı bir farklılık göstermektedir, t(109,977)=-2.440, p<.05. Bu bulguya göre, mesleğinden dolayı psikososyal destek ihtiyacı duyan katılımcıların algıladıkları arkadaş desteği puanları ($\bar{x}$=19.65), psikososyal desteğe ihtiyaç duymayan katılımcıların algıladığı arkadaş desteği puanlarına ($\bar{x}$=21.97) göre daha düşüktür.

Psikososyal destek elemanlarının özel bir insandan algıladıkları destek puanları, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir, (p>.05).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma soruları kapsamında yürütülen istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulguların ilgili alan yazın çerçevesinde tartışılmasına yer verilmiştir. Ancak alan yazında ikincil travmatik stres ile ilgili araştırmaların kısıtlılığından dolayı, araştırma bulguları aynı zamanda travma sonrası stres belirtileri ile ilgili yapılan çalışmalarla da kıyaslanmıştır. Aynı şekilde literatürde psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerini ölçen bir araştırma olmamasından dolayı, araştırmanın bu yöndeki bulguları, sosyal destek ile ilgili çalışmaların tamamı göz önünde bulundurularak tartışılmıştır. Tartışma, bulguların verilme sırasına uygun olarak yürütülmüştür.

5.1. Psikososyal Destek Elemanlarının Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının %47.3'ünün 23-29, %37.7'sinin 30-39 ve %15.1'inin ise 40-52 yaş aralığında olup yaş ortalaması 32'dir. Psikologlarda ikincil travmatik stresin araştırıldığı bir çalışmada benzer şekilde katılımcıların yaş ortalamasının 28 olduğu görülmektedir (254). Kahil'in ikincil travmatik stres ile ilgili yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların çoğunluğu 31-40 yaş aralığındadır (255). Bu durum genç profesyonellerin araştırmalara katılmaya daha istekli olması ile açıklanabilir. Aynı zamanda genç profesyonellerin bilime katkı vererek, deneyimledikleri ikincil travmatik stresin daha çok tanınıp etkili mücadele edilebileceğine dair umutlu oldukları ve içinde bulundukları durumu değiştirmeye istekli oldukları yorumu da yapılabilir.

Katılımcıların %65.8'inin kadın, %34.2'sinin erkek olduğu görülmektedir. İlgili alan yazına bakıldığında çoğu araştırmada kadın katılımcı sayısının daha fazla olduğu görülmektedir (185, 254, 256, 257). Genç katılımcılarda olduğu gibi, çoğu çalışmada da kadın katılımcıların sayısının daha fazla olması, aynı şekilde kadın katılımcıların çalışmalara katılmaya daha istekli olmaları ve erkeklere kıyasla

yaşadıkları ikincil travmatik stresin daha fazla olmasının da bu durumda payı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının %50.7'sinin evli, %44.5'inin bekar ve %4.8'inin de boşanmış olduğu bilgilerine ulaşılmıştır. Benzer araştırmalarda evli-bekar durumlarının yakın ortalamalarda olduğu görülmektedir (256, 257, 258).

Katılımcıların %2.7'si 0-1800 TL aralığında, %5.5'i 1801-3000 TL aralığında, %63.2'si 3001-4000 TL aralığında, %24.3'ü 4001-5000 TL aralığında ve %0.7'si ise 5001 TL ve üzerinde gelir elde etmektedir. Alan yazında yapılan araştırmaların farklı dönemlerde yapılması ve katılımcıların gelirlerinin her dönem farklılaştığı düşünüldüğünde gelir düzeyleri arasındaki farklılığın olağan olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların %80.8'i lisans mezunu, %19.2'si ise yüksek lisans mezunudur. Literatürdeki çoğu araştırmada lisans mezunlarının sayısı, lisansüstü eğitim seviyesine sahip katılımcılardan fazladır (255, 258). Bu durum hali hazırda travmatik yükü fazla olan alanlarda çalışan profesyonellerin, eğitimlerine devam etmekte zorlandıkları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca çalışılan kurum ve kuruluşlarda eğitim seviyesinin artmasının, yeterli şekilde statü artışını sağlamaması da bu durumun nedeni olabilir.

Katılımcıların %50'sini sosyal çalışmacılar, %11'ini psikologlar, %26'sını sosyologlar, %10.3'ünü çocuk gelişimciler ve %2.7'sini ise psikolojik danışmanlar oluşturmaktadır. Bu durumun nedeni, veri toplanılan alanlarda çoğunlukla bu mesleğe sahip katılımcıların çalışması ve sayıca fazla olan meslek mensuplarının araştırmalara katılmaya daha istekli olması şeklinde yorumlanabilir.

Katılımcıların %95.2'si kamu kurumunda, %4.8'i ise özel veya sivil toplum kuruluşunda çalışmaktadır. Kamu kurumunda çalışmakta olan katılımcıların %84.2'si Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde (ASPB), %11'i ise Sağlık ve Adalet Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunun kamu kurumunda çalışıyor olmasının nedeninin, veri toplarken kamu

kurumlarına ulaşmanın daha mümkün olması, özel kuruluşların içyapısı ile ilgili bilgilerin öğrenilmesi konusunda çekimser davrandığından bünyelerinde çalışan profesyonellerle görüşülmesine izin verilmemesi ile ilişkili olabilir. Katılımcıların kamu kurumları içinde de en çok Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nda çalışıyor olması ise, psikososyal destek elemanlarının çoğunlukla bu bakanlık bünyesinde istihdam ediliyor olması ile açıklanabilir.

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, %59.6'sının 0-5 yıl aralığında, %17.8'inin 6-10 yıl aralığında, %18.4'ünün 11-20 yıl aralığında ve %4.2'sinin 21-29 yıl aralığında olduğu görülmektedir. Çalışılan alanda geçirilen süreye bakıldığında, katılımcıların %74.7'sinin 0-5 yıl aralığında, %19.1'inin 6-10 yıl aralığında ve %6.2'sinin 11-17 yıl aralığında olduğu aktarılmaktadır. İlgili konuda yapılan çalışmalarda da katılımcıların çoğunluğunun, meslekte çalışma sürelerinin 0-5 yıl yıl aralığında olduğu görülmektedir (255, 257). Bu durum da yine genç katılımcılarda olduğu gibi, mesleğe yeni başlayanların mesleki durumlarına ilişkin değişiklik yaratmak istedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan psikososyal destek elemanlarının %34.9'unun çocuk ve ergenlik alanında, %17.8'inin engellilik alanında, %15.8'inin yoksulluk alanında, %7.5'inin yaşlılık alanında, %11'inin kadın alanında, %6.8'inin gazi ve şehit yakınları alanında, %6.8'inin sağlık veya ruh sağlığı alanında ve %4.1'inin de adalet alanında çalıştıkları görülmektedir. Katılımcı sayısının fazla görüldüğü sosyal hizmet alanları, AÇSB bünyesinde faaliyet gösteren alanlar olup katılımcıların çoğunluğunun bu kurumda çalışıyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların %60.3'ünün çalışılan alana yönelik eğitim ihtiyacı hissettiği, %39.7'sinin ise hissetmediği; %82.9'unun çalıştıkları alana yönelik hizmet içi eğitim aldığı, %17.1'inin hizmet içi eğitim almadıkları; %26'sının çalışılan alana yönelik kurum dışından eğitim aldığı ve %74'ünün ise böyle bir eğitim almadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, eğitime ihtiyaç duyanların yoğunlukta olmasına rağmen kurum dışından eğitim alanların sayısının az olmasının nedeninin, kurum dışından eğitim almanın maliyetli olması ve psikososyal destek elemanlarının mesai saatleri dışında çalıştıkları alan ile ilgili eğitim almaya ayıracak zaman ve enerjilerinin kalmamasının olabileceği düşünülmektedir. Çalışanların büyük

çoğunluğunun hizmet içi eğitime katılmış olması, eğitimlerin yaygınlığını ancak hizmet içi eğitime katılım bu denli fazla iken katılımcıların salt çoğunluğunun çalıştıkları alana yönelik eğitim ihtiyacı hissetmelerinin, verilen hizmet içi eğitimlerin duyulan ihtiyaça karşılık vermemesi ve yeterli kalitede olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların %80.1'i çalıştıkları kuruluşta vaka değerlendirme sürecinde kendilerine destek olabilecek mekanizmaların var olduğunu, %19.9'u ise destek mekanizmalarının olmadığını aktarmıştır. Katılımcıların %87.7'sinin meslektaşlarının desteğinin var olduğundan, %12.3'ünün ise meslektaşlarının desteğinin olmadığından; %45.2'sinin yönetici desteğinin var olduğundan, %54.8'inin ise yönetici desteğinin olmadığından bahsettiği görülmektedir. Katılımcıların bilimsel yayın desteğine ilişkin olarak ise, %36.3'ünün evet dediği, %63.7'sinin hayır dediği görülmektedir. Katılımcıların %87'sinin yasa ve mevzuatların kendilerine destek sağladığını, %13'ünün ise destek sağlamadığını aktardıkları görülmektedir. Akademisyen/süpervizyon desteği ile ilgili olarak ise, katılımcıların %8.9'unun evet, %91.1'inin ise hayır cevabı verdikleri görülmektedir. Katılımcıların %56.2'sinin genel uygulamalarında kurum/kuruluş desteğinin olduğunu, %43.8'inin ise olmadığını beyan ettiği aktarılmaktadır. Bu veriler doğrultusunda, katılımcıların çoğunluğu destek mekanizmalarının olduğunu belirtmiş olup, meslektaşlarından destek sağlayanlarının fazla sayıda olduğu görülürken, yöneticilerinden destek alamadığını belirtenlerin sayısı ise azımsanmayacak derecede fazladır. Ayrıca bilimsel kaynaktan destek sağladığını ve akademisyen desteği aldığını belirten katılımcıların sayısı ise oldukça azdır. Bu durum ülkemizde işleyen bir süpervizyon sürecinin olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların %65.1'inin travma öyküsünün var olduğu, %34.9'unun ise travma öyküsünün olmadığı; %45.2'sinin mesleki etkinliklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, %54.8'inin ise ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

5.2. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ ile ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları puanlar 0,00 ile 81.00 arasında değişmektedir. TSSBÖ'den alınan puanlar arttıkça katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri de artmaktadır. Katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları puanların ortalaması 27.73±21.85 olarak bulunmuştur. Ölçekte kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan ortalama puanların literatürde yapılan araştırma bulgularıyla kıyaslandığında, bazı çalışmalara göre düşük, bazılarına göre ise yüksek olarak bulunduğu görülmektedir. Ölçekten alınan ortalama puanın düşük olmasının, ÇBASDÖ'den alınan ortalama puanların yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında, Yılmaz tarafından arama-kurtarma personelleri ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar 62.45±23.92 olarak bulgulanmıştır (102). Ludick, Alexander, Carmichael tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların ikincil travmatik stres ortalama puanları 16.52±7.54 olarak aktarılmıştır (259). Gürdil'in travma mağdurlarına hizmet veren çalışanların üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik yaşantılarını, incelediği araştırmasında katılımcıların TSSBÖ'den aldıkları ortalama puanlar 17.78±16.17 olarak aktarılmıştır (256).

Van depreminde yer alan sağlık çalışanlarının ruhsal travma belirtilerinin incelendiği başka bir araştırmada, katılımcıların ikincil travmatik stres puanları 15.18±8.87 olarak bulunmuştur (257). Kahil'in gönüllü ve profesyonel olarak yardım davranışında bulunan personellerin ikincil travmatik stres düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında, tüm katılımcılar için ikincil travmatik stres ortalama puanı 35.35±13.25; profesyoneller için ortalama puanlar 34.46±13.42, gönüllüler için ise 26.69±7.63 olarak kaydedilmiştir (255). Puanlar arasındaki bu farklılıkların kullanılan ölçek türünün farklı olmasından ve veri toplanan katılımcıların farklı alanlarda çalışıyor olmalarından (arama-kurtarma, acil servis veya poliklinik, sağlık veya psikososyal destek alanında) kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar 14.00 ile 84.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puanların ortalaması 65.53±14.22 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ'den alınan puanlar arttıkça katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyleri de artmaktadır.

Literatürde algılanan sosyal destek ile yapılan çalışmalara bakıldığında, çoğunun hasta bireyleri, engelli birey ailelerini, ergenlik dönemindeki öğrencileri odak noktasına alıp sosyal destek ile kaygı, depresyon gibi değişkenlerin ilişkisinin incelenmesi kapsamında yapıldığı görülmektedir. Yapılan literatür taramasında benzer ölçeklerle yapılmış sadece birkaç çalışma göze çarpmaktadır. Haksal tarafından yapılan ve acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin, dissasiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelendiği çalışmada katılımcılar acil servis ve poliklinik çalışanları olarak iki gruba ayrılmış olup acil serviste çalışan personellerin ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar 61.14±15.07; poliklinikte çalışan personellerin ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar 51.90±16.87 olarak bulgulanmıştır (185). Ünal'ın afet çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında katılımcılar profesyonel ve gönüllüler olmak üzere iki gruba ayrılmış olup gönüllü çalışanların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar 69.52±14.66; profesyonel grubun ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puanlar 65.92±15.79 olmak üzere katılımcıların toplamda ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puan 68.12±15.17 olarak bulgulanmıştır (260). Araştırma bulguları, bu açıdan literatürdeki çalışmaların bulgularıyla uyuşmaktadır.

Katılımcıların ÇBASDÖ'nün üç alt boyutundan da aldıkları puanlar 4.00 ile 28.00 arasında değişmektedir. Katılımcıların Aile Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 23.38±5.51; Arkadaş Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 20.00±5.62; Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutundan aldıkları puanların ortalaması 21.22±5.69 olarak bulunmuştur. Katılımcıların alt boyut puanlarının da yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde benzer şekilde tasarlanan çalışmalarda, ÇBASDÖ'nin alt boyutlarının puanlarının aktarılmadığı görülmüş olup bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır.

5.3. Yaşanan İkincil Travmatik Stres ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Sosyal destek kavramının, herhangi bir travma sonrasında uyumu sağlamaya yönelik önemli bir etkisinin olduğu düşünülmesine rağmen (8, 9), bu konuda yapılan araştırma bulguları birbiri ile farklılık göstermektedir. Örneğin, profesyonellerin sosyal destek algısının düşük olmasının bir risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (106, 128, 135, 177, 178, 184, 185, 186, 248, 260); ikincil travmatik stres ile sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki (10, 161, 261) ya da ilişki olmadığını bulgulayan çalışmalar da mevcuttur (11).

Bu çalışmada yapılan basit korelasyon testi sonuçlarına göre, psikososyal destek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır, $r=-0.562$, $p<.01$. Ayrıca ikincil travmatik stres puanları ile ÇBASDÖ'nin üç alt boyutları ile de orta düzeyde, ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır. Bu doğrultuda araştırma bulguları, iki değişken arasında ilişki bulan çalışmalar ile uyuşmaktadır.

İlgili alan yazına bakıldığında, sosyal desteğin zorlu yaşam olayları karşısında iki şekilde etkili olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu konuda, Cohen ve Wills'in geliştirdiği tampon (buffering hypothesis) ve temel etken (main effect model) modeli olmak üzere iki model aktarılmaktadır (214). Algılanan sosyal destek ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkinin varlığından hareketle, sosyal desteğin bu ilişkide hem tampon olarak hem de temel etki modeli çerçevesinde işlev gördüğü düşünülmektedir. Nitekim bu modellerin geçerliliği için yapılan çalışmalarda iki modelin de geçerli olduğu ortaya konmuştur (222). Burada da algılanan sosyal destek puanlarının yüksek olmasının hem psikososyal destek elemanının yaşayacağı olası ikincil travmatik stres riskini azaltacağı hem de ikincil travmatik stres puanlarının yüksek olduğu dönemlerde artan sosyal destek ile psikososyal destek elemanının iyiye doğru bir gidiş sergileyebileceği düşünülmektedir.

5.4. Psikososyal Destek Elemanlarının TSSBÖ'den Aldıkları Puanların, Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile yaşları arasında düşük düzeyde ve ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumun mesleki deneyim ile bağdaştırılabileceği düşünülmektedir (262, 263, 264). İlgili alan yazına bakıldığında, ikincil travmatik stresi yaş ile ilişkisiz bulan çalışmalar olmasına rağmen (176, 180, 181, 254, 255, 256, 260); yaş ile ilişkili bulan çalışmalar da mevcuttur (113, 161, 184, 185, 249, 265, 266, 267, 268, 269). Bu açıdan bakıldığında, araştırma sonuçları yaş ile ikincil travmatik stres puanları arasında ilişki bulan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Yaşı genç olan katılımcıların, mesleğe yeni başlamalarından dolayı henüz kendilerini savunacak stratejiler geliştirmemiş oldukları yorumu yapılabilir. Bilgi ve deneyim eksikliğinin de yaşanan ikincil travmatik stresi etkileyen durumlar olduğu söylenebilir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Kadın psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. İlgili alan yazında bu bulguyu destekler birçok araştırma bulunmaktadır (63, 185, 270, 271, 272, 273, 274, 275). Araştırma bu açıdan literatürdeki bu araştırma sonuçları ile uyuşmaktadır. Ancak cinsiyet ile ikincil travmatik stres arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşan araştırmalar da mevcuttur (113, 254, 255, 256, 258). Kadınların psikososyal özellikleri göz önüne alındığında, erkeklere kıyasla daha kırılgan ve hassas bir yapıda oldukları söylenebilir. Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında, erkek çocuklarına kıyasla yetiştirilme tarzlarının da bu durumda etkili olduğu yorumu yapılabilir. Bununla birlikte, toplumda yaygın olarak görülen ve insan eliyle oluşturulmuş travmatik olay (şiddet, tecavüz, taciz, vb.) mağdurları kadın ve kız çocuklarıdır. Bu durumun da kadın psikososyal destek elemanlarını, erkeklere kıyasla daha olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, medeni durumlarına göre bir farklılık göstermemektedir. Literatürde medeni durum ve ikincil travmatik stres ilişkisine dair kısıtlı bilgi bulunmasıyla birlikte bu araştırma

bulgusunu hem destekleyen hem de desteklemeyen çalışmalar vardır. Yılmaz tarafından arama-kurtarma personelleri ile yapılan bir araştırmada, medeni durumun etkili olduğu ve ikincil travmatik stresin evli bireylerde bekârlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış olup bu durum evli bireylerin daha çok özdeşim gösterebildiği şeklinde yorumlanmıştır (102). Ancak Ünal'ın afet çalışanlarıyla yaptığı araştırmasında, medeni durumun ikincil travmatik stres düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (260). Çalışmaya katılan psikososyal destek elemanları, medeni durumlarına göre homojen olarak dağılım göstermemektedir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile aylık gelirleri arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde ikincil travmatik stresle ilgili yapılan çalışmaların, ikincil travmatik stres ve aylık gelir arasında ilişkiye değinmedikleri görülmektedir. Ancak travma sonrası stres belirtileri ile ilgili yapılan bir araştırmada da TSSB ve aylık gelir arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (276). Bu durumla ilgili olarak, gelir düzeyi arttığı zaman yaşam kalitesinin de artacağı, böylelikle de profesyonellerin sağaltımlarını etkili bir şekilde gerçekleştirebilecekleri yeni hobi-uğraşlar edinebilecekleri yorumu yapılabilir. Bu bağlamda, profesyonellerin sosyal desteğin alt boyutlarından biri olan eşlik etme desteğinden (arkadaşlar ile zaman geçirme, sosyal ve eğlenceli aktivitelere katılma, vb.) daha işlevsel olarak faydalanabilecekleri düşünülebilir.

Bu araştırmanın kapsamına, psikososyal destek elemanları odağında beş meslek grubu (sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik danışman, çocuk gelişimci ve sosyolog) dâhil edilmiştir. Yapılan analizler sonucu kaydedilen ikincil travmatik stres puanlarının mesleklere göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamakla birlikte psikolog ve psikolojik danışman olan katılımcılarda diğer mesleklere göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($\bar{x}$=24.65). Literatürde psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres düzeylerini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların arama-kurtarma görevlileri, ambulans ve acil servis görevlileri, sağlık ve afet çalışanları, cezaevinde çalışan meslek elemanları veya tek bir meslek odağında yapıldığı görülmektedir. Gürdil'in psikolog, sosyal çalışmacı, avukat ve ambulans görevlilerini kapsayan araştırmasında, psikologların diğer meslek gruplarından daha az ikincil travmatik stres riski taşıdığı, sosyal

çalışmacıların da ambulans görevlilerine kıyasla daha düşük düzeyde ikincil travmatik stres belirtisi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Psikologların eğitimlerinin travmayla çalışmaya daha uygun olmasından dolayı ikincil travmatik stres düzeylerinin daha az olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (256). Gürdil'in araştırmasının sonucunun, bu bağlamda araştırma sonucunu bir nebze de olsa destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Yapılan başka bir çalışmada, araştırma kapsamına doktor, hemşire, sağlık teknisyeni ve şoförler dâhil edilmiş ve sağlık memurlarının diğer meslek gruplarına göre daha fazla ikincil travmatik stres geliştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (185). Bu çalışmada ikincil travmatik stres puanlarının, mesleklere göre farklılaşmamasının nedeni olarak, psikososyal destek elemanlarının lisans eğitimlerinin bir nebze de olsa farklı olmasından dolayı mesleğin ilk yıllarında yaşanan ikincil travmatik stresi etkileyebileceği ancak meslekte çalışma süresi arttıkça aynı ortamda aynı işi yapan psikososyal destek elemanlarının hem artan deneyimleri hem de birbirleri ile olan etkileşimleri, yardımlaşmaları sonucu bu farkın ortadan kalkabildiği yorumu yapılabilir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, eğitim düzeylerine göre farklılaşmaktadır. Lisans mezunu katılımcıların ikincil travmatik stres puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Literatürde bu bulguyu destekleyen sınırlı çalışma olmasına rağmen ikincil travmatik stresin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar çoğunluktadır (254, 255, 256, 258, 277, 278). Araştırma sonucuyla uyumlu olarak, TSSB ile birlikte alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerle çalışan profesyonelleri kapsayan bir araştırmada, daha düşük düzeyde eğitim düzeyine sahip katılımcıların daha yüksek düzeyde ikincil travmatik stres belirtileri gösterdiği kaydedilmiştir (160). Bu bulgunun tersi yönünde Yılmaz'ın yapmış olduğu çalışmada, üniversite mezunu katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarının, lise ve altı eğitim seviyesine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (102). Bu durumun nedeninin, artan eğitim seviyesinin travma ve stresle baş etme stratejilerini geliştirmesi, travmatik yükü fazla olan vaka ile daha kolay ve etkili bir şekilde çalışma imkanı sunması olduğu düşünülmektedir. Ayrıca psikososyal destek elemanlarının eğitimlerine devam ettikleri takdirde, gerek okuldaki arkadaşlarından gerekse üniversitedeki akademik personelden destek sağladığı, çalıştıkları alanda yönetmekte zorlandıkları vaka konusunda destek

alabildikleri, böylelikle çevrelerinden algıladıkları sosyal desteğin artarak yaşanan ikincil travmatik stresi etkilediği düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile meslekte çalışma süresi (deneyim) ve bulunulan alanda çalışma süresi arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde mesleki deneyim ile ikincil travmatik stres arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar (113, 176, 181, 120, 254, 256, 258, 279), bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bununla birlikte meslekte çalışma süresi ile ikincil travmatik stres arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (162, 184, 247, 255, 278). Bu durum, ikincil travmatik stres geliştirmede diğer değişkenlerin de etkili olması, diğer bir deyişle sadece deneyimin belirleyici bir etkisinin olmaması şeklinde yorumlanabilir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları sosyal hizmet alanına göre farklılaşmaktadır. En yüksek ikincil travmatik stres puanları, çocuk refahı ($\bar{x}$=39.52) ve gazi ve şehit yakınları ($\bar{x}$=38.00) alanlarında çalışan psikososyal destek elemanlarında görülmüştür. Bu durum, bu alanlardaki vaka ve karşılaşılan durumların travmatik yükünün daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir. Nitekim çocuk ve ergenlik alanında çalışan psikososyal destek elemanları, ensest ve ihmal-istismar gibi ağır travmalar yaşamış çocuklarla çalışmakta olup çocukların yüksek yararını gerektirecek mesleki müdahalelerde bulunmak ve bunu mümkün olan en kısa süre içerisinde gerçekleştirmek zorundadırlar. Bu sürecin psikososyal destek elemanlarının travmatize olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Diğer bir alan gazi ve şehit yakınları alanında çalışan psikososyal destek elemanları ise sürekli olarak ağır yaralar almış gazi veya vatani görevini yapmakta iken hayatını kaybeden şehitlerin yakınlarıyla mesleki ilişki kurmakta, yeri geldiğinde şehit cenazelerine katılmak suretiyle travmatize olabilmektedir. Bu bağlamda, araştırma bulgularının bu yönde olmasının olağan olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında, psikososyal açıdan destek sağlayan birden çok meslek grubunu kapsayacak şekilde planlanan ve ikincil travmatik stres ve çalışılan alanla ilgili bilgi sunan başka bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak tek bir meslek odağında benzer şekilde çalışılan alanla ilgili olarak bu tür bir ayrıma gidilen bir araştırmanın olduğu görülmektedir. Büyükbodur, sosyal hizmet

uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresi incelediği araştırmasında, en yüksek ikincil travmatik stres puanlarının kaydedildiği alanlardan biri olarak çocuk ve gençlik refahı olduğu sonucuna varmıştır (258). Meslek faktörü etkisiz bırakıldığında, araştırma bulguları bu sonuç ile uyuşmaktadır.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları ile takip ettikleri vaka sayısı arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (113, 120, 177, 178, 181, 182, 256, 280, 281). Bu bulgular, psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres geliştirmesinde tek başına vaka yükünün belirleyici olmadığını göstermektedir. Literatürde tersi durumu bulgulayan çalışmalar da bulunmaktadır (258, 271). İkincil travmatik stresin, travma mağduruyla bir kere bile görüşmenin ardından yaşanabileceği göz önünde bulundurulduğunda, bu bulgu olağan karşılanmaktadır. Ayrıca vakaların kendi içindeki çeşitliliği ve karmaşıklığı düşünüldüğünde, bazı durumlarda zorlu bir vakanın sayıca fazla vakaları yönetmekten daha zor olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte vaka sayısı arttıkça psikososyal destek elemanının duyarsızlaşması da beklenen bir sonuçtur.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyup duymamalarına göre farklılaşmaktadır. Çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyan psikososyal destek elemanlarının daha çok ikincil travmatik stres geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde lisans eğitiminin travma ile çalışmak için yetersiz olduğu düşünülmektedir, bu nedenle de eğitime ihtiyaç duyan grubun ikincil travmatik stres puanları daha yüksektir. Nitekim araştırma sonuçları da bu bulguyu destekler niteliktedir. Katılımcıların %60.3'ü çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Bununla birlikte hizmet içi eğitime katılan katılımcıların sayısı (%82.9) azımsanmayacak derecede fazladır. Buna rağmen eğitim ihtiyacının bu derece fazla olması, verilen hizmet içi eğitimlerinin kalitesinin yeterli düzeyde olmadığı ve eğitimlerin içeriğinin travma ile çalışmak için uygun planlamaya sahip olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Çakıroğlu'nun cezaevi ve denetimli serbestlik alanında çalışan psikologlarda ikincil travmatik stresi araştırdığı çalışmasında, katılımcıların en çok talep ettiği konunun travmaya müdahale konusu olduğu aktarılmıştır (254). Eğitime ihtiyaç duyduğunu belirten katılımcı sayısının

fazla olmasına rağmen, kurum dışından özel kurs/eğitim alan katılımcı sayısı (%26) oldukça azdır. Bunun nedeninin ise, kurum dışı eğitimlerin hem maddi yükünün fazla olması hem de psikososyal destek elemanlarının eğitime ayıracak zaman ve enerjilerinin olmaması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, hizmet içi ve kurum dışı kurs/eğitime katılma durumlarına göre farklılaşmamaktadır.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının, çalıştıkları kuruluşlarda destek mekanizmalarının olup/olmaması durumuna göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmasına rağmen yöneticilerinden ve yasa/mevzuattan destek alamadığını belirten psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu doğrultusunda, psikososyal destek elemanının yaşadığı ikincil travmatik stresin, amirinin tutum/davranışları ve vakaya yaklaşım tarzından etkilendiği yorumu yapılabilir. Bununla birlikte zorlu vakalar ile çalışırken ilgili yasa ve mevzuatın açık ve net olması önemlidir. Bu durum yapılan işe yasal bir temel oluşturmakla birlikte uygulamada da birliğin oluşmasına fayda sağlar. Yasa ve mevzuattan destek alamayan psikososyal destek elemanlarının (%13), mesleki uygulamalarına yasal dayanak bulmakta zorlandıkları veya buralarda bazı boşlukların olduğu yorumu yapılabilir. Psikososyal destek elemanlarının mesleki uygulamalarında meslektaş desteğini hissetmelerinin, ikincil travmatik stres puanları üzerinde etkili olduğu düşünülmesine rağmen, araştırma sonuçları tersi yönde çıkmıştır. Katılımcıların %87.7'si meslektaşlarından destek aldığını belirtmiştir. Büyükbodur da çalışmasında, sosyal hizmet uzmanlarının büyük çoğunluğunun meslektaşlarıyla paylaşımda bulunarak dayanıklılıklarını arttırdıkları sonucuna ulaşmıştır (258). Psikosoyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının, bilimsel yayınlardan destek sağlama durumuna göre değişmediği görülmüştür. Katılımcılardan sadece %36.3'ü bilimsel yayınlardan destek sağladığını bildirmiştir. Bu durum psikosoyal destek elemanlarının çalışma alanları ile ilgili bilimsel/akademik kaynak ve yayınları takip etmedikleri ve yararlanmadıkları, dolayısıyla da bu tür bir destek sağlayamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Yoğun şartlar altında çalışmalarının, gün içerisinde oldukça yorulduktan sonra dinlenmeleri için ayırdıkları zaman içerisinde bu tür bir faaliyette bulunmakta zorlanmalarının etkili olabileceği düşünülebilir. Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik

stres puanlarının, süpervizyon alıp almama durumlarına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun nedeninin, psikososyal destek elemanlarının destek sağlayacakları, işleyen bir süpervizyon sisteminin olmaması ve bu nedenle de varlığı ile yokluğu arasındaki farkın anlaşılamayabileceği olabilir diye düşünülmektedir. Nitekim katılımcıların %91.1'i süpervizyon/akademisyen desteği almadığını bildirmiştir. Ancak literatürde travma ile çalışırken süpervizyonun önemini destekleyen birçok araştırma yer almaktadır (111, 112, 176, 177, 178, 179, 249, 254, 282, 283, 284). Tüm bu bulgular doğrultusunda, psikososyal destek elemanlarının aldıkları destek mekanizmalarının sayısı (meslektaş, yönetici, bilimsel yayın, yasa ve mevzuat, süpervizyon) arttıkça ikincil travmatik stres puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanları, çalıştıkları kurum/kuruluşun desteğinin var olup/olmamasına göre farklılaşmaktadır. Çalıştıkları kurum/kuruluş tarafından desteklenmediğini belirten katılımcıların, ikincil travmatik stres puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, ilgili alan yazın tarafından desteklenmektedir (250, 258, 285). Ayrıca 782 acil yardım çalışanıyla yürütülen bir araştırmada, katılımcıların çalışma arkadaşlarından ve kurumlarından algıladıkları desteğin, ikincil travmatik stres riskini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (183). Hali hazırda travmatik yükü ağır olan vakalarla çalışan psikososyal destek elemanlarının çalıştıkları kurum/kuruluştan destek almadıklarında, ikincil travmatik streslerinin arttığı yorumu yapılabilir. İkincil travmatik stres risk faktörleri arasında sayılabilecek örgütsel desteğin azlığı, kurum/kuruluş desteğinin olmaması diye ifade edilebilir. Bu bulgu, algılanan örgütsel desteğin, ikincil travmatik stres geliştirmedeki önemini göstermektedir.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının, travma öykülerinin olup/olmamasına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu literatürdeki çoğu araştırma bulgusuyla çelişmektedir (88, 102, 161, 178, 181, 247, 256, 258, 275, 286, 287, 288, 289, 290, 291). Bununla birlikte literatürde benzer sonuca ulaşan sadece bir araştırmaya rastlanılmıştır. Ortlepp ve Frieadmen'in banka soygunlarına maruz kalan banka personelleri ile yaptıkları araştırma sonucunda, kişisel travma öyküsünün ikincil travmatik stres riski geliştirmede etkili olmadığı

bulunmuştur (271). Bu bulgunun literatür ile çelişkili olmasının, kullanılan ölçek farklılıklarından ve örneklem seçiminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca katılımcıların, bu soruya yanlı olarak cevap vermiş olma ihtimalleri de bulunmaktadır.

Psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stres puanlarının, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyup/duymamalarına göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten katılımcıların, ikincil travmatik stres puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bu konu ile ilgili olarak sadece Büyükbodur'un çalışması göze çarpmaktadır (258). Sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan çalışmanın bulguları, bu araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Destek verenin de desteğe ihtiyacı olabileceği unutulmamalıdır.

5.5. Psikososyal Destek Elemanlarının ÇBASDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların, Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları ile yaşları arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu bulguyu destekler birçok çalışma mevcuttur (292, 293, 294, 295, 296; 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307). Bu bulgunun yanı sıra, yaş ile özel bir insandan algılanan destek puanları arasında düşük düzeyde, olumsuz yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır, $p<.05$. Buna göre yaş arttıkça katılımcıların algıladıkları özel bir insan desteğinin azaldığı söylenebilir. Bu durum, bireylerin yaşı ilerledikçe aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyinin artacağından, özel bir insan desteği aramayabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Yapılan araştırmalara bakıldığında, çoğu araştırmada yaş değişkeninin belirli aralıklarla tanımlandığı ve algılanan sosyal desteğin bu yaş grupları arasındaki durumunun ortaya konduğu görülmektedir (308, 309, 310, 311, 312). Ancak İmamoğlu'nun kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasında, bu çalışmaya benzer olarak yaş arttıkça özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının azaldığı bulgulanmıştır (310).

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları, cinsiyetlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Araştırma sonucunda, erkek psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları ile birlikte aileden algıladıkları sosyal destek puanlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde birçok araştırma cinsiyetler arasında fark olduğu sonucuna ulaşmasına rağmen (311, 313, 314), bu çalışmalarda genellikle kadınların algılanan sosyal desteklerinin yüksek olduğu aktarılmıştır. Ancak Haksal'ın yaptığı çalışmada, hem poliklinik hem de acil servis çalışan erkek katılımcıların algılanan sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur (185). Araştırma bu bakımdan, Haksal'ın araştırması ile tutarlı olmakla birlikte alan yazında bu bilgiyi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (296, 315, 316, 317, 318, 319, 320). Bu durumun nedeninin, ikincil travmatik stres puanlarının kadınlarda daha yüksek olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerin toplumsal rollerinden dolayı, mesai saatlerinden sonra kendilerine ayıracak özel vakitlerinin olmasının daha muhtemel olması ile birlikte kadınların hali hazırda travmatik yükü olan işlerinden sonra da ev içerisinde çalışmaya devam etmelerinin yorgun beden ve zihinlerini daha da yorulmasına neden olduğu böylelikle çevrelerinden sosyal destek arama konusunda erkeklere kıyasla daha geri planda kaldıkları yorumu yapılabilir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları, medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır. Öğretmenlerin mesleki tükenmişlikleri ve algılanan sosyal destek ilişkisinin incelendiği bir araştırmada da algılanan sosyal destek puanlarının katılımcıların medeni durumlarına göre değişmediği sonucuna ulaşılmıştır (321). Yapılan başka araştırmalarda da, medeni durum ile algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı kaydedilmiştir (309, 311, 322, 323, 324). Bu açıdan araştırma sonuçları literatür ile uyumludur. Bu duruma ilişkin olarak, algılanan sosyal desteğin tek belirleyicisinin medeni durum olmadığı, farklı değişkenlerin de etkili olduğu yorumu yapılabilir.

Pikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları, gelir durumlarına göre farklılaşmamaktadır. Buradan gelirin sosyal destek sağlama noktasında tek ölçüt olmadığı sonucu çıkarılabilir. Akademisyenlerin algıladıkları sosyal destek ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da

algılanan sosyal destek puanlarının, gelir durumuna göre değişmediği sonucuna ulaşılmıştır (311). Depresyon tanılı hastaların sosyal desteği algılamaları ile ilgili yapılan bir çalışmada da, benzer sonuca ulaşılmıştır (325). Literatürde araştırma sonuçlarını destekleyen başka araştırmalar da bulunmaktadır (310, 324, 326). Bu açıdan araştırma sonuçları, literatür ile uyumludur.

Bu araştırmanın kapsamına, psikososyal destek elemanları odağında beş meslek grubu (sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik danışman, çocuk gelişimci ve sosyolog) dâhil edilmiştir. Yapılan analizler sonucu algılanan sosyal destek toplam puanının mesleklere göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamasına rağmen özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının, mesleklere göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının, psikolog ve psikolojik danışman olan katılımcılarda ($\bar{x}$=23.05), çocuk gelişimci olan katılımcılara kıyasla ($\bar{x}$=17.20) daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde benzer şekilde yapılan bir çalışma olmadığından karşılaştırma yapılamamasına rağmen, psikolog ve psikolojik danışmanların mesleki eğitimlerinin içeriğinden dolayı sosyal destek ihtiyaçlarının daha farkında oldukları ve böylelikle daha iyi bir şekilde sosyal destekten fayda sağladıkları düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek toplam puanlarının eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı ancak alt boyutlardan sadece aileden algılanan sosyal destek puanlarının yüksek lisans mezunlarında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu duruma dair, eğitim düzeyi yükseldikçe aileden alınacak desteğe olan ihtiyacın arttığı ve böylelikle de alınan puanların daha yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Engelli çocuğa sahip annelerin sosyal destek düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, aileden algılanan sosyal destek düzeyinin okuryazar olan ve okuryazar olmayan grup arasında farklılaştığı, eğitim düzeyi yüksek olan grupta daha yüksek olduğu aktarılmıştır (327). Bu açıdan araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Literatürde algılanan sosyal destek toplam puanının eğitim durumuna göre farklılaşmadığını destekleyen araştırmalar olmasına rağmen (294, 306, 314, 323, 325, 328, 329, 330, 331); eğitim durumu yükseldikçe algılanan sosyal destek puanlarının da yükseldiğini aktaran çalışmalar da mevcuttur (295, 302, 321, 324, 327, 332, 333, 334). Bu bağlamda araştırma, algılanan sosyal destek puanlarının

eğitim durumuna göre farklılaşmadığını aktaran çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanlarının, çalıştıkları kuruma göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %84.2'sinin ASPB; %11.0'inin Sağlık ve Adalet Bakanlığından olduğu görülmektedir. Bu durumun nedeninin katılımcıların çoğunlukla aynı bakanlık bünyesinde çalışıyor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları ile meslekte ve bulundukları alanda çalışma süreleri arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu; alt boyutlardan ise aile alt boyutu dışında arkadaş ve özel bir insan alt boyutları arasında düşük düzeyde, ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre meslekte ve bulunulan alanda çalışma süresi arttıkça algılanan sosyal destek toplam puanı ile birlikte arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destek puanlarının azaldığı yorumu yapılabilir. Literatürde psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal destek düzeylerini inceleyen başka bir çalışma olmadığı için öğretmenlerin algılanan sosyal destek düzeylerinin incelendiği bir araştırma ile kıyaslama yapılmış ve öğretmenlerin mesleki kıdemlerinin arttıkça toplam ölçek puanında ve arkadaş alt boyutundaki puanların azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (321). Araştırma bulguları bu yönde tutarlıdır. Literatürde bu açıdan yeterli çalışma olmamasına rağmen, katılımcıların travmatik yükü ağır olan alanlarda çalışma süreleri arttıkça, yalnızlaşmaya başladıkları ve böylelikle de sosyal destek arama konusunda yetersiz kaldıkları düşünülülebilir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanlarının, çalıştıkları alana göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Algılanan sosyal destek puanlarının nasıl bir farklılık gösterdiğini bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre, yoksulluk alanında ($\bar{x}$=73.47) çalışan psikososyal destek elemanlarının algıladıkları sosyal desteğin diğer alanlarda çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu, ikinci olarak ise adalet alanınında ($\bar{x}$=70.33) yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı test sonucunda, algılanan sosyal desteğin en düşük olduğu alanın sağlık veya ruh sağlığı ($\bar{x}$=59.90) alanı olduğu görülmektedir. Bu durumla ilişkili olarak, yoksulluk alanında çalışan katılımcıların çoğunun AÇSB bünyesinde ve

gündüzlü kuruluşlarda çalıştıkları göz önüne alındığında, kendilerine ve sosyal çevrelerine daha fazla zaman ayırabildikleri ve böylelikle de sosyal destek mekanizmalaından daha işlevsel fayda sağlayabildikleri yorumu yapılabilir. Adalet alanında çalışan katılımcılara ilişkin yorum yapabilmek için, daha çok katılımcı ile büyük ölçekli çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık ve ruh sağlığı alanında çalışan psikososyal destek elemanlarının, diğer alanlara kıyasla daha iyi şartlara sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak bununla birlikte buradaki katılımcıların sağlık personelleri hegemonyasında bulunan bu alanda çalışmakta zorlanmaları, sınırlı ve kısıtlı uygulama alanlarından dolayı ve mesleki örgütlenmenin zayıf olmasının, böylelikle de katılımcıların kendilerini yalnız hissederek sosyal destek arama konusunda yetersiz kaldıkları düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanları ile bir hafta içerisinde yönettikleri vaka sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde benzer bir çalışma olmadığı için karşılaştırma yapılamamasına rağmen vaka sayısındaki azalma veya artışın, tek başına sosyal desteği etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek puanlarının, çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyup/duymamaları ve hizmet içi eğitime katılıp/katılmama durumlarına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanlarının kurum dışından kurs/eğitim alma durumlarına göre farklılaşmamakla birlikte özel birinden algılanan desteğin bu durumdan etkilendiği bulgulanmıştır. Bu duruma ilişkin olarak, kurum dışından kurs/eğitim almanın katılımcıların hayatlarında destek sağlayacak farklı mekanizmalar yarattığı ve böylelikle özel bir insandan (eğitimci, katılımcı) algıladıkları sosyal desteği arttırdığı yorumu yapılabilir.

Psikosoyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanlarının, çalıştıkları kuruluşlarda destek mekanizmalarının olup/olmaması durumuna göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmasına rağmen katılımcıların algıladığı özel bir insan desteğinin bu duruma göre farklılaştığı bulunmuştur. Bu noktada, katılımcıların ölçek sorularını meslektaşlarını, iş arkadaşlarını veya kuruluş yöneticilerini düşünerek cevaplandırmış olabilecekleri düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının destek durumlarına bakıldığında, algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanının meslektaşlarından, yöneticilerinden, bilimsel/akademik yayınlardan ve yasa ve mevzuattan destek sağlayıp/sağlamama durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak yapılan analizlerde katılımcıların algıladıkları aile desteği puanlarının, yöneticilerinden destek sağlayıp/sağlamama durumlarına göre farklılaştığı bulunmuştur. Bu bulguya istinaden, katılımcıların çalıştıkları kuruluşlarda kendilerine destek olabilecek yöneticilerle çalışmanın olumsuz iş yükünü hafiflettiği, yapılan işten kaynaklı stresi azalttığı ve böylelikle de katılımcıların ailelerinden algıladıkları sosyal desteği daha işlevsel kıldığı düşünülebilir. Bilimsel/akademik yayınlardan destek sağlayan katılımcıların algıladıkları arkadaş desteğinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Burada alandaki yayınlarla ilgilenmenin mesleki etkinliği arttıracağı gibi, aynı alanda çalışan ve mesleğe sahip bireyleri bir araya getirebilecek dinamiği sağladığı ve böylelikle de katılımcıların algılanan arkadaş desteğine etki ettiği yorumu yapılabilir. Bununla birlikte katılımcıların algılanan sosyal desteği ve bütün alt boyutlarından aldıkları toplam puanın, akademisyen desteği/süpervizyon alma durumlarına göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Burada süpervizyon uygulamaların önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Katılımcılara çalıştıkları alanda süpervizyon sağlamanın, onları sosyal alanlarında daha işlevsel kılacağı, sosyal destek kaynaklarına ulaşmalarını ve bu kaynaklardan etkili bir şekilde destek sağlamalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Katılımcıların hem algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanlarının hem de alt boyutlarından aldıkları toplam puanların çalıştıkları kurum/kuruluştan destek sağlayıp/sağlama durumuna göre manidar bir şekilde farklılaştığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durum, çalışılan kurum/kuruluşun niteliğinin, insan hayatının her alanını fazlasıyla etkilediğini göstermektedir. Çalıştığı yerde mutlu olamayan bir insanın, sosyal destek kaynaklarından sağlıklı bir şekilde faydalanması beklenen bir sonuç değildir. Nitekim tüm bu bilgiler doğrultusunda, yapılan analizler sonucunda psikosoyal destek elemanlarının aldıkları destek sayısı arttıkça algıladıkları sosyal destek ve alt boyutları toplam puanlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanıyla birlikte alt boyutlarından alınan puanların, travma öyküsünün varlığına göre

anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Daha önceki bölümlerde, travmanın olağan yaşam olaylarından farklı olduğu için kişilerin olayları algılayış ve yorumlayış biçimlerini değiştirebileceği ve hayatlarında kesintiye neden olabileceği aktarılmıştı. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, travma mağdurlarının sosyal destek mekanizmalarına etkili bir şekilde ulaşıp sağlıklı bir destek algılamaları mümkün olmayabilir. Araştırma sonuçları bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal desteği toplam puanıyla birlikte alt boyutlardan aldıkları puanların, mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar diğerlerine kıyasla anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Literatürde tam olarak benzer bir çalışma bulunmadığından karşılaştırma yapılamamasına rağmen sosyal desteğin kişiyi stresli durumlar karşısında koruduğu düşünülerek, algılanan sosyal destek puanları düşük olan kişilerin psikososyal desteğe ihtiyaç duyması veya tersi bir şekilde psikososyal desteğe ihtiyaç duyan kişilerin daha düşük sosyal destek puanlarına sahip olmaları literatürde aktarılan bilgilerle uyuşmaktadır. Ayrıca psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten katılımcıların ikincil travmatik stres puanlarının yüksek olması, aynı zamanda algılanan sosyal destek puanlarının düşük olması ile de açıklanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın bulguları doğrultusunda sonuçları üzerinde durulmuş ve bu sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırmada psikososyal destek alanında çalışan beş meslek grubunun algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma bu doğrultuda, Ankara ilinde görev yapan 146 psikososyal destek elemanı ile yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarında ulaşılan bulgular aşağıda verilmiştir.

Araştırma sonucunda yaş arttıkça yaşanan İTS düzeyinin azaldığı, İTS düzeyinin kadınlarda daha yüksek olduğu, aylık gelir azaldıkça yaşanan İTS düzeyinin arttığı, İTS düzeyinin yüksek lisans mezunlarında, lisans mezunlarına kıyasla daha düşük seviyede görüldüğü ortaya çıkmıştır. Literatürde bu değişkenlerin, İTS risk faktörleri arasında olduğu aktarılmaktadır. Çalıştıkları alanda eğitime ihtiyaç duyan katılımcıların İTS düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bu durum travmatik yükü ağır olan alanlarda çalışanların, travmaya müdahale planlarını içerecek bir eğitim ile desteklenmelerinin önemini ve gerekliliğini göstermektedir. Bu bağlamda, içeriğinde travma olan eğitimlerin planlanmasının ve psikososyal destek elemanlarının bu açıdan desteklenmelerinin etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarından hareketle, genç yaştaki psikososyal destek elemanlarının İTS riskine karşı bilgilendirme ve baş etme kapasitelerini geliştirecek yönlendirme-rehberlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte aylık gelir ile İTS düzeyi arasındaki ilişki göz önüne alındığında, alanda çalışanların ekonomik durumlarının iyileştirilmesinin de bu riskle baş etme açısından önemli derecede fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Böylelikle psikososyal destek elemanları, sosyal desteğin alt boyutlarından olan maddi (araçsal) olarak desteklenmiş olacaktır.

Psikososyal destek elemanları çok çeşitli sosyal hizmet alanlarında hizmet vermektedir. Araştırma sonucunda İTS düzeyinin çalışılan alana göre farklılaştığı

bulunmuştur. İTS düzeyinin en yüksek olarak göründüğü alanların, çocuk refahı ile birlikte gazi ve şehit yakınları alanı olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet alanları arasındaki bu farklılık, alanların kendine özgü travmatik yüklerinin olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda farklı alanlarda çalışan psikososyal destek elemanları için çalıştıkları alanlara özgü eğitim ve güçlendirme politikalarının uygulanması önerilmektedir. Katılımcıların mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duymaları durumunun yaşadıkları İTS düzeyini etkilediği sonucu da bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlardan bir diğeri de psikososyal destek elemanlarının ÇBASDÖ toplam puanlarının cinsiyet, meslekte ve bulunulan alanda çalışma süresi, çalışılan alan, yöneticiden destek sağlama, süpervizyon alma, uygulama esnasında kurum/kuruluştan destek sağlama, travma öykülerinin olup olmaması ve mesleklerinden dolayı psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre farklılaştığıdır. Sosyal desteğin hayatın her alanını etkileyen önemli bir bileşen olduğu düşünüldüğünden, meslek elemanlarının bu açıdan desteklenmesi sonucunda hem özel hem de mesleki hayatlarında daha işlevsel olabilecekleri düşünülmektedir.

Psikososyal destek elemanlarının kurum/kuruluş yöneticilerinden algıladıkları desteğin, yaşadıkları İTS düzeyini etkilediği sonucu da İTS ile mücadelede örgütsel desteğin önemine dikkat çekmektedir. Aynı zamanda, araştırma kapsamında ele alınan, uygulama esnasında çalışılan kurum/kuruluşun destek sağlayıp sağlamamasının yaşanan İTS düzeyini etkilediği de örgütsel desteğin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Literatürde bu alanda çalışan profesyonellerin yaşadıkları İTS ile algıladıkları örgütsel destek arasındaki ilişkiye dair yapılmış kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Algılanan örgütsel desteğin yüksek olmasının, ikincil travmatik stresten korunmada önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. bu bağlamda, yapılacak detaylı çalışmaların, İTS ile mücadele konusunda daha etkili bir yol haritası oluşturulmasına hizmet edeceği düşünülmektedir.

İkincil travmatik stres, travma mağdurları ile çalışan meslek gruplarını hem sosyal hayat (arkadaş, aile, çevre ile ilişkilerinde) hem de mesleki etkinlik açısından olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. Bu nedenle İTS'nin gittikçe büyüyen bir çember içerisinde toplumun her ferdine uzanabilecek bir tehlike olduğunun farkına

varılmalıdır. Travmanın bulaşıcı etkisi göz önüne alındığında, mikro açıdan travma mağduru ve travma mağduru ile çalışan meslek elemanı; mezzo açıdan bu kişilerin aileleri ve yakın çevresindekiler ve makro açıdan içerisinde yaşadığımız toplumun sağlığı için gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir. İTS ile başa çıkma sürecinde bazı değişkenlerin önemli olduğu bilinmektedir. Bunlardan birinin de sosyal destek olduğu, bu araştırma sonucunda ulaşılan sonuçlardan biridir. Sosyal desteğin farklı boyutlarının (duygusal, araçsal, bilgilendirici ve eşlik etme) olduğu göz önüne alındığında, alanda çalışan meslek elemanlarının duygusal destek kaynakları olan aile ve yakınlarına İTS hakkında çeşitli eğitim ve bilgilendirme çalışmaları planlanmasının, travmatik yükü ağır olan alanlarda çalışan meslek elemanlarının yıllık izinlerinin fazlalaştırılarak kendilerine ve ailelerine daha çok zaman ayırmaları konusunda teşvik edilmesinin, kurum/kuruluşlar tarafından belirli aralıklarla söz konusu personel ve ailelerine yönelik dinlenme, eğlenme etkinlikleri düzenlenmesinin meslek elemanlarının sağaltımında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu tür destekleyici uygulamalar, hem meslek elemanlarının daha etkili bir şekilde sosyal destek kaynaklarına ulaşmalarını hem de ulaştıkları sosyal destek mekanizmalarından işlevsel şekilde destek almalarını sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,* 12. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014.

2. Macnab F. *Life After Loss: Getting Over Grief, Getting on With Life*. Newtown, Millenium Books, 1989.

3. Aker AT. 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2006, 17(3):204-212.

4. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri: Başvuru El Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000.

5. Figley CR. *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stres Disorder: An Overview*. In: Figley CR (ed). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stres Disorder in Those Who Treat the Traumatized, 1st ed. New York, Brunner Mazel, 1995:1-20.

6. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims, *Journal of Traumatic Stress*, 1990, 3(1):131-149.

7. Arvay MJ. Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say?, *International Journal for the Advancement of Counselling*, 2001, 23(4):283-293.

8. Brewin C, Andrews B, Valentine B. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68(5):748-766.

9. Eriksson CB, Kemp HV, Gorsuch R, Hoke S, Foy DW. Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel, *Journal of Traumatic Stress*, 2001, 14(1):205-212.

10. Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, Wright KM. Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992, 62(3):371-378.

11. Hyman O. Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders, *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 2004; 17(2):149-156.

12. Altuntaş E. *Stres Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Alfa Basim Yayim Dagitim, 2003:9-63.

13. Roskies E. *Stresle Başa Çıkmada Kendimizle Olumlu Diyalog,* Şahin NH (Çeviri editörü). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1994.

14. Johnstone M. *Stress İn Teaching, An Overwiew Of Research Midlothian: The Scottish Council For Research İn Education,* 1st ed. SCRE Publication, 1989.

15. Akman S. Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar, *Türk psikoloji bülteni*, 2004, 10(34-35):40-56.

16. Haggard EA. *Psychological Causes and Results of Stress*, 1949.

17. Schermeron RJ. *Management For Productuvity*, New York, 1989.

18. Atkinson LR, Atkinson CR, Smith EE, diğ. *Psikolojiye Giriş*, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınları, 2006.

19. Lazarus RS. *Stresle Başa Çıkma,* Şahin NH (Çeviri editörü). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1994.

20. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları,* 28. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2016.

21. Valerie JS, Cary LC. *Understanding Stress a Psychological Perspective for Health Professionals,* 5th ed. Boca Raton, FL, Chapman and Hall, 1990.

22. Okutan M. Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2002.

23. Baltaş A, Baltaş Z. *Başarılı ve Sağlıklı Olmak İçin Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 6. Baskı. İstanbul, Remzi Yayınevi, 1987.

24. Braham BJ. *Stres Yönetimi,* Diker VG (Çeviri editörü). *Ateş Altında Sakin Kalabilmek*, İstanbul, Hayat Yayınları, 1998.

25. Terr L. *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood,* New York, Harper and Row, 1990.

26. Green BL. Defining trauma. terminology and generic stressor dimensions, *Journal of Applied Social Psychology*, 1990, 20(20):1632-1642.

27. Ruppert F. *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları*, Zengin F (Çeviri editörü). 2. Baskı, İstanbul, Kaknüs Yayınları, 2011.

28. Türksoy N. *Psikolojik Travma ve Sonuçlar,* Aker T, Önder ME (Çeviri editörleri). İstanbul, 5US Yayınları, 2003.

29. Önder E, Tural Ü. *Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tedavi Kılavuzu, Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*, Tükel R. (editör). Ankara, Türk Psikiyatri Derneği, 2004.

30. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth; conceptual foundations and empirical evidence, *Pscyhological Inquiry*, 2004, 15(1):285-296.

31. Dürü Ç. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniveristesi, 2006.

32. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı DSM 5,* Köroğlu E (Çeviri editörü). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.

33. Foy DW, Donahoe CP, Carroll EM, Gallers J, Reno R. *Posttraumatic Stress d-Disorder*, Michelson L, Ascher LM, (eds). *Anxiety and Stress Disorders,* NewYork, The Guilford Press, 1987:361-378.

34. Fairbank JA, Schlenger WE, Caddell JM, Woods MG. *Posttraumatic Stress Disorder,* Sutker PB, Adams HE, (eds). *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, NewYork, Plenum Pres, 1993:145-165.

35. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder, *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 2012, 3:2-9.

36. Kardiner A. *Traumatic Neuroses Of War*. In: Arieti S (ed). *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books. Vol 1. New York, 1959:245–257.

37. Jones EA. Paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century, *Journal of Anxiety Disorders,* 2007, 21:164-175

38. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis, *Am J Psychiatry,* 1995, 152:1705-1713

39. Wilson J. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV, *Journal of Traumatic Stress,* 1994, 7(4):681-698.

40. Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri, *Kriz Dergisi*, 2010, 18(3):19-25.

41. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st ed. DSM-I. Washington DC, 1952.

42. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. DSM-II. Washington DC, 1966.

43. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders,* 3th ed. DSM-III. Washington DC, 1980.

44. Bayraktar S. *Psikolojik Travma,* 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2012.

45. Maier T. Post-traumatic stress disorder revisited: deconstructing the acriterion, *Thomas Medical Hypotheses,* 2006, 66:103–106.

46. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th ed. Revised, DSM-III. Washington DC, 1987.

47. Çervatoğlu PG. *Travma Çalışmalarındaki Metodolojik, Kavramsal Sorunlar ve Sınırlar, Psikolojik Travma Yazıları (4)*, 5US Yayınları, 2001.

48. Battal S, Özmenler N. Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. İçinde: Güleç C, Köroğlu E, (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.

49. Green BL, Grace MC, Lindy J, Gleser G, Goldine C. Risk factors for PTSD and other diagnoses in Vietnam veterans, *Journal of Anxiety Disorders*, 1990, 4(1):31-39.

50. Köroğlu E. *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı,* Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.

51. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*, *DSM*-5, American Psychiatric Pub, 2013, 146-148.

52. Herman JL. *Trauma & Recovery.* Tosun T, (Çeviri editörü). *Travma ve İyileşme Şiddetin Sonuçları: Ev içi İstismardan Siyasi Teröre,* 3. Baskı. İstanbul, Literatür Yayınları, 2011, 40-60.

53. Aker AT. *Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım*, İstanbul, 2000.

54. Kaptanoğlu C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. İçinde: Aker T, Önder ME, (editörler). *Psikolojik Travma ve Sonuçları,* İstanbul, 5US Yayınları, 2003:79-89.

55. Özgen F, Hamdullah A. Travma sonrası stres bozukluğu, *Klinik Psikiyatri*, 1999, 1:34-41.

56. Kline NA, Rausch JL. Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports, *The Journal of Clinical Psychiatry,* 1985, 46(9): 383-384.

57. Hacıoğlu M, Aker T, Kutlar T, Yaman M. Deprem tipi travma sonrasında gelişen travma sonrası stres bozukluğu belirtileri: alt tipleri, *Düşünen Adam,* 2002, 15(1):4-15.

58. Livanou M. *Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun Teorik Yönleri*. Çeviri: Aker T, Önder ME. *Psikolojik Travma ve Sonuçları,* İstanbul, 5US Yayınları, 2003:21-36.

59. McFarlane A. *Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorder*. In: Stein DJ, Hollander E. (eds). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Anxiety Disorders,* 1st ed. Washington DC, American Psychiatric Pub., 2002:359-371.

60. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype, *American Journal of Psychiatry,* 2010, 167(6):640-647.

61. Kaptanoğlu C. İşkencenin Ruhsal Etkileri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1991.

62. Başoğlu M. Psikolojik travma sonrası stres hastalığı-psikobiyolojik kuramlar, tedavide yeni gelişmeler ve güncel konular*, Türk Psikiyatri Dergisi,* 1992, 3(1):70-76.

63. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder, *Psychological Review*, 1996, 103(4):670-686.

64. Bulman JR. *Our Fundamental Assumptions, Shattered Assumptions*, NewYork, The Free Pres, 1992.

65. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd edition. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2000.

66. Kabakçı E. *Panik ve Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Tedaviler.* İçinde: Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (editörler). *Bilişsel-Davranışçı Terapiler,* Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998.

67. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information, *Psychological Bulletin*, 1986, 99(1):20.

68. Foa EB, Huppert JD, Cahıll SP. *Emotional Processing Theory an update*. In: Rothbaum OB, (ed). *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment,* London, Guilford Publucations, 2006:3-24.

69. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder, *Behaviour Therapy,* 1989, 20(2):155-176.

70. Smucker MR. *Travma Sonrası Stres Bozukluğu.* In: Leahy RL, (ed). *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları – Tedavi Müdahaleleri için Bir Kılavuz*, Hacak H, Macit M, Özpilavcı F. (Çeviri editörleri). İstanbul, Litera Yayıncılık, 1997.

71. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of post traumatic stres disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 2000, 38(4):319-345.

72. Işıklı, S. Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.

73. Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder, *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(3):339-376.

74. Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT, Bender ME. A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans, *Trauma and Its Wake*, 1985, 1:257-294.

75. Şalcıoğlu E. Psikiyatrik sorunlarda davranışçı yaklaşım: kuramlar ve kuramlara göre tedavi uygulamaları, *Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2003, 11:19-29.

76. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of posttraumatic stress disorder: A review, *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58(2):165-82.

77. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder, systematic review and meta-analysis, *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190(2):97-104.

78. Galea S, Arijit N, David V. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters, *Epidemiologic Reviews*, 2005, 27(1):78-91.

79. Aker T, Önen P. Travma sonrası stres bozukluğu, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2006, 2(12):52-63.

80. Keane TM, Brian PM, Denise M. *Post-traumatic stress disorder: definition, prevalence, and risk factors-Post-traumatic stress disorder*, Humana Press, 2009, 1-19.

81. Davidson JRT. *Posttraumatic stress disorder, risk factors and comorbidity*. In: Kaplan HI, Sadocks BJ (eds). *A Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2000:1448.

82. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 detroit area survey of trauma, *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(7):626-632.

83. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings From the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Vol. 18. New York, 1990.

84. DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, Thalji L, Murphy J, Wu D, Brackbill RM. Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks, *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 2008, 21(3):264-73.

85. Kılıç C. Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 depremlerinin sonuçları, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2008, 19(2):113-23.

86. Wang X, Gao L, Shifuku N, Zhang H, Zhao C, Shen Y. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China, *American journal of psychiatry*, 2000, 157(8):1260-1266.

87. Goenjian AK, Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia, *The American Journal of Psychiatry*, 1994, 151(6):895.

88. Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu E, Livanos M. Prevalance of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in eartquake survivors in Turkey; an epidemilogical study, *Journal of Traumatic Stress*. 2004, 17(2):133-141.

89. Güloğlu B, Karaırmak Ö. Güneydoğu gazilerinde travma sonrası stres bozukluğu gelişimi, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 14(3).

90. Güloğlu B. Psychiatric symptoms of Turkish combat-injured non-professional veterans, *European Journal of Psychotraumatology*, 2016, 7(1):29157.

91. Karakaya I, Agaoglu B, Coskun B, Karakaya I, Ağaoglu B, Coşkun A, Sişmanlar SG, Memik NC, Yıldızöç O. Posttraumatic stress reaction symptoms among Turkish students: assessments one and six months after a terrorist attack in Istanbul, *Hong Kong Journal of Psychiatry,* 2006, 16:65-70.

92. Eşsizoğlu A, Yaşan A, Bülbül İ, Önal S, Yıldırım EA, Aker T. Factors affecting the diagnosis of post-traumatic stress disorder after a terrorist attack, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009, 20(2):118-126.

93. Hollander E, Simeon D. *Anksiyete disorders*. Hales RE, Yudofsky SG (eds). *Essentials of Clinical Psychiatry*, Washington, American Psychiatric Publishing, 2004, 339-422.

94. Grey N. *A Casebook of Cognitive Therapy for Traumatic Stress Reactions*, New York, Routledge, 2009.

95. Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1999, 2:105-108.

96. Krauss C, Schfield MJ. *A Resource for Counsellors and Psychothrapis Working with Clients Suffering from Posttraumatic Stres Disorder*, Melbourne, The School of Public Health, 2009.

97. Freedy JR, Kilpatrick DG, Resnick HS. Natural disasters and mental health: theory, assessment and intervention, *Journal of Social Behavior and Personality*, 1993, 8(5):49-63.

98. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68(5):748.

99. Davinson G, Neale J. *Abnormal Psychology*. Dağ İ, (Çeviri editörü). *Anormal Psikolojisi,* Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004.

100. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoritical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, 46(4),389-352.

101. Barash D. The San Francisco earthquake: then and now, *Perspectives in Psychiatric Care*, 1990, 26(1):32-36.

102. Yılmaz B. Arama-kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.

103. Jackson SE, Maslach C. After-effects of job-related stress: families as victims, *Journal of Occupational Behaviour,* 1982, 3:63-77.

104. Pearlman LA, Saakvitne KW. *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy With Incest Survivors*, New York, W.W. Norton & Company, 1995a.

105. Bryant RA, Harvey AG. Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters, *Journal of Traumatic Stress,* 1996, 9(1):51-62.

106. Carlier IVE, Lamberts RD, Gersons BPR. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1997, 185(8):498-506.

107. Levin AR, Greisherg S. Vicarious trauma in attorneys, *Pace Law Review*, 2003, 24(1):245-252.

108. Chamberlain J, Miller MK. Evidence of secondary traumatic stress, safety concerns, and burnout among a homogeneous group of judges in a single jurisdiction, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2009, 37:214-224.

109. Arvay MJ. Secondary traumatic stress among trauma counsellors, what does research say?, *International Journal of the Advancement of Counselling*, 2001, 23:283-293.

110. Saakvitne KW, Pearlman LA. *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization,* New York, W. W. Norton & Company, 1996.

111. Pearlman LA, Saakvitne KW. *Treating The Therapists With Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders.* In Figley CR (ed). *Compassion fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder İn Those Who Treat The Traumatized,* New York, Brunner-Routledge, 1995b:150-177.

112. İçöz FJ, Zara A. Working with trauma: secondary traumatic stress among mental health workers in Turkey. 12. Avrupa Psikoloji Kongresi, İstanbul, 2011.

113. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etiler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismar olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2012, 13:51-58.

114. Joinson C. Coping with compassion fatigue, *Nursing*, 1992, 22(4):116-121.

115. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue, *Clinical Social Work Journal*, 2007, 35(3):155-163.

116. Freudenberger HJ. Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 1974, 30:159–165

117. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burn-out, *Journal of Occupational Behavior*, 1981, 2:99-113

118. Leiter MP, Maslach M. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment, *Journal of Organızational Behavior,* 1988, 9:297-308.

119. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout, *Annual Review of Psychology*, 2001, 52:397-422.

120. Peron BE, Hiltz BS. Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children, *Child and Adolescent Social Work Journal,* 2006, 23(2):216-234.

121. Valent P. *Diagnosis and Treatment of Helper Stresses, Traumas and Illnesses.* In: Figley CR (ed). *Treating Compassion Fatigue,* New York, Brunner-Routledge, 2002:17-35.

122. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozan R. Tükenmişlik sendromu, *Drim Tıp Gazetesi,* 2008, 83:99-100.

123. Ardıç K, Polatcı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (Goü örneği), *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 2008, 10(2):69-96.

124. Güllüce AÇ. Mesleki Tükenmişlik ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişki (Yöneticiler Üzerine Bir Uygulama), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.

125. Murat M. Emniyet görevlilerinin tükenmişlik durumları, *Polis Bilimleri Dergisi,* 2003, 5(2):95-108.

126. Başören M. Çeşitli Değişkenlere Göre Rehber Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi (Zonguldak İli Örneği), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Programları ve Öğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 2005.

127. Taşdöven H. Polislerin tükenmişlik düzeylerinin çalıştıkları birimler açısından incelenmesi, *Polis Bilimleri Dergisi,* 2005, 7(3):43-58.

128. Gündüz B, Erkan Z, Gökçakan N. Polislerde tükenmişlik ve görünen psikolojik belirtiler, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2007, 16(2):283-298.

129. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2006, 7:100-108.

130. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2007, 8:241-247.

131. Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri, *Nöropsikiyatri Arşivi,* 2008, 45:116-121.

132. Şanlı S, Akbaş T. Adana İlinde çalışan polislerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Polis Bilimleri Dergisi,* 2008, 10(2):1-24.

133. Havle N, İlnem MC, Yener F, Gümüş H. İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi, *Düşünen Adam,* 2008, 21(1-4):4-13.

134. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik, *Klinik Psikiyatri,* 2008, 11:167-179.

135. Düzgün A. Onkoloji Alanında Çalışan Hekimler ile Dermatoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

136. Yeşil A, Aker AT, Sezgin U. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler, *Düşünen Adam,* 2009, 22(1-4):9-17.

137. Bakır B, Özer M, Özcan CT, Çetin M, Fedai T. The association between burnout, and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,* 2010, 20:160-163.

138. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2010, 47:111-117.

139. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 2011, 2(2):61-68.

140. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu, *Klinik Psikiyatri*, 2012, 15:103-110.

141. Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yıldırım C. Acil serviste çalışan sağlık personelinde tükenmişlik, iş doyumu ve depresyon, *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2013,14:122-128.

142. Wee D, Myers D. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and critical incident stress management, *International Journal of Emergency Mental Health,* 2003, 5(1):33-37.

143. Figley CR. Compassion Fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care, *Journal of Clinical Psychology,* 2002, 58:1433-1441.

144. Hamilton M. Compasssion fatigue: what school counsellors should know about secondary traumatic stres, *The Alberta Counsellor*, 2008, 30(1):9-21.

145. Alexander DA, Atcheson SF. Psychiatric aspects of trauma care: survey of nurses and doctors, *Psychiatric Bulletin*, 1998, 22(3):132-136.

146. Follette VM, Polusny MM, Milbeck K. Mental health and law enforcement professionals: trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors, *Professional psychology: Research and Practice,* 1994, 25(3):275.

147. Negash S, Şahin S. Compassion fatigue in marriage and family therapy: implications for therapists and clients, *Journal of Marital and Family Therapy*, 2011, 37(1):1-13.

148. Başkale H, Günüşen NP, Serçekuş P. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Pamukkale Tıp Dergisi,* 2016, 9(2):125-133.

149. Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion Fatigue and Burnout in Nurses Who Work with Children with Chronic Conditions and Their Families, *Journal Pediatr Health Care*, 2004, 18:171-179

150. Moosman JL. Vicarious Traumatization:The Effects of Empathy and Trait Arousability, PhD thesis, Virginia: George Mason University, 2002.

151. Schauben LJ, Frazier PA. Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors, *Psychology of Women Quarterly*, 1995, 19:49-64.

152. Sabinn FR, Turpin G. Vicarious traumatization: Implication for the mental health of health workers?, *Clinical Psychology Review*, 2003, 23:449-480.

153. Kadambi MA, Ennis L. Reconsidering vicarious trauma: a review of the literature and its' limitations, *Journal of Trauma Practice*, 2004, 3(2):1-2.

154. Conrad D, Guenther KY. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers, *Child Abuse and Neglect,* 2006, 30:1071-1080.

155. Crumpei I, Dafinoiu I. The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2012, *33*:438-442.

156. Collins S, Long A. Too tired to care? The psychological effects of working with trauma, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003, 10:*17-27.

157. Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis, *Counselling Psychology Quarterly*, 2006, 19(2):181-188.

158. Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers, *Social work*, 2007, 52(1):63-70.

159. Bride BE, Smith HS, Humble MN. Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors, *Traumatology*, 2009, 15(2):96-105.

160. Ewer PL, Teesson M, Sannibale C, Roche A, Mills KL. The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia, *Drug and Alcohol Review*. 2015; 34(3):252-258.

161. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims, *Journal of Traumatic Stress*, 2015; 28(2):83-91.

162. Stamm H. Work-related secondary stres, *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Research Quarterly*, 1997, 8(2):1-8.

163. Lind EW. *Secondary Traumatic Stress: Predictors in Psychologists,* US, University Microfilms International, 2000.

164. Killian KD. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors, *Traumatology*, 2008, 14:32-44.

165. Miller L. Our own medicine: traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1998, 35(2):137-146.

166. Bride BE. *Secondary Traumatic Stress.* Figley CR (Ed). *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*, California, Thousand Oaks, 2012, 600-602.

167. Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W. Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel, *Journal of Traumatic Stress*, 1999, 12(2):293-308.

168. Bride BE. The impact of providing psychosocial services to traumatized populations, *Stress, Trauma & Crisis: An International Journal*, 2004, 7(1):29-46.

169. Byrne MK, Lerias D. Sullivan NL. Predicting vicarious traumatization in those indirectly exposed to bushfires, *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2006, 22(3):167-177.

170. VanDeusen KM, Way I. Vicarious trauma: an exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' trust and intimacy, *Journal of Child Sexual Abuse*, 2006, 15(1):69-85.

171. Marmar C. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure, *The American Journal of Psychiatry*, 1996, 153(7):94-102.

172. Yılmaz B, Şahin NH. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme, *Türk Psikoloji Dergisi,* 2007, 22(59):119-133.

173. Green BL, Grace MC, Gleser GC. Identifying survivors at risk: long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53(5):672.

174. Johnson CNE, Hunter M. Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: an exploratory study, *Work and Stress*, 1997, 11(4):319-328.

175. Duruduygu M, Aker AT, Acicbe Ö. İzmit Büyükşehir Belediyesi itfaiye çalışanlarında ruhsal travma ve etkileri, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, Antalya, 2003.

176. Baird S, Jenkins SR. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff, *Violence and Victims*, 2003, 18(1):71-86.

177. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006, 76(1):103-108.

178. Slattery SM, Goodman LA. Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: workplace risk and protective factors, *Violence Against Women*, 2009, 15(11):1358-1379.

179. Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists, *Anxiety, Stress & Coping*, 2010, 23(3):319-339.

180. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale, *Research on Social Work Practice*, 2004, 14(1):27-35.

181. Adams RE, Figley CR, Boscarino JA. The Compassion Fatigue Scale: its use with social workers following urban disaster, *Research on Social Work Practice*, 2008, 18(3):238-250.

182. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009, 43:373- 85.

183. Argentero P, Setti I. Engagement and vicarious traumatization in rescue workers, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2011, 84(1):67-75.

184. Betts AK, Matto HC, Harrington D. The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 2001, 82(4):363-371.

185. Haksal P. Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başaçıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.

186. Michalopoulos LM, Aparicio E. Vicarious trauma in social workers: the role of trauma history, social support, and years of experience, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* 2012, 21:646-664.

187. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu, *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2004, 17(5):221-236.

188. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(5):107-118.

189. Özbesler C. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2001.

190. Sorias O. Sosyal destek kavramı, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 1988a, 27(1):353-357.

191. Sorias O. Sosyal destek ve ruh sağlığı, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 1988b, 27(1):359-363.

192. Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.

193. Barrera M, Ainly JS. The structure of social support a conceptuala and empirical analysis, *Journal Of Community Psychology,* 1983, 11: 133-143.

194. Wiseman H, Guttfreund DG, Lurie I. Gender differences in loneliness and depression of university students seeking counselling, *British Journal of Guidance & Counselling,* 1995, 23(2):231-243.

195. House JS, Kahn RL, Cohen S, Syme SL. Measures and concepts of social support, *Social support and health,* 1985, 83-108.

196. Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. *Social Support: An Interactional View*, John Wiley & Sons, 1990.

197. Cutrona CE, Daniel WR. *Type of Social Support and Specific Stress: Toward a Theory of Optimal Matching,* 1990.

198. Cohen S. Social relationships and health, *American psychologist*, 2004, 59(8):676.

199. Yerlikaya EE. Üniversite Öğrencilerinin Mizah Tarzları ile Algılanan Stres, Kaygı ve Depresyon düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.

200. Johnson JH, Sarason IG. Moderator variables in life stress research, *Washington University Seattle Department of Psychology*, 1979, 6:151-167.

201. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire, *Journal of personality and social psychology*, 1983, 44(1):127-130.

202. Thoits PA. Social support as coping assistance, *Journal of consulting and clinical psychology*, 1986, 54(4):416-423.

203. Yıldırım, İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 1997, 13:13.

204. Çakır Y, Palabıyıkoğlu R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması, *Kriz Dergisi*, 1997, 5(1):15-24.

205. Şahin D. *Sosyal Destek ve Sağlık,* 1. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1999:79-106.

206. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1):17-25.

207. Dunst CJ, Trivette CM, Cross AH. Mediating influences of social support: personal, family, and child outcomes, *American journal of mental deficiency*, 1986.

208. Arman N. Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.

209. Caplan G. *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*, Behavioral Publications, 1974.

210. Cohen S, Mckay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis, *Handbook of psychology and health*, 1984, 4:253-267.

211. Hurdle DE. Social support: a critical factor in women's health and health promotion, *Health & Social Work*, 2001, 26(2):72-79.

212. Diagnam JT, West SG. Social support in the workplace: tests of six theoretical models, *American Journal of Community Psychology*, 1988, 16(5):701-724.

213. Gönül AS, Akdeniz F. *Depresyon, Nöroplastisite, Nörogenesis ve Nörotrofik Faktörler*, 2002:51-56.

214. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 1985, 98(2):310.

215. Connett DF. Clarification of social support, *Journal of nursing scholarship*, 2005, 7(1):4-9.

216. Cohen S. Social Relationships and Health, *American Psychologist*, 2004, 59(8):676- 684.

217. Banaz M. Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1992.

218. Demir Y. Özel Eğitime İhtiyacı Olan Öğrencilerin Sosyal Destek Düzeyleri, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.

219. Östergren PO, Hanson BS, Isacsson SO, Tejler L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department, a case-control study, *Social Science and Medicine*, 1991, 33(3):257-267.

220. Görgü E. Bir Basa Çıkma Mekanizması ya da Ruh Sağlığını Koruyucu Bir Yaklasım Olarak Sosyal Destek, www.ruzgarterapi.com. 13 Ekim 2017.

221. Mutlu E, Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.

222. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi, *Seminer Psikoloji Dergisi*, 1992, 9:33-49.

223. Erdinç D. Üniversiteye uyum sürecinde yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın doğrudan ve dolaylı rolleri, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2008, 3(29):13-24.

224. Şencan B. Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi ile Sosyal Yetkinlik Beklentisi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.

225. Bruhn JG, Philips BU. Measuring social support: A synthesis of current approaches, *Journal of behavioral medicine*, 1984, 7(2):151-169.

226. Deveci F. Ergenlerde Karar Verme Stilleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2011.

227. Lakey B, Cassady PB. Cognitive processes in perceived social support, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, *59*(2):337.

228. Güngör A. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Destek, Negatif Yaşam Olayları, Öfkenin İfade Edilme Biçimi ile Kendini Suçlamanın Fiziksel Sağlık ve Sosyal Uyumla Olan İlişkilerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1996.

229. Bozgeyikli H, Doğan H, Işıklar A. Üstün yetenekli öğrencilerin mesleki olgunluk düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2010, 1(28):133-149.

230. Kef S. The Personal Networks and Social Supports of Blind and Visually Impaired Adolescents, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 1997, 91(3):236-44.

231. Park HS. Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-esteem, mastery, and Religiosity on the Relationship Between Stress and Depression Among Korean İmmigrants in the United States: Structural Equation Modeling, PhD Thesis, 2007.

232. Karadağ İ. İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

233. Özgür G. Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1991.

234. Elmacı F. The role of social support on depression and adjustment levels of adolescents having broken and unbroken families, *Educational Sciences: Theory & Practice*, 2006, 6(2).

235. Özgür G. Sosyal destek ve sağlık, *Türk Hemşireler Dergisi*, 1993, 43(2):25-27.

236. Montes-Berges B, Augusto JM. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14(2):163-171.

237. Gallagher EN, Brodrick VDA. Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being, *Personality and individual differences*, 2008, 44(7):1551-1561.

238. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 1988, 6:19-40.

239. Coyne JC, Downey G. Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes, *Annual review of psychology*, 1991, 42(1):401-425.

240. Budak B. Lise Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1999.

241. Baltaş Z. *Stres ve sağlık, Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri,* İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000:133-170.

242. Eskin M. Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: a cross-cultural investigation, *Journal of clinical psychology,* 1995, 51(2):158-172.

243. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Van Der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study, *Personality and Individual Differences*, 2003, 34(8):1545-1559.

244. Benson KJM, Thomas HO, Mark JB. Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents, *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 2022, 43(2):203-212.

245. Pruitt LD, Zoellner LA. The impact of social support: an analogue investigation of the aftermath of trauma exposure, *Journal of Anxiety Disorders*, 2008, *22*(2):253-262.

246. Güven K. Marmara Depremini Yaşayan Yetişkinlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.

247. Altekin S. Vicarious Traumatization: An Investigation Of The Effects Of Trauma Work On Mental Health Professionals In Turkey, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 2014.

248. Cowman SE, Joseph RF, Matthew LT. Mediating effects of social support on firefighters' sense of community and perceptions of care, *Journal of Community Psychology*, 2004, 32(2):121-126.

249. Bober T, Regehr C. Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: do they work?, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2006, 6(1):1.

250. Cadell S, Cheryl R, David H. Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2003, 73(3):279-287.

251. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 19.Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2015.

252. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of personality assessment*, 1988, 52(1):30-41.

253. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 10(34):45-55.

254. Çakıroğlu M. Ceza İnfaz Kurumları Ve Denetimli Serbestlik Genel Müdürlüklerinde Görev Yapan Psikologlarda İkincil Travmatik Stres İle İlişkili Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2018.

255. Kahil A. Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ufuk Üniversitesi, 2016.

256. Gürdil G. Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geştalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.

257. Kaya N. Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Belirtilerinin İncelenmesi (Van Depremi Örneği), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi, 2015.

258. Büyükbodur A. Sosyal Hizmet Uzmanlarında Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stresin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2018.

259. Ludick M, Alexander D, Carmichael T. Vicarious traumatisation: secondary traumatic stress levels in claims workers in the short-term insurance industry in South Africa, *Problems and Perspectives in Management*. 2007, 5(3):99-110.

260. Ünal Y. Afetlerde Yardım Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı, Algıladıkları Sosyal Destek Ve Yardım Arama Davranışlarının Değerlendirimesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2014.

261. Perez LM, Jones J, Englert DR, Sachau D. Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images, *Journal of Police and Criminal Psychology*, 2010, 25(2):113-124.

262. Dorahy MJ, Lewis CA, Millar RG, Gee TL. Predictors of nonpathological dissociation in Northern Ireland: The affects of trauma and exposure to political violence, *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 2003, 16(6):611-615.

263. Shapiro F, Solomon R. Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing, *Innovations in Disaster and Trauma Psychology*, 1995, 1:216-237.

264. Figley CR. *Burnout as Systemic Traumatic Stress: A Model for Helping Traumatized Family Members. Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring*, 1998:15-28.

265. Bauwens J, Tosone C. Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicans' perspective on post 9/11 practice, *Journal of Loss and Trauma*, 2010, 15(6):498-517.

266. Carmel MJS, Friedlander ML. The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse, *Journal of Counseling Psychology*, 2009, 56(3):461.

267. Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks, *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2005, 18(1):89-96.

268. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers, *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161(8):1370-1376.

269. Way I, Deusen VKM, Martin G, Applegate B, Jandle D. Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders, *Journal of interpersonal violence*, 2004, 19(1):49-71.

270. Brady JL, Guy JD, Poelstra PL, Brokaw BF. Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: a national survey of women psychotherapists, *Professional Psychology: Research and practice*, 1999, 30(4):386.

271. Ortlepp K, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors, *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(3):213-222.

272. Elman BD, Dowd ET. Correlates of burnout in inpatient substance abuse treatment therapists, *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 1997, 17(2):56-65.

273. Garland B. The impact of administrative support on prison treatment staff burnout: an exploratory study, *The Prison Journal*, 2004, 84(4):452-471.

274. Sprang G, Clark JJ, Woosley WA. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life, *Journal of Loss and Trauma*, 2007, 12(3):259-280.

275. Yeşil A. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2010.

276. Tüfekçi S. Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerin Dünyaya İlişkin Varsayımları, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.

277. Bride BE, Kintzle S. Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors, *Traumatology*, 2011, 17(1):22-28.

278. Schwartz R. *Working Conditions And Secondary Traumatic Stress*, Doctoral dissertation, ProQuest Dissertations & Theses, 2008.

279. Adams KN. *The Risks of Treating Sexual Trauma: Stress and Secondary Trauma in Psychotherapists*, The Sidran Press, 1995.

280. Kjellenberg E, Nilsson F, Daukantaité D, Cardeña E. Transformative narratives: the impact of working with war and torture survivorsi, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2014, 6(2):120.

281. Linley PA, Joseph S. Therapy work and therapists' positive and negative well–being, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2007, 26(3):385-403.

282. Pearlman LA, MacIan PS. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995, 26(6):558.

283. Choi GY. Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors, *Journal of Social Work*, 2017, 17(3):358-378.

284. Furlonger B, Taylor W. Supervision and the management of vicarious traumatisation among Australian telephone and online counsellors, *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 2013, 23(1):82-94.

285. O'Donnell K. Secondary Trauma: The İmpact İt Has on Children and Family Social Workers, Social Science Institute, School of Social Work, Master's thesis, Southern Connecticut: State University, 2013.

286. Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals, *Traumatology*, 2013, 19(4):255-267.

287. Ai AL, Plummer C, Kanno H, Heo G, Appel HB, Simon CE, Spigner C. Positive traits versus previous trauma: racially different correlates with PTSD symptoms among hurricane katrina-rita volunteers, *Journal of Community Psychology*, 2011, 39(4):402-420.

288. Akbayrak N, Oflaz F, Aslan O, Ozcan CT. Post-traumatic stress disorder symptoms among military health professionals in Turkey, *Military medicine*, 2005, 170(2):25.

289. Dunkley J, Whelan TA. Vicarious traumatisation in telephone counsellors: Internal and external influences, *British Journal of Guidance & Counselling*, 2006, 34(4):451-469.

290. Gardell ND, Harris D. Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers, *Child welfare*, 2003, 82(1).

291. Stevens M, Higgins DJ. The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children, *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 2002, 11(5):313-331.

292. Kay B. Zihinsel Engelli ve Engelli Olmayan Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2002.

293. Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri İle Depresyon Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2002.

294. Görgü E. 3-7 Yaş Arası Otistik Çoçuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.

295. Gölalmış EG. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Kararsızlık, Sosyal Destek Algıları ve Gelecek Planlarının İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2005.

296. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında stresle başetme ve sosyal destek, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8(3):56-66.

297. Okanlı A. *Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve yaşam doyumu*, İçinde: Özkan S (editör). *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004,* İstanbul, 2005.

298. Daalen VG, Sanders K, Willemsen TM. Sources of social support as predictors of health, psychological well-being and life satisfaction among Dutch male and female dual-earners, *Women & health,* 2005, 41(2):43-62.

299. Sencar B. Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.

300. Kahriman İ, Bayat M. Özürlü çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri, *Öz-Veri Dergisi*, 2008, 5(1).

301. Ünlüer E. 2-6 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.

302. Çan AÇ. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri, Sosyal Destek Algıları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.

303. Çağlayan HS, Taşğın Ö, Çetin MÇ. Beden eğitimi ve spor öğretmenliği bölümü öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Ulusal Beden Eğitimi ve Spor Öğrt. Kongresi, Van, 2011, *Eğitim Fakültesi Dergisi Özel Sayısı,* 189-198.

304. Kırbaş ZÖ. Down Sendromlu Çocukların Annelerinin Aile İşlevlerini Algılama ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

305. Turgut G. Algılanan Sosyal Destek ve Duygusal Zeka Düzeyinin İş Tatminine Etkisinin Devlette Çalışan Üç Farklı Meslek Grubunda Karşılaştırılması: Mühendis, Doktor ve Öğretmen, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2014.

306. Aydemir SE. Otizmli Çocukların Ebeveynlerinin Evlilik Uyumlarının, Başa Çıkma Stratejilerinin ve Sosyal Destek Algılarının İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2015.

307. Büyükkoca M. Algılanan Sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2016.

308. Dayapoğlu N, Tan M. İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009, 12(4):41-48.

309. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10(2):63-68.

310. İmamoğlu F. Kanser Hastalarında Algıladıkları Sosyal Desteğin, Depresyon Düzeyleri ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.

311. Sönmezsoy N. Akademisyenlerin Algılanan Sosyal Destek ve İş Doyumu Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Esntitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2018.

312. Yılmaz T. Multiple Sklerozlu Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2019.

313. Çivilidağ A. Üniversitelerdeki Öğretim Elemanlarının Psikolojik Taciz (Mobbing), İş Doyumu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.

314. Uysal G. Kanser Tanısı ile İzlenen Çocukların Ebeveynlerinin Stres Düzeyleri ve Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.

315. Morrison WN, Hislop TG, Mears B, Kan L. Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study, *Social Science & Medicine*, 191, 33(2):177-183.

316. Kang SH, Bloom JR. Social support and cancer screening among older black Americans, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 1993, 85(9):737-742.

317. Daigle CM, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients, *International Journal of Nursing Studies*, 1997, 34(6):420-430.

318. Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression in haemodialysis patients, *Journal of community & applied social psychology*, 1999, 9(1):23-33.

319. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients, *Clinical Nursing Research*, 1999, 8(4):302-317.

320. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients, *Journal of Nursing Scholarship*, 2010, 42(3):242-249.

321. Karataş H. Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlikleri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2009.

322. Korkmaz T, Tel H. Koah'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(4):79-86.

323. Ceran S. Algılanan Sosyal Destek ile Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.

324. Erdoğan H. Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon, Anksiyete ve Stres ile İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2015.

325. Mersin S. Depresyonlu Hastaların Sosyal Desteği Algılamaları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2004.

326. Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.

327. Varol H. Engelli Çocuğu Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresif Semptomlar Açısından İncelenmesi, Sağlık Bilileri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2018.

328. Özkan S. Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Özel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2002.

329. Altay M. Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.

330. Abay A. İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Psikolojik Şiddet Algıları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2009.

331. Olçay GS, Olgunsoylu B, Ünal Y. Yetersizliği olan ve normal gelişim gösteren çocuğa sahip ailelerin travma sonrası stres belirti ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2015, 12(32):221-245.

332. Quine L, Pahl J. Stress and coping in mothers caring for a child with severe learning difficulties: A test of Lazarus' transactional model of coping, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1991, 1(1):57-70.

333. Karadağ G. Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8(4).

334. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(1):213-227.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ..Sağlık..Bilimleri..... ~~Fakültesi~~/Enstitüsü..Sos..Hiz..Pol..ve..Yön..Tezsiz..Yük..Lisans bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden.....Merve.....Özkul.....in, Psikolojik..Destek..Elemanlarının..Algıladığı Sosyal Destek ile Yıldırıcı Travmatik..Stres..Düzeyleri..Arasındaki..İlişkinin..İncelenmesi...adlı araştırması değerlendirilmiştir.*(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	656
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	25.10.2017/06
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	

9

EK-2. Araştırma İzni Yazısı

T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 94952863-605.01-E.40373
Konu : Merve ÖZKUL

09/04/2018

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Personel Dairesi Başkanlığının 29/03/2018 tarihli ve 36564 sayılı yazısı ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve ÖZKUL'un Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR danışmanlığında "Psikososyal Destek Elemanlarının Algılanan Sosyal Destek İle Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda görev yapan meslek elamanlarına (sosyal çalışmacı, psikolog, sosyolog, çocuk gelişimci ve psikolojik ve rehberlik danışmanlar) 6 ay süre ile anket uygulayabilme talebinin olumlu değerlendirildiği bildirilmiştir.

Söz konusu çalışmanın, İl Müdürlüğünün koordinasyonunda, kuruluş idarelerinin gözetim ve denetiminde, yapılacak araştırmaya katılım hususunda katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak, uygulamalarda elde edilecek kimlik bilgilerinin ve özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, ses ve görüntü kaydı alınmaksızın ve fotoğraf çekimine izin verilmeksizin, kuruluş işleyişini aksatmayacak şekilde mesai saatleri içerisinde, yürütülmesi araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması, araştırma bitiminde bir örneğinin Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Abdulkerim GÜN
Daire Başkan V.

O L U R
09/04/2018

Ayşe ERGEZEN
Müsteşar Yardımcısı V.

EK :
1- 1 Sayfa

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama adresine girerek (6q00eO-dNPxLT-9cuRvD-97mJF2-H5Y4N9zn) kodunu yazınız.

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Psiko-sosyal destek elemanları çocuk istismarı, ev içi şiddet, tecavüz, savaş veya terörizm gibi travma öyküsü olan birçok kişiye destek sağlamaya çalışmaktadır. Ancak bu tür travmatik olaylar yalnızca olaya doğrudan maruz kalanları değil, travmaya tanıklık edenleri, mağdurların yakınlarını ve yardım çalışmalarında görev alan kişileri de etkileyebilmekte, bu kişilerde de travmatik stres belirtileri görülebilmektedir. Bu durum, literatürde "ikincil travmatik stres" kavramı ile açıklanmaktadır. Bu araştırmanın amacı da, psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma, **Ankara ilindeki** bir kamu kuruluşu veya özel bir kuruluşta çalışan **sosyal çalışmacı, psikolog, psikolojik ve rehberlik danışman, çocuk gelişimci ve sosyolog** meslek gruplarını kapsamaktadır. Araştırma kapsamında kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak olup, yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmada isim sorulmamaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu nedenle istediğiniz aşamada araştırmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz.

Araştırma ile ilgili her türlü sorunuz veya talepleriniz için aşağıdaki iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı: Merve ÖZKUL
(Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Yüksek Lisans Öğrencisi)
Danışman: Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

email:merveozkul3506@outlook.com
Telefon:0507-822-14-69

EK-4. Kişisel ve Mesleki Bilgi Formu

KİŞİSEL VE MESLEKİ BİLGİ FORMU

1. Mesleğiniz?
( ) sosyal çalışmacı ( ) psikolojik danışman ( ) psikolog

( ) çocuk gelişimci ( ) sosyolog

2. Yaşınız: ……..

3. Cinsiyetiniz: ……

4. Medeni durumunuz?
( ) bekâr ( ) evli ( ) boşanmış ( ) eşi vefat etmiş

5. Aylık Geliriniz: …….

6. Eğitim Düzeyiniz?
( ) Lisans mezunu ( ) Yüksek Lisans mezunu ( ) Doktora mezunu

7. Çalışmakta olduğunuz sektör?
( ) Kamu Kuruluşu ( ) Özel Kuruluş ( ) STK

8. Kamu sektöründe çalışıyorsanız hangi kurumda çalışmaktasınız?
( ) ASPB ( ) Sağlık Bakanlığı ( ) Adalet Bakanlığı

9. Meslekte çalışma süreniz? (belirtiniz) …… yıl

10. Şu anda çalıştığınız alandaki çalışma süreniz? (belirtiniz) …… yıl

11. Hangi alanda çalışmaktasınız?
( ) Çocuk ve ergenlik ( ) Engellilik ( ) Yaşlılık ( ) Yoksulluk

( ) Kadın ( ) Gazi ve Şehit Yakınları ( ) Sağlık veya Ruh Sağlığı ( ) Adalet

( ) Diğer (belirtiniz): ……..

12. Bir hafta içerisinde takip ettiğiniz veya yönettiğiniz vaka sayısı nedir?
..... vaka

13. Çalıştığınız alana yönelik eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

14. Çalıştığınız alana yönelik hizmet içi eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

15. Çalıştığınız alana yönelik kurum dışında özel bir kurs, eğitim aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

16. Çalıştığınız kurum/kuruluşta vaka değerlendirme sürecinde size destek olabilecek kaynaklar var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

17. Vaka değerlendirme sürecinde size destek olabilecek kaynaklar nelerdir?

( ) Meslektaşlarım

( ) Kuruluş yöneticileri

( ) Konu ile ilgili bilimsel yayınlar

( ) Yasa ve mevzuatlar

( ) Üniversitedeki akademisyenler (süpervizyon)

( ) Diğer (belirtiniz) …….....

18. Uygulama yaparken çalıştığım kurum/kuruluşun beni desteklediğini düşünüyorum.

( ) Evet ( ) Hayır

19. Yaşamınızda herhangi bir travma öykünüz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

20. Mesleğinizi uygulamaktan dolayı psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduğunuz oldu mu?

( ) Evet ( ) Hayır

EK-5. Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği

Aşağıda zor bir olaya bağlı olarak yoğun bir stres yaşamış kişilerin zaman zaman yaşadığı bazı durumlar sıralanmıştır. Göreviniz sırasında en son yaşadığınız zor olayı düşünerek listedeki her bir maddeyi dikkatle okuyun ve o maddede sözü edilen durumun, sizin için ne kadar geçerli olduğunu, o maddenin hemen altındaki ölçek üzerinde işaretleyin.

1. Olayla ilgili bazı rahatsızlık verici görüntüler, düşünceler ve anılar tekrar tekrar aklıma geliyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

2. Tekrar tekrar olayla ilgili rahatsız edici rüyalar görüyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

3. Olayla ilgili konuları konuşmaktan kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

4. Arada sırada olay sanki yeniden oluyor sanıyorum ve bununla ilişkili bazı davranışlarda bulunuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

5. Herhangi bir şey ya da konu yaşadığım o olayı hatırlattığında rahatsız oluyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

6. Herhangi bir şey bana o olayı hatırlattığında bedenimde değişmeler oluyor (kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme, vb.).
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

7. Olayı düşünmekten kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

8. Yaşadığım olayı hatırlatır düşüncesiyle bazı etkinliklerden ya da durumlardan kaçınıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

9. Olayla ilgili bazı önemli ayrıntıları hatırlayamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

10. Eskiden yapmaktan hoşlandığım şeylere artık ilgi duymuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

11. Kendimi diğer insanlardan uzak ve kopuk hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

12. Bana yakın insanlara karşı sevgi hissetmiyorum, sanki duygusal olarak "robot"laşmış gibiyim.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

13. Sanki artık bir geleceğim yokmuş gibi hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

14. Uykuya dalmada ve uykuyu sürdürmede güçlük çekiyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

15. Kendimi eskiye kıyasla gergin hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

16. Eskisine kıyasla öfkeli hissediyorum ve öfke patlamaları yaşıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

17. Dikkatimi yaptığım işe vermekte güçlük çekiyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

18. Hep bir tehlike beklentisi içindeyim ve sürekli tetikteyim.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

19. En ufak bir ses ya da harekette kolayca yerimden sıçrıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

20. Bir otobüs ya da arabayla giderken birdenbire yol boyu olan hiç bir şeyi hatırlamadığımı fark ettiğim zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

21. Biriyle konuşurken birdenbire karşımdakinin söylediklerinin hiçbirini duymadığımı fark ettiğim zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

22. Kendimi birdenbire nasıl geldiğimi bilmediğim bir yerde bulduğum oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

23. Bazen kendimi dışarıdan seyrediyormuş gibi hissettiğim ya da kendime bir başkasıymışçasına dışarıdan bakıyor gibi olduğum zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

24. Yaşamımdaki çok önemli bazı olayları hiç hatırlamadığım zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

25. Çevremdeki insanların, nesnelerin ve diğer şeylerin gerçek olmadığı duygusuna kapıldığım oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

26. Arada sırada bedenim sanki bana ait değilmiş gibi hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

27. Geçmişteki bazı olayları sanki şimdi oluyormuşçasına canlı bir şekilde hatırladığım zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

28. Hatırladığım bazı şeylerin gerçek mi yoksa hayal mi olduğundan arada sırada emin olamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

29. Hayal kurduğumda kendimi kaptırıp, sanki gerçekmiş gibi yaşıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

30. Arada sırada kendimi gözlerimi boşluğa dikmiş hiçbir şey düşünmez ve zamanın nasıl geçtiğini fark etmez bir halde buluyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

31. Arada sırada kafamda bana neler yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarıma ilişkin eleştirilerde bulunan sesler duyuyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

32. Arada sırada dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissettiğim, insanlar ve nesneleri uzaktaymışçasına, çok belirsiz şekilde gördüğüm zamanlar oluyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

33. Olayla ilgili bazı anıları belleğimden silmek için çaba gösteriyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

34. Arada sırada dalga dalga gelen yoğun ve olumsuz duygular hissediyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

35. Bazı kişi, yer, nesne ya da olaylar bana yaşadığım o zor olayı hatırlatıyor.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

36. Zaman zaman, hiç istemediğim halde kendimi olayı düşünmekten alıkoyamıyorum.
Hiç ( ) Biraz ( ) Orta düzeyde ( ) Çok fazla ( )

EK-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıdaki maddeler çevrenizdeki sosyal destek ile ilgilidir. Her bir maddede 1 sayısı "kesinlikle hayır" seçeneğini temsil ederken, 7 sayısı "kesinlikle evet" seçeneğini temsil etmektedir. 4 sayısı ise ortada olup, ne kesinlikle hayır ne de kesinlikle evet anlamına gelmektedir. Seçeceğiniz sayı 1'e ne kadar yakınsa, o kadar bu maddenin doğru olmadığını düşünüyorsunuz anlamına gelir. Eğer sayı, 7'ye daha yakınsa, bu madde sizin durumunuzu o kadar temsil ediyor demektir. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmamaya ve size en doğru gelen rakamı işaretlemeye çalışınız.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

EK-7. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Merve ÖZKUL
Doğum Tarihi: 21.08.1990
Doğum Yeri: İzmir
Medeni Hali: Bekar
Uyruğu: T.C.
Adres: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara
Tel: 0507 822 1469
E-mail: merveozkul3506@outlook.com
EĞİTİM
Lise: Sıdıka Rodop Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
Lisans: Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
YABANCI DİL BİLGİSİ
İngilizce: Orta
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR