



İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSİKOLOGLARIN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
DÜZEYLERİ İLE İKİNCİL TRAVMA DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ: 6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ
MERKEZLİ DEPREM BÖLGESİ ÖRNEKLEMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Burcu DEMİREL

İstanbul, 2024



İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PSİKOLOGLARIN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK
DÜZEYLERİ İLE İKİNCİL TRAVMA DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ: 6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ
MERKEZLİ DEPREM BÖLGESİ ÖRNEKLEMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Burcu DEMİREL
200027960

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya KÖKREK

İstanbul, 2024

ONAY SAYFASI

Yüksek lisans öğrencisi Burcu Demirel'in "Kahramanmaraş Depreminde Görev Almış Ruh Sağlığı Uzmanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile İkincil Travma Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu tez çalışması jürimiz tarafından Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans tezi olarak (oybirliği / oyçokluğu) ile başarılı bulunmuştur.

Adı Soyadı

İmza

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Zekeriya KÖKREK

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Numan KONUK

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Derya DENİZ

Hazırlamış olduğum tez özgün bir çalışma olup YÖK ve İTİCÜ Lisansüstü Yönetmeliklerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmayı yaparken bilimsel etik kurallarına tamamiyla uyduğumu; yararlandığım tüm kaynakları gösterdiğimi ve hiçbir kaynaktan yaptığım ayrıntılı alıntı olmadığını beyan ederim. Bu tezin ihtiva ettiği tüm hususlar şahsi görüşüm olup İstanbul Ticaret Üniversitesinin resmi görüşünü yansıtmamaktadır.

Burcu Demirel



TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışma sürecimde kıymetli tecrübelerini benimle paylaşan, beni yönlendiren ve değerli vaktini ayırıp desteğini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya KÖKREK'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma süresince desteğini hep hissettiren, moral ve motivasyonum açısından hep yanımdan olan değerli hocam Prof. Dr. Halis DOKGÖZ'e teşekkür ederim.

Bana her zaman destek ve sevgilerini hissettiren, yoğun çalışma sürecimde yanımda olan sevgili aileme, bilhassa anneme ve babama teşekkür ederim. İyi ki varsınız...

Özet

Bu çalışmanın amacı, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık ve ikincil travma seviyelerinin demografik faktörlere bağlı olarak değişip değişmediği de araştırılmıştır. Çalışma, ilişkisel tarama modeline dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış 126 psikologtan oluşmuştur. Veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Bulgular, psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stresi negatif yönde yordadığını göstermiştir. Ayrıca, çeşitli demografik değişkenlere göre psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Daha önce benzer görevlerde deneyim sahibi olmanın ve kısa süreli travmatik olaylara maruz kalmanın psikolojik dayanıklılığı artırabileceği, uzun süre travma mağdurlarıyla çalışmanın ise ikincil travmatik stres riskini artırabileceği bulunmuştur. Sonuç olarak, afet ve travma alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için eğitim programları ve müdahale stratejileri geliştirilmesi, ikincil travmatik stresi önlemek ve yönetmek için kurumsal politikalar ve destek sistemleri oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Psikolog, Psikolojik Dayanıklılık, İkincil Travma.*

Abstract

The aim of this study is to examine the relationship between the psychological resilience levels and secondary trauma levels of psychologists who took part in the earthquake centered in Kahramanmaraş. In addition, it was also investigated whether the levels of psychological resilience and secondary trauma vary depending on demographic factors. The study was conducted based on the relational survey model. The sample consisted of 126 psychologists who participated in the earthquake centered in Kahramanmaraş. Demographic Information Form, Secondary Traumatic Stress Scale and Psychological Resilience Scale for Adults were used as data collection tools. The findings showed that psychological resilience negatively predicted secondary traumatic stress. In addition, there were significant differences in the levels of psychological resilience and secondary traumatic stress according to various demographic variables. It was found that having previous experience in similar tasks and short-term exposure to traumatic events may increase psychological resilience, while working with trauma victims for a long time may increase the risk of secondary traumatic stress. In conclusion, it is recommended to develop training programs and intervention strategies to increase the psychological resilience of professionals working in the field of disaster and trauma, and to establish institutional policies and support systems to prevent and manage secondary traumatic stress.

Keywords: *Psychologist, Psychological Resilience, Secondary Trauma.*

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Özet.....	iii
Abstract	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Depremler ve Ruh Sağlığı	4
2.1.1. Deprem.....	4
2.1.2. Depremlerin Psikolojik Etkileri	5
2.1.3. Ruh Sağlığı Uzmanlarının Rolü	8
2.1.4. Ruh Sağlığı Uzmanlarının Depremden Etkilenmesi	11
2.2. Psikolojik Dayanıklılık	13
2.2.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	17
2.2.1.1. Risk Faktörleri	17
2.2.1.2. Koruyucu Faktörler.....	18
2.2.1.3. Olumlu Sonuçlar	20
2.2.2. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları.....	21
2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Stres Faktörü Arasındaki İlişki	22
2.2.4. Psikolojik Dayanıklılığın Kişilik Özellikleri ile İlişkisi	24
2.2.5. Psikolojik Dayanıklılık ile Pozitif Psikolojinin İlişkisi	25
2.2.6. Psikolojik Dayanıklılıkla İlgili Yapılan Çalışmalar	28
2.3. Travma.....	29
2.3.1. Psikolojik Travma	30
2.3.1.1. Doğrudan Travmalar	31
2.3.1.2. Dolaylı Travmalar.....	32
2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	34
2.3.2.1. Travma Sonra Stres Bozukluğu Belirtileri.....	34
2.3.2.2. Travma Yaşantılarının Birey Üzerindeki Etkileri	39
2.3.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri	41
2.3.2.4. Travmaya Maruz Kalan Kişilerle Çalışmanın Uzmanlar Üzerindeki Etkisi.....	43

2.4. İkincil Travma.....	47
2.4.1. İkincil Travmatik Stres	50
2.4.2. İkincil Travmatik Stres Belirtileri	51
2.4.3. İkincil Travmatik Stresin Gelişmesinde Risk Faktörleri	53
2.4.4. İkincil Travmatik Stresin Yaygınlığı.....	54
2.4.5. İkincil Travmatik Stresle Baş Etmek.....	55
2.4.6. İkincil Travmayla İlgili Yapılan Çalışmalar	57
2.5. Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travma Arasındaki İlişki.....	59
3. YÖNTEM	64
3.1. Araştırma Modeli	64
3.2. Araştırma Soruları	64
3.3. Örneklem	65
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	65
3.5. Veri Toplama Araçları.....	65
3.5.1. İkincil Travmatik Stres Ölçeği	65
3.5.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	66
3.6. Analiz Yöntemi	67
4. ANALİZ VE BULGULAR	68
4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler.....	68
4.2. Güvenilirlik Analizi.....	70
4.3. Normal Dağılım Analizi	71
4.4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz	72
4.5. Korelasyon Analizi.....	74
4.6. Regresyon Analizi	75
4.7. Fark Analizleri	76
4.7.1. Psikolojik Dayanıklılık seviyesinin demografik özelliklere göre incelenmesi	77
4.7.1.1. Yaşa yönelik bulgular	77
4.7.1.2. Cinsiyete yönelik bulgular	77
4.7.1.3. Eğitim seviyesine yönelik bulgular	78
4.7.1.4. Çalışma Süresine yönelik bulgular	79
4.7.1.5. Çalışma Şekline yönelik bulgular	79
4.7.1.6. Sektöre yönelik bulgular	80
4.7.1.7. Daha önce görev yapma durumuna yönelik bulgular	80
4.7.1.8. Deprem bölgesinde bulunma süresine yönelik bulgular	81
4.7.1.9. Deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumuna yönelik bulgular	82

4.7.1.10. Psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna yönelik bulgular.....	83
4.7.2. İkincil Travma seviyesinin demografik özelliklere göre incelenmesi.....	83
4.7.2.1. Yaşa yönelik bulgular	83
4.7.2.2. Cinsiyete yönelik bulgular	84
4.7.2.3. Eğitim seviyesine yönelik bulgular	84
4.7.2.4. Çalışma Süresine yönelik bulgular	85
4.7.2.5. Çalışma Şekline yönelik bulgular.....	86
4.7.2.6. Sektöre yönelik bulgular	86
4.7.2.7. Daha önce görev yapma durumuna yönelik bulgular	87
4.7.2.8. Deprem bölgesinde bulunma süresine yönelik bulgular	88
4.7.2.9. Deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumuna yönelik bulgular	89
4.7.2.10. Psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna yönelik bulgular.....	89
5. SONUÇ VE TARTIŞMA.....	91
KAYNAKÇA.....	96
EKLER.....	119
ÖZGEÇMİŞ	Error! Bookmark not defined.

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler.....	68
Tablo 4.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Güvenilirlik Analizine Ait Sonuçlar	70
Tablo 4.3. Normal Dağılım Analiz Sonuçları	71
Tablo 4.4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları.....	72
Tablo 4.5. Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları.....	74
Tablo 4.6. Psikolojik Dayanıklılığın İkincil Travmatik Stres Üzerindeki Etkisi	75
Tablo 4.7. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Yaşa Göre Analizi	77
Tablo 4.8. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Cinsiyete Göre Analizi	78
Tablo 4.9. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Eğitim Seviyesine Göre Analizi	78
Tablo 4.10. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Çalışma Süresine Göre Analizi	79
Tablo 4.11. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Çalışma Şekline Göre Analizi	79
Tablo 4.12. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Sektöre Göre Analizi	80
Tablo 4.13. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Daha Önce Görev Yapma Durumuna Göre Analizi	81
Tablo 4.14. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Deprem Bölgesinde Bulunma Süresine Göre Analizi	81
Tablo 4.15. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Deprem Bölgesindeki Çalışmalara Devam Durumuna Göre Analizi.....	82
Tablo 4.16. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Psikososyal Hizmet Eğitimi Alma Durumuna Göre Analizi.....	83
Tablo 4.17. İkincil Travma Düzeyinin Yaşa Göre Analizi	83
Tablo 4.18. İkincil Travma Düzeyinin Cinsiyete Göre Analizi	84
Tablo 4.19. İkincil Travma Düzeyinin Eğitim Seviyesine Göre Analizi.....	85
Tablo 4.20. İkincil Travma Düzeyinin Çalışma Süresine Göre Analizi	85
Tablo 4.21. İkincil Travma Düzeyinin Çalışma Şekline Göre Analizi.....	86
Tablo 4.22. İkincil Travma Düzeyinin Sektöre Göre Analizi	87
Tablo 4.23. İkincil Travma Düzeyinin Daha Önce Görev Yapma Durumuna Göre Analizi.....	87

Tablo 4.24. İkincil Travma Düzeyinin Deprem Bölgesinde Bulunma Süresine Göre Analizi.....	88
Tablo 4.25. İkincil Travma Düzeyinin Deprem Bölgesindeki Çalışmalara Devam Durumuna Göre Analizi.....	89
Tablo 4.26. İkincil Travma Düzeyinin Psikososyal Hizmet Eğitimi Alma Durumuna Göre Analizi	89



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. İkincil Travmatik Stres Seviyeleri	73
Şekil 4.2. Psikolojik Dayanıklılık Seviyeleri	73



KISALTMALAR

- AFAD : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
- APA : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi
- DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı)
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
(Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme)
- KRDAE : Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü
- PİY : Psikolojik İlk Yardım
- TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- *Araştırmada ruh sağlığı uzmanı olarak kullanılan tanım *psikologları* kapsamaktadır.

1. GİRİŞ

Dünyaya geldiği andan itibaren her insan için çeşitli zorlu yaşam standartları söz konusudur. Maruz kalınan bu zorluklar karşısında çeşitli tepkiler verilir ancak hangi başa çıkma teknikleri kullanılarak psikolojik iyi olma hali sağlanmaktadır? Tugade ve Fredrickson için psikolojik dayanıklılık, kişilerin negatif duygusal tecrübelerden kurtulmak, stresli olayların istekleri karşısında esnek bir şekilde uyum gösterme yeteneğidir. Psikolojik dayanıklılık kavramı ilk olarak 1973 Norman Garmezy tarafından kullanılmıştır (Batan, 2016).

Walsh (2008), psikolojik dayanıklılığın güçlenmesini, kriz durumlarında gelişimi ve zorluk karşısında dirençli kalmayı sağlayan bir tür dinamik proses şeklinde tanımlamaktadır (akt. Akın, 2012). Norfolk (1989), gerginlik yaratan durumlarla başa çıkmak için kişilerin sürdürülebilir stres yöntemini kullanarak, yaşamın olumsuz yanlarına yenik düşmeden içerdiği araçlardan kolay bir şekilde faydalanabileceğini ifade etmektedir. Psikolojik dayanıklılık, kişinin stres ile başa çıkmasına yardımcı olmakta, zorlayıcı yaşam standartları ile baş ederken, işlerinde ve yaşamlarında işlevsel olmalarını sağlamaktadır. Ayrıca stresi kontrol edebilme becerisi de enerjik ve mutlu bir yaşam sürmek için önemli bir faktör oluşturmaktadır (Sezgin, 2012).

Dayanıklılık, stresin yarattığı negatif etkilerin şiddetini düşüren ve gergin bir ruh haline sahip olmanın önüne geçen bir kişilik özelliğidir. Bununla bağlantılı olarak psikolojik istikrarı yüksek olan kişiler günlük aktivitelerine ve görevlerine daha bağlı olmakta, hayatlarını kontrolde tutan ve beklemedikleri durumları kişisel gelişimleri için fırsat olarak gören kişilerdir. Bu noktada dayanıklı kişilerin içsel kontrole sahip olan, problem çözme becerisi bulunan, sağlıklı iletişim kurabilen, benlik saygısı yüksek, empati yetisi olan, zorlukların karşısında yılmadan mücadele edebilen kişiler oldukları söylenmektedir. Dayanıklılığı düşük olan kişilerse mesafe, dış kontrol odağı ve değişim karşısında direnç göstermektedirler (Gürkan, 2006).

Rutter (2006) dayanıklılığı, insanın yaşamında zorlukların olmasına karşın elde ettiği denetim ve bunun sonucunda ortaya çıkan pozitif şeylerin toplamı olarak ele almaktadır. Murphy (1987) için dayanıklılıksa, kişinin travmatik yaşam olayları sonucunda iyileşme aşamasında bu sorunlarla etkin baş edebilme ve etrafına ayak

uydurma, pozitif tarafa geçerek geleceğe ilişkin pozitif beklentilere sahip olarak umutla yaşama yöneltlen bir kavramdır (akt. Aktaş, 2016).

Dayanıklılığa ilişkin pek çok tanımlamanın ortak noktası; kişinin esnekliği, direnme gücü, kazandığı olumlu deneyim, zorlu yaşam koşullarına uyum sağlama ve geleceğe dair pozitif düşünebilme yetisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Aktaş, 2016).

Dayanıklılığa dair yapılan bir çalışmada 40 yıl boyunca çocuk ve ergenlerin takibi yapılmıştır. Çocuk ve ergenlerde, yoksul bir ailede dünyaya gelme, stresli stres yaşama, akıl hastalığı olan ebeveynlere sahip olmak gibi çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır (Werner ve Smith, 1982). Çalışmada yer alan çocuk ve ergenlerin üçte biri, tüm risk etmenlerine karşın seven, çalışan, uyumlu ve başarılı gençler olarak yetişmişlerdir. Yine bu kişilerin hiçbirinde yaşamı tehdit edecek bir öğrenme ya da davranış problemi bulunmamaktadır (Werner, 1996).

Kişinin, fiziksel olarak yaralanma, ölüm tehdidi ile karşı karşıya kalma, fiziksel bütünlüğü tehdit alan durumları deneyimlemesi halinde; psikolojik bütünlüğün bozulacağı yoğun ve stres veren olaylara maruz kalması ya da bunlara tanık olmasına travma denmektedir. Travmatik deneyimler; yangın, deprem, sel gibi doğal afetlerin sonucunda veya şiddet, istismar, sevilen bir kişinin kaybı gibi insan sebepli nedenlerle yaşanabilmektedir. Kişinin travmatik deneyimi sonucunda ortaya koyduğu tepkiler “birincil travmatik stres” olarak tanımlanmaktadır. Eğer bahsedilen bu deneyimler dolaylı şekilde kişiyi etkiliyorsa bu durumda ortaya çıkan tepkilere de “ikincil travmatik” şeklinde tanımlanmaktadır (Figley, 1995). İkincil travmatik stres pek çok durum sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Kişinin sosyal çevresi, aile üyeleri veya arkadaşlarından travma yaşayanların deneyimlerini dinlemek, sarsıcı şekilde şahit olmak veya travma yaşayan kişilerle çalışmak da travma yaratmaktadır (McCann ve Pearlman, 1990). Bu noktada Figley (1995), birincil ve ikincil travmatik stres belirtilerinin birbirine benzediğini ifade etmektedir. Bu ortak psikolojik tepkilerin bazıları; travmatik olaya ilişkin ipuçlarını hatırla ve bunları zihinde canlandırma, rüya görme, duyguların azalması, sinirlilik hali ile aşırı uyarılmışlıktır. DSM-5 tanı ölçütlerinde ‘Örseleyici olayın(ların) sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalmanın (Ör. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler,

ocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurların)' travmatik tepkilere yol açtığı belirtilmektedir (Köroğlu, 2015).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depremler ve Ruh Sağlığı

2.1.1. Deprem

Deprem, yer kabuğunda meydana gelen ani ve şiddetli sarsıntılar olarak tanımlanmaktadır (Bolt, 2005). Yer kabuğunu oluşturan levhaların hareket etmesi sonucu ortaya çıkan gerilim ve basınç, levhalar arasındaki sürtünmeyi artırmakta ve enerji birikimi meydana getirmektedir. Biriken enerjinin aniden boşalması ile deprem oluşmaktadır (Hough, 2004). Depremlerin büyüklüğü, Richter ölçeği kullanılarak ölçülmekte ve genellikle 2.0 ila 10.0 arasında değişmektedir (Lay ve Wallace, 1995). Depremin şiddeti ise Mercalli ölçeği ile belirlenmekte ve I ila XII arasında derecelendirilmektedir (Wood ve Neumann, 2001).

Depremler, dünyanın birçok bölgesinde görülmekle birlikte, özellikle levha sınırlarında daha sık meydana gelmektedir. Türkiye, Alp-Himalaya deprem kuşağı üzerinde yer aldığından, deprem riski yüksek olan ülkeler arasında yer almaktadır (Erdik vd., 1999).

Ülkemizde tarihsel süreçte birçok yıkıcı deprem meydana gelmiş ve büyük can ve mal kayıplarına neden olmuştur. 1939 Erzincan depremi (M 7.8), 1999 Marmara depremi (M 7.4) ve 2011 Van depremi (M 7.2) bunlara örnek olarak verilebilmektedir (KRDAE, 2021). Yakın tarihte ise 6 Şubat 2023'te meydana gelen Kahramanmaraş depremi, ülkemizde son yüzyılın en büyük ve yıkıcı depremlerinden biri olarak kayıtlara geçmiştir. Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesinde meydana gelen 7.7 büyüklüğündeki deprem, 9 saat sonra Elbistan ilçesinde 7.6 büyüklüğünde bir depremle devam etmiştir (AFAD, 2023). Bu depremler, başta Kahramanmaraş olmak üzere, Hatay, Adıyaman, Gaziantep, Malatya, Diyarbakır, Adana, Osmaniye ve Şanlıurfa gibi çevre illerde de büyük yıkıma neden olmuştur. Resmi verilere göre, depremde hayatını kaybedenlerin sayısı 50.000'i aşmış, yaralı sayısı ise 100.000'e yaklaşmıştır (AFAD, 2023). Ayrıca, çok sayıda bina yıkılmış veya ağır hasar görmüş, altyapı sistemleri zarar görmüş ve bölgede büyük bir insani kriz ortaya çıkmıştır.

Kahramanmaraş depremi, ülkemizin deprem gerçeğini bir kez daha gözler önüne sermiş ve depreme karşı hazırlıklı olmanın önemini ortaya koymuştur.

Depremler, sadece fiziksel hasara değil, aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik yapısında da önemli değişikliklere yol açmaktadır. Depremler sonrasında altyapı hasarları, ulaşım ve iletişim sorunları, gıda ve su temini sıkıntıları gibi pek çok problem ortaya çıkabilmektedir (Özerdem ve Barakat, 2000). Ayrıca, depremler sonrası meydana gelen can kayıpları, yaralanmalar ve evsiz kalma durumu, toplumda travmatik etkilere neden olmaktadır (Bland vd., 2005).

Depremlerin yıkıcı etkilerini en aza indirmek için risk azaltma ve hazırlık çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Depreme dayanıklı yapıların inşa edilmesi, erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, toplumun deprem konusunda bilinçlendirilmesi ve afet yönetimi planlarının oluşturulması, depremlerin olumsuz etkilerini azaltmada etkili olmaktadır (Coburn ve Spence, 2002). Ayrıca, deprem sonrası müdahale ve iyileştirme çalışmaları kapsamında arama-kurtarma faaliyetleri, tıbbi yardım, geçici barınma, psikososyal destek gibi hizmetlerin sağlanması da büyük önem taşımaktadır (Sphere Association, 2018).

2.1.2. Depremlerin Psikolojik Etkileri

Depremler, fiziksel yıkımın yanı sıra, bireylerin ruh sağlığı üzerinde de önemli etkilere sahip olmaktadır. Depreme maruz kalan kişilerde, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete bozuklukları ve uyum bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığı artmaktadır (Neria vd., 2008). TSSB, depremden sonra en sık görülen ruhsal bozukluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Deprem sırasında yaşanan korku, çaresizlik ve dehşet hissi, travmatik anıların tekrar tekrar yaşanması, kaçınma davranışları ve aşırı uyarılmışlık belirtileri TSSB'nin karakteristik özellikleri arasında yer almaktadır (APA, 2013).

Depresyon, depremlerden sonra sıklıkla görülen bir diğer ruhsal bozukluktur. Depresif belirtiler arasında üzüntü, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik hissi, uyku ve iştah değişiklikleri, enerji kaybı ve intihar düşünceleri yer almaktadır (Beck ve Alford, 2009). Deprem sonrası yaşanan kayıplar, ekonomik zorluklar ve sosyal destek

eksikliği depresyon riskini artıran faktörler arasında sayılmaktadır (Salcioglu vd., 2007). Anksiyete bozuklukları da depremlerden sonra yaygın olarak görülmektedir. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve özgül fobi gibi anksiyete bozuklukları, deprem sonrası stres tepkilerinin bir parçası olarak ortaya çıkabilmektedir (Önder vd., 2006).

Depremler, aile dinamiklerini ve ebeveyn-çocuk ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kılıç vd., 2003). Deprem sonrasında ebeveynler, kendi psikolojik sorunlarıyla baş etmeye çalışırken, çocuklarının ihtiyaçlarına yeterince yanıt veremeyebilmektedir. Ebeveynlerin yaşadığı stres, anksiyete ve depresyon belirtileri, çocuklarla olan iletişimi ve etkileşimi olumsuz yönde etkilemektedir (Scheeringa ve Zeanah, 2001). Ayrıca, deprem nedeniyle aile üyelerinin yaralanması, engelli hale gelmesi veya kaybedilmesi, aile sisteminde önemli değişikliklere yol açmakta ve çocukların uyum sürecini zorlaştırmaktadır (Bernardon ve Pernice-Duca, 2010).

Depremlerin psikolojik etkileri, sadece kısa vadede değil, uzun vadede de devam edebilmektedir. Yapılan çalışmalar, depremden yıllar sonra bile TSSB, depresyon ve anksiyete belirtilerinin devam edebildiğini göstermektedir (Goenjian vd., 2000; Livanou vd., 2002). Örneğin, 1988 yılı Ermenistan depreminden 1,5 yıl sonra yapılan bir çalışmada, depremzedelerin %95'inde TSSB, %71'inde depresyon ve %42'sinde anksiyete bozukluğu belirtileri saptanmıştır (Goenjian vd., 2000). Benzer şekilde, Türkiye'deki 1999 Marmara depreminden 20 ay sonra yapılan bir araştırmada, katılımcıların %40'ında TSSB, %18'inde depresyon ve %12'sinde yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri gözlenmiştir (Livanou vd., 2002).

Depremin uzun vadeli psikolojik etkileri, bireylerin günlük işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik TSSB belirtileri, kişilerarası ilişkilerde sorunlara, iş performansında düşüşe ve sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Neria vd., 2008). Ayrıca, depresyon ve anksiyete belirtileri, bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliğini kısıtlamakta ve intihar riskini artırmaktadır (Salcioglu vd., 2007).

Depremin ruhsal etkilerinin uzun süreli olması, psikososyal müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Depremzedelere yönelik travma odaklı psikoterapi

yaklaşımları, TSSB ve diğer ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili olmaktadır (Lopes vd., 2014). Bilişsel davranışçı terapi, EMDR (göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) ve maruz bırakma terapisi gibi kanıta dayalı müdahaleler, travma sonrası stres belirtilerinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Shapiro, 2014). Bununla birlikte, psikososyal destek programları, depremzedelerin iyileşme sürecine katkıda bulunmaktadır. Sosyal destek grupları, psikoeğitim çalışmaları ve toplum temelli uygulamalar, bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmekte ve dayanıklılıklarını artırmaktadır (Watanabe vd., 2004). Bununla birlikte, psikososyal hizmetlerin zamanında, yeterli ve eşit bir şekilde sunulması önem taşımaktadır. Hizmetlere erişimdeki engeller veya gecikmeler, depremzedelerin iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Aker, 2006).

Uzun vadeli psikolojik etkilerin yanı sıra, depremler nesiller arası travma aktarımına da yol açabilmektedir. Depreme maruz kalan ebeveynlerin yaşadığı travmatik stres, ebeveynlik tutumlarını ve aile işlevselliğini etkileyerek çocukların ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kararımak ve Aydın, 2016). Bu nedenle, deprem sonrası müdahale programlarında, travma yaşantısının nesiller arası etkilerinin dikkate alınması ve aile odaklı yaklaşımların benimsenmesi önem taşımaktadır.

Depremzedelerin psikolojik sağlamlığını etkileyen faktörler arasında, depremin şiddeti, maruz kalınan kayıpların büyüklüğü, önceki travmatik deneyimler, sosyal destek düzeyi ve baş etme becerileri yer almaktadır (Karancı ve Rüstemli, 1995). Depremin şiddeti arttıkça, bireylerin yaşadığı korku, çaresizlik ve kontrol kaybı hissi de artmakta ve psikolojik sağlamlık olumsuz yönde etkilenmektedir (Şalcıoğlu vd, 2003). Ayrıca, deprem sırasında yaşanan can kayıpları, yaralanmalar ve mal kayıpları, travma sonrası stres belirtilerinin şiddetini artırmaktadır (Bland vd., 2005). Öte yandan, geçmiş travmatik yaşantılar, bireylerin deprem gibi yeni bir travmatik olaya verdiği tepkileri etkilemektedir. Önceki travmatik deneyimler, kişinin baş etme becerilerini zayıflatarak veya travmaya duyarlılığını artırarak psikolojik sağlamlığı azaltabilmektedir (Brewin vd, 2000).

Sosyal destek, depremzedelerin psikolojik sağlamlığını etkileyen önemli bir faktördür. Aile, arkadaşlar ve toplum tarafından sağlanan duygusal ve maddi destek, bireylerin stresle baş etme kapasitesini artırmakta ve travma sonrası iyileşme sürecini

hızlandırmaktadır (Kaniasty ve Norris, 2008). Güçlü sosyal bağlar, bireylerin kendilerini güvende ve değerli hissetmelerine, umutlarını korumalarına ve geleceğe dair olumlu beklentiler geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Bonanno vd., 2010). Öte yandan, sosyal desteğin yetersiz olması veya kaybedilmesi, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Toptaş ve Başer, 2023).

Bireylerin sahip olduğu baş etme becerileri de psikolojik sağlamlığı etkilemektedir. Problem odaklı baş etme stratejileri, stres yaratan durumun üstesinden gelmeye yönelik aktif çabalar içerirken; duygu odaklı baş etme stratejileri, stresli durumun yarattığı olumsuz duyguları yönetmeye odaklanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980). Depremzedelerin problem odaklı baş etme becerilerinin güçlü olması, yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmelerini ve uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır (Karancı vd., 1999). Ayrıca, olumlu duygulanım, umut, iyimserlik ve öz-yeterlik gibi psikolojik kaynaklar da bireylerin dayanıklılığını artırmaktadır (Benight ve Bandura, 2004).

Depremler bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli ve uzun süreli etkilere sahip olmaktadır. Deprem sonrası ortaya çıkan psikolojik sorunların erken tespiti, uygun müdahalelerin planlanması ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması, depremzedelerin psikolojik iyileşme sürecine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda, afet ve travma konusunda eğitilmiş ruh sağlığı profesyonellerinin varlığı ve çok yönlü bir yaklaşımın benimsenmesi büyük önem taşımaktadır.

2.1.3. Ruh Sağlığı Uzmanlarının Rolü

Deprem gibi afet durumlarında ruh sağlığı uzmanları, etkilenen bireylerin psikolojik iyilik halinin sağlanmasında ve travma sonrası stres tepkilerinin yönetilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Psikiyatristler, psikologlar, psikolojik danışmanlar ve sosyal hizmet uzmanları gibi ruh sağlığı profesyonelleri, depremzedelere akut dönemde ve sonrasında psikososyal destek sağlamaktadır (Everly vd., 2012). Ruh sağlığı uzmanları, travmatik stresin normalleştirilmesi, psikolojik ilk yardım, krize müdahale, psikoeğitim ve psikoterapi gibi çeşitli

müdahaleler aracılığıyla bireylerin psikolojik sağlamlığını artırmayı hedeflemektedir (Brymer vd., 2006).

Deprem sonrası akut dönemde ruh sağlığı uzmanları, psikolojik ilk yardım (PİY) sağlayarak etkilenen bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasına, güvenlik hissinin sağlanmasına ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesine yardımcı olmaktadır (WHO, 2013). PİY, travmatik olaya maruz kalan bireylerin duygusal tepkilerini normalize etmeyi, sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmeyi ve uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerini teşvik etmeyi amaçlamaktadır (Ruzek vd., 2007). PİY, travmatik olaya maruz kalan bireylerin ihtiyaçlarına ve kültürel bağlamına duyarlı bir şekilde sunulmaktadır (Brymer vd., 2006). Ruh sağlığı uzmanları, PİY sırasında etkin dinleme, duygusal destek sağlama, pratik yardım sunma ve bilgi verme gibi becerileri kullanmaktadır (Everly vd., 2012).

PİY'nin temel ilkeleri arasında, güvenliğin sağlanması, sakinleştirme, öz-yeterlilik ve topluluk bağlarının güçlendirilmesi, umudun sürdürülmesi ve iyileşme sürecinin kolaylaştırılması yer almaktadır (Hobfoll vd., 2007). Ruh sağlığı uzmanları, bu ilkeler doğrultusunda bireylerin acil ihtiyaçlarını değerlendirmekte, güvenli ve rahatlatıcı bir ortam sağlamakta, olumlu baş etme stratejilerini teşvik etmekte ve sosyal destek kaynaklarına erişimi kolaylaştırmaktadır (Vernberg vd., 2008). Ayrıca, PİY sırasında bireylere travma sonrası stres tepkilerinin normal olduğu ve zamanla azalacağı konusunda psikoeğitim verilmektedir (Berkowitz vd., 2010).

Ruh sağlığı uzmanları, PİY sağlarken risk altındaki bireyleri de belirlemekte ve gerektiğinde daha kapsamlı ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirmektedir (North ve Pfefferbaum, 2013). Özellikle önceden var olan ruhsal bozuklukları olan bireyler, şiddetli travmatik stres tepkileri gösteren kişiler, temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan ve sosyal desteği yetersiz olan kişiler risk grubu olarak değerlendirilmektedir (Brewin vd., 2010). Ruh sağlığı uzmanları, bu bireyleri belirleyerek uygun müdahale ve tedavi hizmetlerine yönlendirmekte ve takibini yapmaktadır (Bisson vd., 2010).

PİY, travmatik olaya maruz kalan bireylerin psikolojik iyilik halini desteklemek ve akut stres tepkilerini yönetmelerine yardımcı olmak için kanıta dayalı bir müdahale yöntemidir (Fox vd., 2012). Yapılan çalışmalar, PİY'nin travma sonrası stres belirtilerini azaltmada, sosyal işlevselliği artırmada ve uyumu kolaylaştırmada

etkili olduğunu göstermektedir (Dieljtens vd., 2014; Roberts vd., 2009). Bununla birlikte, PİY'nin etkililiğini artırmak için ruh sağlığı uzmanlarının eğitilmiş, kültürel açıdan yetkin ve kendi psikolojik sağlamlıklarını koruyabilen kişiler olması gerekmektedir (Shah, 2012).

Deprem sonrası orta ve uzun vadede ise ruh sağlığı uzmanları, travma odaklı psikoterapi yöntemleri kullanarak bireylerin psikolojik iyileşmesine destek olmaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete bozuklukları ve uyum bozuklukları gibi deprem sonrası yaygın görülen ruhsal sorunların tedavisinde kanıta dayalı psikoterapi yöntemleri uygulanmaktadır (Lopes vd., 2014). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), EMDR (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) ve Prolonged Exposure (Uzamış Maruz Bırakma) gibi travma odaklı psikoterapi yaklaşımları, depremzedelerin travmatik anılarını işlemelerine, olumsuz düşünce ve inançlarını değiştirmelerine ve kaçınma davranışlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır (Seidler ve Wagner, 2006; Shapiro, 2014).

Ruh sağlığı uzmanları, bireysel müdahalelerin yanı sıra grup terapileri ve toplum temelli uygulamalar aracılığıyla da depremzedelere destek sağlamaktadır. Grup terapileri, benzer travmatik deneyimleri paylaşan bireyleri bir araya getirerek, normalleştirme, sosyal destek ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesine katkıda bulunmaktadır (Mendelsohn vd., 2011). Toplum temelli uygulamalar ise yerel kaynakları ve destek sistemlerini harekete geçirerek, toplumun psikolojik dayanıklılığını artırmayı hedeflemektedir (de Jong ve Kleber, 2007). Ruh sağlığı uzmanları, bu uygulamalar aracılığıyla afetten etkilenen toplulukların ihtiyaçlarına yanıt vererek, uzun vadeli iyileşmeye ve psikososyal uyuma katkıda bulunmaktadır.

Ruh sağlığı uzmanlarının depremzedelere etkili hizmet sunabilmesi için kültürel yetkinlik, öz-farkındalık ve kişisel baş etme becerilerine sahip olması gerekmektedir (Shah, 2012). Kültürel yetkinlik, farklı kültürel geçmişlere sahip bireylerin inanç, değer ve uygulamalarına duyarlı olmayı gerektirmektedir (Whaley ve Davis, 2007). Öz-farkındalık ise ruh sağlığı uzmanlarının kendi duygusal tepkilerini, varsayımlarını ve önyargılarını fark etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olmaktadır (Campbell, 2013). Ayrıca, ruh sağlığı uzmanlarının kişisel baş etme becerileri ve

psikolojik sağamlıkları, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik riskine karşı koruyucu faktörler olarak işlev görmektedir (Cieslak vd., 2014).

Ruh sağlığı uzmanları deprem gibi afet durumlarında kritik bir rol üstlenmekte ve etkilenen bireylere çeşitli düzeylerde psikososyal destek sağlamaktadır. Travma odaklı müdahaleler, kültürel yetkinlik ve öz-farkındalık, ruh sağlığı uzmanlarının depremzedelere etkili ve duyarlı hizmet sunmasına olanak tanımaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik dayanıklılığı ve baş etme becerileri, sundukları hizmetin kalitesini ve sürekliliğini etkilemektedir.

2.1.4. Ruh Sağlığı Uzmanlarının Depremden Etkilenmesi

Deprem gibi büyük ölçekli afetler, sadece genel popülasyonu değil, aynı zamanda ruh sağlığı uzmanlarını da etkilemektedir. Ruh sağlığı uzmanları, deprem sonrası müdahale ve iyileşme sürecinde kritik bir rol oynamalarına rağmen, kendileri de depremden kaynaklanan stres ve travmaya maruz kalmaktadır (Elhai vd., 2006). Afetlerde çalışan ruh sağlığı uzmanlarının, yardım çabalarının yanı sıra kendi fiziksel, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarıyla da başa çıkmaları gerekmektedir (Creamer ve Liddle, 2005).

Ruh sağlığı uzmanları, deprem sonrası müdahale sürecinde yoğun stres altında çalışmakta ve travmatik olaylara doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Bu durum, ikincil travmatik stres (secondary traumatic stress) veya dolaylı travma (vicarious trauma) olarak adlandırılan bir dizi psikolojik semptomu tetikleyebilmektedir (Figley, 1995; Pearlman ve Saakvitne, 1995). İkincil travmatik stres, travma mağdurlarıyla çalışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan ve TSSB'ye benzer semptomları içeren bir kavramdır (Bride vd., 2004). Dolaylı travma ise ruh sağlığı uzmanlarının travmatik olaylara maruz kalan kişilerle empati kurması ve onların hikayelerini dinlemesi sonucunda, kendi dünya görüşlerinde, inançlarında ve bilişlerinde meydana gelen değişiklikleri ifade etmektedir (McCann ve Pearlman, 1990).

Depremzedelerle çalışan ruh sağlığı uzmanlarında görülen yaygın ikincil travmatik stres belirtileri arasında kaçınma, uyuşukluk, aşırı uyarılmışlık, travmatik

anların istilası, konsantrasyon güçlükleri ve uyku bozuklukları yer almaktadır (Bride, 2007). Ayrıca, ruh sağlığı uzmanları dolaylı travmanın etkisiyle güvende hissetme, başkalarına güvenme, kontrol duygusu ve yakınlık kurma yeteneklerinde azalma yaşayabilmektedir (Pearlman ve Mac Ian, 1995). Bu belirtiler, ruh sağlığı uzmanlarının mesleki ve kişisel işlevselliğini olumsuz yönde etkilemekte ve tükenmişliğe yol açabilmektedir (Boscarino vd., 2004).

Ruh sağlığı uzmanlarının depremden etkilenme düzeyi, çeşitli bireysel ve mesleki faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Daha genç yaşta olma, daha az mesleki deneyime sahip olma, daha önce travmatik olaylara maruz kalma ve kişisel stres düzeyinin yüksek olması gibi faktörler, ikincil travmatik stres ve dolaylı travma riskini artırmaktadır (Adams vd., 2006; Creamer ve Liddle, 2005). Ayrıca, depremzedelerle doğrudan temas halinde olma, uzun çalışma saatleri, yetersiz süpervizyon ve sosyal destek eksikliği gibi mesleki faktörler de ruh sağlığı uzmanlarının etkilenme düzeyini artırmaktadır (Palm vd., 2004).

Ruh sağlığı uzmanlarının depremden etkilenmesini önlemek ve ikincil travmatik stresi azaltmak için çeşitli stratejiler önerilmektedir. Bunlar arasında düzenli süpervizyon almak, meslektaşlarla paylaşımda bulunmak, kişisel terapi ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmak, stres yönetimi tekniklerini uygulamak ve iş-yaşam dengesini sağlamak yer almaktadır (Trippany vd., 2004). Ayrıca, ruh sağlığı uzmanlarının kendi psikolojik sağlamlıklarını (resilience) geliştirmeleri, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olarak kabul edilmektedir (Hernández vd., 2007).

Ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik sağlamlığı, travmatik olayların olumsuz etkilerine rağmen, uyum sağlama ve işlevselliği sürdürme yeteneğini ifade etmektedir (Bonanno, 2004). Psikolojik sağlamlık, öz-yeterlilik, başa çıkma becerileri, esneklik, iyimserlik ve sosyal destek gibi bireysel ve çevresel kaynakların etkileşimiyle gelişmektedir (Luthar vd., 2000). Yapılan araştırmalar, psikolojik sağlamlığı yüksek olan ruh sağlığı uzmanlarının, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Burnett ve Wahl, 2015; Lambert ve Lawson, 2013).

Depremeler ruh sağlığı uzmanlarını da etkilemekte ve ikincil travmatik stres, dolaylı travma ve tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Ruh sağlığı

uzmanlarının depremde etkilenme düzeyini azaltmak için bireysel ve kurumsal stratejilerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi, ruh sağlığı uzmanlarının deprem sonrası müdahale sürecindeki etkililiğini ve dayanıklılığını artırmada kilit bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, ruh sağlığı uzmanlarına yönelik eğitim, destek ve müdahale programlarında psikolojik sağlamlık odaklı yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir.

2.2. Psikolojik Dayanıklılık

Kelime kökeni Latinceye dayanmakta olup kavramın karşılığı toparlanmak, geri sekmek anlamları gelmektedir. “Resilire” kelimesinden türemiş olan resilience (dayanıklılık) kavramı, psikoloji biliminin dışında ekoloji, ekonomi ve fizik gibi alanlarda kavram olarak kullanılmaktadır (Graber vd., 2015; Vella ve Pai, 2019). Dayanıklılık kavramının literatüre kazandırılmasının sonrasında 1970’li yıllarda özellikle şizofreni teşhisi konulmuş annelerin çocukları da dahil edilerek birçok sebepten kaynaklanabilecek, psikopatoloji geliştirmeye yatkın olan ve aynı zamanda tüm olumsuzluklar karşısında etkin bir gelişim göstermiş olan çocuklara yönelik yapılan çalışmalar sayesinde ivme kazanmıştır (Garnezy, 1974; Rutter, 1987, akt. Luthar vd., 2014; Bonanno ve Mancini, 2008). Buradan yola çıkarak dayanıklılık kavramının büyük ölçüde gelişim psikolojisinden köklerini almış olduğunu söylenebilmektedir (Windle, 2011).

Psikolojik dayanıklılık teorileri, eksiğe odaklanmak veya psikopatoloji üzerinde durmaktan çok odak noktasını riskin karşısında sağlıklı bir gelişim olmasını incelemeye yöneltmiş ve kişinin zayıf yanlarını değil güçlü yönlerine vurgu yapmayı seçmiştir (Fergus ve Zimmerman, 2005; Windle, 2011).

Psikolojik dayanıklılık kavramının literatüre kazandırıldığı süreçte kavramı tanımlamak ve ilişkili kavramları netleştirmek üzerine birçok araştırmacı çalışma yürütmüş ve özellikle büyük olumsuzlukların karşısında olumlu gelişme gösteren çocuklar üzerinden yola çıkmış ve “yıkılmaz” olmayı kişilik özellikleri bağlamında açıklamaya çalışmışlardır. Psikolojik dayanıklılığa ilişkin çalışmaların ilk dalgasında tutarlı biçimde ortaya konan ve psikolojik dayanıklılığın gelişimine katkı sağlayan faktörlerin varlığını ortaya koymuş ve bu tutarlı sonuçların sebebini daha kolay

anlayabilmek adına sofistike modellere ihtiyaç duymuşlardır ve bu şekilde psikolojik dayanıklılık çalışmalarının ikinci dalgası başlamıştır (Wright vd., 2013).

Psikolojik dayanıklılık çalışmalarının ikinci dalgasında, olumsuz koşulların sonucunda ortaya çıkan psikolojik dayanıklılığı inceleyebilmek için kapsamlı bir bakış açısı geliştirmeye odaklanılmış ve daha çok gelişimsel bir yaklaşım benimsenmiştir. Araştırmaların odağında ise kişinin içerisinde büyüdüğü ve geliştiği çeşitli sistemler arasındaki etkileşimleri olmuştur. Ek olarak ikinci dalga araştırmacıları koruyucu faktörlere yönelik elde edilen bulguları yorumlamaya çalışmış ve bu faktörleri kendi bağlamları içerisinde değerlendirmeye özen göstermişlerdir. Burada kültürel pratiklerde var olan farklılıklar aynı zamanda kültüre bağlı olarak çeşitlenen koruyucu faktörleri de ön plana taşımıştır. Araştırmacılar, kişinin belli bir zaman ve durum karşısında psikolojik dayanıklılık ortaya koyabilmesine karşı bu dayanıklılığın her zaman ve her durum karşısında sağlanabileceği anlamına gelmediğinin de altını çizmişlerdir (Wright vd., 2013).

İkinci dalga sonrası ortaya çıkan üçüncü dalga da yer alan araştırmacılar, risk altında bulunan kişilerin olumlu sonuçlara ulaşabilmesi için teşvik yaratabilmek adına önceki dalgalarda oluşturulmuş bilgilerden de yararlanarak psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkmasına yönelik çeşitli müdahaleler geliştirmeyi önemsemişlerdir. Müdahaleler üzerine odaklanırken “zamanlama” veya “riskin mevcudiyeti” gibi noktalar özellikle önemli görülmüş, müdahalenin yapılabilmesi ve psikolojik dayanıklılığın gelişmesi için riskin mevcut olması ve müdahalelerinin zamanlarının önemli olduğuna yönelik bulgulara ulaşmışlardır (Wright vd., 2013).

Dördüncü dalga yani psikolojik dayanıklılığın güncel dalgasında araştırmacılar, daha çok genetik, beyin gelişimi, davranış ve çevre gibi faktörlerin psikolojik dayanıklılığa etkilerini incelemeye yönelmişlerdir (Wright vd., 2013).

Psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkması sonrasında yapılan ilk çalışmaların büyük çoğunluğunda, dayanıklı çocuklar olağanüstü vakalar olarak görülmüş olsa da daha sonra insanın normal adaptasyon mekanizmalarından kaynaklanan olağan bir durum olduğu anlaşılmıştır (Masten, 2001).

Kişinin bağlanma sistemi, bilişsel sistemleri ve inanç sistemleri gibi güçlü uyumlayıcı sistemleri vardır ve bu sistemler sayesinde makul ölçüde bir performans gösterdiği takdirde kişi önemli bir dayanıklılık kapasitesine ulaşabilmektedir. Olağan bir gelişim söz konusu olduğunda bu tarz adaptif sistemleri bulunan kişilerin, olumsuzluk içeren süreçlerin bitmesinin ardından kendisini çok daha kolay toparlaması beklense de uzun süren ve aşırı olumsuzluklar söz konusu olduğunda toparlanmak daha güç bir hale gelmektedir. Yani özetle adaptif sistemler uyum sağlamayı ve psikolojik dayanıklılığı geliştiriyor olsa da yine bu durum o olumsuzluğun derecesinden bağımsız olarak düşünülememektedir (Masten ve Tellegen, 2012). Burada adaptif sistemler iyi bir şekilde işliyor ise kişi genel olarak belli seviyeye sahip sıkıntılarla karşı karşıya kaldığında daha iyi bir ilerleme kaydedebilmekte ancak olumsuzluğun aşırılığı ve sürengiği söz konusu olduğunda kişiyi daha hassas bir konuma getirebilmektedir (Masten, 2001).

Literatürde psikolojik dayanıklılık genel olarak, kişilerin negatif olaylar karşısında eski hayat biçimine ve işlevselliğe geri dönebilme becerisi şeklinde anlamlandırılmakta olup, psikolojik dayanıklılık kavramının tanımı, karakter özelliği olup olmaması, sürecin mi sonucun mu bir parçası olduğu şeklinde birçok konuda fikir ayrılığı yaşanmış olsa da geçmişte, günümüze bakıldığında fikir birliğine yaklaşıldığı söylenebilmektedir (Herrman vd., 2011; Stainton vd., 2019; Vella ve Pai, 2019).

Kavram literatüre kazandırıldıktan sonra günümüze kadar psikolojik dayanıklılık kavramı, bazı araştırmacılar tarafından kişilik özelliği şeklinde tanımlanmıştır. Bu araştırmacılara örnek olarak Connor ve Davidson (2003)'e göre göre, zorlukla karşılaştıkça gelişme sağlayan psikolojik dayanıklılık kişisel nitelikler arasında görülmektedir. Ancak psikolojik dayanıklılığın bir kişilik özelliği olarak görülmesinin bazı sıkıntılara yol açabileceği de ifade edilmektedir. Bu noktada Fergus ve Zimmerman (2005), psikolojik dayanıklılığı kişilik özelliği olarak değerlendirmenin, zorluk söz konusu olduğunda zorlanacak olan kişilerin kendilerini kusurlu veya yetersiz olarak kabul etmelerine sebebiyet verebileceği için, bu yaklaşıma negatif bakılabileceğini eklemiştir. Ek olarak kişisel özelliklere odaklanmanın, psikolojik dayanıklılık teorilerinde sık bir şekilde değinilen bağlamın önemini de yitirebileceğinin unutulmaması gerekmektedir (Fergus ve Zimmerman, 2005).

Literatüre bakıldığında araştırmacılardan bir kısmı psikolojik dayanıklılığı kişilik özelliği olarak ele alsa da yine araştırmacıların önemli bir kısmı da psikolojik dayanıklılığı bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Örnek olarak;

- Rutter (1987), psikolojik dayanıklılığın değiştirilemez olduğu fikrine karşı çıkmış ve kişinin hayatı boyunca karşılaşacağı belli bir olay veya durumla karşı karşıya kalması halinde göstereceği dayanıklılığı farklı bir zamanda gösteremeyebileceği ihtimalinin altını çizmiştir.

- Masten vd. (1990), psikolojik dayanıklılığı zorlu ve tehdit edici durumlar söz konusu olduğunda uyum sağlama içeren bir süreç, kapasite ve sonuç olarak kavramsallaştırmıştır.

- Baldwin vd. (1993) için psikolojik dayanıklılık, zorlukla başa çıkabilme ve zorluğu gelişim için bir kapı olarak kullanma kapasitesi olarak yorumlamıştır ancak bu zorlukların fazla güçlü olmasının gelişimsel bazı bozulmalara yol açabileceğini de ifade etmiştir.

- Luthar vd. (2000), psikolojik dayanıklılığı dinamik bir süreç olarak ele almış ve bu sürecin önemli sıkıntılar söz konusu olduğunda kişinin olumlu adaptasyonunu ifade etmiş olduğunu belirtmiştir.

- Bonanno (2004) ise psikolojik dayanıklılık kavramını “istikrarlı bir dengeyi koruma yeteneği” olarak tanımlamıştır.

- Rutter (2006) için psikolojik dayanıklılık, kişinin normal şartlarda olumsuz sonuçlara yol açacak risk faktörlerine maruz kalmasına karşın olumlu bir psikolojik durumu sürdürme olgusudur.

- Herrmann vd. (2011)’e göre psikolojik dayanıklılık, kişinin değişmez bir kişilik özelliği değildir, birden fazla bileşenin bir araya gelmesi ve etkileşime girmesi sonucunda zaman ve bağlamdan etkilenebilen dinamik bir süreçtir. Bu sürecin gelişmesi için psikolojik, biyolojik ve mizaç sistemlerinin yanı sıra sosyal destekte çok önemli görülmüş özetle dayanıklılığa ulaşmak için birden fazla yol bulunmakla birlikte aynı zamanda gelişime açıktır.

- Windle (2011), psikolojik dayanıklılığa ilişkin tanımlamasında etkin müzakere, adaptasyon gücü ve özellikle stres veya travma kaynaklarını başarılı bir şekilde ele alabilme ve aynı zamanda bunlarla başa çıkabilme becerisi olarak değerlendirmiştir. Psikolojik dayanıklılığın ortaya çıkabilmesi için çocuğun sahip olduğu kişisel özellikleri, yer aldığı ailenin bileşenleri, sosyal bağamları ile olan etkileşimi olmak üzere üç grup değişkenin birbirlerini etkilediğinin altı çizilmiştir (akt. Luthar vd., 2014).

2.2.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Yukarıda yapılan tanımlamalardan yola çıkarak psikolojik dayanıklılık kavramı, belirgin bir olumsuzluk veya risk, bu riskin etkisini geçersiz hale getiren veya azaltan koruyucu faktörlerin varlıkları ve bu risk bağlamında beklenenden çok daha olumlu bir sonuç olmak gibi üç temel faktör esas alındığında ifadeler farklılık gösterse de bu faktörlere yönelik genel bir fikir birliğine varılmıştır (Luthar vd., 2000; Stainton vd., 2019).

2.2.1.1. Risk Faktörleri

Bireyin gelişimini ve uyum yeteneğini sekteye uğratacak zorluklar olmadığında ulaştığı başarıları, genel itibari ile yetkinlik kapsamında değerlendirilse de ortada herhangi bir tehdit veya engel olmadığında psikolojik dayanıklılığa sahip olarak nitelendirilmemektedir (Masten, 2001; Masten ve Tellegen, 2012). Kişiyi psikolojik dayanıklılığa sahip bir birey olarak nitelendirebilmek için, hayatının herhangi bir evresinde normal gelişimini sıkıntıya sokan bir tehlikeyi atlatabileceği tehditlerle karşı karşıya kalması gerekmektedir (Masten, 2001).

Boyden ve Mann (2005) için risk faktörleri aynı zamanda bireyin psikopatoloji ya da olumsuz gelişimsel sonucun ortaya çıkmasına sebep olabilecek değişkenler olarak değerlendirilmiş ve bu faktörlerin mizaç, nörolojik yapı, yoksulluk, savaş gibi çevresel faktörlerden kaynaklanan dışsal faktörlerinde etkili olabileceğinin altını çizmiştir.

Risk faktörleri genel olarak birbirinden bağımsız ya da tekil bir şekilde ortaya çıkmamaktadır, bu sebeple de risk faktörlerinin kümülatif olduğunu da göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Wright vd., 2013). Wright vd. (2013), bu durumu boşanma üzerinde örneklemiştir. Boşanmanın temelde kısa süreli ve tekil bir stres faktörü olmadığını, çok sayıda yaşama değişikliğine sebep olabilen oldukça karmaşık ve uzun süreli bir süreç olduğunu belirtmişler ve pek çok risk faktörünün de bu şekilde çok yönlü olabileceği belirtilmiştir.

2.2.1.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler ortaya çıkan riskin etkisini olumlu bir şekilde değiştirebilen faktörleri ifade etmektedir. Koruyucu faktörler durağan değildir ve yalnızca risk faktörlerinin yokluğu anlamına gelmemektedir (Stainton vd., 2019).

Graber vd. (2015), koruyucu yapıların tanımlamasını yaparken “mekanizma” ile “faktör” terimlerini sıklıkla birbirlerinin yerine kullanmış, psikolojik dayanıklılığın genel olarak süreç odaklı yapısını vurgulamış ve yalnızca bir faktörün etkisinin olmayacağı için “mekanizma” kelimesinin kullanımını daha kapsayıcı olarak değerlendirmişlerdir. Rutter (1987), bu noktaya ilişkin, bir değişkenin farklı durumlarda farklı rol alabilme ihtimaline işaret etmiş ve bu noktada süreç kelimesinin kullanılmasının daha uygun olacağını önermiştir. Koruyucu mekanizmalar, adaptif süreçleri kolaylaştırabilmekte veya olumsuz süreçleri engelleyebilmekte ve direkt ya da dolaylı bir şekilde işleyiş gösterebilmektedir (Graber vd., 2015). Koruyucu mekanizmalar bazı araştırmacılar tarafından bireysel ya da sosyal düzeyde (Graber vd., 2015), bazı araştırmacılar tarafından da bireysel, ailesel ya da sosyal düzeyde kategorize edilmiştir (Gök ve Yılmaz Koğar, 2021). Ayrıca bazı faktörler tek başına ele alındığında iyi psikolojik sağlıkla bağlantılı olsa da kişinin çevresi ve ilişkilerini yönetme biçimi de oldukça önemlidir. Destekleyici sosyal ağlar ve sağlıklı bir ebeveyn-çocuk ilişkisi (güvenli bağlanma vs.) gibi mekanizmaların evrensel olarak etkili olduğu kabul edilse de diğer faktörler bağlama göre çok daha spesifikdir (Graber vd., 2015). Koruyucu faktörlere sahip olunması her zaman için psikolojik dayanıklılıkla sonuçlanmayabilir, örnek olarak kişinin savunmasız kaldığı ve sıkıntıların şiddetli olduğu bir durumda bu faktörler tek başına yeterli olmayabilir (Masten vd., 1990).

Psikolojik dayanıklılık ekseninde yapılan araştırmalarda bireysel düzeyde var olan çeşitli koruyucu faktörler ortaya konmuştur. Bu faktörler; bakım verenlerinden ve akranlarından gelen destek sisteminin bulunmasının yanında sosyal ve duygusal becerilere sahip olmayı içermektedir (Luthar vd., 2014). Öbür taraftan Garnezy vd. (1984) ise yüksek zeka seviyesinin koruyucu bir faktör olarak işlev göstereceği bulgusuna ulaşmışlardır. Aynı zaman kişilik özellikleri de psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili bulunmuştur (Graber vd., 2015). Örneğin Luthar (1991), içsel kontrol odağına sahip olmanın stres karşısında dayanıklılığı arttırdığını söylemektedir. Bonanno (2004) ise kişinin bir hayat amacına sahip olmasını, çevresinde gelişen olayların sonuçlarını etkileme yeteneğinin olduğuna inanmasını ve olumlu veya olumsuz deneyimlerden öğrenmeye istekli olmasını kapsayan bir kişilik özelliği olan kişilik dayanıklılığı koruyucu bir faktör olarak belirtmektedir. Öz yeterlilik de psikolojik dayanıklılık bağlamında göz ardı edilmemesi gereken faktörlerden biridir (Martin ve Marsh, 2008).

Aile ortamı, özellikle güvenli bağlanma söz konusu olduğunda çocuğın dayanıklılığını olumlu yönde etkilemekte ve bunu sürdürebilmesi için kritik bir öneme sahip olan korucuyu mekanizmaya dönüşmektedir (Ahern, 2006; Graber vd., 2015). Ek olarak, kişinin orta derecede bir riske maruz kalması durumunda başa çıkma mekanizmalarını geliştirdiği ve zorluklarla başa çıkabilmek için mevcut kaynaklardan yararlanabilmesine olanak sağlaması açısından da işlevsel olabileceği ileri sürölmüştür (Graber vd., 2015; Rutter, 2006).

Sosyal destek oldukça önemli görölen bir koruyucu mekanizmadır. Özellikle kişinin algıladığı sosyal destek, genel işlevsellikle alınan destekten daha güçlü bir ilişkiye sahiptir (Graber vd., 2015; Taylor, 2011). Bunun yanında başa çıkma becerileri de çeşitli bağlamlarda dayanıklılığı desteklerken kilit bir koruyucu rolü üstlenmektedir (Ahern, 2006; Graber vd., 2015).

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde bazı genetik ve biyolojik faktörlerinde psikolojik dayanıklılığı etkilediği sonucuna ulaşan çalışmalar yer almaktadır. Niitsu vd. (2019) yaptıkları araştırmada serotonin taşıyıcı bağlantılı polimorfik bölge (5-HTTLPR) ve dopamin D4 reseptörü (DRD4) dahil olmak üzere 6 farklı genin psikolojik dayanıklılıkla deneysel olarak ilişkili olduğunu ortaya

koymuştur. Cinsiyeti ele alan çalışmalarda da psikolojik dayanıklılığı bireysel düzeyde etkilediği sonucuna ulaşılsa da çelişkili bulgulara ulaşılmıştır (akt. Gök ve Yılmaz Koğar, 2021). Öbür taraftan duygusal destek almaya daha yatkın bir davranış gösteren kadınlar şiddet gibi uyumu bozan başa çıkma yöntemlerine daha az yatkın görülmüştür (Graber vd., 2015). Yine literatürde, kadınların daha az psikolojik dayanıklılığa sahip olduğunu gösterdiği bazı olay ve durumlara yönelik bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Hobfoll vd., 2011; Rodrigues-Llanes vd., 2013).

Bütün bunlara ek olarak hayatın içerisinde yaşanan bazı değişimler de kişinin psikolojik dayanıklılığını olumlu bir şekilde etkilemektedir. Masten ve Tellegen (2012), özellikle bu noktaya dikkat çekmiş ve kişinin hayatına iyi gelen bir arkadaşın girmesi, sağlıklı bir romantik ilişkiye başlaması, içerisinde mutsuz olduğu sosyal çevreden uzaklaşması veya yeni bir kariyer imkanına ulaşması gibi birçok değişkenin psikolojik dayanıklılığa giden yolda etkin bir biçimde rol oynayacağını belirtmiştir.

2.2.1.3. Olumlu Sonuçlar

Olumlu sonuçlar, belli bir riskle karşılaşıldığından beklenenden daha iyi sonuçlara ulaşmak şeklinde kavramsallaştırılmaktadır (Luthar vd., 2014). Literatürde olumlu sonuçları ölçebilmek için patolojinin olmaması, kişinin gelişim kilometre taşlarına uyumlu davranışlar sergilemiş olması, iyi oluş ve yetkinlik gibi bir takım standartlar kullanılmıştır. Yetkinlik, genel olarak kişinin parçası olduğu toplumun sosyokültürel ve tarihsel bağlamı içerisinde, toplum talebini karşılama konusundaki becerisine dayalı olarak tanımlanmaktadır. Dolayısı ile kişinin yaşına uygun olarak çeşitli gelişimsel görevlerde başarıya ulaşması, yetkinliğin ve olumlu sonuçların varlığını değerlendirebilmesi önem arz etmektedir (Wright vd., 2013). Diğer taraftan savaş ve doğal afet gibi büyük ölçekli ve çok ciddi bir felaketin karşısında, gündelik yaşamdaki işlevselliğin eksiksiz bir biçimde devam etmesi veya yetkinlikten çok ciddi bir psikopatolojinin oluşmaması psikolojik dayanıklılığa işaret eden olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir (Luthar ve Cicchetti, 2000). Olumlu sonuçların ölçülmesi hususunda sosyokültürel bağlamında dikkate alınması ise oldukça önemli görülmektedir (Fletcher ve Sarkar, 2013).

2.2.2. Psikolojik Dayanıklılığın Boyutları

Psikolojik dayanıklılığın boyutları farklı araştırmacılar tarafından farklı biçimde ele alınmıştır. Örneğin Kobasa (1979), psikolojik dayanıklılığın boyut olarak bağlanma, kontrol etme ve meydan okuma oluştuğunu ileri sürmektedir.

Kobasa (1979)'nın üç maddede ele aldığı bu boyutlar sırayla değerlendirildiğinde, bağlanma boyutu güçlü olan kişinin, başına gelen olumsuzlukların etkisini azaltacak bir amaç ve anlam hissi olduğu ve olumsuz durum karşısında aktif bir yaklaşım sergileyeceğini söylemektedir (Kobasa, 1979; Kobasa vd., 1982). Diğer yanda kontrol eğilimi yüksek olan kişi de kendini çaresiz hissetmek yerine durum ve şartlar ne olursa olsun kendinin bir etkiye sahip olabileceğine inanma ve kendi seçim, hayal gücü ve kapasitesine güvenme ile karakterize edilebilmektedir. Son olarak ise meydan okuma eğilimine sahip olan kişi, değişimi hayatın olağan akışında olan ve bununda korkulacak bir şey olmaktan çok daha ileriye adım atabilmek için bir motivasyon kaynağı olarak değerlendirir. Bahsedilen bu kişiler çevrelerini iyi tanıma eğilimi içinde olup, stresi yönetebilmek için mevcut kaynaklara da aşinalık göstereceklerdir (Kobasa, 1979; Kobasa vd., 1982).

Friborg vd. (2003), psikolojik dayanıklılığı ilk olarak 5 boyutta ele almıştır. Bunlar:

- Kişisel güç,
- Yapısal stil,
- Sosyal yeterlilik,
- Aile uyumu,
- Sosyal kaynaklar

Ancak daha sonra “kişisel güç” boyutunu iki farklı boyut olarak ele almış “kendilik algısı” ve “gelecek algısı” biçiminde ekleyerek psikolojik dayanıklılığı toplamda altı boyutta ele almıştır (Friborg vd., 2005, akt. Basım ve Çetin, 2011). Bunlar:

- Kendilik algısı,
- Gelecek Algısı,
- Yapısal stil,
- Sosyal yeterlilik,
- Aile uyumu,
- Sosyal kaynaklar

Burada bahsedilen kendilik algısı, kişinin kendisinin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin algısına karşılık gelmekte, gelecek algısı ise yine kişinin geleceğe dair plan ve hedeflerini ifade etmektedir (Friborg vd., 2005). Yapısal stil, planlama ile sürdürme becerisini ifade etmektedir. Sosyal yeterlilik, neşeli duygu durum, dışadönük olma, aktivite planlama gibi sosyal ve iletişimsel becerileri kapsamaktadır. Aile uyumu, aile içerisindeki uyumu ve çatışma dinamiklerini ölçmektedir. Son olarak sosyal kaynaklar, akraba ve sosyal çevreden destek arama ve alma yönünü ifade etmektedir (Friborg vd., 2003).

2.2.3. Psikolojik Dayanıklılık ve Stres Faktörü Arasındaki İlişki

Günümüzde hayatın hemen hemen her alanında karşımıza çıkan karmaşık kavramlardan bir tanesi de strestir. Tanımlanması kolay olmayan ve yine ek olarak birçok kavramı anlam olarak içerisinde barındıran, fiziksel ve zihinsel gerginlik, zorlanma, kaygı yani özetle birey için rahatsız edici bir durum oluşturmaktadır. Stresle ilgili yapılan çalışmalar ve literatürde yer alan bilgiler incelendiğinde strese ilişkin tanımlama yapmanın kolay olmadığı da görülmektedir.

Baltaş (1984), stres kavramını iki anlamda kullanmaktadır. İlk olarak, kişinin ya da başka bir organizmanın tehlike içerisinde olduğu faktörler ve gereklilikler bakımından bozuk bir dengenin var olduğu bir durumun karşılığı olarak kullanılmaktadır. Yani kişinin stres karşısında vermiş olduğu fizyolojik, biyokimyasal ve aynı zamanda ruhsal gerginlikleri sonucunda ortaya çıkan reaksiyonlar bu bağlam içerisinde ele alınmaktadır. İkinci anlamda ise gerginlik, denge bozucu faktörleri

içerisinde barındırmaktadır. Bir başka tanıma göre ise stres; endişe, uzun süren acı, üzüntü ve gerginlik, iç ya da dış etkenler sonucunda oluşan endişeli davranış ve duygu durum; herhangi bir şey yapma konusunda isteksizlik şeklinde tanımlanmaktadır (akt. Şahin, 2010).

Lazarus ve Folkman (1984), yaptıkları bir çalışmada stresin, birey ve ötekiler arasında oluşmakta olduğunu ifade etmiştir. Çevrenin sebep olduğu ihtiyaçlar, kişinin kendi kapasitesini aşan bir durumda ise insan, iç ve dış şartlar arasındaki dengeyi kuramamakta ve sonucunda da çevreye uyum sağlayamamaktadır. Burada kişi hem fiziksel hem de psikolojik sınırlarını zorlayan bir çaba sergiler ve sonunda ise deforme olmasına sebep olan stres açığa çıkmaktadır. Başka bir ifade ile stres, risk alma ile fiziksel ve zihinsel kısıtlamaların meydana gelmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Bayraklı, 2010). Carver (1998) için dayanıklılık, stres sonucunda oluşan fiziksel bozulma ile başa çıkabilmek ve sonraki işlevsellik seviyesine ulaşmakla ilgilidir. O'Rourke (2004), ruhsal dayanıklılığa sahip olan kişilerin, stres durumlarını riskten çok güç kazanabilmek için bir avantaj olarak gördüklerini ifade etmektedir (akt. Bayraklı, 2010).

Dayanıklılık ise stresin meydana getirdiği negatif etkileri düşüren, hastalığa sebep olmasını engelleyen bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda yüksek dayanıklılığa sahip olan kişiler günlük işlerini ve aktivitelerini gerçekleştirirken çok daha fazla bağlılık göstermekte, hayatını kontrol altında tutmakta ve başına gelen beklenmedik gelişmeleri de kendi lehine çevirme eğiliminde olmaktadır. Düşük dayanıklılığa sahip kişiler de yabancılaşma, dış denetim merkezi ve oluşacak değişime karşı dirençli davranış sergilemektedir (Kurt, 2011). Örnek olarak, ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde tedavi gören bir kişinin en yakın akrabaları ile gerçekleştirilen bir araştırmanın sonucunda psikolojik dayanıklılık ve stres arasında negatif yönde bir korelasyonun olduğu bulgulara ulaşılmıştır (Türkmen ve Yağmur, 2017).

2.2.4. Psikolojik Dayanıklılığın Kişilik Özellikleri ile İlişkisi

Bazı kişilik özelliklerinin psikolojik dayanıklılığı etkilediği varsayılmaktadır. Dayanıklılık, sıkıntının karşısında güçlü bir şekilde durmak ve zorluklarla baş edebilmeye sebep olan çeşitli duygusal, bilişsel ve toplumsal nitelikleri de beraberinde getirmektedir. Yüksek dayanıklılığa sahip olan kişiler, stresli yaşam durumları karşısında etkin bir şekilde mücadele veren ve genel itibari ile sonuçları dışsal sebepler yerine içsel sebeplere dayandırmayı tercih eden kişilerdir (Çapan ve Arıcıoğlu, 2014).

Dayanıklı kişilerin içsel kontrollü, problemle başa çıkma yeteneğine sahip olan, diğerleriyle olan iletişimi yüksek, benlik saygısı yüksek ve pozitif benlik örüntülerine sahip, kolay pes etmeyen, mücadele veren, kendini daha iyiye ulaştıran ve empati yeteneği bulunan kişiler olarak varsayılmaktadır (Gürkan, 2006).

Dayanıklılık pek çok kişide karşılaşılan bir niteliktir. Sıradan bir bireyin beden, akıl, beyin, akıl, aile ve sosyal çevresi dayanıklılığın oluşmasında etkili olmaktadır. Dayanıklılığın bu kadar normal süreçler sonucunda meydana gelmesi, yaşamın daha sonraki dönemlerinde dayanıklılığı yükseltip, risk etmenleri ile de baş etme konusunda umut vermektedir (Masten, 2001).

Yüksek dayanıklılığa sahip olan kişilerin başlıca kişilik özellikleri Haynes (2005) üç sınıfa ayırmıştır. Bunlar:

a) “Sosyal Nitelikler

- Arkadaş Edinme Yeteneği
- Olumlu İlişkiler Kurma
- Etkili İletişim Yeteneği
- Gerekirse Yardım Bulma Yeteneğine Rağmen Yardım İstemede İsteksizliği

b) Duygusal Nitelikler

- Sağlam Benlik Yeterliliği Duygusu

- Yüksek Düzeyde Kendine Güven
- Yüksek Benlik Saygısı ve Kendini Kabul Etme
- Duygularınızın Kontrolü ve Tanınması
- Yeni Şartlara Uyum
- Endişeye ve Engellemeye Direnme Gücü

c) Bilişsel/Akademik Nitelikler

- Başarma Güdüsü
- Gelecek İçin Düşünme ve Plan Yapma Becerisi
- Stresli ve Travmatik Durumlarla Mantığını Kullanarak Başa Çıkma Becerisi
- Talih, Kabiliyet Gibi Dış Nitelikler Yerine Çaba Gibi İçsel Niteliklere Önem Verme
- Çevreyi Topluma Fayda Sağlayacak Şekilde Motive Edip ve Harekete Geçirmek” (akt. Yıldırım, 2014).

2.2.5. Psikolojik Dayanıklılık ile Pozitif Psikolojinin İlişkisi

Geçmişten günümüze psikoloji alanında gerçekleştirilen çalışmalar sürekli ilerleme kaydetmektedir. Psikolojide çağa uygun görüşler incelendiğinde, kişiliğin negatif, karanlık ve zayıf yönlerine değil daha çok kişiliğin güçlü ve pozitif yönlerine odaklanılmaktadır. Bu bakış açısına pozitif psikoloji denmekte olup yaklaşımından ötürü bu şekilde adlandırılmaktadır (Kararımak ve Siviş, 2008).

Pozitif psikoloji kavramı terimi Maslow ilk defa 1954 yılında, “Motivation and Personality” adlı eserinde “Pozitif Psikolojiye Doğru” isimli bölümünde kullanmıştır. Maslow ve Rogers, kişinin pozitif yönlerine ve düşüncelerine odaklanmış ve benzeri düşünceleri Seligman’ın psikolojiye yönelik düşünceleri ile örtüşmüştür.

Bu kavramı kullanan ilk kişi Maslow olsa da pozitif psikoloji yaklaşımının öncüsü Seligman (1998) olarak kabul görmektedir (akt. Yıldız, 2015).

1999'da Martin Seligman, psikolojinin bireyin anormal yönlerine odaklandığını ve kişinin pozitif, güçlü yönlerine odaklanmaya, anlamaya ve geliştirmeye çalışmadığına ilk defa dikkat çekmiş ve psikolojinin kişiyi daha iyi, başarılı ve mutlu bir bireye dönüştürmesi gerektiğini ifade etmiştir (akt. Keleş, 2011). Pozitif psikolojinin üzerinde durduğu üç nokta vardır. Bunlardan birincisi, deneyimlerden memnun, geleceğe ve geçmişe dair esenlik, iyimser ve umut dolu, olumlu deneyimi; ikincisi, dışadönük, bağışlayıcı, sevgi, beğeni; üçüncüsü ise modernleşme, özveri, sorumluluk sahibi, iyi bir insan olma gibi konular üzerinde çalışmaktadır (Eryılmaz, 2014).

Pozitif psikolojinin modern kavramlarından bir tanesi olarak ortaya çıkan psikolojik dayanıklılık, ruh sağlığı alanında sıklıkla tartışılıyor olsa da ilk defa 1960 ve 1970'li yıllarda gelişimsel patoloji alanında kullanılmıştır. Dayanıklılık, negatif bir durum karşısında direnme ve daha sonra toparlanma şeklinde ifade edilirken aynı zamanda pozitif ahenk içeren dinamik bir proses olarak da ifade edilmektedir. Psikolojik dayanıklılığın omurgasında iki kavram bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi stres ve zorlu şartlara bağlı güçlüklerdir. İkincisi ise davranışsal ve sosyal yetileri içeren olumlu uyumdur (Ernas, 2017).

Dayanıklılık, yaşamın içerisindeki stresli olaylar karşısındaki direnç kaynağı olarak işleyen bir kişilik özelliğidir. Kobasa (1979), stresli yaşam olaylarının karşısında direnç sahibi insanların bazı karakteristik özelliklere sahip olduğunu ileri sürmektedir.

Kobasa (1979), doktora tezinde dayanıklılık kavramını ortaya koyabilmek için Illinois belediyesinde görev yapan üst ve orta düzey yönetici kademelerinde 40 ile 49 yaşları arasındaki 670 erkeği katılımcıyla bir çalışma yürütmüştür. İlk adımda, bu kişilerin son üç yıl içerisinde yaşamış oldukları stresli yaşam olayı ve hastalıklar hakkında konuşmalarını talep etti. Sonrasında ise karşılaştırma yapabilmek için stres oranı hastalıklarına göre ortalamanın üstünde olan 200 kişiyi bir kategoriye, stres oranı yüksek olsa bile düşük hastalık puanı olan 126 kişiyi de diğer kategori altına sıralamış ve karşılaştırma yapmıştır. Kobasa sonuçları analiz ettikten sonra yüksek stres

düzeyine sahip olan ancak düşük hastalık düzeyine sahip insanların dayanıklılığını oluşturan üç ana niteliğe (denetim, meydan okuma, bağlanma) sahip olduklarını bulmuştur. Bu kişiler genellikle kendilerini işlerine odaklamış ve yaşamın zorlayıcı olaylarını bir engel olarak tanımlamak yerine güçlerini birer sınırlayıcı olarak görmüştür. Aynı zamanda yaşamda başlarına gelen olayların kontrolünün kendilerinde olduğunun altını çizmiştir (akt. Terzi, 2005).

Kobasa, sağlık ve kişilikle ilişkili araştırmaları varoluşçu yaklaşım perspektifinden yola çıkmış, iyileşen bireylerin kişiliğinin bir parçası olarak psikolojik dayanıklılığı açıklamıştır. Varoluşçu yaklaşımda kişi her şeyden önde birinci sıradadır. Burada hiçbir teori ya da zihinsel yaklaşım kişinin önüne geçmemektedir. İnsanın varlığı ve gerçekliği burada bir plan ya da teori kapsamında gelişmemekte yani kendi gerçekliğinde şekillenmektedir. Kişinin varlığı, yaşam içerisindeki davranışları, seçimleri ve işlevleri çerçevesinde anlamlı bir hale gelmektedir. Bu bağlamda hayat, kişilerin verdiği kararlarla dolu ve bu kararlar sayesinde anlam kazanmaktadır. Kişi yaşamını anlamlı kılma konusunda oldukça özgürdür ve bu yaklaşımla kişi davranışlarının meydana getirdiği sorumlulukları alır ve yaşamını anlamlı hale getirir. Birey sorumluluklarını alabilme yeteneğine sahiptir ve bu sebeple de durağan değil kendini sürekli geliştirendir. Ancak kişi geçmişinde kim olduğuna odaklanmamakta şimdi ve gelecekte kim olacağı ile ilgilenmektedir. Burada kişinin dünü, bugünü ve yarını kendi eseri olarak kabul edilmektedir. Kobasa için bir kişilik özelliği olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık varoluşçu yaklaşımın düşünceleri ile birleşmektedir. Psikolojik dayanıklılığa sahip olan kişi yaşamda ne yapmak istediğine kolay bir şekilde karar veren ve problemlerin çıkması durumunda önleyebileceğine ilişkin inancı olan ve şuan da durumlarını geçmişten daha iyi bir noktaya getirdiklerine inanan kişilerdir (akt. Terzi, 2005).

Teorik olarak psikolojik dayanıklılık, yaşamın erken dönemlerinde gelişmekte olup, çeşitli ve zengin yaşam tecrübenin bir sonucu olarak görülmektedir. Ailenin bir stresli durum karşısındaki tepkisi, varoluş koşulu olarak yaşamı düzenleme ilkesi üzerinde durarak dayanıklılığa yol açmalıdır. Ebeveynler her çocuğu benzersiz olarak görmeli ve çocuklarının davranışlarının sonuçlarını alma konusunda onlara yardımcı olarak, karar, tercih ve davranışları sonucunda hayatlarını düzene sokabilecekleri bir ortam oluşturmali ve tercihlerini özgür bir şekilde yapabilmelerini

sağlamalıdır. Psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi için diğer önemli olan faktör bakım vereni tarafından bakım görmeyen çocukların yaşam içerisinde zorluk yaşamalarıdır. Çocuğun özel hissetme ihtiyacı karşılanmadığı için çocuğun ne ailesi ile ne de çevresi ile düzgün bir ilişki kurması mümkün değildir.

Pollock (1989), psikolojik dayanıklılığın erken dönemde ortaya çıkmasını Ericson'un "bağımsızlığa karşı kuşku ve utanma" döneminin bir özelliği olarak açıklamaktadır. 1 ile 3 yaş arasındaki çocuğun konuşma, yürüme ve tuvalet alışkanlığı kazanması beklenmektedir. Çocuk kendi başına bu eylemleri nasıl gerçekleştirebileceğini keşfeder ve kendini adeta test eder. Aynı dönem içerisinde çocuğun özgüveni de oluşmaya başlar. Bağımsızlık duygusu gelişir ve özgüven gelişimi devam eder. Burada oluşan egemenlik duygusu çocuğun neler yapabileceğine ilişkin algısının gelişmesine katkı sağlar. Ebeveyn çocuğu bağımsız bir şekilde hareket etmeye teşvikte bulunursa, hata yaptığında kaygısını giderip, çocuğun kendine güvenmesini sağlarsa, gelecekte seçim, kontrol ve bağımsızlık gerektiren durumlarda kendinden emin bir tavır sergileyecektir. Yine ebeveyn, çocuğunun bağımsızlık için atacağı adımlarda koruyucu bir tutum sergileyip davranışlarını onaylamazsa çocuk daha çok utanacak ve yeteneklerinden de şüphe duymaya başlayacaktır. Bu bağlamda, erken dönemde sağlıklı bir egemenlik hissi geliştiren kişi, çevresini ve kendini kontrol etme, etkin karar alma, zorlukların üstesinden gelebilme konusunda yeteneklerine güvenme gibi özelliklere sahip olacaktır (Portnoy vd, 2018).

2.2.6. Psikolojik Dayanıklılıkla İlgili Yapılan Çalışmalar

Campbell-Sills vd. (2006), genç yetişkinlerin katılımcı olduğu bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı beş faktör kuramı esas alınarak incelenmiş ve sonucunda psikolojik dayanıklılığın, nevrotik ile negatif; dışa dönüklük ve sorumluluk ile pozitif bir korelasyona sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ek olarak psikolojik dayanıklılık, çocukluk çağında yaşanan ihmal ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi modere etmiştir. Geçmişte ihmale uğrayan kişinin psikolojik dayanıklılık seviyesi düşük ve psikiyatrik semptom göstermiştir.

Çetin vd. (2015), çalışmalarında psikolojik dayanıklılığı kişilik özellikleri bağlamında ele almış ve sonucunda ulaştıkları bulgular, çeşitli kişilik özelliklerinin

psikolojik dayanıklılıktaki varyansı açıklama konusunda farklı roller üstlenebileceğini ortaya koymuştur.

Karacaoğlu ve Köktaş (2016), katılımcısı hastane çalışanları olan araştırmalarında psikolojik dayanıklılığın iyimserlik ve iyi oluş ile orta düzeyde bir pozitif ilişkisinin olduğunu göstermiş, ek olarak psikolojik dayanıklılık ile iyi oluş arasındaki ilişkide iyimserliğin kısmi bir şekilde aracı rolü üstlendiği saptanmıştır.

Tamura vd. (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeylerini saptamak için sistematik çalışmada elde edilen bulgular, yüksek psikolojik dayanıklılık seviyesinde daha düşük düzeyde anksiyete ve depresyon skorlarının ilişkisini ortaya koymuştur. Yine daha yüksek psikolojik dayanıklılık ile kaliteli yaşam arasında pozitif bir korelasyon görülmüştür.

Kotera vd. (2022), psikolojik dayanıklılığın yanında öz-şefkati de odaklarına alarak bir çalışma yürütmüşler ve sonucunda öz-şefkat daha güçlü olmak üzere psikolojik dayanıklılığın ve öz-şefkatin iyi oluşla arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Bulgular aynı zamanda psikolojik dayanıklılığın iyi oluş üstünde anlamlı bir şekilde hem direkt hem de öz-şefkat aracılığı ile indirekt bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Özetle yüksek psikolojik dayanıklılık kendi başına iyi oluşu yordar iken aynı zamanda öz-şefkat düzeyini de yükseltmek vasıtasıyla iyi oluşa pozitif yönde katkı sağlamaktadır.

2.3. Travma

Travmaya ilişkin yapılan tanımlar uzun yıllar boyunca tartışma konusu olmuş ve zaman içerisinde değişime uğramıştır. İlk defa DSM-III ile zorlu yaşam olayları “travma” şeklinde tanımlanmıştır (APA, 1980). DSM-III de ilk defa Travma Sonrası Stres Bozukluğundan bahsedilmiş ve devamında travmanın tanımı yapılmıştır (APA, 1980). Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-III de anksiyete bozuklukları kategorileri içerisinde yer almış ve travmaya yönelik belirlenen kriterler aşağıda sıralanmıştır (APA, 1980);

“Hemen herkeste belirgin düzeyde sıkıntı yaratacak bariz bir olayın varlığı olmalıdır.”

Tanımın ve olayı travmatik hale dönüşme eşiğinin belirsiz olması sebebi ile DSM-IIIR' de kavram revize edilerek örneklendirilmiştir (APA, 1987).

“Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay. Örnek olarak kişinin hayatına veya fiziksel bütünlüğüne tehdit, kişinin çocukluğuna, eşine, yakın akrabasına veya arkadaşlarına yönelik tehdit veya zarar verme, kişinin evine veya yaşadığı ortama zarar verme veya başka kişilerin kazara veya fiziksel şiddet sonucu yaralandığına veya öldürüldüğüne şahit olma verebilir.”

Burada her ne kadar revize edilerek örneklendirilmiş olsa da daha sonra tekrar DSM-IV'de revize edilmeye ihtiyaç duyulmuştur.

“DSM-IV Travma Kriteri;

Kriter A: Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

1. *Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.*

2. *Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.”*

Yine DSM-IV de aynı zamanda sekonder travmatizasyonun kabul edildiği görülmüştür. DSM-III de örneklendirilmiş olsa da tanı kriteri olarak ikincil travmatizasyonun varlığı ancak DSM-IV ile kabul edilmiştir. Yani bir olayı öğrenmiş olmak, haberdar olmak ve görmek gibi dolaylı yollarla da kişiler travmaya uğramış kabul edilmeye başlanmıştır.

DSM ile ilgili en son gelişme olan DSM-V de ise travmaya tanımının bulunmamasının yanında TSSB “örselenme sonra gerginlik” şeklinde tanımlanmıştır.

2.3.1. Psikolojik Travma

Psikolojik travma; “kişinin kendisi, ailesi ya da yakınlarının fiziksel bütünlüğüne ya da yaşamına yönelik ciddi bir tehdidin olması, evinin ya da içinde

bulunduğu toplumun aniden hasar görmesi, bir başka kişinin ciddi biçimde yaralanması ya da ölümüne tanık olunması gibi normal insan yaşantısının dışında olan ve herkeste farklı fark edilir düzeyde stres yaratan olaylar travmatik olaylar” olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Travmatik olayların, kişi de geçmişte sahip olduğu şemalarının, dünyanın güvenilir bir yer olduğu ve öngörülebilir olduğuna dair temel psikolojik varsayımlarının yıkılmasına sebep olmaktadır. Psikolojik travma, bireyin yaşam içerisinde bir düzenin ve sürekliliğin olduğuna ilişkin inançlarını yok etmektedir. Travmatik yaşantıyla, kişi kaygı ve korku verici duygularla, deneyimlerle başa çıkabilmek için ihtiyacı olan içsel ya da dışsal bir güvenli yere sahip olduğu bilgisini kaybeder.

Psikolojik travma sonrasında TSSB, madde kötüye kullanma ve bağımlılığı, kişilik bozuklukları, depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, disosiyatif bozukluklar ve yeme bozuklukları görülebilmektedir. Travmatik olayların nesnel özelliklere dayandırılarak yapıldığı travmalar; doğrudan travmalar, dolaylı travmalar ve biriken ya da travma benzeri olaylar şeklinde kategorilendirilmektedir.

2.3.1.1. Doğrudan Travmalar

Doğrudan travmalar, bireyin bizzat deneyimlediği travmatik olayları ifade etmektedir. Bu tür travmalar, kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü tehdit eden, yaşamını veya güvenliğini tehlikeye atan olaylar sonucunda ortaya çıkmaktadır (Briere ve Scott, 2015). Doğrudan travmalara maruz kalan bireyler, genellikle olayın etkilerini daha yoğun ve uzun süreli olarak deneyimlemektedir (Kira vd., 2008).

Doğal afetler, kazalar, fiziksel saldırılar, cinsel istismar ve savaş gibi olaylar doğrudan travmalara örnek olarak verilebilmektedir. Bu tür olaylar, bireyin kendisini çaresiz ve savunmasız hissetmesine neden olmakta ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik rahatsızlıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (APA, 2013).

Doğrudan travmaların etkileri, travmatik olayın şiddeti, süresi ve sıklığına bağlı olarak değişebilmektedir. Tek bir olay bile bireyin psikolojik sağlığını derinden

etkileyebilirken, tekrarlayan veya kronik travmalar daha kalıcı hasarlara yol açabilmektedir (Herman, 1992). Travmatik olayın ardından bireylerde görülen tepkiler arasında; yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve olumsuz bilişsel ve duygusal değişimler yer almaktadır (Ehlers ve Clark, 2000).

Doğrudan travmaların etkileri sadece psikolojik boyutta sınırlı kalmamakta, aynı zamanda bireylerin fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Travma sonrası ortaya çıkan stres, bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve çeşitli sağlık sorunlarının gelişmesine neden olabilmektedir (Kendall-Tackett, 2009). Ayrıca, travma sonrası dönemde bireylerin madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar ve intihar girişimleri gibi olumsuz başa çıkma stratejilerine yönelme riski de artmaktadır.

Doğrudan travmalar, etki süresi ve şiddetine göre üç alt kategoride incelenmektedir:

I.Tip Travma: Tek bir bilinmedik olaya dayalı olan doğrudan travmalara denmektedir. Ani olarak ya da beklenmedik bir şekilde gerçekleşen tek bir olayla sınırlı olup tipik bir travma sonrası stres bozukluğu belirtisine sebep olmaktadır.

II.Tip Travma: Üst üste gelmiş olan ya da hala süregiden travmatik yaşantılardır. Kişinin dayanma gücünü zorlaştıran, birbiriyle ilişkisi bulunan bir dizi olayın yineleyen ve uzun süren seyri şeklinde tanımlanmaktadır.

III.Tip Travma: Farklı örüntülere ya da döngülere sahip olan bir dizi travmanın üst üste gelmesi olarak bilinmektedir. Herhangi bir doğrudan travmanın üzerine başka birçok dolaylı travmanın ya da biriken travmaların eklenmesidir (Dube vd., 2001).

2.3.1.2. Dolaylı Travmalar

Dolaylı travmalar, bireyin doğrudan deneyimlemediği ancak başkalarının yaşadığı travmatik olaylara tanık olması veya bu olaylardan etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu tür travmalar, "ikincil travmatik stres" veya "dolaylı travmatizasyon" olarak da adlandırılmaktadır (Figley, 1995). Dolaylı travmalara maruz kalan bireyler,

genellikle travmatik olaya doğrudan maruz kalan kişilerle empatik bir bağ kurarak veya onların yaşadıklarına şahit olarak etkilenmektedir (Pearlman ve Saakvitne, 1995).

Dolaylı travmalar, özellikle travmatik olaylara maruz kalan kişilerle çalışan profesyonellerde sıklıkla görülmektedir. Terapistler, acil durum çalışanları, sağlık personeli ve sosyal hizmet uzmanları gibi meslek grupları, dolaylı travmalara daha yüksek risk altındadır (Bride vd., 2004). Bu profesyoneller, travma mağdurlarının hikayelerini dinleyerek, onların duygusal acılarına tanık olarak ve empati kurarak dolaylı olarak travmatize olabilmektedir (McCann ve Pearlman, 1990).

Dolaylı travmaların etkileri, doğrudan travmalara benzer şekilde psikolojik, duygusal ve fiziksel belirtiler gösterebilmektedir. Bunlar arasında; travmatik olayların zihinde tekrar tekrar canlanması, kaçınma davranışları, aşırı uyarılmışlık, duygusal küntlük, uyku bozuklukları ve fiziksel rahatsızlıklar yer almaktadır (Figley, 2002). Ayrıca, dolaylı travmalar bireylerin dünya görüşünü, inançlarını ve kişilerarası ilişkilerini de etkileyebilmektedir (Pearlman ve Mac Ian, 1995).

Dolaylı travmaların önlenmesi ve tedavisi için çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir. Bunlar arasında; psikoeğitim, stres yönetimi teknikleri, destekleyici terapi ve travma odaklı terapi yöntemleri yer almaktadır (Bober ve Regehr, 2006). Ayrıca, travmatik olaylara maruz kalan kişilerle çalışan profesyoneller için düzenli süpervizyon, ekip desteği ve kişisel bakım stratejileri de önemli rol oynamaktadır (Pearlman ve Caringi, 2009).

Dolaylı travmaların etkileri, sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda kurumsal ve toplumsal düzeyde de görülebilmektedir. Travmatik olaylara maruz kalan kişilerle çalışan kurumların, ikincil travmatik stresi önlemek ve çalışanlarının refahını desteklemek için politikalar geliştirmeleri gerekmektedir (Bell vd., 2003). Toplumsal düzeyde ise, travmatik olayların tanınması, mağdurların desteklenmesi ve travma sonrası büyümenin teşvik edilmesi önem taşımaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004).

2.3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

DSM-V ile travma sonra stres bozukluğu isim değiştirerek “örselenme sonrası gerginlik bozukluğu” şeklinde tanımlanmaya başlanmıştır. DSM-V de yer alan örselenme sonrası gerginlik bozukluğu kriterleri aşağıda sıralanmıştır.

“Kriter 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. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireylerinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. İnsan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).”

TSSB, kişinin ruhsal ve bedensel olarak sarsıldığı, incindiği ve üzüldüğü olağan dışı olaylara vermiş olduğu ruhsal tepkiler olarak tanımlanmaktadır. TSSB’ye ilişkin bir diğer tanım ise “sarsıcı bir olaydan sonra, olayın tekrar tekrar yaşanması, travmaya eşlik eden uyarılardan kaçınma, tepkilerde yavaşlama, dış dünyaya ilginin azalması ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin değişik derecelerde bulunması ile belirli bir ruhsal bozukluk”tur (Kaya, 2015).

2.3.2.1. Travma Sonra Stres Bozukluğu Belirtileri

TSSB belirtileri DSM-IV-TR’de üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; travma anlarını tekrar tekrar yaşama, travmaya eşlik etmiş uyarılardan kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma (küntleşme) duygusal boşluk hissederek donuklaşma ve artmış uyarılma belirtileridir. Travmatik yaşantı sonrası sıralanan belirtilerin bir

aydan daha uzun sürmesi, belirgin düzeyde bir rahatsızlığa sebep olması ve işlevsellikte bozulmaya neden olması durumunda TSSB tanısı konabilmektedir. Bahsedilen belirtiler eğer üç aydan kısa sürerse akut ancak daha fazla sürerse kronik stres bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Travmatik Olayı Yeniden Yaşantılama

Travmatik olayı yaşam duygusal, fiziksel veya davranışsal olarak yaşanabilmektedir. Yaşanan travmayı yeniden yaşama belirtisini, Öztürk ve Uluşahin (2008), “birkaç saniyeden başlayıp günlerce sürebilen, travma ile ilgili sıklıkla tekrarlayan imajları, düşünceleri, kabusları yeniden yaşantılama, ‘hissetme’ ve bu doğrultuda davranma” olarak açıklamıştır. Bu belirtilerin içeriği doğrudan yaşanmış olan travmatik olayla ilişkili imge ve düşünce düzeyinde olabilmektedir. Travmatik olayın bir kısmının veya tamamının kişinin elinde olmadan travmatik olaya geri dönüşler (flashback) olarak görsel imajlar şeklinde görülmesidir. Olayla ilgili olan görsel imajlar adeta geçmişte olmuş gibi değil de şu anda oluyormuş gibi yaşanır ve rahatsız edici, sıkıntı uyandıran, zorlayıcı bir biçimde tekrar olarak anımsanır. Bu anımsalar belli bir zamanda olmaksızın ansızın bir şekilde ortaya çıkabilir. Travmatik olayın tekrar yaşanması olayla ilgili olan kabus ve rüyalar şeklinde de ortaya çıkabilmektedir. Bu durumun kişide uyku sorunlarına da yol açabilmektedir (akt. Kaya, 2015).

Hacıoğlu vd. (2002) ise, “duygusal yeniden yaşantılamanın kaygı, öfke ve huzursuzluk olarak yaşandığını” belirtmiştir. Davranışsal yeniden yaşantılama ise farklı şekillerde olabilmektedir. İçlerinden en dikkat çeken travmatik olay esnasında yaşanan agresif dürtülerin yeniden yaşanmasıyla çevreye uygulanan fiziksel saldırganlıktır. Fizyolojik tepkilerde uykusuzluk, dikkati toplamada güçlük, düşündüklerini belli bir konuda yoğunlaştıramama, işleri tamamlamakta güçlük çekme, baş ağrısı, gastrointestinal sistemle ilgili sorunlar ve taşikardi görülmektedir (akt. Kaya, 2015).

Aker (2012), yaşanan travmayı hatırlatan uyaranlarla karşı karşıya kalındığında o dönemde yaşanan duygu ve düşüncelerin yeniden ortaya çıktığını söylemektedir. Bunlar ise daha çok korku, panik, öfke, umutsuzluk, dehşet ve üzüntü benzeri duygulardır. Davinson ve Neale (1997), “olayı sembolize eden uyarıcılara

örneğin gök gürlemesinin bir savaş gazisine savaş alanını hatırlatması gibi ya da depremin yıl dönümüne karşı aşırı duygusal tepki gösterilmesi gibi” metaforlara yer vermiştir (akt. Aker, 2012).

Kaçınma Belirtileri ve Genel Tepki Düzeyinde Azalma

Kaçınma belirtisi, travmatik olaya dair düşünce ve duyguların kişide yaratmış olduğu sıkıntı, çaresizlik, korku gibi sebeplerle, kişinin doğrudan bir şekilde ona olayı hatırlatmakta olan uyaranlardan uzaklaşmak için özel bir çaba sarf etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu sebeple burada kişilerin travmatik olayı anlatabilmeleri de oldukça zor olmaktadır. Birey yaşadığı travmayı düşünmeyi istememekte ve onu çağrıştıracak olan her şeyden uzaklaşmaya çalışmaktadır. Battal ve Özmenler (1997), kişide olayla ilgili amnezi bile yaşanabileceğini ifade etmektedir. Kaya (2015) ise, kişi yaşamış olduğu travmayı ona hatırlatan uyaranlarla karşı karşıya kaldığında korku ve çaresizlik gibi psikolojik sıkıntıların ortaya çıkabileceğini ve aynı zamanda fizyolojik olarak da kalp çarpıntısı, sıkışma hissi, titreme ve terleme gibi sorunların da ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir.

Davinson ve Neale (1997), travmatik olayı hatırlatan işaretlerin yine travmatik olayın duygusal acısını tekrar getireceğini ve bu sebeple de kişi için tekrar tehlike doğurabileceğini söylemiştir.

“Kişiler travmatik olayı hatırlatan, bu olaya ve olayın herhangi bir özelliğine benzeyen yer, durum, kişi, zaman ve etkinlik gibi uyaranlardan kaçınır. Kişiler yaşadıkları travmatik olayın önemli bir kısmını hatırlayamazlar. kişinin duygusal kaçınması çevreden izolasyon biçimini de alabilir. Kişide taşlaşma, psişik uyuma, duygusal anestezi gibi duygularını hissedememe yaşayamama durumu görülebilir. Kişilerde dostluk, sevecenlik, cinsellik gibi bazı duyguları duyumsayabilme yetisinde azalma görülür. Kişi boğuluyormuş duygusu yaşar ve olumlu duyguları hissedememe problemi yaşar.” (akt. Kaya, 2015).

Öztürk ve Uluşahin (2008) ise, daha detaylı bir açıklama yaparak kişilerin daha önceden sevdikleri etkinliklere karşı dahi ilgi kaybı yaşayabileceklerini ve bu etkinliklere katılımlarının azalabileceğini belirtmiştir. Hastanın duygulanımında bunaltı egemen olabileceği, duygusal açıdan uyuşukluk hissedebileceği ve çevresine

dair ilgisiz, tepkisiz kalabileceği, haz almakta güçlük çekebileceği, çocuk sinirlenme ve öfke patlamaları yaşama gibi durumların söz konusu olabileceğinin altını çizmiştir. Özgen ve Aydın (1999), kaçınma belirtisi gösteren kişinin diğer insanların uzaklaşarak yabancılık hissedeceğini, meşkle, evlilik, çocuk ya da yaşamla ilgili olumsuz duygular yaşayabileceğini ya da geleceği olmadığı duygusuna kapılabileceğini öngörmektedir.

Yukarıda yer verilen tanımlar incelendiğinde, kaçınma belirtisi yaşayan kişinin bilinçli bir şekilde travmayı ona hatırlatacak olan uyaranlardan kendini soyutlayabildiği, uyaran ona travmayı hatırlattığında hem psikolojik açıdan hem de fizyolojik problemlerle karşı karşıya kaldığı görülmektedir.

Artmış Uyarılma Belirtileri

Özgen ve Aydın (1999), “artmış uyarılmışlık belirtilerini kişinin travmayla karşılaştığı sırada travmaya verdiği şok tepkisi olarak yaşadığı ve onu hayatta tutacak olan yaşantı örneklerinin uzantısı olarak düşünülebileceğini” ifade etmiştir.

“Travmayı yaşayan kişi uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorluk çeker. Sürekli tetik durumundadır, çevresini sürekli yaşamış olduğu travmanın gözü ile süzer. Çabuk irkilir. Algılama ileri derecede artmıştır. Hafif uyaranlar şiddetli algılanır, irkilme tepkisi doğurur. Normalde aldırış edilmeyecek uyaranlara aşırı derecede duyarlıdır ve en küçük uyarana irkilme tepkisi verir. Yerinde duramayacak kadar huzursuzluk belirtileri görülür. Kapı çarpması, telefon çalması gibi basit uyaranlar kişide irkilme tepkisine, kalp çarpıntısı, titreme, nefes darlığı gibi fizyolojik tepkilere yol açar. Kişi çabuk sinirlenme ya da öfke patlamaları yaşar. Ayrıca yaptığı işe yoğunlaşma güçlüğü ve işlerini bitirmekte güçlük yaşar.” (Battal ve Özmenler, 1997).

“Travma sonrası stres bozukluğunda hastanın düşünce içeriğinde ise olayın rahatsız edici bir şekilde yineleyici olarak hatırlanması ve tekrarlı yaşanması hastayı çok tedirgin eder. Hasta olayı unutmak ve düşünmemek ister. Bunun için çabalar fakat örseleyici olay bütün sahnesiyle, ayrıntılarıyla yineleyici biçimde düşüncede yaşanır. Hasta olaydan başkaları öldüğü ve kendisi sağ kurtulduğu için kendisini suçlayabilir. Bazen de yaşadıklarından dolayı çevreyi suçlayabilir. Belirtileri travmatik olaydan

sonraki birkaç hafta ya da birkaç ay içinde ortaya çıkar. Bu süre ender olarak altı ayı geçer.” (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Artmış uyarılma belirtisi başta bir aydan uzun süren tedirginlik, duyarlı olma ve hassasiyetin önemli derecede artması, basit uyaranlar karşısında büyük fizyolojik tepkilerin verilmesi ve dikkat dağınıklığı şeklinde görülmektedir. Bu belirtiler genel olarak kişinin yaşam kalitesini etkileyecek şiddette ortaya çıkmaktadır. Bireyin yaşadığı travmatik olayla daha sonra tekrar yaşayacağına dair hisse kapılması, tepkilerinin boyutu ile doğru orantılı olarak artmaktadır.

Travmatik olaylar karşısında ortaya çıkan bu belirtiler bir aydan daha uzun sürmektedir. Klinik düzeyde belirgin bir sıkıntı ortaya çıkmakta bu da toplumsal, mesleki ve işlevsellik açısından bozulmalar yaşanmasına sebep olmaktadır. Belirtilerin travmatik olaydan hemen sonra başlaması söz konusu olduğu gibi altı ay sonra da başlayabilmektedir. Yine belirtiler üç aydan kısa sürebileceği gibi çok daha fazla süre devam edebilmektedir (APA, 2000).

DSM-IV-TR’ye göre, TSSB, kişiyi aşırı düzeyde strese sevk eden bir olay sonrasında gözlemlenen yoğun, ciddi ve gereğinden uzun süren semptomlar grubunu tanımlayan tanı kategorisidir (APA, 1994). Tüfekçi (2011), belirtilerin başlamasına sebep olan olay ya da etkenin net bir şekilde belirlenmesinin tanı açısından önemli olduğu görüşündedir. Tanı konmasına kolaylık sağlayan kriterler; aşırı uyarılma hali, çaresizliğe sebep olan etkenle ilgisi düşünme ve duyguların önüne geçemeyecek şekilde sürekli olarak yineleniyor olması, etkenin hatırlanmasına yol açan sembol ve niteliklerin yoğun bir biçimde yarattığı kaygı olarak tanımlanabilmektedir.

“Örseleyici yaşantıları olan bireylerle çalışan kişilerde, söz konusu belirtilerin neden olduğu olay, yardım ilişkisinde bulundukları bireyin doğrudan yaşamış olduğu olaydır. Örneğin; tecavüze uğramış bir danışanın saldırı anına ilişkin rahatsız edici detaylarına maruz kalmış bir meslek elemanı, danışanının yaşadığı saldırıya ait geri dönüşler yaşayabilir, rüyasında saldırı anını görebilir ya da saldırıya ilişkin detayları istemsiz bir şekilde tekrar tekrar hatırlayabilir.” (Kahil, 2016).

2.3.2.2. Travma Yaşantılarının Birey Üzerindeki Etkileri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabında (APA, 2013) kişinin yaşamsal tehlike, yaralanma, cinsel saldırı gibi olaylara fiilen maruz kalması veya bunların kıyısından dönmesi, bu tür olaylara tanıklık etmesi veya bir yakınının başına böyle bir olayın gelmesi travmatik yaşandılar olarak kabul edilmektedir. Travmatik olay yaşamış olan kişi aşırı derecede korku, çaresizlik veya dehşet tepkileri gösterebilir ve tekrar tekrar ona sıkıntı veren durumları anımsayıp rüyasında olayı görebilir. Kişi travmatik olay adeta yeniden oluyormuş gibi davranıp hissedebilir, olayın bir yanını çağrıştıran durumlarla karşı karşıya kaldığında yoğun bir psikolojik sıkıntı içerisine girebilir ve aynı zamanda fizyolojik tepki gösterebilir. Travmaya eşlik eden düşünceler, duygular veya konuşmalardan özellikle kaçınma çabası içerisinde olabilir. Olayı ona anımsatabilecek etkinliklerden, mekanlardan ve kişilerden uzaklaşabilir. Travmanın önemli bir kısmını hatırlamayıp, önemli etkinliklere katılımı azalıp, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma eğilimi içerisinde olabilir. Duygulanımda özellikle kısıtlılık ve artık bir geleceğin kalmadığı duygusu görülebilir. Bunun yanında uyku problemleri, huzursuzluk, öfke patlaması, düşüncelerini yoğunlaştırmada güçlük çekme, sürekli tetikte bekleme ve aşırı düzeyde irkilme gibi belirtiler görülebilir. Bunlar TSSB'nin başlıca belirtilerini oluşturmaktadır (APA, 2013; Gürdil, 2014).

Janoff-Bulman ve Berg (1998), TSSB'de görülen bu belirtilerin yanında travmatik yaşantılarla karşılaşan kişilerin temel psikolojik varsayımlarda bazı değişimlerin söz konusu olabileceğini ifade etmektedir. Bu görüşe göre, insanlar dünyanın güvenli bir yer olduğuna, kendilerinin de incinmez olduğuna dair temel varsayımlara sahiptir. Dünyanın iyi ve güvenli bir yer olduğuna, kendilerinin ise değerli, yetenekli ve incinmez olduğuna inanmak insanlara büyük bir rahatlık sağlar. Yaşamın adil, anlamlı ve öngörülebilir olmasıyla ilgili varsayımlarına bağlı olarak insanlar, doğru davranışlarda bulundukları sürece talihsizliklerden korunabileceklerine inanırlar. Başka bir deyişle, dünyada kötü olayların olduğunu bilirler; ama derinlerde bir yerde, bunların kendi başlarına gelmeyeceğine inanırlar. Fakat travmatik bir olayla karşılaşan birey, o zamana kadar sahip olduğu bu temel varsayımlarının bir yanılsama olduğunu keşfeder. Kendi güvenliğinin ve incinmezliğinin zannettiği gibi garanti altında olmadığı gerçeğiyle yüzleşir. Bu düşünce kırıklığı, oldukça acı vericidir. Artık dünyanın güvenli ve öngörülebilir bir yer

olduğuna, kendisinin de güçlüklerle başa çıkmak için yeterli içsel ve dışsal kaynaklara sahip olduğuna dair inançları sarsılmıştır. Kendi incinebilirliğiyle veya ölümlülüğüyle yüzleşen birey, artık kişisel değeri veya önleyici davranışları sayesinde kötülüklerden korunabileceğini varsayamaz. Kendisinin veya sevdiklerinin başına kötü olayların gelebileceğini yani, güvenliğin garanti altında olmadığını fark eder. Dünya artık onun için anlamlı ve öngörülebilir bir yer olmaktan çıkar. Kötü olayların anlaşılabilir nedenlere bağılı olarak değil, rastlantısal bir şekilde gerçekleştiğı anlamsız bir dünyada yaşamak birey için artık son derece kaygı verici bir durum haline gelir (Gürdil, 2014).

Janoff-Bulman ve Berg (1998), kişi başına gelen travmatik olayı o güne kadar sahip olduğı varsayımlarla açıklayamamakta, daha önceden sahip olduğı bakış açısını gözden geçirmekte ve kendisini daha sonra başına gelebilecek travmalara hazırlayacak daha gerçekçi bulduğı inanç ve değerler geliştirme gereksinimi duymaktadır. Bu bağlamda, tehlikeli ve öngörülmesi güç bir dünya ile başa çıkabilmek için içsel dünyasını yeniden yapılandırmaya ihtiyaç duyacaktır. Söz konusu olan bu yapılandırma iki şekilde gerçekleşebilir. Kişi eskiden sahip olduğı rahatlatıcı varsayımları tekrar gözden geçirip daha kısıtlı bir çerçeve oluşturabilir ya da dünyaya dair olumsuz, karamsar veya korkutucu bir bakış açısını benimsemeyi seçebilir. Sonuç itibari ile kişi kendi kırılganlığıyla karşı karşıya geldiğinde temel varsayımları zaman içerisinde değişip, yaşamın kötülükleri ve bahtsızlıklarına yer vererek dünyasını yeniden yapılandırır (akt. Gürdil, 2014).

Travmatik olayları doğrudan yaşamış olan kişilerde görülmesi beklenen bu etkiler aynı zamanda travmatik olaya tanıklık eden bireyler içinde geçerlidir. Ek olarak DSM-5, şiddetli bir travmaya ilişkin bilgi edinmenin de kişide TSSB belirtilerini ortaya çıkarabileceğini ifade etmektedir (APA, 2013). Bauwens ve Tosone (2010), “Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience (Paylaşılmış travmatik deneyim sonrası profesyonel post-travmatik büyüme)” isimli çalışmalarında, ciddi bir travmatik olay izle, dinleme ve oluma yolu ile maruz kalmasının etkisinin de doğrudan maruz kalan kişilerin deneyimlerine benzeyebileceğini ifade etmiştir (akt. Gürdil, 2014). Tüm bu durumlar iş olarak travma mağdurları ile ilişki kuran profesyonellerinde dolaylı olarak travmaya maruz kaldıklarını ve TSSB belirtilerini yaşamaları açısından risk altında olabileceklerini

göstermektedir. Uzmanların profesyonel bir bakış açısını geliştirmiş olmaları riski azaltsa da burada tamamen koruyu bir faktörden bahsedebilmek mümkün değildir.

Wilson ve Thomas (2004), yaptıkları bir çalışmada yaşanan olayın şiddeti, kişinin olay karşısındaki dayanma gücü, kalıtsal özellikleri, gelişimsel özellikleri, öğrenmeleri sonucunda geliştirdikleri benlik gücü ile de yakından ilgili olacağını belirtmiştir. Örneğin; şiddete maruz kalan kadınlarla çalışma yürüten bir uzman benzer şiddet öykülerini dinlemesine rağmen karşılaştığı kişilerin hepsinde ruhsal bozukluğun olmadığını görebilir (akt. Kaya, 2015).

Travmaya maruz kalan her insanda TSSB belirtileri görülmek zorunda değildir. Bazı kişilerde hiçbir ruhsal belirti görülüyorken bazı kişilerde kısa süreli uyum bozukluğu, depresyon, dissosiyatif bozukluklar veya diğer ruhsal bozukluklar görülebilmektedir. Hollander ve Simeon (2004), “Anxiety Disorders” (Anskiyete Bozuklukları) isimli çalışmalarında, bireylerin strese nasıl tepki göstereceğine bireysel farklılıklarının belirleyeceğini ifade etmiştir. Çalışmayı destekleyen diğer bir çalışmada Grey (2009), travma sonrası stres bozukluğunun oluşma sebebinin yalnızca travmanın ağırlığı ile ilgili olmayıp aynı zamanda kişinin yatkınlığının da söz konusu olduğunu da belirtmiştir (akt. Kaya, 2015).

2.3.2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Risk Faktörleri

Travma sonrası stres bozukluğuna yönelik risk faktörleri genel olarak iki gruba ayrılmaktadır. İlk grup yaşanan travmatik olayla, ikinci grup ise travmaya maruz kalan kişi ile ilgilidir. Yaşanan olayla ilgili en önemli risk faktörleri ise olayın ciddiyeti, tipi ve süresi olarak ifade edilmektedir. Ağır travmatik olaylar kişinin TSSB geliştirme riskini arttırmaktadır (Sungur, 1999, akt. Kaya, 2015).

Kaya (2015), travmatik olayın ölüm tehdidi barındırması, kişinin kendinin veya yakınlarının fiziksel olarak yara alması, travmanın kişisel anlamının olması, karşı karşıya kalma süresinin uzun uzun olması, kişide suçluluk duygusu uyandırması ve insan eliyle bilinçli olarak oluşturulmuş olması gibi faktörlerin travma karşısında verilen ruhsal tepkileri etkilediği görüşündedir.

Aker (2006), kişinin travmaya maruz kalmadan önceki kişilik özellikleri, ailesel bir yükünün olmaması ve travmaya başa çıkma becerileri gibi faktörlerin travmanın algılanma biçiminde etkili olduğu görüşündedir. Travmadan sonra yaşanan ortamın destekleyici olması, bireysel yardım, destek ve kaynakların bulunması da kişinin travmaya verdiği tepkileri etkilemektedir.

Travmatik olayın kişiyi ya da başkasının yaşamını tehdit etmesi, kişinin vücut bütünlüğünü zarara uğratması, travmayla karşı karşıya olunan zamanın süre bakımından uzun olması, bir doğa olayı gibi kendiliğinden değil de kasıtlı bir şekilde yapılması, kişinin düşünce ve duygularına dayanan sübjektif etkisi kişinin travmaya verdiği tepkileri etkilemektedir.

Travmaya maruz kalan ya da dolaylı olarak travmaya tanık olan kişinin geçmiş hayatında psikolojik problemlerinin olması travma sonrası stres bozukluğu için tetikleyici olabilmektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda bireyin geçmiş yaşamında ruhsal bir hastalığının var olması, travmatik olay yaşadıktan sonra travma sonrası stres bozukluğu geliştirmek için risk faktörleri içerisinde yer aldığı bulgusuna ulaşılmıştır (Eşsizoglu vd., 2009; Kılıç, 2008, akt. Kaya, 2015).

Hollander ve Simeon (2004), travmaya maruz kalan kişinin öncesinde travmatik deneyimlerinin bulunmasını TSSB geliştirmesi bakımından risk faktörü oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Kişinin önceden yaşamış olduğu travmatik deneyimlerin yeni travmatik olayla birlikte bireyin bilişsel sürecinde yeniden sahneye konulduğu için TSSB geliştirme açısından etken olabileceğini belirtmiştir (akt. Kaya, 2015).

Davinson ve Neale (1997), yürüttükleri bir çalışmada, genetik ve ailesel geçiş faktörlerinin kişinin travmaya maruz kalması halinde TSSB geliştirmesinde etkili olacağı görüşüne yer vermişlerdir. TSSB olan hastaların birinci derece akrabalarında diğer anksiyete bozukluğu sıklığının yüksek olduğu görülmüştür. Bireyin ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün olmasının kişinin TSSB geliştirmesi için risk faktörü oluşturduğunu ifade etmişlerdir (akt. Kaya, 2015).

Hollander ve Simeon (2004) ise çalışmalarında, fiziksel şiddet görmüş ve ailesinin içerisinde şiddete şahit olmuş kişilerin TSSB geliştirme açısından çok önemli bir risk faktörü oluşturduğunu söylemişlerdir (akt. Kaya, 2015).

Herman (1992), “Trauma and Recovery” isimli kitabında, travmatize olan kişilerle çalışanlar genel olarak iyileştirme sürecini daha kolay bir hale getirmek adına travmanın duygusal yükünü paylaşmak zorunda kaldıklarını belirtmektedir. Bunu yaparken de geçmişte yaşanan olayların zorluklarıyla ve aynı zamanda dünyadaki korkunç derecedeki travmatik yaşantılarla yüzleşmektedirler. Bu şekilde travmaya dolaylı olarak maruz kalan kişi de önemli davranışsal, bilişsel ve duygusal değişimlerin ortaya çıkması konusunda risk taşıdığı da yaygın olarak bilinmektedir. Bu durum genel olarak “dolaylı travma, ikincil travma ve eş duyum yorgunluğu” şeklinde isimlendirilmektedir (akt. Akatlı Merdan, 2009).

Görev itibari ile travma mağdurları ile ilişki içerisinde olan uzmanlar da dolaylı olarak ortaya çıkabilecek çeşitli psikolojik zorluklara sebep olabilmektedir. Travmatik olayların olumsuz etkisi, travmaya maruz kalan kişinin yanında bu travmaya dair çeşitli yollardan bilgi almış insanları da etkileyebilmektedir.

2.3.2.4. Travmaya Maruz Kalan Kişilerle Çalışmanın Uzmanlar Üzerindeki Etkisi

DSM-IV-TR, travmatik olayla bizzat karşı karşıya kalmanın etkilenmek için şart olmadığını belirtmektedir. Olayı görmek, duymak ya da sonuçlarına tanıklık etmek de aslında olaydan aynı düzeyde etkilenmek içinde yeterlidir. Bu sebeple özellikle bazı meslekler risk grubu oluşturmaktadır (APA, 2000; Haksal, 2007).

Travmaya maruz kalan kişilere yardım etmeyi kapsayan meslekler manevi acısan ödüllendirici olsa da aynı zamanda zorlayıcı ve stresli de olabilmektedir. Mağdurların travmatik yaşantılarına sürekli olarak maruz kalan uzmanlarda ciddi derecede rahatsız edici ve güçsüzleştiren sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (Gürdil, 2014). Lerias ve Byrne (2003) ile Nelson-Gardell ve Harris (2003), travma mağdurları ile dolaylı olarak çalışan kişilerin TSSB’nin yanında, kişisel, sosyal ve meslek yaşamında önemli işlevsel kaybı yaşayabileceklerini, verimliliklerini kaybederken

yeni bir işe geçme eğilimi de gösterebilecekleri görüşündedirler (akt. Gürdil, 2014). Bu sebeple travmaya maruz kalan bireylerle çalışan kişilerin psikolojik, fiziksel ve sosyal iyilik hallerini aşağı düşmesinin, hem kişinin kendi hem çalıştığı yer hem de hizmet verdiği kişilerin üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini ve bu sebeple de özellikle dolaylı travma etkilerinin göz ardı edilmemesi gerektiği bilinmektedir (Gürdil, 2014).

Sabin-Farel ve Turpin (2003), kişilik özelliği, deneyim ve terapist açısından vaka yükü dolaylı olarak travmatize olmayı beraberinde getirebileceğini ve bunun yanında gösterilen ilginin, terapistlerin terapötik ilişki kapsamında kurdukları empati ilişkisinin de TSSB semptomlarına benzer semptomları ortaya çıkarabileceği konusunda önemli bir etken olduğu görüşünde bulunmuşlardır.

Cornille ve Meyer (1999), Ortlepp ve Friedman (2002), Pearlman ve Mac Ian (1995) yürüttükleri araştırmalar sonucunda dolaylı bir şekilde travmaya maruz kalma sonucunda meydana gelen semptomların üzerinde disosiyasyon düzeyi, sosyal destek, başa çıkma stratejileri, daha önceden travmaya maruz kalma gibi değişkenlerin etkili olduğunu saptamıştır (akt. Haksal, 2007).

Cornille ve Meyers (1999), Ortlepp ve Friedman (2002), Pearlman ve Mac Ian (1995), ikincil travma düzeyini belirleyen diğer değişkenler arasında cinsiyetin, önceden travmaya maruz kalıp kalmamanın, günlük çalışma saatlerinin, vaka yükü, çalışma koşulları, mesleki tecrübe gibi değişkenlerin etkili olduğunu ifade etmektedir (akt. Haksal, 2007).

Ruh sağlığı literatüründe TSSB belirtilerine ilişkin yapılan çalışmalar olmasına rağmen maalesef travma mağdurlarıyla çalışma gerçekleştiren uzmanlar için ikincil travma düzeylerini inceleyen çalışmalar henüz çok yenidir. Çalışmaların yaklaşık 20 sene öncesine dayandığına ilişkin bilgiyi Arvay, 2001 yılında “Secondary traumatic stress among trauma counsellors. What does research say?” (Travma danışmanlarındaki ikinci travmatik stres. Araştırmalar ne söylüyor?) ismi ile yürüttüğü çalışmada yer vermiştir. Travma olaylarına tanıklık eden çok sayıda meslek işinin gereği çok sayıda da travmatik olay deneyimine sahip olmuştur. Bu meslek gruplarında ise travmatik olay sonrası yardım amaçlı olarak sağlık profesyonelleri, arama kurtarma ekibi, insani yardım gönüllüleri, ruh sağlığı çalışanları, gazeteciler, itfaiye ekipleri,

polisler, öğretmenler ve sosyal hizmet çalışanları bulunmaktadır. Yapılan iş gereği travmaya maruz kalan kişilere yardım eden kişilerde travmaya maruz kalan kişilerle yakınlık kurmalarından kaynaklanan acı, üzüntü, çaresizlik hissi ve TSSB belirtilerinin görülmesi muhtemeldir (akt. Kaya, 2015).

Hesse (2002), travmatik olayı doğrudan yaşayan kişi ile birlikte olaya tanıklık eden veya mesleği gereği travma mağdurları ile birlikte çalışma yürüten kişilerin, ruhsal tepki geliştirebileceğini söylemektedir. Travmatik olayın hemen sonrasında görev alan uzmanlar ve gönüllüler, olayın psikolojik etkisinin önüne geçebilmek ve gerekli olan psikolojik desteği veren ruh sağlığı çalışanları ise yüksek risk grubunda yer almaktadır. Travmatik olay yaşayan kişilere profesyonel bir şekilde destek vermek kişisel zorlayıcı etkileri olan ve uzun bir zamanı kapsayan bir süreçtir (akt. Kaya, 2015).

DSM-IV-TR çerçevesinde travmatik olaylar ve TSSB tepkileri tanımlanırken travmaya tanık olmanın veya travmanın ayrıntılarını dinlemenin ya da buna ilişkin haber duymanın dahi olaya doğrudan maruz kalmak gibi örseleyici bir niteliğe sahip olabileceğini ve bunun da kişide çeşitli düzeylerde kaygı yaratabileceğini ifade etmektedir (APA, 2000; Kaya, 2015).

Tüm bu durumlar yapılan araştırmalarda bazı boyutları ile birlikte beş farklı kavram ortaya çıkarmıştır. Bunlar “vekaleten travmatizasyon, travmatik karşı aktarım, ikincil travmatik stres, tükenmişlik, şefkat yorgunluğu” olarak literatürde yerini almıştır (Haksal, 2007).

Saakvitne (2002), vekaleten travmatizasyonu; terapistin travmaya maruz kalan hastasına karşı sorumluluğu ve kurduğu terapötik ilişki sonucunda terapistin bilişleri açısından olumsuz yönde değişime uğraması olarak tanımlamaktadır. Perlman (1998) ise, terapistin görevini travmatik öyküyü dinlemek, duygusuna eşlik etmek ve bu sürede hastaya gerekli psikolojik desteği sunmak olarak tanımlamıştır. Nasby ve Kihlstrom (1986), travmaya dolaylı olarak ya da doğrudan maruz kalan kişilerin zarar görmeyeceğine ilişkin inancı, kendi kabul edilebilirliği inancı, adil ve anlamlı bir dünya inancının bozulmasına sebep olabileceğini belirtmektedir (akt. Haksal, 2007). Terapistlerin bilişinde meydana gelebilecek olan bu bozulmalar ise vekâleten travmatizasyon olarak isimlendirilmektedir (Haksal, 2007).

Walker (2004), karşı aktarımın, terapistinin çözmediği bilinçdışı çatışmaları, terapi ortamı, vakanın getirdiği materyallerle tetiklenmesi ile ortaya çıktığı görüşündedir. “Travmatik karşı aktarım, terapistin saldırgan veya mağdurla özdeşim kurması ile karşı aktarımdan ayrılır”. Van Minnen ve Keijsers (2000) çalışmalarında vekaleten travmatizasyonu ve travmatik karşı aktarımı karşılaştırmış ve travmatik karşı aktarımın bir hastaya özgü olduğu ancak vekaleten travmatizasyonun travma mağdurları ile çalışma sonucunda ortaya çıktığını belirtmişlerdir (akt. Haksal, 2007).

McCann ve Pearlman (1990), “Vicarious Traumatization (Dolaylı Travma)” isimli çalışmalarında, travmaya maruz kalan kişilere yardım eden kişilerin psikolojik tepkilerini dolaylı travma olarak tanımlamıştır. Yine aynı çalışmada travma mağdurlarına yardım eden uzmanların bilişsel şemalarına veya temel varsayımlarına odaklanılmaktadır. Birey hayata dair kendi şahsi varsayımlarını ve şemalarını oluşturmaktadır. Bu şemalar aynı zamanda inançlarını, değerlerini ve hayata dair beklentilerini de kapsamaktadır. Travmatik deneyim ise kişinin temel varsayımlarında bozulmalara sebep olmakta ve travmaya maruz kalan bireylere yardım eden kişilerde de aynı etkilere yol açmaktadır. Bir inancın, hayat beklentisinin zarar görmesi her profesyonel için farklılık göstermektedir. Uzmanın kişisel durumu, profesyonel gelişim seviyesi, çalışma ortamı, sosyo-kültürel etkiler, organizasyonel faktörler gibi farklılıklar sebebiyle farklı şekilde etkilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bober ve Regerh (2006), travma mağdurunun anlattıklarını dinleyen uzmanları empatik ilişki sürecinde kendi, diğerleri ve dünya hakkında temel düşüncelerini olumsuz yönde etkilemektedir (akt. Kaya, 2015).

Dolaylı travma ise travma mağdurları ile terapötik ilişki içerisinde olmanın toplam etkisi olarak tanımlanmaktadır. Hesse (2002), travma yaşayan kişilerle uzun süre empatik ilişki kurma terapistin kendine, diğerlerine ve dünyaya dair düşüncelerini etkileyeceğini ifade etmektedir (akt. Kaya, 2015). Bell (2003) de, dolaylı travmada travma mağduru ile çalışma gerçekleştiren uzmanın kindi kimliği, rolü, benlik değerine ilişkin sorgulamalara sebebiyet verdiğini ifade etmektedir.

Lerias ve Byrne (2003), travma mağdurları ile çalışan uzmanların travma mağdurlarının başından geçenleri dinledikçe kendileri yaşıyormuş gibi olduklarını ifade ettiklerine çalışmada yer vermektedir. Mağdurun travmasını dinlemek,

dinleyenin mağdurla empati kurmasına ve onunla aynı duyguları hissetmesine yol açmaktadır (akt. Kaya, 2015). Hesse (2002), travmatik olaya maruz kalan kişiyi dinleyen uzmanın, kendi belleğinde olayla ilişkili bir tablo yaratacağı ve doğrudan olaya maruz kalmış kişiyle ilişkili hatırlatıcıların var olması halinde yeniden olayı yaşıyormuş gibi hissetmesine sebep olabileceği görüşündedir. Travmatik olayı aniden ve tekrar hatırlamak, travmatik olayla ilişkili rüya, kabus görme ve diğerlerine yabancılaşma ile duygularda azalma görülmektedir (akt. Kaya, 2015).

Aker (2006)'e göre, travmatik deneyimleri dinlemek, ilgilenmek travmaya maruz kalan bireyle aynı etkilere yol açmaktadır. Travma mağdurlarına yardım hizmeti veren uzmanların hayata dair varsayımları, inançları ve beklentileri negatif yönde değişmektedir (akt. Kaya, 2015). Travmayı hatırlatıcı durum ve sosyal olaylardan kaçma ve yakınlık kurmayı reddetme görülebilir. Bu kişiler zamanlarını mutlu bir şekilde geçirmemekte, kendilerine daha az güvenmeye başlamakta, içe kapanık diğerleri ile daha az iletişim kurmak gibi olumsuz etkilerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Kaya, 2015).

Salston ve Figley (2003) ise dolaylı travmayı, anksiyete formunda açıklanamayan sinir, rahatsızlık, huzursuzluk şeklinde görülebileceğini, yalnızlık, kontrol kaybı ve geleceğe dair umudun azalması, uyku bozukluğu, öfke patlaması gibi sonuçlara neden olabileceğini ifade etmektedir. Dolaylı travma yaşayan bir uzman önceden zevk aldığı faaliyetlerde zevk duymamaya, korku durumunda aşırı reaksiyon göstermeye, kendi güvenliğine ilişkin aşırı hassas ve uyanık olabileceğine dikkat çekilmektedir. Ek olarak danışanın acısını, travmasını düşünen uzman dünyanın güvenli bir yer olduğuna dair de inancını kaybedebilir. Psikolojik etkilerin yanında fiziksel etkilerde ortaya çıkabilir, özellikle yeme ve uyku düzeninde bozulmalar, halsizlik, tükenmişlik, isteksizlik gibi sonuçlarla karşı karşıya kalınabilmektedir (akt. Kaya, 2015).

2.4. İkincil Travma

Lerias ve Byrne (2003) için ikincil travmatik stres, kişiyi ciddi derecede örseleyen ve stres yaşatan bir olaya tanık olmak, bu olaya dair bilgilere sahip olan veya

olaya maruz kalan kişilere yardım etmekte olanların psikolojik tepkisidir (akt. Kaya, 2015).

Figley (1998), ikincil travmatik stresi; değerli görülen kişiler tarafından deneyimlenen stresli olaylara ilişkin bilgi sahibi olmaktan kaynaklanan doğal davranış ve duygu şeklinde tanımlamıştır. Burada “stres” kelimesi ile, travmatize olan kişiye önem vermek, yardımcı olmak veya yardım istemekten meydana gelmektedir (Dirkzwager vd., 2005, akt. Kahil, 2016).

Figley (1998) tanımlaması ile kişinin, fiziksel olarak tehdit altında olmadan veya herhangi bir zarar görmeden, travmatik olaya ilişkin salt bilgi edinmiş olmanın da travmaya yol açabileceğinin altını çizmektedir. Ek olarak, ikincil travmatik stresin olumsuz etkilerinin tıpkı travmaya maruz kalan kişilerin tepkilerine benzeyebildiğini ve neredeyse aynı tepkilere yol açtığını, aradaki farkın ise maruz kalınmış olan örseleyici olayın ikinci bir kişi tarafından yaşanmış yıkıcı bir olay haline gelmesi olarak açıklanmaktadır (Bride, 2001, akt. Kahil, 2016).

Kahil (2016), travmaya ikincil olarak maruz kalan bireyin istem dışı travmaya maruz kalan kişiyi ya da o kişinin yaşamış olduğu travmatik olayı hatırlayabileceğini, bunun kabuslara sebep olabileceğini, olayı hatırlatan unsurlara karşı psikolojik bir rahatsızlık hissedip, rutin yaşamını sürdürmek konusunda güçlük çekerek kendisini huzursuz hissedebileceğini söylemektedir. Burada değinilmek istenen temel nokta, travmatik olaya dolaylı olarak maruz kalmış olan bireylerin de tıpkı doğrudan maruz kalan kişiler gibi etkilenebileceğidir.

Gürdil (2014), fiziksel ya da psikolojik olarak zarar gören bireylerle çalışmakta olan kişilerin yaşadıkları stresi açıklayabilmek adına ortaya atılan kavramlarda birinin “şefkat yorgunluğu” olarak da bilinen ikincil travmatik stres yaşantısı kavramının ortaya çıktığını söylemektedir. Burada başka kişilerin maruz kaldıkları travmatik olaylara yönelik dolaylı şekilde bilgi edinme ile birlikte doğan bir şekilde meydana gelen duygu ve davranışları içermektedir. Acı çeken bireylere yardımcı olmak ya da yardım etmeyi arzulamaktan doğabileceği gibi bu kişilere yönelik derin sempati, şefkat ve hüznün duygularının açığa çıkmasıyla da kendini gösterebilmektedir. İkincil travmatik stres kavramı, başkasının yaşamış olduğu travmatik olaylara dolaylı şekilde maruz kalan yaşayabileceği TSSB belirtilerine

karşılık gelmektedir. Diğer bir ifade ile, travmatik olaylara ikincil olarak maruz kalma sonucu yaşanan olumsuz deneyimler, doğrudan maruz kalan kişilerin yaşadıkları ile hemen hemen aynı olabileceği gösterilmeye çalışılmaktadır.

Bu noktada travma sonrası stres bozukluğu ile ikincil travmatik stres kavramları literatüre bakıldığında farklı başlıklar altında incelenmiştir. Ancak yine de bu iki kavramı birbirinden tam olarak ayırmak mümkün olmamaktadır. Her iki kavramında çok sayıda belirtisi ve sonuçları ortak payda da kesişmektedir.

Bir psikoterapistin danışanının ona anlatmış olduğu travmatik olaya ilişkin anılarını istemsiz olarak hatırlaması veya rüyasında görmesi gibi durumlar buna örnek verilebilir. Daha sonra psikoterapist danışandan ya da ona dair hatırlatıcılardan kaçınma eğilimi içerisine girip uyku problemleri, dikkat dağınıklığı ya da sürekli olarak tetikte olmak gibi uyarılma belirtileri gösterebilmektedir (Figley, 1995, akt. Gürdil, 2014). Ek olarak yorgunluk, umutsuzluk, kaygı, üzüntü gibi durumlarında meydana gelmesi yapılan çalışmalarda görülen durumlar arasındadır (Conrad ve Kellar-Guenther, 2006; Nelson-Gardell ve Harris, 2003, akt. Gürdil, 2014). Burada danışana dair hissedilen yoğun sempati duygusu ya da onunla kurdukları aşırı özdeşim, ikincil travmanın gelişmesine katkı sağlayan önemli etkenler arasında yer almaktadır (Collins ve Long, 2003; Miller, 1998, akt. Gürdil, 2014).

İkincil travmatik stres belirtileri bazen kısa bir süreliğine görülse de bu belirtilerin önemli sonuçlara yol açabilmesi muhtemeldir. Buradan hareketle yapılan araştırmalar, ikincil travmatik stres çalışanların kişisel yaşamları ve sosyal ilişkilerine kadar oldukça geniş bir alanda işlevselliklerini olumsuz olarak etkilemekte olup, karar verme yetilerini özellikle işlerinde zayıflatmaktadır (Baird ve Kracen, 2006; Collins ve Long, 2003; Figley, 1995, akt. Gürdil, 2014). Figley (2002), ruh sağlığı çalışanlarının ikincil travma geliştirme konusunda risk altında olduklarını ifade etmekte olup aynı zamanda uzmanların psikoterapi yapma becerilerini ve empati yetilerini olumsuz olarak etkileyerek terapötik ilişkilerine zarar verebileceği görüşündedir (akt. Gürdil, 2014).

Terapi için öncelikli kuralların başında terapötik ittifakın kurulmasıdır. Bu sebeple de sayılan kavramlar yalnızca terapistlere değil aynı zamanda terapistik danışanla kurmuş olduğu terapötik ilişkiyi de zararlı şekilde etkileyebilmektedir.

Özellikle şiddete maruz kalma gibi hassas konular üzerinde çalışan profesyoneller için terapötik ittifak ve güven ilişkisi, diğer alanlara kıyasla çok daha önemli olarak görülmektedir. Bu sebeple de terapi sürecinin zarar görmesi halinde sağlıklı ilerlenemeyeceği sonuç olarak da uzmanın mesleki bir başarısızlık hissine kapılacağı düşünülmektedir.

Literatürde yer alan kavramlar ve araştırmalar incelendiğinde travmaya dolaylı şekilde maruz kalma sonucunda oluşan ikincil travmatizasyonun travma sonrası stres bozukluğu altında ele alınabileceği görülmektedir. Haksal (2007), TSSB çalışmalarının çok uzun yıllara dayandığını ancak ikincil travmatizasyona yönelik çalışmaların 20 yıla dayandığını ifade etmektedir.

İkincil travmatizasyon, kişinin işinden aldığı doyum, yaşam kalitesi ve psikolojik sağlıkla yakında ilişkilidir ve bu sebeple de en az birincil travma kadar önemlidir. Bunun yanında, çalışan kişilerin iş yerindeki verimliliğini de büyük ölçüde etkilemektedir (Haksal, 2007).

2.4.1. İkincil Travmatik Stres

Figley (1995) ikincil travmatik stresi, “önem verilen bir başkasının yaşadığı travmatik olay hakkında bilgi sahibi olmaktan kaynaklı doğal davranış ve duygular - bir travma mağduru ya da acı çeken birine yardım etmekten ya da yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres” şeklinde tanımlamaktadır (akt. Akatlı Mertan, 2009).

Figley (1998), ikincil travmatik stresi, travmaya doğrudan maruz kalan kişilerle yapılan görüşmeler sonrasında meydana gelen semptomlar ve duygusal tepkileri kapsadığını söylemektedir (Sabin-Farel ve Turpin, 2003, akt. Haksal, 2007). Figley (1995), hayatı tehdit edecek durumlarla karşılaşmanın ve fiziksel olarak zorlayıcı aktivitelerde bulunulmasının sonucunda yaşanan ikincil travmatik stresin arttığını, bu durumunda genel olarak diğer kişinin travmatik yaşantıdan geçmiş olduğunu bilmesinin sonucunda, travmaya maruz kalan ve acı çeken kişiye yardım ederken ya da etmeye çalışırken ortaya çıkacağını belirtmektedir (akt. Haksal, 2007). Figley (1998), ikincil travmatik stresi vekaleten travmatizasyondan ayıranın,

bilişlerdeki değişikliği içermemesiyle, birimki şekilde değil, aniden ortaya çıkabilmesi olduğunu ifade etmektedir (akt. Haksal, 2007).

Figley'in (2002) ikincil travmatik stresle ilgili yaptığı çalışmalarda daha çok kavrama değil belirtilerine odaklandığı görülmektedir. Figley (2002), "kişinin önemsendiği yardım sunduğu kişinin travmatik olay deneyimini bilmesinin davranışsal ve duygusal doğal sonucu" olarak tanımlamaktadır. Teorik kapsam dışında bu olguda kullanılan tüm kavramlar travmaya maruz kalan kişilere profesyonel olarak yardım ederken yaşanan negatif reaksiyonlardır. TSSB'de kişi doğrudan şekilde travmatik olaya maruz kalmaktadır. Travmatik olaya maruz kalan kişilerin yaşadıklarının, mağdurun deneyimleri sonucunda maruz kalan kişiler üzerinde yarattığı etki ikincil travmatik stres şeklinde tanımlanmaktadır (akt. Kaya, 2015).

Travma sonrası stres bozukluğunun en önemli kriteri bireyin travmatik bir olaya maruz kalmış olmasıdır. Bu durum ikincil travmatik stres belirtilerinde, travmatik olaya şahit olma veya dinleme şeklinde, travmatik olayın ciddi bir zorluğa yol açtığını bilmek ile yani dolaylı olarak travmaya maruz kalma şeklindedir. İstismar gibi ciddi travmaya maruz kalan kişilerle, çocuklarla çalışmak hem ruh sağlığı uzmanlarında hem de polis memurlarında çaresizlik hissinin uyanması ikincil travmatik stres belirtilerine örnek olarak verilebilir (Lerias ve Byrne, 2003, akt. Kaya, 2015).

Bahsedilen tüm kavramlar incelendiğinde, dolaylı travma ve ikincil travmatik stres/eş duyum yorgunluğu arasında farkların olmasının yanında ortak noktaları travmatize olmuş kişilerle çalışmanın o kişileri olumsuz olarak etkilediği (Hesse, 2002, akt. Akatlı Mertan, 2009).

2.4.2. İkincil Travmatik Stres Belirtileri

İkincil travmatik stres belirtileri ile TSSB'nin belirtilerinde ortak noktalar bulunmaktadır. Kaya (2015), dehşet barındıran bir olayın ayrıntılarını dinlemiş olan bireyin, olaya doğrudan maruz kalan kişiye karşı göstermiş olduğu empatik duyguların sonucunda o kişi ile aynı duyguları yaşamamasının olası olacağını ifade etmektedir.

Yeniden Yaşantılama:

Lerias ve Byrne (2003), travmaya maruz kalmış kişilerle çalışanlar, travmaya maruz kalan kişinin başından geçenleri detaylı olarak dinlediklerinde yaşıyormuş gibi hissettiklerini söylemektedir. Kurbanın korkunç olan travmasını dinlemek, dinleyenin empati kurmasına sebep olmakta ve dinleyicide kurbanla aynı duyguları hissetmeye başlamaktadır (akt. Kaya, 2015). Hesse (2002) için, travmatik olaya maruz kalan kişiyi dinleyen mesleklerde çalışanların kendi belleğinde olaya dair bir tablo oluşmakta ve olaya doğrudan maruz kalmış kişiye dair hatırlatıcıların varlığı olayın yeniden yaşanmış hissi yaratmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında ise travmatik olaya ani bir şekilde ve tekrar olarak hatırlama, travmaya dair rüya, kabus, başkasına duyulan yabancılaşma hissi, duygularda azalmanın görüldüğü ifade edilmektedir (akt. Kaya, 2015).

Aker (2006) çalışmalarında “travmatik deneyimleri dinlemek ve ilgilenmekte travmaya direk maruz kalanla aynı etkiyi yapar ve yardım hizmeti sunan 28 kişilerin hayatla ilgili temel varsayımları inançları, hayattan bekledikleri negatif olarak etkilenir” ifadesini kullanmaktadır (akt. Kaya, 2015).

Kaçınma:

İkincil travmatik stres belirtilerinden bir diğeri kaçınmayı Kaya (2015), “travmayı hatırlatıcı durumlardan ve sosyal ortamlardan, yakınlık kurmaktan kaçınma yaşama” şeklinde tanımlamaktadır. Ek olarak Kaya (2015), kaçınma yaşayan bireylerin zamanlarını mutlu olarak geçirmediğini, kendi güvenliklerine fazla şekilde kafa yormaya başladıklarını, içe döndüklerini, çevresiyle iletişim problemleri yaşayabileceklerini belirtmektedir.

Artmış Uyarılma:

Artmış uyarılma belirtilerini Salston ve Figley (2003), anksiyete formunda sebebi olmayan sinir, huzursuzluk ve rahatsızlık hissi, yalnızlık, kontrolü kaybetme, geleceğe dair umudun ve planların azalması, uyku sorunları, öfke patlamaları gibi durumlara sebep olabileceğini belirtmektedir. “Bireyin daha önceden zevk aldığı faaliyetlerden zevk almamaya başlaması, korku durumlarına karşı aşırı reaksiyon

göstermesi, kendi güvenliği ile ilgili aşırı hassas ve uyanık olması, sürekli danışanın acısını ve travmasını düşünmesi” artmış uyarılma belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Salston ve Figley (2003), bunlara ek olarak adil dünyaya dair inancın zarar görmesi ve bunun beraberinde getireceği fiziksel tepkilerin görülebileceğini de aktarmaktadır. Bu tepkileri; “yeme ve uyku düzeninde bozulmalar, kronik halsizlik, fiziksel hastalık, duygusal tükenmişlik, işe gitme isteksizliği ve işlevsellikte bozulmalar” olarak detaylandırmaktadır (akt. Kaya, 2015).

2.4.3. İkincil Travmatik Stresin Gelişmesinde Risk Faktörleri

Lerias ve Byrne (2003), travmaya maruz kalan bireylerle uzman desteği sunan herkeste ikincil travmatik stresin görülmediğini söylemektedir (akt. Kaya, 2015). Travma mağdurları ile çalışan uzmanlar arasında ikincil travmatik stresin yaygınlığına yönelik literatürde çok az çalışma mevcuttur. Ayrıca hangi faktörlerin ikincil travmatik strese yardımcı olduğu da henüz saptanmamış durumdadır (Kaya, 2015).

Travma mağdurları ile çalışan uzmanlarda inanç, değer ve beklentilerin zarar görmesi durumu kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Travma mağdurları ile çalışan uzmanların travmadan sonra çalışma ortamı, müdahale sonrasındaki organizasyonel faktörler, terapi mağdurları ile çalışan uzmanları farklı şekillerde etkilemektedir. Burada ruh sağlığı çalışanlarının kişilikleri, geçmiş yaşam öyküsü, kişisel durumları, profesyonel gelişmişliği önemli faktörlerdir (Aker, 2006, akt. Kaya, 2015).

Hesse (2002) bu konuya ilişkin yaptığı çalışmalarda, ikincil travma geliştirmeye yönelik bazı risk faktörlerinin olduğunu tespit etmiştir. Bu faktörleri de, “kişilerin kişisel travma geçmişleri, bu konuda daha az deneyimli olmaları, çalışanların ikincil travmaya uğraması, sürece, iş yoğunluğuna ve kendi özel yatkınlığına, sosyal destek, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesine bağlıdır” olarak tanımlamaktadır (akt. Kaya, 2015).

Lerias ve Byrne (2003), “kişinin geçmişinde yaşadığı bir travması varsa travma mağdurlarıyla çalışırken onların travmalarına uyum sağlamada zorluk

yaşayabilir” ifadesi ile durumu özetlemektedir(akt. Kaya, 2015). Pearlman ve Mac Ian (1995)’in yaptıkları çalışmada, travma mağdurları ile çalışan uzmanların geçmişte travmaya maruz kalanlarının %60 oranında daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarını göstermişlerdir. Başkalarını travmalarını deneyimlemenin kendi travmasını çözmesine sebep olduğunu ve bu durumun ciddi rahatsızlıklara sebep olduğunu ifade etmiştir (Wilson ve Thomas, 2004, akt. Kaya, 2015).

2.4.4. İkincil Travmatik Stresin Yaygınlığı

Travmatik olayların psikolojik etkilerinin doğrudan etkilenenlerin ötesine geçmesi daha belirgin olmaya başladıkça ikincil travmatik strese, travmaya maruz kalan kişilere doğrudan hizmet sunmanın mesleki bir tehlike yarattığı düşünülmektedir (Figley, 1998; akt. Bride, 2007). İkincil travmatik strese dair literatür incelendiğinde genellikle kavramsal ya da anekdot olarak değinildiği görülmüş ancak ikincil travmatik strese dair her geçen gün yeni çalışmanın yapılması dikkat çekmiştir. Araştırmalar çoğunlukla ikincil travmatik stres ile psikoterapistler, ruh sağlığı uzmanları, cinsel saldırı danışmaları ve travma terapistleri arasındaki incelenmiştir. Çalışmalarda, travma yaşamış kişilere hizmet veren kişilerin stres belirtisi yaşama riski altında olduklarını çalışmalarla kanıtlamışlardır (Bride, 2007).

Türkiye’de yapılan çalışmalarla yurtdışında yapılan çalışmalar kıyaslandığında, ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışanların ikincil travmatik stres düzeylerinin çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yurt dışı çalışmalarına %2-15.2 arasında saptanan ikincil travma yaşayan ruh sağlığı çalışan oranları ülkemizde %25.4’ü bulmuş durumdadır (Bride, 2007, Hyman, 2004; Ortlepp ve Friedman, 2002). Buna sebep olarak travma mağdurlarıyla, yeterli bilgi, deneyim olmadan çalışmaları ve ülkemizde çok sayıda travmaya tanıklık ediliyor olunmasıyla açıklanmaktadır (Zara ve İçöz, 2015).

Çok sayıda sonucunun olmasına rağmen yapılan çalışmalar özellikle sosyal hizmet uzmanları arasında ikincil travmatik stresin yaygınlığına dair önemli bulgular sunmaktadır. Kanno vd. (2010), bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının %50-70’nin ikincil travma deneyimlerini kabul etme, semptom gösterme veya kariyerinin herhangi bir döneminde TSSB’nin en az bir ana belirtisine denk gelmektedirler. Diğer

bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının neredeyse %38'inin "orta-üst düzey" ikinci travma yaşadıkları ifade edilmektedir (Bell vd., 2003). Bahsedilen çalışmalar, travma mağduru olan danışanların, değişen şiddet düzeylerindeki ikinci travmanın genellikle sosyal hizmet uzmanlarını etkilediğini göstermiştir (James, 2014).

İkinci travmanın yaygın şekilde kabul edilen tanımı ve ölçümü sebebiyle bazen TSSB Altında incelenebilmektedir. Badger vd. (2008) araştırmaların, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının %15'inin, travmaya maruz kalan hastalarla yürüttükleri çalışmaların sonunda TSSB'nin tam teşhis kriterlerini karşıladığını ortaya çıkarmışlardır (akt. James, 2014). Adams vd. (2006), benzer bir çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının %15'nin TSSB kriterlerini karşıladığı ve %19'unun da depresyon tanısı kriterlerini taşıdıklarını ortaya çıkarmıştır (akt. James, 2014). Tanı konulabilen TSSB'ye yönelik yaklaşık %15 çalışmalarda sosyal hizmet uzmanlarının TSSB yaşama konusunda iki kat daha yaşayabileceklerini belirtmektedir (Bride, 2007, akt. James, 2014).

2.4.5. İkinci Travmatik Stresle Baş Etmek

Bir uzmanın ikinci travma yaşaması halinde, belirtilerin seviyesini düşürmek için bazı stratejiler vardır. Pearlman ve Saakvitne'e göre (1995), ilk ve en önemli adım, uzmanın travma müracaatçılarıyla çalışırken ikinci travmaya maruz kalma durumunun normal olduğunu kabul etmesidir. Hesse (2002) çalışmasında bu durumu şöyle açıklamaktadır; Bir travma terapisti müracaatçıların hikayelerini dinlerken ortaya çıkan acı duygularından dolayı utanırsa ya da bu duyguları inkar ederse, acısını ya da stresini azaltabilecek önlemleri almak olası değildir" (Hesse, 2002). Pearlman, ve Saakvitne (1995), ikinci travmanın etkilerini azaltmak için başa çıkma stratejilerinden yoga, meditasyon, dini bir gruba dahil olma ya da topluluk faaliyetleri içerisinde yer alma gibi aktiviteleri sıralamaktadır (akt. Hesse, 2002). Hesse (2002), uzmanın kendi kimliğini korumasını sağlayabilmesi için en önemli bileşeni olarak aile ve arkadaşları ile vakit geçirmesi olarak söylemektedir. Diğer bazı öneriler ise Conrad ve Perry (2000)'in söylediği, kendini övme, ağlamaya izin verme ve gülecek sebep bulma gibi tek başına vakit geçirmeyi içeren önerilerdir (akt. Hesse, 2002). Kişisel psikoterapi almanın da ikinci travmayla mücadele etme konusunda etkili bir yöntem olduğunu eklemiştir. Pearlman ve Saakvitne (1995) "psikoterapi, kendini anlamanın

ve beslenmenin bir yoludur" diye hemfikirken, yararlarını kişinin kendisini aileye, arkadaşlarına, müracaatçılara ve meslektaşlarına dışarı çıkartabileceği bir hediye olarak kabul eder" (Hesse, 2002). Hesse (2002), psikoterapiyi, kendi yaşantısında travmaya maruz kalmış uzmanlar için faydalı görmüş ve ayrıca kendi travmalarını iyileştirebilmeleri için gruplara katılabileceklerini de önermiştir.

Bu alanda birçok uzman ikincil travmayla başa çıkabilmek için bir uzmanın kişisel yaşamı ile iş yaşamı arasındaki dengeyi kurmasının öneminde bahsetmiştir (Figley, 1995; Hesse, 2002). Diğer çalışmalarda ise "izolasyon hissini azaltmak ve etkililik duygularını artırmak için akran danışmanlığı, gözetim ve profesyonel eğitim önerilmektedir" (Pearlman ve Saakvitne, 1995). Ek olarak bazı uzmanlar, travmayla çalışan uzmanların vaka sayılarını azaltmayı önermektedir (Hesse, 2002; Pearlman ve Saakvitne, 1995). Astin (1997) ile Iliffe ve Steed (2000) raporlarında terapistlerin semptomları azaltma önerileri arasında "akran desteği, fiziksel aktivite ve öz bakım, travma danışmanlığı iş yükünü ve politik aktiviteyi sınırlayan TV Şovları veya filmleri izlemek" bulunmaktadır (Bober ve Regehr, 2006). Bober ve Regehr (2006), 259 uzmanla çalışma gerçekleştirmiş, kendine bakım faaliyetlerine katılarak, gözlem yapan ve baş etme stratejilerini kullanarak belirtilerle mücadele etmenin etkili olduğuna inanmıştır. Lerias ve Byrne (2003), bir uzmanın sosyal desteğinin güç olmasının, danışanının maruz kaldığı travma ile nasıl başa çıkabileceğini bulmasını kolaylaştıracağını ve bunun önemli bir faktör olacağını ifade etmiştir (Fogel, 2015).

Fogel'in (2015) araştırmasında yer alan baş etme mekanizmaları;

- Süpervizyon,
- İşi iş yerinde bırakmak,
- Aile ve sosyal çevre ile vakit geçirmek,
- Meslektaşlarla ilgili pozitif ilişkilere sahip olmak,
- İlave destek.

Fogel (2015), özellikle ikincil travmanın sosyal hizmet uzmanları arasında yaygın olduğunu, çok sayıda uzman ve kurumların ikincil travma ile ne şekilde başa

çıkabileceklerini bilmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Baş etme mekanizmalarından; süpervizyon olarak uzmanında denetlenmesi koşuluyla gözetime alınmasının, iş ile aile arasında sınır oluşturma, aile ve çevre ile iş dışında kaliteli vakit geçirmenin, meslek arkadaşları ile olumlu ilişkilere sahip olmanın, paylaşımda bulunabilmenin ve son olarak ekstra destek almanın ikincil travmatik stres etkilerini azaltacağından bahsedilmektedir.

2.4.6. İkincil Travmayla İlgili Yapılan Çalışmalar

Gürdil (2014), travma mağdurlarına hizmet vermekte olan 150 çalışan ile yürüttüğü çalışmada, çalışanların dolaylı travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik açısından risk altında olup olmadıklarını değerlendirmek istemiştir. Örneklemde %18 şiddetli, %68.67 orta düzeyde travmatik stres belirtilerine kalan %13.33'ünde de travmatik stres belirtileri görülmüştür. Travmatik stres belirtileri Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği ile ölçülen çalışanların stres düzeyleri ve meslekte bulundukları süre incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak kişisel travma öyküsü bulunan katılımcıların travmatik stres deneyimleri diğerleriyle kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıları meslek gruplarına göre değerlendirdiklerinde ise psikologların, sosyal hizmet ve ambulans çalışanlarından daha düşük travmatik stres belirtileri gösterdikleri ortaya çıkmıştır (akt. Kahil, 2016).

İkincil travmatik strese yönelik yapılan çalışmalar genellikle ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik yapılmaktadır. Sağlık çalışanlarının örneklem olduğu çalışmalarda (Haksal, 2007; Yeşil vd., 2009; Yeşil, 2010), bu kişilerin ikincil travmatik stres risklerinin göz ardı edilmemesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Özellikle Türkiye'de ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalarda ikincil travmatik stres belirtilerinin gözlendiği bilinmektedir. Buna örnek olarak yapılan bir araştırmada, cinsel istismar mağduru olan çocuklarla çalışma yürüten farklı meslek gruplarından çalışanların %50,9'unda travmatik stres belirtileri gözlenmiş olup içlerinden %11,4'ünde belirtili düzeyinin TSSB tanısı düşündürecek derecede yüksek olduğu ifade edilmektedir (Çolak vd., 2012, akt. Gürdil, 2014).

Konu olarak ikincil travmatik stresi ele alınan çalışmalar incelendiğinde, genelde katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini belirlemek ve hangi tür

travmatik stres belirtisi deneyimledikleri öğrenilmeye çalışılmıştır. yapılan çalışmalarda genel olarak Bride vd. (2004) oluşturmuş olduğu İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmaktadır (Kahil, 2016).

Bride'in (2007) yürütmüş olduğu bir çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının TSSB belirtilerinin sıklığı ve ikincil travmatik stres düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda ise 282 katılımcıdan %40.5'i dalgıç düşünceleri ölçen maddelerin olduğu bölümden yüksek puan almış, %55'i TSSB belirtilerinden en az birini içinde %20'i ikisini ve %15.2'si ise TSSB kriterlerinden üçünü karşılamakta oldukları ortaya çıkmıştır (akt. Kahil, 2016).

Schwartz (2008), çalışma koşullarının ikincil travmatik düzeye etkilerinin incelendiği bir araştırmada, 182 sosyal hizmet uzmanına İkincil Travmatik Stres Ölçeği uygulamıştır. Ulaşılan analizlerde, eğitim düzeyi ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki olmazken, mesleki deneyim ve ikincil travmatik stres arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (akt. Kahil, 2016).

Baker (2012), 11 tane uzmanlığı almış ve doktora süresinde olan travma terapistleri ile bu mesleği yaparken ikincil travma ile baş etme ve bu konuya dair eğitim almaya dair bir çalışma yürütmüştür. Çalışmanın sonunda katılımcıların duygusal ve fiziksel açıdan TSSB belirtileri yaşadıklarını rapor etmiştir. Geceleri kabus gören katılımcılar aynı zamanda ağlama, üzülmeye, uykusuzluk, halsizlik, sinir, mide ağrısı ve sigara içmeye başlama gibi belirtiler göstermişlerdir. Ek olarak araştırmada yer alan katılımcıların inanç ve ruhsal dünyaların da derinlik artmış, diğer insanlara güvenleri azalmış, travma mağduru kişilerin başından geçenleri sıklıkla düşünme ve görselleştirme yaşadıkları rapor edilmiştir. Travma terapistleri, travma anlatırken hiçbir şey yapamadıkları için kendilerini çaresiz hissettiklerini ancak danışan kendini iyi hissetmeye başladıkça bu durumunda ortadan kalktığını ifade etmektedir. Çalışmanın sonucunda ise ruh sağlığı alanına çalışanların daha önceden ikincil travmatik stres üzerine eğitim almalarının bu konuya dair farkındalıklarının artması için gerekli olduğu belirtilmiştir (akt. Kaya, 2015).

Bober ve Regehr (2006), ruh sağlığı kapsamında danışmanlık yapan 259 uzman ile ikincil travmatik stresi azaltmaya dair izlenilecek yolların araştırmasını yürütmüşlerdir. Araştırmada, travma yaşayan kişilerle haftada birden fazla şekilde

çalışmanın ikincil travmatik stres belirtilerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak katılımcıların geçmiş deneyimlerinin de ikincil travmatik stresi etkilemekte olduğu bulunmuştur. Katılımcılar, ikincil travmanın önüne geçebilmek için boş zaman aktiviteleri, kişisel, bakım, süpervizyonun önemli olduğunu ifade etmişlerdir (akt. Kaya, 2015).

Brown ve O'Brien (1998), sığınak çalışanlarıyla birlikte yürütmüş olduğu araştırmada belli baş etme yöntemlerinin tükenmişlikle ilgili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sığınak çalışanlarında etkin baş etme, pozitif yeniden yorumlama, gelişme ve plan yapma yöntemlerinin düşük düzeyde tükenmişlikle ilişkisinin olduğunu saptamıştır (akt. Akatlı Mertan, 2009).

2.5. Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travma Arasındaki İlişki

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin stresli ve travmatik olaylar karşısında gösterdikleri uyum yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Masten, 2001). Bu kavram, bireylerin zorlu yaşam deneyimleriyle başa çıkma ve bu deneyimlerden güçlenerek çıkma kapasitelerini ifade etmektedir. Psikolojik dayanıklılık, bireylerin olumsuz duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini düzenlemelerine, stres faktörleriyle etkili bir şekilde mücadele etmelerine ve değişen koşullara uyum sağlamalarına olanak tanıyan bir dizi beceri ve kaynağı içermektedir (Luthar vd., 2000).

İkincil travma, özellikle travmatik deneyimlere doğrudan maruz kalmayan ancak bu tür deneyimlere dolaylı olarak tanık olan veya bu deneyimlere ilişkin hikayeleri dinleyen bireylerde görülen bir durum olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995). Bu durum, travmatik olayların etkilerine dolaylı olarak maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. İkincil travma, travma mağdurlarıyla çalışan veya onlara yardım eden profesyonellerde sıklıkla gözlemlenen bir fenomendir (Stamm, 2010).

İkincil travmanın belirtileri arasında duygusal tükenme, empati yorgunluğu, uyku bozuklukları, kaçınma davranışları, intruziv düşünceler ve hipervijilans gibi semptomlar yer almaktadır (Bride vd., 2004). Bu belirtiler, bireylerin günlük işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Ayrıca,

ikincil travma deneyimleyen profesyonellerin iş performansları da olumsuz yönde etkilenebilmekte, bu durum hizmet verdikleri kişilere sunulan bakımın kalitesini düşürebilmektedir (Cieslak vd., 2014).

İkincil travma, özellikle sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları ve travma terapistleri gibi meslek gruplarında yaygın olarak gözlemlenmektedir. Bu meslek grupları, travmatik deneyimlere maruz kalan bireylere doğrudan hizmet sunmakta ve onların hikayelerine sürekli olarak tanık olmaktadır. Örneğin, acil servis çalışanları, şiddet mağdurlarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları ve savaş gazileriyle çalışan psikoterapistler gibi profesyoneller, ikincil travma açısından yüksek risk altındadırlar (Meadors vd., 2010).

İkincil travmanın olumsuz etkileri, bireylerin iş performansını, yaşam kalitesini ve genel ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bride, 2007). İkincil travma yaşayan profesyoneller, duygusal tükenme, empati yorgunluğu ve mesleki tatminsizlik gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum, sunulan hizmetlerin kalitesini düşürebilmekte ve hizmet alan kişilerin iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Salston ve Figley, 2003). Psikolojik dayanıklılık, bireylerin olumsuz yaşantılar karşısında duygusal ve bilişsel esneklik gösterebilme kapasitesini artırmaktadır. Yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, travmatik olaylara daha hızlı uyum sağlamak ve olumsuz etkilerden daha az etkilenmektedirler (Connor ve Davidson, 2003). Bu durum, ikincil travma yaşayan bireyler için de geçerli olmaktadır. Araştırmalar, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin ikincil travma belirtilerini daha az yaşadığını göstermektedir (Sexton vd., 2009).

Psikolojik dayanıklılığın ikincil travma üzerindeki koruyucu etkisi, çeşitli mekanizmalar aracılığıyla açıklanmaktadır. Öncelikle, psikolojik dayanıklılık, bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu stratejiler arasında problem çözme becerileri, sosyal destek arayışı ve olumlu yeniden yapılandırma yer almaktadır (Bonanno, 2004). Problem çözme becerileri, bireylerin karşılaştıkları zorlukları sistematik bir şekilde ele almalarını ve etkili çözümler üretmelerini sağlamaktadır. Sosyal destek arayışı, bireylerin stresli durumlarla başa çıkmak için çevrelerindeki insanlardan yardım ve destek almalarını içermektedir.

Olumlu yeniden yapılandırma ise, travmatik olayların olumsuz etkilerini azaltmak için olayları daha olumlu bir perspektiften değerlendirmeyi ve anlamlandırmayı içermektedir. Bu beceriler, travmatik olayların olumsuz etkilerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır.

Ayrıca, psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmatik olaylar karşısında duygusal regülasyonunu sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Duygusal regülasyon, bireylerin duygusal tepkilerini kontrol etme ve düzenleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Yüksek düzeyde duygusal regülasyon becerisine sahip bireyler, travmatik olaylar karşısında daha az duygusal zorlanma yaşamaktadırlar (Gross, 2002). Duygusal regülasyon, duyguların tanınması, ifade edilmesi ve yönetilmesini içeren bir dizi beceriyi kapsamaktadır. Bu beceriler, bireylerin travmatik olayların duygusal etkilerini daha iyi yönetmelerine ve olumsuz duygusal tepkileri azaltmalarına olanak tanımaktadır. Etkili duygusal regülasyon stratejileri, ikincil travma belirtilerinin azalmasına katkıda bulunmaktadır (Hobfoll vd., 2007).

Psikolojik dayanıklılık, aynı zamanda bireylerin travmatik olayları anlamlandırma ve bu olaylardan anlam çıkarma kapasitelerini de artırmaktadır. Travmatik olayları anlamlandırma süreci, bireylerin olayları kendi yaşam öyküleri ve değerleri bağlamında yorumlamalarını içermektedir. Bu süreç, travmatik olayların olumsuz etkilerini azaltmaya ve olayların kişisel gelişim için bir fırsat olarak görülmesine yardımcı olmaktadır (Park, 2010). Anlam bulma, bireylerin travmatik deneyimlerini daha geniş bir perspektiften değerlendirmelerine ve bu deneyimlerin olumlu yönlerini keşfetmelerine olanak tanımaktadır. Bu durum, ikincil travmanın olumsuz psikolojik sonuçlarının hafifletilmesine katkıda bulunmaktadır.

Bunlara ek olarak, psikolojik dayanıklılık, bireylerin öz-yeterlilik inançlarını güçlendirmektedir. Öz-yeterlilik, bireylerin belirli bir görevi veya zorluğu başarıyla yerine getirebileceklerine dair inançlarını ifade etmektedir (Bandura, 1997). Yüksek öz-yeterlilik inancına sahip bireyler, stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmekte ve zorluklarla mücadele etme konusunda daha fazla çaba göstermektedirler. Öz-yeterlilik, bireylerin ikincil travma deneyimleriyle başa çıkma kapasitelerini artırarak, travmanın olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Benight ve Bandura, 2004).

Son olarak, psikolojik dayanıklılık, bireylerin travma sonrası gelişim potansiyellerini artırmaktadır. Travma sonrası gelişim, travmatik olayların ardından bireylerin yaşadıkları olumlu psikolojik değişimleri ifade etmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Bu değişimler arasında kişisel güçlenme, başkalarıyla daha derin ilişkiler kurma, yaşamın kıymetini daha fazla takdir etme ve manevi gelişim yer almaktadır. Psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmatik deneyimlerden anlam çıkarma ve bu deneyimleri kişisel gelişim fırsatları olarak görme kapasitelerini artırarak, travma sonrası gelişimi desteklemektedir (Westphal ve Bonanno, 2007).

İkincil travmaya maruz kalan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelendiği bir araştırmada, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin daha düşük ikincil travma belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (Cieslak vd., 2014).

Örneğin, Bride ve Jones (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travma yaşama düzeyleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travma belirtilerini daha az yaşadığı bulunmuştur. Bu bulgu, psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğünü göstermektedir.

Benzer şekilde, Mealer vd. (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma belirtileri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Araştırma sonuçları, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip hemşirelerin ikincil travma belirtilerini daha az yaşadığını ortaya koymuştur. Bu çalışma, psikolojik dayanıklılığın mesleki stres ve travma karşısında önemli bir tampon görevi gördüğünü vurgulamaktadır.

Ayrıca, Hegney vd. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık eğitimlerinin ikincil travma üzerindeki etkisi incelenmiştir. Eğitim programlarına katılan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinde artış olduğu ve ikincil travma belirtilerinde azalma gözlemlenmiştir. Bu bulgu, psikolojik dayanıklılık becerilerinin geliştirilmesinin ikincil travmanın olumsuz etkilerini azaltmada etkili bir strateji olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan, ikincil travmanın psikolojik dayanıklılığı nasıl etkilediği üzerine yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Smith vd. (2008) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, travmaya maruz kalan bireylerin zamanla psikolojik dayanıklılık düzeylerinde azalma yaşadığı tespit edilmiştir. Bu çalışma, ikincil travmanın bireylerin genel psikolojik sağlığı üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri olabileceğini göstermektedir.

Psikolojik dayanıklılık ve ikincil travma arasındaki ilişkinin altında yatan mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılmamış olsa da, bazı faktörlerin bu ilişkide rol oynadığı düşünülmektedir. Örneğin, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin stresle daha etkili bir şekilde başa çıkabildikleri, problem çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğu ve sosyal destek kaynaklarını daha iyi kullanabildikleri belirtilmektedir (Luthar vd., 2014). Bu özellikler, ikincil travmanın olumsuz etkilerine karşı tampon görevi görerek, bireylerin psikolojik sağlıklarını korumalarına yardımcı olmaktadır.

Ayrıca, psikolojik dayanıklılığın öz-yeterlilik, öz-kontrol ve iyimserlik gibi olumlu kişilik özelliklerini içerdiği bilinmektedir (Rutter, 2013). Bu özellikler, bireylerin zorlayıcı durumlarla başa çıkma kapasitelerini artırarak, ikincil travmanın olumsuz sonuçlarına karşı daha dirençli olmalarını sağlamaktadır.

Psikolojik dayanıklılık ile ikincil travma arasındaki ilişki, bireylerin travmatik olaylar karşısında gösterdikleri uyum yeteneği ve bu olayların olumsuz etkilerinden korunma kapasiteleri açısından önem taşımaktadır. Yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, ikincil travmanın olumsuz etkilerinden daha az etkilenmekte ve daha hızlı toparlanabilmektedirler. Bu nedenle, psikolojik dayanıklılığın artırılmasına yönelik müdahaleler, ikincil travma riskini azaltmak ve bireylerin ruh sağlığını korumak açısından önem taşımaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve psikolojik dayanıklılık ile ikincil travma seviyelerinin demografik faktörlere bağlı olarak değişip değişmediğini inceleyen bir ilişkisel tarama çalışmasıdır. İlişkisel tarama yöntemi, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkilerin ve bu ilişkilerin derecesinin incelendiği bir analiz modelidir (Büyüköztürk vd., 2018).

3.2. Araştırma Soruları

Bu çalışmada, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık ve ikincil travma seviyelerinin demografik faktörlere bağlı olarak değişip değişmediği de araştırılmaktadır. Bu kapsamda belirlenen araştırma soruları aşağıda sunulmaktadır:

1. Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Psikolojik dayanıklılık ve alt boyutları, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologlarda ikincil travma ve alt boyutlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır?
3. Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri demografik faktörlere göre anlamlı farklılıklar göstermekte midir?
4. Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların ikincil travma düzeyleri demografik faktörlere göre anlamlı farklılıklar göstermekte midir?

3.3. Örneklem

Çalışmanın örneklemini Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların arasından kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan 126 katılımcı oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama sürecinde Google anket formu yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara anketin uygulanmasından önce çalışmanın amaçları hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ayrıca, kişisel bilgilerin talep edilmediği, toplanan verilerin kesinlikle başkalarıyla paylaşılmayacağı ve yalnızca akademik amaçlar için kullanılacağı katılımcılara ifade edilmiştir. Bu bilgilendirmenin gerçekleştirilmesini takiben katılımcılardan gönüllü onayları temin edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak amacıyla kullanılan anket formunun üç bölümü bulunmaktadır. Birinci bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin araştırmacı tarafından hazırlanan toplam on soru içeren Demografik Bilgi Formu yer almaktadır. Diğer bölümlerde yer alan ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.5.1. İkincil Travmatik Stres Ölçeği

Orijinal adı Secondary Traumatic Stress Scale olan İkincil Travmatik Stres Ölçeği Bride vd. (2004) tarafından geliştirilmiştir. İkincil travmatik stres belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek 17 maddeden oluşmakta ve 5’li likert tipindedir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. İstemsiz etkilenmeler alt boyutunu ölçeğin 2, 3, 6, 10 ve 13. maddeleri; kaçınma alt boyutunu ölçeğin 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeleri; uyarılmışlık alt boyutunu ölçeğin 4, 8, 11, 15 ve 16. maddeleri ölçmektedir. Ölçekten en az 17, en fazla 85 puan alınabilmekte ve yüksek puan etkilenme düzeyinin yüksek olduğuna işaret eder. Ayrıca TSSB tanısı verebilmek için, istemsiz etkilenmeler alt boyutundan en az bir, kaçınma alt boyutundan en az üç ve uyarılmışlık alt boyutundan

en az iki maddenin “bazen” ve üstü şeklinde işaretlenmesi gerekir. Bahsedilen bu üç ölçütün bulunması, olası bir TSSB tanısı alabileceği anlamı taşır.

İkincil Travmatik Stres Belirtileri ölçeğini dilimize uyarlayıp, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Yıldırım vd. (2018) yapmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinalindeki gibi üç boyutlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına yönelik Cronbach alfa değeri $\alpha=0.91$; ve kaçınma alt ölçeği için $\alpha=0.78$, uyarılma alt ölçeği için $\alpha=0.82$ ve duygusal ihlal alt ölçeği için 0.84 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca madde-test korelasyonları ise 0.28 - 0.69 arasında bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılığına sahip olduğu söylenebilir (Yıldırım vd., 2018).

3.5.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg vd. (2003)’nin geliştirdiği ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, “yapısal stil”, “sosyal yeterlilik”, “aile uyumu” ve “sosyal kaynaklar”, “kendilik algısı”, “gelecek algısı”dır. Ölçekte yapısal stil (3,9,15,21) ve gelecek algısı (2,8,14,20) 4’er madde; aile uyumu (5,11,17,23,26,32), kendilik algısı (1,7,13,19,28,31) ve sosyal yeterlilik (4,10,16,22,25,29) 6’şar madde ve sosyal kaynaklar (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir. Ölçek maddelerinde olumlu ve olumsuz tutumlar iki uçta yer almaktadır ve beş ayrı boşluğun bulunduğu kutucuklara verilen cevaplar işaretlenmektedir.

Basım ve Çetin’in (2011) geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı ölçeğin geçerliliğine yönelik olarak yapılan çalışmada doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve altı faktörlü yapı toplam %57’lik varyans açıklamıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasına yönelik olarak yapısal eşitlik modelinin iç tutarlılık değerleri: ‘Kendilik Algısı’ için 0.80; ‘Gelecek Algısı’ için 0.75; ‘Sosyal Yeterlilik’ için 0.82; ‘Aile Uyumu’ için 0.86; ‘Sosyal Kaynaklar’ için 0.84 ve ‘Yapısal Stil’ için 0.76 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin. 2011).

Ölçekte 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31 ve 33 maddeleri ters kodlanmıştır.

3.6. Analiz Yöntemi

Örneklem grubunun demografik özelliklerinin açıklanmasında frekans analizi, ölçeklere ilişkin ortalama puanların belirlenmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizden yararlanılmıştır. İki grubun ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Independent T Test, üç ve daha fazla grubun kıyaslanmasında One Way ANOVA analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise korelasyon ve regresyon analizlerinden faydalanılmıştır.



4. ANALİZ VE BULGULAR

4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Araştırmaya toplam 126 kişi katılım göstermiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Demografik Özellik		Frekans	Yüzde
Yaş	18-25 yaş	17	13,5
	26-35 yaş	87	69
	36-45 yaş	20	15,9
	45+ yaş	2	1,6
Cinsiyet	Erkek	29	23
	Kadın	97	77
Eğitim	Lisans	52	41,3
	Yüksek Lisans	69	54,8
	Doktora	5	4
Çalışma Süresi	1 yıldan az	11	8,7
	1-5 yıl arası	50	39,7
	5-10 yıl arası	46	36,5
	11 yıl ve üzeri	19	15,1
Çalışma Şekli	Yüzyüze	39	31
	Çevrimiçi	6	4,8
	Karma	81	64,3
Sektör	Kamu	26	20,6
	Özel	97	77
	Sivil toplum	1	0,8
	Gönüllü	1	0,8
	Gönüllü + Psk. Uyg.	1	0,8

Tablo 4.1'in devamı

Daha önce görev durumu	Yaptı	82	65,1
	Yapmadı	44	34,9
Deprem bölgesinde bulunma süresi	1 Hafta	24	19
	2 Hafta	35	27,8
	3 Hafta	36	28,6
	1 ay ve üstü	31	24,6
Deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumu	Evet	49	38,9
	Hayır	77	61,1
Psikososyal hizmet eğitim	Aldı	106	84,1
	Almadı	20	15,9

Tablo 4.1.'de görüldüğü üzere, katılımcıların büyük çoğunluğu (%69) 26-35 yaş aralığındadır ve kadın katılımcılar (%77) erkeklere göre daha yüksek bir orana sahiptir. Eğitim düzeyleri açısından, katılımcıların yarısından fazlasını (%54,8) yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır.

Çalışma süresi bakımından, 1-5 yıl arası (%39,7) ve 5-10 yıl arası (%36,5) deneyime sahip katılımcılar çoğunluktadır. Çalışma şekli olarak, karma (yüz yüze ve çevrimiçi) yöntem en yaygın (%64,3) yöntemdir. Katılımcıların büyük bir kısmı (%77) özel sektörde çalışmaktadır.

Daha önce afet ve acil durumlarda psikososyal destek hizmeti verme deneyimi olan katılımcılar (%65,1), bu deneyime sahip olmayanlara göre daha yüksek bir orana sahiptir. Deprem bölgesinde bulunma süresi açısından, katılımcıların çoğunluğu 2 hafta (%27,8) ve 3 hafta (%28,6) süreyle görev yapmıştır. Bununla birlikte, katılımcıların %61,1'i deprem bölgesindeki çalışmalara devam etmemektedir. Son olarak, katılımcıların büyük bir kısmı (%84,1) psikososyal hizmet eğitimi almıştır.

4.2. Güvenilirlik Analizi

Araştırmada veri toplamak için kullanılan İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Ölçeğinin güvenilirlik analizine ait sonuçlar Tablo 4.2’de görülmektedir.

Tablo 4.2. İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Güvenilirlik Analizine Ait Sonuçlar

Ölçek	Soru Sayısı	Güvenilirlik Katsayısı Cronbach Alpha
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	17	,944
<i>Kaçınma</i>	7	,816
<i>İstemsiz etkilenmeler</i>	5	,869
<i>Uyarılmışlık</i>	5	,889
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	33	,853
<i>Yapısal stil</i>	4	,817
<i>Gelecek algısı</i>	4	,740
<i>Aile uyumu</i>	6	,887
<i>Sosyal kaynaklar</i>	6	,829
<i>Kendilik algısı</i>	8	,995
<i>Sosyal yeterlilik</i>	6	,896

Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı, genellikle 0 ile 1 arasında değerler alabilen bir istatistiksel ölçüdür. Bu değerler, bir ölçeğin iç tutarlılığını belirtmektedir. Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının 0,60’ın üzerindeki değerleri, ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Karakaplan ve Yıldız, 2010). Tablo 4.2’de, araştırmada veri toplamak için kullanılan İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine ait Cronbach alpha güvenilirlik

katsayılarının 0,60'ın üzerinde bulunduğu görülmektedir. Bu bağlamda, bahsi geçen ölçeklerin oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

4.3. Normal Dağılım Analizi

Parametrik analiz yöntemleri, verilerin normal dağılıma uyması durumunda kullanılabilir. Ancak, veriler normal dağılıma uymuyorsa, parametrik olmayan analiz yöntemleri tercih edilir. Bu nedenle, verilerin normal dağılım özelliklerini değerlendirmek önemlidir. Bu amaçla, çarpıklık ve basıklık gibi istatistiksel ölçütler incelenir (Gürbüz ve Şahin, 2014).

İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Dayanıklılık değişkenlerinin çarpıklık ve basıklık analizi sonuçları Tablo 4.3'te görülmektedir.

Tablo 4.3. Normal Dağılım Analiz Sonuçları

Değişken	Çarpıklık	Basıklık
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	-,409	-,806
<i>Kaçınma</i>	-,413	-,614
<i>İstemsiz etkilenmeler</i>	-,386	-,728
<i>Uyarılmışlık</i>	-,428	-,880
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	,052	1,294
<i>Yapısal stil</i>	,010	-,250
<i>Gelecek algısı</i>	-,115	-,475
<i>Aile uyumu</i>	,000	-,401
<i>Sosyal kaynaklar</i>	-,581	1,006
<i>Kendilik algısı</i>	-,123	-,319
<i>Sosyal yeterlilik</i>	-,078	-,479

Normal dağılımın kabul edilebilmesi için genellikle çarpıklık ve basıklık değerlerinin belirli bir aralıkta olması beklenmektedir. İdeal olarak, çarpıklık ve basıklık değerleri sıfıra yakın veya sıfıra eşit olmalıdır. Diğer taraftan, genellikle çarpıklık ve basıklık için -1,5 ile +1,5 arasındaki değerler kabul edilebilir bir aralık olarak kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2014). Tablo 4.3 incelendiğinde, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Dayanıklılık değişkenlerine ait çarpıklık ve basıklık katsayılarının -1,5 ile +1,5 aralığında yer aldığı gözlemlenmektedir. Bu verilerin normal dağılım sergilediği sonucu çıkarılmaktadır.

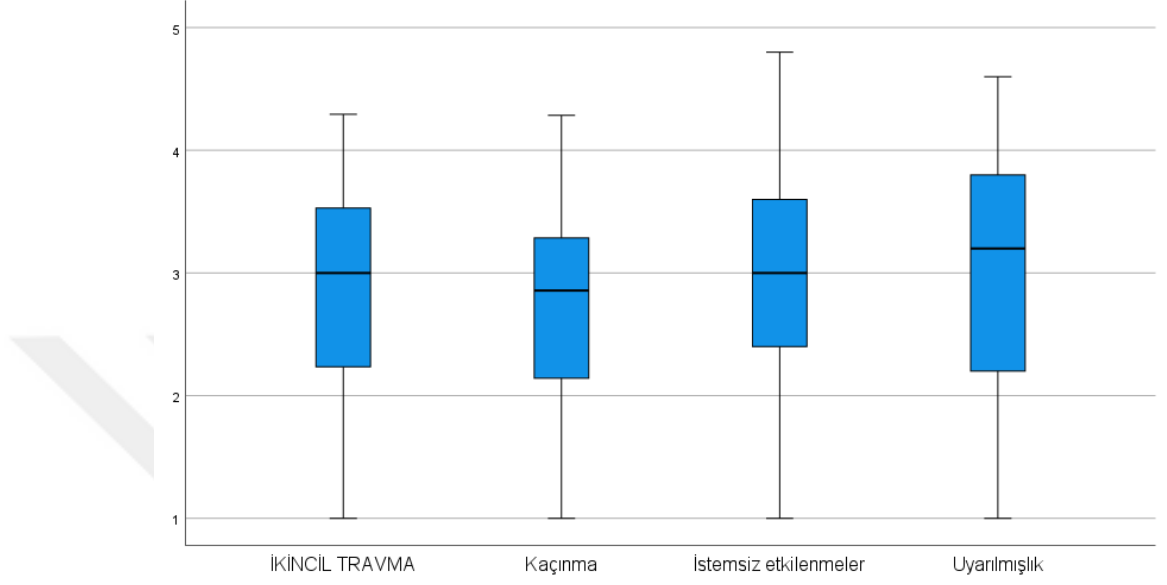
4.4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz

İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Dayanıklılık değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analiz bulguları Tablo 4.4'te sunulmaktadır.

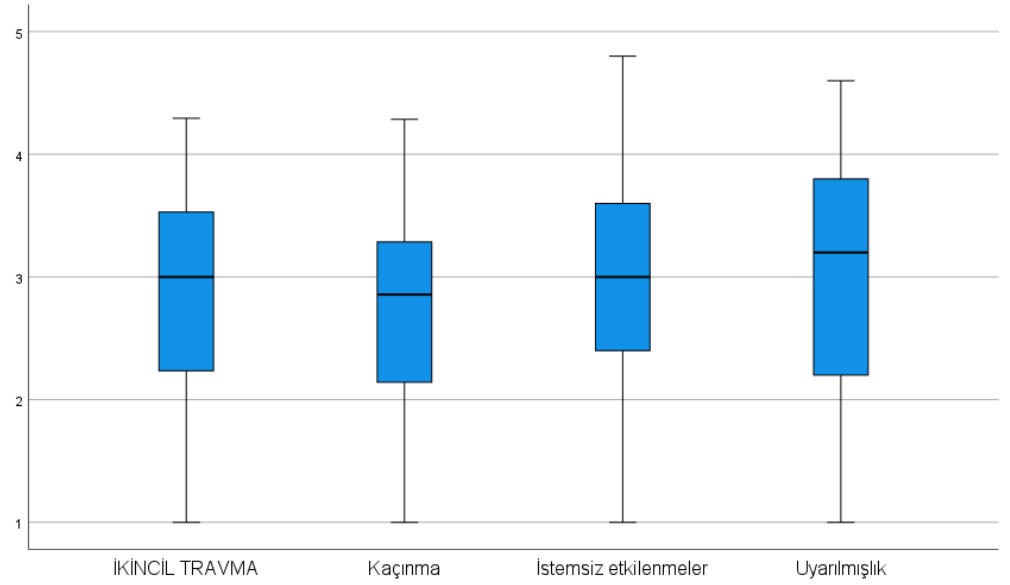
Tablo 4.4. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları

Değişken	Ortalama	Standart Sapma
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	2,903	,8097
<i>Kaçınma</i>	2,763	,7566
<i>İstemsiz etkilenmeler</i>	2,956	,8792
<i>Uyarılmışlık</i>	3,048	,9688
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	3,578	,4634
<i>Yapısal stil</i>	3,335	,7212
<i>Gelecek algısı</i>	3,258	,9066
<i>Aile uyumu</i>	3,335	,7256
<i>Sosyal kaynaklar</i>	3,905	,5543
<i>Kendilik algısı</i>	3,492	,6828
<i>Sosyal yeterlilik</i>	3,899	,5313

Katılımcıların İkincil Travmatik Stres seviyeleri Şekil 4.1’de, Psikolojik Dayanıklılık seviyeleri Şekil 4.2’de görülmektedir.



Şekil 4.1. İkincil Travmatik Stres Seviyeleri



Şekil 4.2. Psikolojik Dayanıklılık Seviyeleri

4.5. Korelasyon Analizi

İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Dayanıklılık değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir. Analize ait sonuçlar Tablo 4.5'te görülmektedir.

Tablo 4.5. Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları

Değişken	İKİNCİL TRAVMA	Kaçınma	İstemsiz etkilenmeler	Uyarılmışlık
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	-,412**	-,425**	-,323**	-,412**
<i>Yapısal stil</i>	-,221*	-,205*	-0,171	-,249**
<i>Gelecek algısı</i>	-,534**	-,522**	-,458**	-,531**
<i>Aile uyumu</i>	-0,09	-0,137	-0,008	-0,098
<i>Kendilik algısı</i>	-,248**	-,268**	-,180*	-,248**
<i>Sosyal yeterlilik</i>	-,388**	-,373**	-,350**	-,375**
<i>Sosyal kaynaklar</i>	-,246**	-,266**	-,195*	-,231**

* p<0,05, ** p<0,01

Tablo 4.5'te sunulan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, İkincil Travmatik Stres'in alt boyutları olan Kaçınma, İstemsiz Etkilenmeler ve Uyarılmışlık ile Psikolojik Dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0,01$). Bu durum, İkincil Travmatik Stres düzeyi arttıkça Psikolojik Dayanıklılığın azaldığını göstermektedir.

Psikolojik Dayanıklılığın alt boyutları incelendiğinde, Yapısal Stil ile İkincil Travmatik Stres'in Kaçınma ($r=-0,205$; $p<0,05$) ve Uyarılmışlık ($r=-0,249$; $p<0,01$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Gelecek Algısı alt boyutu ise İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla (Kaçınma: $r=-0,522$; İstemsiz Etkilenmeler: $r=-0,458$; Uyarılmışlık: $r=-0,531$; $p<0,01$) negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir.

Aile Uyumu alt boyutu, İkincil Travmatik Stres'in hiçbir alt boyutuyla anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p>0,05$). Öte yandan, Kendilik Algısı alt boyutu, İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla (Kaçınma: $r=-0,268$; İstemsiz Etkilenmeler: $r=-0,180$; Uyarılmışlık: $r=-0,248$; $p<0,05$) negatif yönde anlamlı ilişkiler sergilemiştir. Sosyal Yeterlilik alt boyutu da benzer şekilde İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla (Kaçınma: $r=-0,373$; İstemsiz Etkilenmeler: $r=-0,350$; Uyarılmışlık: $r=-0,375$; $p<0,01$) negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir. Son olarak, Sosyal Kaynaklar alt boyutu, İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla (Kaçınma: $r=-0,266$; İstemsiz Etkilenmeler: $r=-0,195$; Uyarılmışlık: $r=-0,231$; $p<0,05$) negatif yönde anlamlı ilişkiler sergilemiştir.

4.6. Regresyon Analizi

Psikolojik Dayanıklılığın İkincil Travmatik Stres üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analize dair sonuçlar Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Psikolojik Dayanıklılığın İkincil Travmatik Stres Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Katsayılar			Model		
		β	t	P	F	R ²	p
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK	İKİNCİL TRAVMA	-,412	-5,034	<,001	25,338	,163	<,001
<i>Yapısal stil</i>		,057	,642	,522	9,879	,262	<,001
<i>Gelecek algısı</i>		-,525	-4,537	,000			
<i>Kendilik algısı</i>		-,044	-,461	,645			
<i>Sosyal yeterlilik</i>		-,063	-,605	,547			
<i>Sosyal kaynaklar</i>		,047	,478	,634			

Tablo 4.6'da sunulan regresyon analizi sonuçlarına göre, Psikolojik Dayanıklılık, İkincil Travmatik Stres'in anlamlı bir yordayıcısıdır ($\beta=-0,412$; $t=-5,034$; $p<0,001$). Bu bulgu, Psikolojik Dayanıklılık düzeyi arttıkça, İkincil Travmatik Stres

düzeyinin azaldığını göstermektedir. Psikolojik Dayanıklılık, İkincil Travmatik Stres'teki varyansın %16,3'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,163$; $F=25,338$; $p<0,001$).

Psikolojik Dayanıklılığın alt boyutlarının İkincil Travmatik Stres üzerindeki etkisi incelendiğinde, sadece Gelecek Algısı alt boyutunun İkincil Travmatik Stres'in anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmüştür ($\beta=-0,525$; $t=-4,537$; $p<0,001$). Diğer alt boyutlar olan Yapısal Stil, Kendilik Algısı, Sosyal Yeterlilik ve Sosyal Kaynaklar, İkincil Travmatik Stres üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir ($p>0,05$). Psikolojik Dayanıklılığın alt boyutları birlikte ele alındığında, İkincil Travmatik Stres'teki varyansın %26,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,262$; $F=9,879$; $p<0,001$).

Bu sonuçlar, Psikolojik Dayanıklılığın, özellikle de Gelecek Algısı alt boyutunun, İkincil Travmatik Stres üzerinde koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Geleceğe dair olumlu bir bakış açısına sahip olmak, bireylerin travmatik olayların etkilerine karşı daha dirençli olmalarını sağlayabilir ve İkincil Travmatik Stres belirtilerini azaltabilir. Diğer alt boyutların anlamlı bir etkiye sahip olmaması, bu boyutların İkincil Travmatik Stres üzerindeki etkisinin daha dolaylı olabileceğini düşündürmektedir.

Bulgular, ruh sağlığı çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılıklarını, özellikle de Gelecek Algısı boyutunu güçlendirmeye yönelik müdahalelerin, İkincil Travmatik Stresi azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Bu müdahaleler, ruh sağlığı çalışanlarının geleceğe dair olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine, zorluklarla başa çıkma becerilerini artırmalarına ve mesleki dayanıklılıklarını güçlendirmelerine yardımcı olabilir.

4.7. Fark Analizleri

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres düzeylerinin demografik nitelikler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

4.7.1. Psikolojik Dayanıklılık seviyesinin demografik özelliklere göre incelenmesi

4.7.1.1. Yaşa yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde yaşa göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.7'de görülmektedir.

Tablo 4.7. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Yaşa Göre Analizi

Yaş	n	Ort.	Ss	F	p
18-25 yaş	17	3,658	,5847	2,676	,051
26-35 yaş	87	3,526	,4387		
36-45 yaş	20	3,658	,4032		
45+ yaş	2	4,348	,2786		

Tablo 4.7'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı yaş gruplarındaki katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=2,676$; $p>0,05$).

Ortalama değerler incelendiğinde, 45 yaş ve üzeri grubun en yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Ort.=4,348; ss=0,2786). Bunu sırasıyla 18-25 yaş (Ort.=3,658; ss=0,5847) ve 36-45 yaş (Ort.=3,658; ss=0,4032) grupları izlemektedir. En düşük psikolojik dayanıklılık düzeyi ise 26-35 yaş grubunda gözlenmiştir (Ort.=3,526; ss=0,4387).

4.7.1.2. Cinsiyete yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.8'de görülmektedir.

Tablo 4.8. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Cinsiyete Göre Analizi

Cinsiyet	n	Ort.	ss	T	sd	p
Erkek	29	3,491	,5475	-1,014	39,163	,317
Kadın	97	3,604	,4351			

Tablo 4.8'de sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, erkek ve kadın katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(39,163)=-1,014$; $p>0,05$). Kadın katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,604; ss=0,4351) erkek katılımcılarınkinden (Ort.=3,491; ss=0,5475) biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.1.3. Eğitim seviyesine yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde eğitim seviyesine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.9'da görülmektedir.

Tablo 4.9. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Eğitim Seviyesine Göre Analizi

Eğitim seviyesi	n	Ort.	ss	F	p
Lisans	52	3,593	,4429	,916	,403
Yüksek Lisans	69	3,548	,4783		
Doktora	5	3,830	,4732		

Tablo 4.9'da sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı eğitim seviyelerindeki katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=0,916$; $p>0,05$). Doktora düzeyindeki katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,830; ss=0,4732) diğer eğitim seviyelerindeki katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.1.4. Çalışma Süresine yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.10'da görülmektedir.

Tablo 4.10. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Çalışma Süresine Göre Analizi

Çalışma süresi	n	Ort.	Ss	F	p
1 yıldan az	52	3,593	,4429	1,728	,165
1-5 yıl arası	69	3,548	,4783		
5-10 yıl arası	5	3,830	,4732		
11 yıl ve üzeri	52	3,593	,4429		

Tablo 4.10'da sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı çalışma sürelerine sahip katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=1,728$; $p>0,05$). 5-10 yıl arası çalışma süresine sahip katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması ($Ort.=3,830$; $ss=0,4732$) diğer çalışma sürelerine sahip katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.1.5. Çalışma Şekline yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde çalışma şekline göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.11'de görülmektedir.

Tablo 4.11. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Çalışma Şekline Göre Analizi

Çalışma şekli	n	Ort.	Ss	F	p
Yüzyüze	39	3,658	,4731	1,058	,350
Çevrimiçi	6	3,424	,2521		
Karma	81	3,550	,4687		

Tablo 4.11'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı çalışma şekillerine sahip katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=1,058$; $p>0,05$). Yüzyüze çalışan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,658; ss=0,4731) diğer çalışma şekillerine sahip katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.1.6. Sektöre yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.12'de görülmektedir.

Tablo 4.12. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Sektöre Göre Analizi

Sektör	n	Ort.	Ss	F	p
Kamu	26	3,713	,4747	4,888	,133
Özel	97	3,558	,4267		
Sivil toplum	1	3,394	.		
Gönüllü	1	1,818	.		
Gönüllü + Psk. Uyg.	1	3,879	.		

Tablo 4.12'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı sektörlerde çalışan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=4,888$; $p>0,05$). Kamu sektöründe çalışan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,713; ss=0,4747) diğer sektörlerde çalışan katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca; sivil toplum, gönüllü ve gönüllü + psikolojik uygulama sektörlerinde çalışan katılımcı sayılarının çok düşük olması ($n=1$) nedeniyle, bu sektörler için güvenilir değerler elde edilememiştir.

4.7.1.7. Daha önce görev yapma durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde daha önce benzer bir görev yapma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek

amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.13'te görülmektedir.

Tablo 4.13. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Daha Önce Görev Yapma Durumuna Göre Analizi

Daha önce görev	n	Ort.	ss	t	sd	p
Yaptı	82	3,656	,4313	2,548	78,875	,013
Yapmadı	44	3,432	,4905			

Tablo 4.13'te sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, daha önce benzer bir görev yapan ve yapmayan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t(78,875)=2,548$; $p<0,05$). Daha önce benzer bir görev yapan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,656; ss=0,4313), daha önce benzer bir görev yapmayan katılımcıların ortalamasından (Ort.=3,432; ss=0,4905) daha yüksektir.

4.7.1.8. Deprem bölgesinde bulunma süresine yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde deprem bölgesinde bulunma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.14'te görülmektedir.

Tablo 4.14. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Deprem Bölgesinde Bulunma Süresine Göre Analizi

Bölgede bulunma	n	Ort.	ss	F	p
1 Hafta (a)	24	3,872	,4551	5,629	,001
2 Hafta (b)	35	3,459	,4653		
3 Hafta (c)	36	3,449	,3610		
1 ay ve üstü (d)	31	3,632	,4795		

* a>b, a>c, a>d

Tablo 4.14'te sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, deprem bölgesinde farklı sürelerde bulunan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($F=5,629$; $p<0,01$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testler (Tukey HSD), 1 hafta süreyle deprem bölgesinde bulunan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin (Ort.=3,872; ss=0,4551), 2 hafta (Ort.=3,459; ss=0,4653), 3 hafta (Ort.=3,449; ss=0,3610) ve 1 ay ve üstü (Ort.=3,632; ss=0,4795) süreyle deprem bölgesinde bulunan katılımcılardan daha yüksek olduğunu göstermiştir.

4.7.1.9. Deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde deprem bölgesindeki çalışmalara devam etme durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.15'te görülmektedir.

Tablo 4.15. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Deprem Bölgesindeki Çalışmalara Devam Durumuna Göre Analizi

Çalışma Devamı	n	Ort.	ss	t	sd	p
Evet	49	3,542	,4469	-,702	106,947	,484
Hayır	77	3,601	,4752			

Tablo 4.15'te sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, deprem bölgesindeki çalışmalara devam eden ve etmeyen katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(106,947)=-0,702$; $p>0,05$). Deprem bölgesindeki çalışmalara devam eden katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,542; ss=0,4469), çalışmalara devam etmeyen katılımcıların ortalamasından (Ort.=3,601; ss=0,4752) biraz daha düşük olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.1.10. Psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık düzeylerinde psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.16'da görülmektedir.

Tablo 4.16. Psikolojik Dayanıklılık Düzeyinin Psikososyal Hizmet Eğitimi Alma Durumuna Göre Analizi

Eğitim	n	Ort.	ss	t	sd	p
Aldı	106	3,571	,4430	-,290	23,489	,774
Almadı	20	3,611	,5720			

Tablo 4.16'da sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, psikososyal hizmet eğitimi alan ve almayan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(23,489) = -0,290$; $p > 0,05$). Psikososyal hizmet eğitimi almayan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyi ortalaması (Ort.=3,611; ss=0,5720), eğitim alan katılımcıların ortalamasından (Ort.=3,571; ss=0,4430) biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2. İkincil Travma seviyesinin demografik özelliklere göre incelenmesi

4.7.2.1. Yaşa yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde yaşa göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.17'de görülmektedir.

Tablo 4.17. İkincil Travma Düzeyinin Yaşa Göre Analizi

Yaş	n	Ort.	ss	F	p
18-25 yaş	17	2,491	,9167	2,242	,087
26-35 yaş	87	3,006	,7967		
36-45 yaş	20	2,853	,6890		
45+ yaş	2	2,441	,7903		

Tablo 4.17'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı yaş gruplarındaki katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=2,242$; $p>0,05$). 26-35 yaş grubundaki katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=3,006; ss=0,7967) diğer yaş gruplarındaki katılımcılardan biraz daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2.2. Cinsiyete yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.18'de görülmektedir.

Tablo 4.18. İkincil Travma Düzeyinin Cinsiyete Göre Analizi

Cinsiyet	n	Ort.	ss	t	sd	p
Erkek	29	2,886	,7215	-,139	52,631	,890
Kadın	97	2,908	,8378			

Tablo 4.18'de sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, erkek ve kadın katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(52,631)=-0,139$; $p>0,05$). Kadın katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=2,908; ss=0,8378), erkek katılımcıların ortalamasından (Ort.=2,886; ss=0,7215) çok az yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2.3. Eğitim seviyesine yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde eğitim seviyesine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.19'da görülmektedir.

Tablo 4.19. İkincil Travma Düzeyinin Eğitim Seviyesine Göre Analizi

Eğitim seviyesi	n	Ort.	ss	F	p
Lisans	52	2,904	,8717	,343	,710
Yüksek Lisans	69	2,924	,7790		
Doktora	5	2,612	,6093		

Tablo 4.19'da sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı eğitim seviyelerine sahip katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=0,343$; $p>0,05$). Yüksek lisans derecesine sahip katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=2,924; ss=0,7790), lisans derecesine sahip katılımcıların ortalamasından (Ort.=2,904; ss=0,8717) çok az yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2.4. Çalışma Süresine yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.20'de görülmektedir.

Tablo 4.20. İkincil Travma Düzeyinin Çalışma Süresine Göre Analizi

Çalışma süresi	n	Ort.	ss	F	p
1 yıldan az (a)	11	2,235	,5751	7,062	>,001
1-5 yıl arası (b)	50	2,792	,8604		
5-10 yıl arası (c)	46	3,262	,6703		
11 yıl ve üzeri (d)	19	2,715	,7465		

* a<c, b<c

Tablo 4.20'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı çalışma sürelerine sahip katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($F=7,062$; $p<0,001$). Farklılığın hangi

gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testler (Tukey HSD), 5-10 yıl arası çalışma süresine sahip katılımcıların ikincil travma düzeylerinin (Ort.=3,262; ss=0,6703), 1 yıldan az (Ort.=2,235; ss=0,5751) ve 1-5 yıl arası (Ort.=2,792; ss=0,8604) çalışma süresine sahip katılımcılardan daha yüksek olduğunu göstermiştir.

4.7.2.5. Çalışma Şekline yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde çalışma şekline göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.21'de görülmektedir.

Tablo 4.21. İkincil Travma Düzeyinin Çalışma Şekline Göre Analizi

Çalışma şekli	n	Ort.	ss	F	p
Yüzyüze	39	2,599	,8295	4,591	,133
Çevrimiçi	6	2,775	,6329		
Karma	81	3,060	,7756		

Tablo 4.21'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı çalışma şekillerine sahip katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=4,591$; $p>0,05$). Karma (yüz yüze ve çevrimiçi) çalışma şekline sahip katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=3,060; ss=0,7756), yüz yüze (Ort.=2,599; ss=0,8295) ve çevrimiçi (Ort.=2,775; ss=0,6329) çalışma şekline sahip katılımcılardan daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2.6. Sektöre yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.22'de görülmektedir.

Tablo 4.22. İkincil Travma Düzeyinin Sektöre Göre Analizi

Sektör	n	Ort.	ss	F	p
Kamu	26	2,658	,8088	2,840	,133
Özel	97	3,002	,7811		
Sivil toplum	1	2,176	.		
Gönüllü	1	2,294	.		
Gönüllü + Psk. Uyg.	1	1,000	.		

Tablo 4.22'de sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı sektörlerde çalışan katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($F=2,840$; $p>0,05$). Özel sektörde çalışan katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması ($Ort.=3,002$; $ss=0,7811$), diğer sektörlerde çalışan katılımcılardan daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca; sivil toplum, gönüllü ve gönüllü + psikolojik uygulama sektörlerinde çalışan katılımcı sayılarının çok düşük olması ($n=1$) nedeniyle, bu sektörler için güvenilir değerler elde edilememiştir.

4.7.2.7. Daha önce görev yapma durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde daha önce benzer görevlerde bulunma durumuna göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.23'te görülmektedir.

Tablo 4.23. İkincil Travma Düzeyinin Daha Önce Görev Yapma Durumuna Göre Analizi

Daha önce görev	n	Ort.	ss	t	sd	p
Yaptı	82	2,726	,8138	-3,672	100,336	,000
Yapmadı	44	3,234	,6976			

Tablo 4.23'te sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, daha önce benzer görevlerde bulunan ve bulunmayan katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t(100,336)=-3,672$; $p<0,001$). Daha önce benzer görevlerde bulunmayan katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=3,234; ss=0,6976), daha önce benzer görevlerde bulunan katılımcıların ortalamasından (Ort.=2,726; ss=0,8138) daha yüksektir.

4.7.2.8. Deprem bölgesinde bulunma süresine yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde deprem bölgesinde bulunma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.24'te görülmektedir.

Tablo 4.24. İkincil Travma Düzeyinin Deprem Bölgesinde Bulunma Süresine Göre Analizi

Bölgede bulunma	n	Ort.	ss	F	p
1 Hafta (a)	24	2,350	,8760	9,040	<,001
2 Hafta (b)	35	3,119	,6986		
3 Hafta (c)	36	3,253	,6508		
1 ay ve üstü (d)	31	2,681	,7744		

* a<b, a<c

Tablo 4.24'te sunulan tek yönlü varyans analizi sonuçları, farklı sürelerde deprem bölgesinde bulunan katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($F=9,040$; $p<0,001$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan post-hoc testler (Tukey HSD), 1 hafta süreyle deprem bölgesinde bulunan katılımcıların ikincil travma düzeylerinin (Ort.=2,350; ss=0,8760), 2 hafta (Ort.=3,119; ss=0,6986) ve 3 hafta (Ort.=3,253; ss=0,6508) süreyle deprem bölgesinde bulunan katılımcılardan daha düşük olduğunu göstermiştir.

4.7.2.9. Deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde deprem bölgesindeki çalışmalara devam etme durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.25'te görülmektedir.

Tablo 4.25. İkincil Travma Düzeyinin Deprem Bölgesindeki Çalışmalara Devam Durumuna Göre Analizi

Çalışma Devamı	n	Ort.	ss	t	sd	p
Evet	49	2,886	,7668	-,196	109,171	,845
Hayır	77	2,914	,8407			

Tablo 4.25'te sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, deprem bölgesindeki çalışmalara devam eden ve etmeyen katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(109,171)=-0,196$; $p>0,05$). Deprem bölgesindeki çalışmalara devam etmeyen katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=2,914; ss=0,8407), çalışmalara devam eden katılımcıların ortalamasından (Ort.=2,886; ss=0,7668) çok az yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

4.7.2.10. Psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna yönelik bulgular

Katılımcıların İkincil Travma düzeylerinde psikososyal hizmet eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.26'da görülmektedir.

Tablo 4.26. İkincil Travma Düzeyinin Psikososyal Hizmet Eğitimi Alma Durumuna Göre Analizi

Eğitim	n	Ort.	ss	t	sd	p
Aldı	106	2,927	,8262	,817	29,214	,421
Almadı	20	2,779	,7224			

Tablo 4.26'da sunulan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, psikososyal hizmet eğitimi alan ve almayan katılımcıların ikincil travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($t(29,214)=0,817$; $p>0,05$). Psikososyal hizmet eğitimi alan katılımcıların ikincil travma düzeyi ortalaması (Ort.=2,927; ss=0,8262), eğitim almayan katılımcıların ortalamasından (Ort.=2,779; ss=0,7224) biraz yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.



5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada, ikincil travma ve psikolojik dayanıklılık kavramları ele alınmıştır. İkincil travma, travma mağdurlarıyla çalışan profesyonellerin dolaylı olarak maruz kaldıkları travmatik deneyimler sonucu yaşadıkları stres tepkisini ifade etmektedir (Bride vd., 2004). Psikolojik dayanıklılık ise, bireylerin zorlu yaşam olayları karşısında uyum sağlama ve bu olayların üstesinden gelme kapasitesini belirtmektedir (Friborg vd., 2003). Bu kavramlar, travma mağdurlarıyla çalışan ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik sağlığını ve iş performansını etkileyen önemli faktörler olarak görülmektedir.

Bu çalışmada, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış psikologların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travma düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık ve ikincil travma seviyelerinin demografik faktörlere bağlı olarak değişip değişmediği de araştırılmaktadır. Travmatik olaylarla çalışan ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik sağlığını ve iş performansını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Cieslak vd., 2014; Ludick ve Figley, 2017).

Bu çalışma, ilişkisel tarama modeline dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkilerin ve bu ilişkilerin derecesinin incelendiği bir analiz yöntemidir (Büyüköztürk vd., 2018). Çalışmanın örneklemini, Kahramanmaraş merkezli depremde görev almış ve kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan 126 psikolog oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde anket yöntemi benimsenmiş ve katılımcılara çalışmanın amaçları hakkında bilgilendirme yapılarak gönüllü onamları alınmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu, İkincil Travmatik Stres Ölçeği (Bride vd., 2004; Yıldırım vd., 2018) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Friborg vd., 2003; Basım ve Çetin, 2011) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçlarına göre, katılımcıların İkincil Travmatik Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 2,903 (ss=0,8097) olarak bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın Uyarılmışlık alt

boyutunda (Ort.=3,048; ss=0,9688), en düşük ortalama puanın ise Kaçınma alt boyutunda (Ort.=2,763; ss=0,7566) olduğu görülmüştür. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden alınan puan ortalaması ise 3,578 (ss=0,4634) olarak saptanmıştır. Alt boyutlar açısından, en yüksek ortalama puanlar Sosyal Kaynaklar (Ort.=3,905; ss=0,5543) ve Sosyal Yeterlilik (Ort.=3,899; ss=0,5313) alt boyutlarında, en düşük ortalama puan ise Gelecek Algısı (Ort.=3,258; ss=0,9066) alt boyutunda gözlenmiştir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, İkincil Travmatik Stres'in geneli ve alt boyutları olan Kaçınma, İstemsiz Etkilenmeler ve Uyarılmışlık ile Psikolojik Dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Psikolojik Dayanıklılığın alt boyutları ile İkincil Travmatik Stres'in alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Yapısal Stil alt boyutu, İkincil Travmatik Stres'in Kaçınma ve Uyarılmışlık alt boyutlarıyla negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermektedir. Bu bulgu, bireylerin yaşamlarındaki rutinleri, kuralları ve organize olma becerilerini ifade eden Yapısal Stil düzeyi arttıkça, travmatik olaylardan kaçınma ve uyarılmışlık belirtilerinin azaldığını göstermektedir. Gelecek Algısı alt boyutu, İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla (Kaçınma, İstemsiz Etkilenmeler ve Uyarılmışlık) negatif yönde anlamlı ilişkiler sergilemektedir. Bu sonuç, geleceğe dair olumlu bir bakış açısına sahip olmanın, ikincil travmatik stres belirtilerini azaltmada önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Aile Uyumu alt boyutu ise İkincil Travmatik Stres'in hiçbir alt boyutuyla anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Bu durum, aile içi ilişkilerin ve desteğin, ikincil travmatik stres belirtileri üzerinde doğrudan bir etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Kendilik Algısı ve Sosyal Yeterlilik alt boyutları, İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla negatif yönde anlamlı ilişkiler sergilemektedir. Bu bulgular, bireylerin öz-farkındalıklarının, özgüvenlerinin ve sosyal becerilerinin yüksek olmasının, ikincil travmatik stres belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Son olarak, Sosyal Kaynaklar alt boyutu da İkincil Travmatik Stres'in tüm alt boyutlarıyla negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermektedir.

Bu çalışmada, psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stres üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek amacıyla regresyon analizi kullanılmıştır. Analizde, psikolojik dayanıklılık toplam puanı ve alt boyut puanları bağımsız değişkenler olarak,

ikincil travmatik stres toplam puanı ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre, psikolojik dayanıklılık toplam puanının ikincil travmatik stres negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur ($\beta=-0,412$; $t=-5,034$; $p<0,001$). Bu bulgu, psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıķa, ikincil travmatik stres düzeyinin azaldığını göstermektedir. Ayrıca, psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stresteki varyansın %16,3'n açıkladığı saptanmıştır ($R^2=0,163$; $F=25,338$; $p<0,001$). Psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarının ikincil travmatik stres üzerindeki etkisi incelendiğinde, sadece gelecek algısı alt boyutunun anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmüştür ($\beta=-0,525$; $t=-4,537$; $p<0,001$). Diğer alt boyutlar olan yapısal stil, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynakların ikincil travmatik stres üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Psikolojik dayanıklılığın alt boyutları birlikte ele alındığında, ikincil travmatik stresteki varyansın %26,2'sini açıkladığı saptanmıştır ($R^2=0,262$; $F=9,879$; $p<0,001$).

Çalışmada, katılımcıların psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin çeşitli demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, psikolojik dayanıklılık düzeyinin yalnızca daha önce benzer görevlerde bulunma durumuna ve depresyon bölgesinde bulunma süresine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Daha önce benzer görevlerde bulunan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri, daha önce benzer görevlerde bulunmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca, depresyon bölgesinde 1 hafta süreyle bulunan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeyleri, daha uzun süre bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, benzer görevlerde deneyim sahibi olmanın ve kısa süreli travmatik olaylara maruz kalmanın psikolojik dayanıklılığı artırabileceğini düşündürmektedir.

İkincil travmatik stres düzeyi açısından ise çalışma süresi, daha önce benzer görevlerde bulunma durumu ve depresyon bölgesinde bulunma süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. 5-10 yıl arası çalışma süresine sahip katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri, daha kısa süre çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, uzun süre travma mağdurlarıyla çalışmanın ikincil travmatik stres riskini artırabileceğini göstermektedir. Daha önce benzer görevlerde bulunmayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri, daha önce benzer görevlerde bulunanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, benzer görevlerde

deneyim sahibi olmanın ikincil travmatik stres belirtilerini azaltabileceğine işaret etmektedir. Son olarak, deprem bölgesinde 2 ve 3 hafta süreyle bulunan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri, 1 hafta bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, travmatik olaylara daha uzun süre maruz kalmanın ikincil travmatik stres riskini artırabileceğini göstermektedir (Baird ve Kracen, 2006).

Diğer demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma şekli, sektör, deprem bölgesindeki çalışmalara devam durumu ve psikososyal hizmet eğitimi alma durumu) açısından psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Bu çalışmada elde edilen regresyon analizi sonuçları, literatürdeki benzer araştırmaların bulgularıyla örtüşmektedir. Psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stres üzerindeki yordayıcı etkisi, önceki çalışmalarda da ortaya koyulmuştur. Burnett ve Wahl (2015), psikolojik dayanıklılığın travma sonrası stres belirtileri üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir. Benzer şekilde, Kulkarni vd. (2022), psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stresi azalttığını ve travma çalışanlarının ruh sağlığını koruduğunu vurgulamaktadır.

Regresyon analizinde, psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarının ikincil travmatik stres üzerindeki etkileri de incelenmiştir. Bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Ludick ve Figley (2017), sosyal desteğin ve başa çıkma stratejilerinin ikincil travmatik stresi azaltmada önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Mevcut çalışmada da sosyal kaynaklar ve sosyal yeterlilik alt boyutlarının ikincil travmatik stresi yordadığı görülmüştür. Ayrıca, Hensel vd. (2015) tarafından yapılan meta-analiz çalışması, öz-yeterliliğin ve olumlu kendilik algısının ikincil travmatik stresle negatif yönde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, mevcut çalışmada kendilik algısı alt boyutunun ikincil travmatik stresi yordaması ile tutarlılık göstermektedir.

Sonuç olarak, yapılan bu çalışmada Kahramanmaraş merkezli depremde psikososyal destek hizmeti sunan meslek elemanlarının psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Elde edilen bulgular, psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stresi negatif yönde yordadığını

göstermektedir. Ayrıca, çeşitli demografik değişkenlere göre psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmanın bulguları ışığında, gelecekteki araştırmalar ve uygulamalar için çeşitli öneriler sunulmaktadır. İlk olarak, afet ve travma alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için eğitim programları ve müdahale stratejileri geliştirilmelidir. Bu programlar, stresle başa çıkma becerilerini, öz-bakım stratejilerini ve sosyal destek mekanizmalarını içermelidir. İkinci olarak, ikincil travmatik stresi önlemek ve yönetmek için kurumsal politikalar ve destek sistemleri oluşturulmalıdır. Bu politikalar, düzenli psikolojik değerlendirmeleri, süpervizyon desteğini ve travma sonrası stres yönetimi eğitimlerini kapsamalıdır. Son olarak, afet ve travma çalışanlarının ruh sağlığını korumak için disiplinler arası işbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Adams, R. E., Boscarino, J. A. ve Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.

AFAD (2023). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri raporu. <https://www.afad.gov.tr/kahramanmaraş-depremleri-raporu>

Ahern, N. R. (2006). Adolescent resilience: An evolutionary concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 175-185. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.07.009>

Akatlı Mertan, A. (2009) Kadın Danışma Merkezlerinde Çalışan Kadınların Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunları (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi. Kocaeli.

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

Aker, A. T. (2012). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Ankara: Uzerler Matbaacılık.

Akın, A. (2012). Psikoloji ve Eğitimde Kullanılan Güncel Ölçme Araçları. İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Aktaş, E. (2016). Ergenlerin Psikolojik Dayanıklılıkları ile Gelecek Beklentileri Arasındaki İlişki. [Yayınlanmamış Doktora Tezi], Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC: Author.

APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Rev. ed.) Washington, DC: Author.

APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision, (4th ed.). Washington, DC: Author.

APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Arvay, M. J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors . What does research say? *International Journal of the Advancement of Counselling*, 23, 283-293.

Astin, M. C. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women & Therapy*, 20(1), 101-109.

Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63-71.

Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.

Baker, A. A. (2012). Training the resilient psychotherapist: What graduate students need to know about vicarious traumatization. *Journal of Social, Behavioral and Health Sciences*, 6, 1–12. doi: 10.5590/JSBHS.2012.06.1.01

Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology*, 5(4), 741–761. <https://doi.org/10.1017/S095457940000626X>

Baltaş, Z. (1984). Kavram olarak stres. *Pedagoji Dergisi*, 2, 15-27.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.

Basım, H. N., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.

Batan, S. N. (2016). Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri. [Doktora Tezi], Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Battal, S., Özmenler, N.(1997). Post-travmatik stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. C. Güleç ve E. Köroğlu(Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı (s.505- 516).Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Bauwens, J. ve Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians" perspectives on post-9/11 practice. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 498-517.

Bayraklı, H. (2010). Zihinsel Engelli ve Engelli Olmayan Çocuğa Sahip Annelerde Yılmazlığa Etki Eden Değişkenlerin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi], Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Beck, A. T. ve Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bell, H. (2003). Strength and secondary trauma in famaily violance work. *National Assosiation of Social Workers*. 48.

Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society*, 84(4), 463-470.

Benight, C. C. ve Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148.

Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., ... Watson, P. (2010). *Skills for psychological recovery: Field operations guide*. Los Angeles, CA: National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network.

Bernardon, S. ve Pernice-Duca, F. (2010). A family systems perspective to recovery from posttraumatic stress in children. *The Family Journal*, 18(4), 349-357.

Bisson, J. I., Tavakoly, B., Witteveen, A. B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V. J., ... Olff, M. (2010). TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74.

Bland, S. H., O'Leary, E. S., Farinaro, E., Jossa, F., Krogh, V., Violanti, J. M. ve Trevisan, M. (2005). Social network disturbances and psychological distress following earthquake evacuation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(9), 629-634.

- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Bolt, B. A. (2005). *Earthquakes: 2006 centennial update*. W. H. Freeman.
- Bonanno G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *The American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369–375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K. ve Greca, A. M. L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49.
- Boscarino, J. A., Figley, C. R. ve Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 57-66.
- Boyden, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience, and coping in extreme situations. *Handbook for Working with Children and Youth: Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts*, 3, 26.
- Brewin, C. R., Andrews, B. ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D., Bromet, E., Dekel, R., Green, B. L., ... Schultz, L. (2010). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bride, B. E. (2001). Psychometric properties of the secondary traumatic stress scale. (Yayımlanmamış doktora tezi). The University of Georgia/Graduate Faculty, Georgia, ABD.

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63

Bride, B. E., & Jones, J. L. (2004). Secondary traumatic stress in child welfare workers: Exploring the role of supervisory relationships. *Social Work*, 49(4), 529-540.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2nd ed.). Sage Publications.

Brown, C., & O'Brien, K. M. (1998). Understanding stress and burnout in shelter workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(4), 383.

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2nd ed.). Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Burnett, H. J., Jr. ve Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(1), 318-326.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (25. baskı). Pegem Akademi.

Campbell, A. (2013). Ethical considerations in service delivery for disaster mental health. In R. J. Ursano, C. S. Fullerton, L. Weisaeth, & B. Raphael (Eds.), *Textbook of disaster psychiatry* (2nd ed., pp. 80-96). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and Therapy*, 44(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>

Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues*, 54(2), 245-266.

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services, 11*(1), 75.

Coburn, A., & Spence, R. (2002). *Earthquake protection* (2nd ed.). John Wiley & Sons.

Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers—a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 10*(4), 417-424.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect, 30*(10), 1071-1080.

Conrad, D.J. and Perry, B.D. (2000). The cost of caring. ChildTrauma Academy's Interdisciplinary Education Series, http://www.bcm.tmc.edu/cta/Cost_of_Caring_I.htm

Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology, 5*(1), 15-31.

Creamer, T. L. ve Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 89-96.

Çapan, B. E. & Arıcıoğlu, A. (2014). Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Affedicilik. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi, 5*(4), 70-82.

Çetin, F., Yeloğlu, H. O., & Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi, 30*(75), 81-92.

- Çolak, B., ŞİŞmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etİler, N., & Bİçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Davinson, G. C., Neale, J. M. (2011). *Anormal Psikolojisi* (Ğ. Dağ, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği. (1997).
- de Jong, J. T. V. M. ve Kleber, R. J. (2007). Emergency conflict-related psychosocial interventions in Sierra Leone and Uganda: Lessons from Médecins Sans Frontières. *Journal of Health Psychology*, 12(3), 485-497.
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. ve Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLoS ONE*, 9(12), e114714.
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., Adèr, H., & van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of family Psychology*, 19(2), 217.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Elhai, J. D., North, T. C. ve Frueh, B. C. (2006). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services*, 2(1), 3-19.
- Erdik, M., Biro, Y. A., Onur, T., Sesetyan, K., & Birgoren, G. (1999). Assessment of earthquake hazard in Turkey and neighboring regions. *Annals of Geophysics*, 42(6), 1125-1138.
- Ernas, Ş. (2017). *Özerklik ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Eryılmaz, A. (2014). Herkes için Mutluluğun Başucu Kitabı: Kuramdan Uygulamaya Pozitif Psikoloji. Ankara, Pegem Yayınevi.

Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yildirim, E. A., & Aker, T. (2009). Bir Terörist Saldırı Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2).

Everly, G. S., Jr., Barnett, D. J. ve Links, J. M. (2012). The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): Curriculum development and content validation. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(2), 95-103.

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). The Sidran Press.

Figley, C. R. (1998). Introduction. In Charles R. Figley (Ed.), *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring* (s. 7). New York: CRC.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Fletcher, D., ve Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

Fogel, A. (2015). Effective Ways Social Workers Respond to Secondary Trauma. St. Catherine University Minimizing the Effects of Secondary Trauma. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 444.

Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.

Fox, J. H., Burkle, F. M., Jr., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L. ve Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool:

Research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(3), 247-252.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29–42. <https://doi.org/10.1002/mpr.15>

Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65–76. <https://doi.org/10.1002/mpr.143>

Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (Vol. 3, pp. 77–97). New York: Wiley.

Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97–111. <https://doi.org/10.1002/mpr.143>

Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M. ve Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.

Gök, A., & Yılmaz Koğar, E. (2021). A meta-analysis study on gender differences in psychological resilience levels. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3 (2), 132-143. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.21.2.15>

Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). Psychological resilience: State of knowledge and future research agendas. *ODI Working Papers*, 425.

Grey, N. (2009). Cognitive therapy for traumatic stress reactions: an introduction. In *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress reactions* (pp. 17-29). Routledge.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198

Gürbüz, S., & Şahin, F. (2014). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*, 271.

Gürdil, G. (2014) Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi. Ankara

Gürdil, G. (2014). Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi.

Gürkan, U. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi. [Yayınlanmamış Doktora Tezi], Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hacıoğlu, M., Aker, T., Kutlar, T., Yaman, M. (2002). Deprem Tipi Travma Sonrasında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri: Alt tipleri. *Düşünen Adam*. 15(1), 4-15.

Haksal, P. (2007) Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Haynes, N. M. (2005). Personalized leadership for effective schooling. [Online] Available: www.atdp.berkeley.edu/haynes_keynote_04.ppt

Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2014). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in Psychology*, 5, 1613.

Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of traumatic stress*, 28(2), 83-91.

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. Basic Books.

Hernández, P., Gangsei, D. ve Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241.

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., Von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. Journal of assisted reproduction and genetics, 28, 1111-1117.

Hesse, A. R.(2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. Social Work Journal . 30, 3.

Hobfoll, S. E., Mancini, A. D., Hall, B. J., Canetti, D., & Bonanno, G. A. (2011). The limits of resilience: distress following chronic political violence among Palestinians. Social Science & Medicine (1982), 72(8), 1400–1408. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.022>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 70(4), 283-315. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283

Hollander, E. Simeon, D.(2004).Anksiyete disorders.R.E.Hales ve S.G.Yudofsky(Ed). Essentials of Clinical Psychiatry (s.339-422).Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hough, S. E. (2004). Earthshaking science: What we know (and don't know) about earthquakes. Princeton University Press.

Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 149 –156. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022621.27014.0e>

Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. Journal of interpersonal violence, 15(4), 393-412.

James, K. (2014). Addressing Secondary Trauma in Social Workers Counseling Trauma Survivors. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 334.

Janoff-Bulman, R. ve Berg, M. (1998). Disillusionment and the creation of value: From traumatic loss to existential gains. In J. Harvey (Eds.) Perspectives on loss: A sourcebook (pp. 35-48). Washington, DC: Taylor & Francis.

Kahil A (2016) Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Ankara, Ufuk Üniversitesi.

Kaniasty, K. ve Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-281.

Kanno, T., Mitsugi, M., Sukegawa, S., Fujioka, M., & Furuki, Y. (2010). Submandibular approach through the submandibular gland fascia for treating mandibular fractures without identifying the facial nerve. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 68(3), 641-643.

Karacaoğlu, K., & Köktaş, G. (2016). Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 3(2), 119-127.

Kararımak, Ö. ve Aydın, G. (2016). Deprem deneyimini yaşamış yetişkinlerin depremi algılama biçimleri ve baş etme yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 91-99.

Kararımak, Ö., & Siviş R. (2008). Modernizmden Postmodernizme Geçiş ve Pozitif Psikoloji. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30), 102-115. Karakoç, Ö. (2022). Yetişkinlerdeki psikolojik dayanıklılık ile anne baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.

Karancı, A. N. ve Rüstemli, A. (1995). Psychological consequences of the 1992 Erzincan (Turkey) earthquake. *Disasters*, 19(1), 8-18.

Karancı, A. N., Alkan, N., Akşit, B., Sucuoğlu, H. ve Balta, E. (1999). Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinal (Turkey) earthquake. *North American Journal of Psychology*, 1(2), 189-204.

Kaya, N. (2015) Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Belirtilerinin İncelenmesi (Van Depremi Örneği) (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Van.

Keleş, H. N. (2011). Pozitif Psikolojik Sermaye: Tanımı, Bileşenleri Ve Örgüt Yönetimine Etkileri. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 343-350.

Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 35-48. <https://doi.org/10.1037/a0015128>

Kılıç, C., Özgüven, H. D. ve Sayıl, I. (2003). The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: The experience of Bolu earthquake in Turkey. *Family Process*, 42(4), 485-495.

Kılıç, M. (2008). Afetlerde psikososyal hizmetlerin etkililiği: Türk Kızılayı ve 2005 Pakistan depremi (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., & Mohanesh, J. (2008). Measuring cumulative trauma dose, types, and profiles using a development-based taxonomy of traumas. *Traumatology*, 14(2), 62-87. <https://doi.org/10.1177/1534765608319324>

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <https://www.doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.42.1.168>

Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2022). Positive psychology for mental wellbeing of UK therapeutic students: Relationships with engagement, motivation, resilience and self-compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1611–1626. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00466-y>

Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

KRDAE (2021). Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü. Türkiye deprem tehlike haritası. <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/zeqdb/>

Kulkarni, O., Dahan, M., & Montreuil, B. (2022). Resilient hyperconnected parcel delivery network design under disruption risks. *International Journal of Production Economics*, 251, 108499.

Kurt, N. (2011). Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik dayanıklılıkları ve iş doyumu düzeyleri (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).

Lambert, S. F. ve Lawson, G. (2013). Resilience of professional counselors following Hurricanes Katrina and Rita. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 261-268.

Lay, T., & Wallace, T. C. (1995). *Modern global seismology*. Academic Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal, and coping*, 456.

Lerias, D., Byrne, M. K. (2002). Vicarious traumatization symptoms and predictors. *Stress and Health* 19,129-138.

Livanou, M., Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E. ve Kalender, D. (2002). Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(12), 816-823.

Lopes, A. P., Macedo, T. F., Coutinho, E. S. F., Figueira, I. ve Ventura, P. R. (2014). Systematic review of the efficacy of cognitive-behavior therapy related treatments for victims of natural disasters: A worldwide problem. *PLoS ONE*, 9(10), e109013.

Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>

- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600–616. <https://doi.org/10.2307/1131134>
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. S., Lyman, E. L., & Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive psychology. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 125–140). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_7
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2008). Academic buoyancy: Towards an understanding of students' everyday academic resilience. *Journal of School Psychology*, 46(1), 53–83. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2007.01.002>
- Masten A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345–361. <https://doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garnezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega: Journal of Death and Dying*, 60(2), 103-128.

- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292-299.
- Mendelsohn, M., Herman, J. L., Schatzow, E., Coco, M., Kallivayalil, D. ve Levitan, J. (2011). *The trauma recovery group: A guide for practitioners*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, T. W. (1998). *Children of trauma: Stressful life events and their effects on children and adolescents*. International Universities Press, Inc.
- Murphy, L.B. (1987). Further reflections on resilience. In E.J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 84-105). New York: Guilford Press.
- Nasby, W. I. L. L. I. A. M., & Kihlstrom, J. F. (1986). Cognitive assessment of personality and psychopathology. *Information processing approaches to clinical psychology*, 217-239.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child welfare*, 5-26.
- Neria, Y., Nandi, A. ve Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.
- Niitsu, K., Rice, M. J., Houfek, J. F., Stoltenberg, S. F., Kupzyk, K. A., & Barron, C. R. (2019). A systematic review of genetic influence on psychological resilience. *Biological Research for Nursing*, 21(1), 61-71. <https://doi.org/10.1177/1099800418800396>
- Norfolk, D. (1989). *İş Hayatında Stress*. Form Yayınları. çev: Leyla Serdaroglu. İstanbul.
- North, C. S. ve Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *JAMA*, 310(5), 507-518.
- O'Rourke, N. (2004). Psychological resilience and the well-being of widowed women. *Agein*

Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 213-222.

Önder, E., Tural, Ü., Aker, T., Kılıç, C. ve Erdoğan, S. (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 868-874.

Özerdem, A., & Barakat, S. (2000). After the Marmara earthquake: Lessons for avoiding short cuts to disasters. *Third World Quarterly*, 21(3), 425-439.

Özgen, F. & Aydın, H., (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 1, 34-41.

Öztürk, M,O, Uluşahin, A. (2008-2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13.Baskı. Ankara

Palm, K. M., Polusny, M. A. ve Follette, V. M. (2004). Vicarious traumatization: Potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 73-78.

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.

Pearlman, L. A. ve Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.

Pearlman, L. A. ve Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: W. W. Norton & Company.

Pearlman, L. A., & Caringi, J. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 202-224). Guilford Press.

Perlman, S. D. (1998). *The therapist's emotional survival: Dealing with the pain of exploring trauma*. Jason Aronson, Incorporated.

- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: a motivating factor in adaptation. *Advances in Nursing Science*, 11, 53–62. <https://doi.org/10.1097/00012272-198901000-00009>
- Portnoy, G. A., Relyea, M. R., Decker, S., Shamaskin-Garroway, A., Driscoll, M., Brandt, C. A., & Haskell, S. G. (2018). Understanding gender differences in resilience among veterans: Trauma history and social ecology. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 845-855.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. ve Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 293-301.
- Rodriguez-Llanes, J. M., Vos, F., & Guha-Sapir, D. (2013). Measuring psychological resilience to disasters: are evidence-based indicators an achievable goal?. *Environmental Health*, 12, 1-10.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience—clinical implications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 474-487.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M. ve Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49.
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic dialogues*, 12(3), 443-449.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.

Salcioglu, E., Basoglu, M. ve Livanou, M. (2007). Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters*, 31(2), 115-129.

Salston, M. D. & Figley C.R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimizations. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.

Scheeringa, M. S. ve Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.

Schwartz R (2008) Working conditions and secondary traumatic stress (Doctoral thesis). New York, Yeshiva University.

Seidler, G. H. ve Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.

Seligman, M. E. (1998). Positive psychology network concept paper. Retrouvé Août, 28, 2009.

Sexton, L., Farrington, D. P., & Greenwood, P. W. (2009). Resilience and recovery from trauma: A study of professional caregivers. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 22-30. doi:10.1002/jts.20301

Sezgin, F. (2012). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Ankara.

Shah, S. A. (2012). Ethical standards for transnational mental health and psychosocial support (MHPSS): Do no harm, preventing cross-cultural errors and inviting pushback. *Clinical Social Work Journal*, 40(4), 438-449.

Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200.

- Sphere Association. (2018). The Sphere handbook: Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response (4th ed.). Practical Action Publishing.
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 725–732. <https://doi.org/10.1111/eip.12726>
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual (2nd ed.). ProQOL.org.
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Şahin, N. H. (2010). Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım (4. Baskı). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Şalcıoğlu, E., Başoğlu, M. ve Livanou, M. (2003). Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(3), 154-160.
- Tamura, S., Suzuki, K., Ito, Y., & Fukawa, A. (2021). Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3471–3486. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05943-7>
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. <https://doi.org/10.1207/s15327965p>
- Terzi, Ş. (2005). Öznel İyi Olmaya İlişkin Psikolojik Dayanıklılık Modeli. [Yayınlanmamış Doktora Tezi], Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Toptaş, T., & Başer, D. (2023). Sosyal Yardım Başvurusunda Bulunan Bireylerin Psikolojik Belirti Düzeyleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(1), 19-44.

Trippany, R. L., Kress, V. E. W. ve Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31-37.

Tüfekçi, S. (2011). Trafik Kazası Geçirmiş Kişilerin Dünyaya İlişkin Varsayımları, Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerinin İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi. İstanbul.

Vella, S. L., & Pai, N. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233. doi: https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_119_1

Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., ... Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology*

Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: counter transference; secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice*, 10(2), 173-193.

Walsh, F. (2008). *Strengthening Family Resilience*. N.Y. Guil. Pub. (2nd Edit), 24-30.

Watanabe, C., Okumura, J., Chiu, T.-Y. ve Wakai, S. (2004). Social support and depressive symptoms among displaced older adults following the 1999 Taiwan earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 63-67.

Werner, E. (1996). *Vulnerable But Invincible: High Risk Children From Birth to Adulthood*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 47-51.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. McGraw-Hill.

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417-427.

Whaley, A. L. ve Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62(6), 563-574.

WHO (2013). World Health Organization, War Trauma Foundation ve World Vision International Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva, Switzerland: WHO.

Wilson, J.P., Thomas R.B. (2004). *Empaty in the treatment of trauma and PTSB*. New York: Brunner Routledge.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. doi:10.1017/S0959259810000420

Wood, H. O., & Neumann, F. (2001). Modified Mercalli intensity scale of 1931. *Bulletin of the Seismological Society of America*, 21(4), 277-283.

Wright, M.O., Masten, A.S., & Narayan, A.J. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. In: Goldstein, S., Brooks, R. (eds) *Handbook of Resilience in Children*. Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2

Yağmur, T., & Türkmen, S. N. (2017). Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.

Yeşil, A. (2010). 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı (Master's thesis, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Yeşil, A., Aker, A. T., & Sezgin, U. (2009). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 9-17.

Yıldırım, G., Kıdak, L. B. ve Yurdabakan, İ. (2018). İkincil Travmatik Stres Ölçeği: Bir uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(1), 45-51.

Yıldırım, M., Koçak, O., & Büyükşahin Sunal, A. (2018). İkincil travmatik stres ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 192-201. <https://doi.org/10.5455/apd.267190>

Yıldırım, P. K. (2014). Ergenlerde psikolojik dayanıklılık ile benlik kurgusu arasındaki ilişkinin incelenmesi (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

Yıldız, H. (2015). Pozitif Psikolojik Sermaye, Örgütsel Güven ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Alan Araştırması. [Doktora Tezi], Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.

Zara, A., İçöz, F. (2015). Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanında Travma Mağdurlarıyla Çalışanlarda İkincil Travmatik Stres. Klinik Psikiyatri. 18:15-23.



EKLER



EKLER

EK-1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya KÖKREK danışmanlığında İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Burcu DEMİREL tarafından yürütülen Kahramanmaraş Depreminde Görev Almış Ruh Sağlığı Uzmanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile İkincil Travma Düzeyleri Arasındaki İlişki isimli bir tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı, psikolojik dayanıklılık ile ikincil travma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu çalışma ruh sağlığı alanında çalışan lisans ve üzeri eğitim almış 18 yaş üzeri ruh sağlığı çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler grup halinde değerlendirileceğinden, sizden kimlik belirleyici bilgiler istenmeyecektir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Bu anlamda, araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve soruların boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Bu çalışma genel olarak kişisel rahatsızlık teşkil edecek soruları içermemektedir. Ancak araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz. Çalışma sırasında sizden istenilen, çalışmada yer alan maddeleri ve/veya soruları boş bırakmamaya özen göstererek samimi bir şekilde doldurmanızdır. Çalışmaya katılım yaklaşık beş dakika sürecektir. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için burcu.demirel@istanbulticaret.edu.tr adresinden ulaşabilirsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

Evet () Hayır ()

Araştırmacının Adı Soyadı

Burcu DEMİREL



DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız*
2. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Durumunuz
() Lisans
() Yüksek Lisans
() Doktora ve /veya üzeri
4. Kaç yıldır çalışmaktasınız?
() Bir yıldan az () 1-5 yıl arası () 5- 10 yıl arası () 11 yıl ve üzeri
5. Çalışma şekliniz nedir?
() Tamamen yüzyüze çalışmaktayım
() Tamamen çevrimiçi çalışmaktayım
() Bazen yüzyüze bazen çevrimiçi çalışmaktayım (hibrit çalışma modeli)
6. Hangi sektörde çalışmaktasınız?
() Özel Sektör
() Kamu sektörü
() Diğer:
7. Daha önce psikososyal hizmetlerde görev aldınız mı?
() Evet () Hayır
8. Ne kadar süreyle deprem bölgesinde bulundunuz?
() 1 hafta
() 2 hafta
() 3 hafta
() 1 ay ve fazlası
9. Deprem bölgesindeki çalışmalara devam ediyor musunuz?
() Evet () Hayır
10. Deprem bölgesine gitmeden önce psikososyal hizmetlere ilişkin bir eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır

EK-3.
YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum		Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur		Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim acık bir hedefim olduğunda		Tam bir günlük bos bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte		Kendi başıma
	Benimkinden farklıdır		Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hic kimseyle tartışmam		Arkadaşlarımla/Aile-üveleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Cözemem		Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl basaracağımı bilirim		Nasıl basaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	İlerive dönük planlama yapmam, derhal işe baslarım		Avrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosval ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir		Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu		Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üvelerim cesaretlendirebilir		Hic kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım		Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici		Belirsiz
15. Su konuda ivivimdir...	Zamanımı planlama		Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğimi		Yapmakta zorlandığımı
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	Birbirinden bağımsız		Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	Zayıftır		Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	Çok fazla güvenmem		Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	Belirsizdir		İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	Günlük yaşamımda yoktur		Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	Benim için zordur		Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	Geleceğe pozitif bakar		Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	Bana hemen haber verilir		Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	Kolayca gülerim		Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	Birbirlerini desteklemez biçimde		Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	Arkadaşlarımdan/aile üvelerinden		Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	Her sevi umutsuzca gören bir		Beni basarıya götürebilecek iyi bir sev bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	Zordur		Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	Bana vardım edebilecek kimse yoktur		Her zaman bana vardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	Basa çıkmaya çalışırım		Sürekli bir endişe/kavgı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	İşleri bağımsız olarak yapmayı		İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üveleri ...	Yeteneklerimi beğenirler		Yeteneklerimi beğenmezler

EK- 4.

İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

Aşağıdaki listede travmatize olmuş danışanlarla çalışmaktan etkilenen bazı yardım gruplarının duygusal yaşantılarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve son **yedi (7) gün** içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

NOT: “Danışan” kelimesi bir yardım ilişkisinde bulunduğunuz kişiyi betimlemektedir. Örn: Müşteri, hasta veya yardım alan kişi gibi.

	Hiçbir Zaman	Çok Az	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
1. Kendimi duygusal olarak uyuşmuş hissettim.	1	2	3	4	5
2. Danışanlarımla olan görüşmelerimi düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başladı.	1	2	3	4	5
3. Danışan(lar)ım tarafından yaşanmış travma(lar)yı sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
4. Uyumakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
5. Gelecek hakkında ümitsizliğe kapıldım.	1	2	3	4	5
6. Danışanlarımla olan görüşmelerimi aklıma getiren hatırlatıcılar beni üzdü.	1	2	3	4	5
7. Başkalarıyla sosyal ortamlarda birlikte olma isteğim azdı.	1	2	3	4	5
8. Kendimi tedirgin hissettim.	1	2	3	4	5
9. Her zaman olduğumdan daha az aktifim.	1	2	3	4	5
10. Amaçlamadığım halde danışanlarımla olan görüşmelerimi ister istemez düşündüm.	1	2	3	4	5
11. Odaklanmakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
12. Bana danışanlarımla yaptığım görüşmeleri hatırlatan kişi, yer veya şeylerden kaçındım.	1	2	3	4	5
13. Danışanlarımla olan görüşmelerim hakkında rahatsız edici rüyalar gördüm.	1	2	3	4	5
14. Bazı danışanlarımla çalışmaktan uzak durmak istedim.	1	2	3	4	5
15. Çabuk bunaldım.	1	2	3	4	5
16. Kötü birşey olacaktı beklentisindeydim.	1	2	3	4	5
17. Danışanlarımla olan görüşmelerim ile ilgili belleğimde boşluklar olduğunu farkettim.	1	2	3	4	5

EK-5.

ETİK KURUL ONAYI


İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tarih: 01/02/2024 12:22
Sayı: E-65836846-044-310359
REKTÖRLÜK



310359
ETİK KURUL ONAYI

Sayı : E-65836846-044-310359
Konu : Etik Onay

1.02.2024

Sayın Burcu DEMİREL

İlgi : 24.01.2024 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınız ile "Kahramanmaraş Depreminde Görev Almış Ruh Sağlığı Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ile İkincil Travma Düzeyleri Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın anket sorularına Etik Kurul onayı talep edilmektedir.

Adı geçen ve ekte yer alan anket soruları, Üniversitemiz Etik Kurulunca incelenerek etik tanım, değer ve ilkelere aykırı bir düzenleme tespit edilmediği, önerilen anket sorularının etik kurallara uygun olduğu ve etik onayının verildiği ifade edilmiştir.

Konuya ilişkin bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Abdulhamit AVŞAR
Rektör V.

Ek: Etik Onaylı Anket Soruları

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:
26611157-67EA-4DF0-92FB-53012243628C
Adres: Örnektepe Mah. İmrakhor Cad. No: 88/2 Beyoğlu/İstanbul
Telefon No: 444 04 13 / 4583 Faks No: 0212 320 70 11
E-Posta: bon@ticaret.edu.tr İnternet Adresi: www.ticaret.edu.tr
KEP Adresi: ticaretuniversitesi@hs02.kep.tr

Belge Doğrulama Adresi:
<https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-ticaret-universitesi-ebys>
Ayrıntılı Bilgi İçin: Bahadır ÖZ
Büro Personeli
Telefon No:

