

Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanında Travma Mağdurlarıyla Çalışanlarda İkincil Travmatik Stres

Secondary Traumatic Stress in Mental Health Workers in Turkey

Ayten Zara¹, Ferhat Jak İçöz²

¹Doç.Dr., ²Uz.Psk., İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, ikincil travmatik stresin Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlar üzerindeki etkileri; mesleki, demografik, ve kişisel travma geçmişi etkenleri dikkate alınarak incelenmiştir. **Yöntem:** Araştırmaya psikolog, psikiyatr, psikolojik danışman, sosyal hizmet görevlisi ve gönüllüler -yani psikoloji ve psikiyatri stajyerleri olmak üzere 205 kişi katılmıştır. Katılımcılardan veriler, "Travma Bağlanma İnanç Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma kitapçığı posta ve internet dolaşımı yoluyla elde edilmiştir. Araştırma verileri Türkiye'nin doğu, batı ve ortasında çalışan meslek gruplarından toplanmıştır. **Bulgular:** Bu araştırma, travma mağdurlarıyla çalışanlarda yüksek oranda ikincil travmatik stres oranı bulmuştur. Katılımcıların başkasına saygı ve öz güvenlik alanlarında diğer alanlara göre daha fazla bozulma yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Geçmişte bir travmatik deneyimi olan ve Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda çalışan profesyonellerde ikincil travmatik stres yaşama riski daha fazla görülmüştür. Tartışma ve **Sonuç:** Travma mağdurlarıyla nasıl çalışılacağı üzerine alınan eğitim ve gözetimin ikincil travmatik stresi önleyici bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları Türkiye'de travma üzerinde çalışmayı kolaylaştırıcı sağıaltım çerçevesi sunması ve travma alanında çalışanların ruh sağlığını koruyucu bilgileri sunması bakımından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Stres, travma, ruh sağlığı çalışanları, ikincil travmatik stres, travma sonrası stres.

(*Klinik Psikiyatri* 2015;18:15-23)

SUMMARY

Objectives: This research investigated the secondary traumatic stress amongst mental health workers in Turkey in relation to professional, demographic factors and personal traumatic history. **Method:** 205 mental health workers from different professional background such as psychologist, psychiatrist, counseling psychologist, social worker and volunteers participated in this study. The research data was collected from professionals working in the East, Southeast and West Region of Turkey by using the demographic information form, and the Trauma Attachment Belief Scale. **Results:** This research has found a high level of secondary traumatic stress in mental health workers. Mental health workers with personal trauma history and who work in East and South-East Region of Turkey reported more secondary traumatic stress. **Conclusion:** Specializing in working with traumatic stress field and receiving supervision were found to have a preventive effect against the secondary traumatic stress. The findings of this research is important with regards to facilitating work with traumatized people and preventing mental health workers getting stress.

Key Words: Stress, trauma, mental health workers, secondary traumatic stress, post-traumatic stress.

GİRİŞ

Hastayla psikoterapi ilişkisinde travmatik olayın detaylı bir şekilde dinlenilmesi, tartışılması ve canlandırılmasıyla, insanın zalimliğinin yarattığı sonuçlara tanık olmanın travmatik stres belirtilerine neden olduğu öne sürülerek İkincil Travmatik Stres Sendromu kavramı önerilmiştir (McCann ve Pearlman 1990) İkincil Travmatik Stres Sendromu kavramının anlaşılmasında Eşduyum Yorgunluğu ve Dolaylı Travma kavramlarının tanımlanması faydalı olacaktır. Eşduyum Yorgunluğu, insana hizmet eden, kanser ve ruhsal hastalık gibi kronik hastalıklarla çalışan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikologlar gibi profesyonel meslek üyelerinde daha çok görülür. Bu meslek grupları üyelerinde fiziksel, bilişsel, psikolojik değişimlere yol açan, kaçınma ve negatif uyarılma gibi posttravmatik stres bozukluğu belirtilerine neden olan eşduyum yorgunluğu, zaman içinde üyelerin diğerlerinin acılarına katlanma kapasitelerini ya da ilgilerini azalabilmektedir (Figley 2002). Dolaylı travma kavramına göre, travmaya uğramış kişilerle çalışanlar, çalışma sonrası aylar ya da yıllarca devam eden derin psikolojik etkiler deneyimleyebilirler (McCann ve Pearlman 1990). Eşduyum yorgunluğu, travma sonrası stres ve dolaylı travma kavramlarıyla ilişkili olarak Clark ve Giorgio (1998) "indirekt travma" terimini tanımlamıştır. İndirekt travma tanımına göre, bakım vericilerin işyerlerinde ve evlerinde problemler yaşadıkları saptanmıştır (Figley 1995).

İkincil travmatik stres belirtileri, travmanın doğasına ve ruh sağlığı alanında çalışanların mesleki ve kişisel koşullarına bağlı olarak gelişir. Örneğin, insanın insana yaptığı şiddetin yarattığı travmalara göre, doğal yollarla meydana gelen travmaların daha az ikincil travmatik stres geliştirdiği bulunmuştur (Dunkley ve Whelan 2006a). Yetersiz eğitimsel donanımla travmatik vakalarla çalışan ruh sağlığı uzmanlarında kaçınma, kaygı, kişilik çözünmesi, kopma ve yetersiz hissetme gibi bulgulara daha fazla rastlanmıştır (Chrestman 1999, Devilly ve ark. 2009, Neuman ve Gamble 1995). Mesleki deneyimin ikincil travmatik strese karşı koruyucu bir etken olduğu (Miller 1998, Palm ve ark. 2004), ancak çok fazla travma mağduruyla çalışmanın bu sendroma neden olduğu bilinmemektedir (Adams ve Riggs 2008, Sprang ve ark. 2007). Bu

sendromdan korunma yöntemlerinden bahsederken sendromun önlenabilirliği konusunda üç adım öne sürülmüştür. Travma mağdurlarıyla çalışan kişilerin ilk aşamada farkındalık çalışmaları, ve öz bakım planlamaları aracılığıyla eğitilmeleri gerekli görülmüştür. İkinci aşamada, çalışanların destek grupları, süpervizyon ve konsültasyon yoluyla desteklenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Son olarak, çalışanların bilgilendirmeler, müdahaleler, ve bireysel terapi yöntemleriyle kendilerini korumaları gerektiğinden bahsedilmiştir (Yassen 1995). Farkındalık, mesleki ve bireysel özbakımın yanı sıra bu alanda çalışanların eşduyum yorgunluğu ve ikincil travmatik stres sendromu belirtilerini tanıyabilecek şekilde donanımlandırılması birincil düzeyde koruyucu faktörler olacaktır (Figley 2002).

Bir diğer önemli yaklaşım ise bu sendromdan korunmanın yolunun, yardım edici profesyonellerin mesleki eğitim süreçlerinde eşduyum yorgunluğu konusunda bilgilendirilmeleri olduğundan bahseder (Hamilton 2008).

Çalışılan travma vakaları için süpervizyon almanın koruyucu bir faktör olduğunu gösteren araştırmaların yanında (Neuman ve Gamble 1995, Pearlman ve Mac Ian 1995), süpervizyon almanın ikincil travmatik strese karşı koruyucu bir etkisi olmadığını gösteren araştırmalar da vardır (Chrestman 1999). Buna rağmen, yardım edicilerin işyerlerinde yaşadıkları olumlu deneyimleri ve acı çeken insanlara destek olmakla gelen ödülleri birbirlerine sıkça ifade etmeleri ve onaylamalarının önemi (McCann ve Pearlman 1990) yadsınmaz.

Yaptığı işten ve gelirden memnun olan ruh sağlığı çalışanlarında daha az tükenmişlik ve ikincil travma sendromu belirtilerine rastlanmıştır (Carmel ve Friedlander 2009, Jenaro ve ark. 2007).

Kırsal kesimlerde, yetersiz iş koşulları içinde ve gönüllü olarak çalışan ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stres belirtilerine daha çok rastlanmıştır (Sprang ve ark. 2007). Ayrıca, kişisel travma geçmişine sahip olmanın ikincil travmatik stresi geliştirme konusunda güçlü bir etken olduğu ortaya çıkmıştır (Baird ve Kracen 2006).

Bu araştırmanın amacı, Türkiye'de travma mağdurlarıyla çalışan bir grup ruh sağlığı çalışanında ikincil travmatik stres belirtisi düzeyini değer-

lendirmek ve bu stresle ilişkili bazı etkenleri incelemektir. Türkiye'de hiç araştırılmamış bir konu olarak böyle bir araştırma yapmak iki bakımdan önemlidir. Birincisi, travma mağdurlarıyla çalışan ruh sağlığı çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtileri göstermesine neden olan etkenleri belirlemesidir. İkincisi, belirlenen bu etkenlerin travma mağdurlarıyla çalışan kişileri hangi yönlerden etkilediğini incelemesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmada veriler 205 katılımcıdan elde edilmiştir. Sadece travma mağdurlarıyla psikoterapi yapmanın değil; aynı zamanda travma mağdurlarıyla her türlü temasın (sosyal hizmet, gözlem/staj gibi gönüllü çalışma yapmak vb.) ikincil travmatik stres belirtilerine neden olacağı düşünüldüğünden araştırma örneklemini psikiyatrist, psikolojik danışman, psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı, gönüllü/stajyerleri de içine almıştır. Katılımcıların yaşları 22 ile 57 arasında değişirken, yaş ortalaması 30.49 (SD= 6.85) olarak bulunmuştur. Ankete katılan ruh sağlığı çalışanlarının meslek tecrübeleri 0.5 ila 30 yıl arası değişkenlik gösterirken, örneklemin ortalama meslek tecrübesi 6.27 yıl (SD= 5.97) olarak hesaplanmıştır. Örneklemin eğitim durumu göz önünde bulundurulduğunda, travma alanında uzmanlaşmamış kişilerin, travma alanında uzmanlaşmış kişilere kıyasla çok daha fazla çalıştıkları görülmüştür. Ruh sağlığı alanında çalışan kişilerin ezici bir yoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır. Örneklemin neredeyse yarısı bireysel olarak travmaya maruz kaldığını belirtmiştir. Travma mağduru olduğunu belirten kişilerin en fazla fiziksel ve duygusal travma geçmişi olduğu, bunu takiben ikinci sırada cinsel istismarın geldiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan örneklem hakkında diğer bilgiler Tablo 1'de görülebilir.

Gereç

Demografik ve Mesleki Bilgi Formu. 17 sorudan oluşan bu formda katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, eğitim seviyeleri, meslekleri, medeni durumları, tecrübeleri, ikamet ettikleri il, çalıştıkları işyeri tipi,

danışan ile haftada geçirdikleri saat sayısı, çalıştıkları travma tipi, kişisel travma geçmişleri ve profesyonel olarak başa çıkma yöntemleri sorulmuştur.

Ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stresin ortaya çıkmasına neden olan etkenler üç ana başlıkta gruplandırılmıştır: mesleki, kişisel travma geçmişi ve demografik etkenler. Mesleki etkenler arasında travma ile çalışmak ve çalışılan travma türlerinin etkileri; süpervizyon desteği almak; eğitim durumu; psikolog, psikolojik danışman, psikiyatrist, pedagog, sosyal hizmet görevlisi, gönüllü ve diğer olmak üzere meslek; hastane, özel klinik/merkez/psikolojik danışmanlık merkezi, dernek/vakıf/halka açık merkezler ve diğer olmak üzere iş yeri; yıl bazında mesleki tecrübe, ve psikoterapi, danışmanlık ve tedavi olarak hastalar ile geçirilen süre incelenmiştir.

Travma Bağlanma İnanç Ölçeği (Pearlman 1993) TBIÖ, travma mağdurlarıyla çalışmanın güvenlik, güven, saygı, mahremiyet ve kontrol gibi bilişsel alanlarda neden olabileceği bozulmaları ölçmek için tasarlanmıştır. TBIÖ'nün 10 alt ölçeği, bu beş alanı öz ve diğer olmak üzere iki ayrı alanda ölçmektedir. Toplam 84 sorudan oluşan ölçeğin yapılan güvenilirlik ve geçerlilik testlerinde .96 Cronbach's Alpha değeri ve .75 seviyesinde test-tekrar test korelasyon bulunmuştur (Pearlman 2003, Goodman ve Dutton 1996). TBIÖ ile Travma Semptom Envanteri arasında .23 ila .67 oranlarında korelasyona rastlanmıştır. Ayrıca TBIÖ'nün travmaya bağlı inanç sistemi değişikliklerini saptamak konusunda etkili olduğu bulunmuştur. TBIÖ geri-çevirme yöntemiyle Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilmiş olan ölçeğin 30 kişiyle yapılan pilot çalışmasında güvenilirlik ve geçerlilik testlerinde .96 Cronbach's Alpha değeri ile, .89 ve .65 seviyesinde test-tekrar test korelasyonu bulunmuştur.

İşlem

Veri toplama sürecinde etik ilkelere özenle uyulmuştur. Üniversitemizin etik komisyonuna gerekli bilgi, ve kullanılan gereçlerin neler olduğu konusunda açıklamalar sunularak araştırma için izin alınmıştır. Veri toplama süreci iki yol ile gerçekleştirilmiştir. İstanbul dışında çalışan ruh sağlığı çalışanlarına posta yolu ile anketler yollanıp, yine

Tablo 1. Sosyo-demografik özellikler

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	176	85,9
Erkek	29	14,1
Eğitim durumu		
Lisans	113	55,1
Yüksek lisans	73	35,6
Doktora	18	8,8
Medeni durum		
Bekar	114	55,6
Evli	73	35,6
Boşanmış	9	4,4
Partneriyle beraber yaşıyor	8	3,9
Belirtilmemiş	1	0,5
Meslek Dağılımı		
Psikolog	132	64,4
Psikiyatrist	11	5,4
Sosyal Hizmet Uzmanı	4	2,0
Psikolojik Danışman	20	9,8
Psikoloji ya da Psikiyatri Stajeri	29	14,1
Supervizyon Alan	91	44,4
Çalıştığı il		
İstanbul	109	53,2
Diyarbakır	29	14,1
Ankara	12	5,9
İzmir	9	4,4
Batman	4	2
Diğer Batı illeri	37	18
Diğer Doğu illeri	5	2,5
İş Yeri		
Sivil Toplum Kurumu	44	21,5
Hastane	48	23,4
Özel muayenehane	48	23,4
Birden fazla iş yeri	25	12,2
Belirtilmemiş	40	19,5
Çalışma saatleri		
1-15	86	42
16-30	63	30,7
31-45	33	16,41
45 üstü	6	2,9
Çalıştığı travma vakası tipi		
Duyusal/fiziksel istismar	119	58
Cinsel istismar	95	46,3
Savaş ve/veya işkence	31	15,1
Doğal afet	26	12,7

Kaza	20	9,8
Her tip	16	7,8
Travma Mağduru		
Evet	97	47,3
Hayır	103	50,2
Belirtilmemiş	5	2,4
Yaşadığı Travmatik Olay		
Duygusal/fiziksel istismar	40	19,5
Cinsel istismar	20	9,8
Savaş ve/veya işkence	8	3,9
Birden çok tip	14	6,8
Doğal afet	7	3,4
Ankette belirtilmemiş bir tip	5	2,4
Bir çeşit travmatik kaza	4	2

posta yolu ile geri alınmıştır. İkinci yol olarak anket bir çevrimiçi anket sistemine yüklenmiştir ve çeşitli meslek e-posta gruplarından ruh sağlığı çalışanları çevrimiçi anketi doldurmaya davet edilmiştir. Geçerli verinin % 29.75'ine posta yolu ile, % 70.25'ine de ise çevrimiçi olarak ulaşılmıştır. Posta yolu ile toplanmış verilerde cevap verme oranı 67.78% iken e-posta grupları üzerinden duyurusu yapılan çevrimiçi veri toplamada cevap oranı hesaplanamamıştır. Toplam dört ayrı farklı dönemde dört ayrı mesleki e-posta grubuna duyuru yapılmıştır.

Toplam TBIÖ standart puanı, katılımcıların her soruya verdikleri cevaplara denk gelen ham puanların toplanıp t-puanlara çevrilerek elde edilmiştir (Pearlman 2003). Ham puanların toplanmasından önce TBIÖ dahilinde sorulan 84 sorudan sadece 14'ünün cevapları ters çevrilmiştir. Bazı analizler toplam katılımcı sayısı olan 205'ten daha az veri sayısı ile yapılmak zorunda kalmıştır. Bunun sebebi, anketi dolduran bir grup katılımcının bazı demografik bilgilerini vermemeyi tercih etmeleridir.

BULGULAR

İkincil Travmatik Stres Sendromunun Yaygınlığı

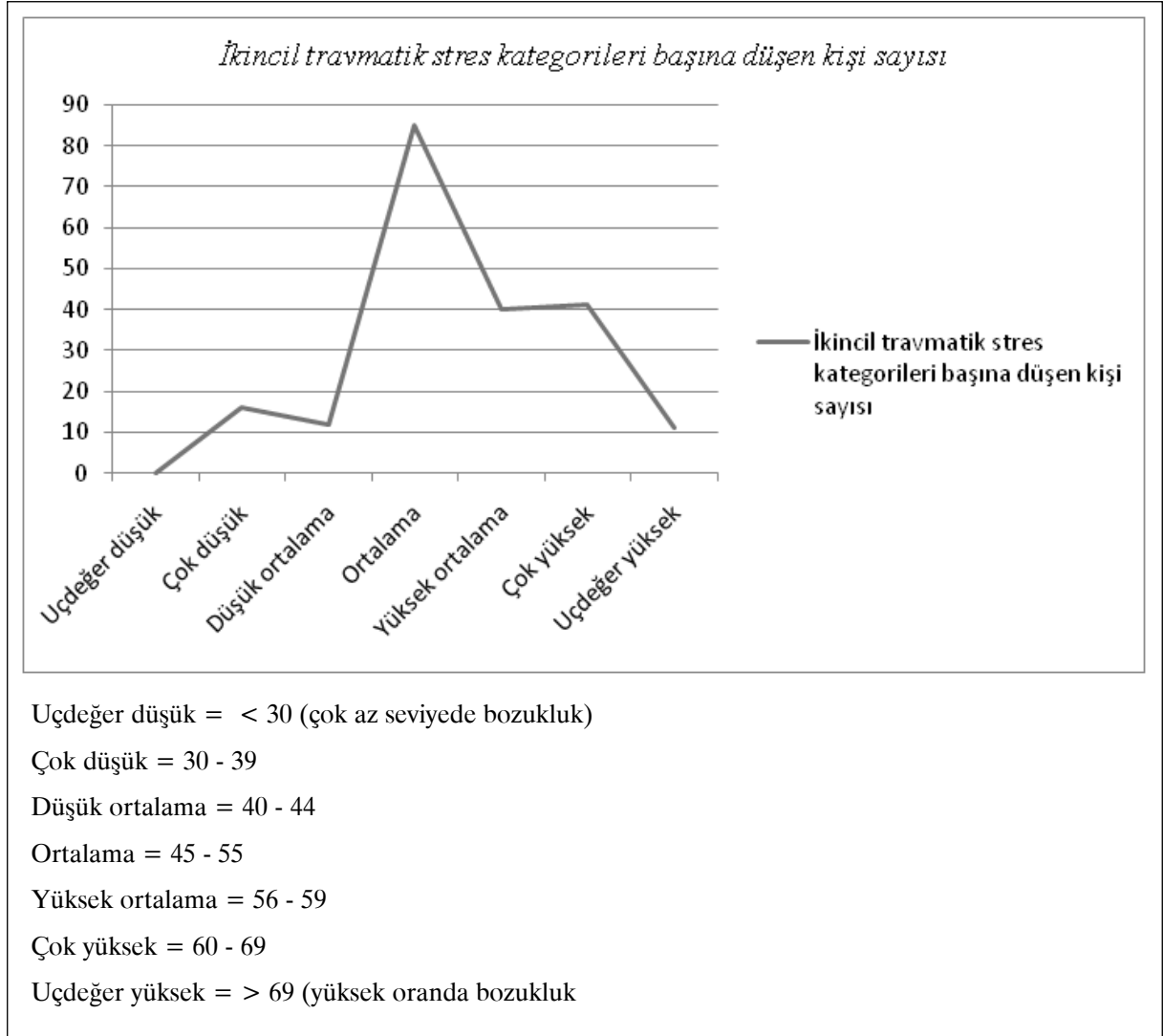
Toplam TBIÖ standart puanı, katılımcıların her soruya verdikleri cevaplara denk gelen ham puanların toplanıp TBIÖ Amerikan standardizasyonuna göre t-puanlara çevrilerek elde edilmiştir.

Katılımcılar arasında en düşük TBIÖ puanı 31 iken en yüksek TBIÖ puanı 92 olarak hesaplanmıştır ($M = 54.17$, $SD = 9.28$). Bu örneklemin puan dağılımı normal dağılım ile karşılaştırıldığında .18 oranında pozitif yatkinlik gösterdiği görülmüştür.

Mesleki Faktörlere Göre Sonuçlar

Çalışma saatlerine bakılarak travma mağdurlarıyla daha fazla çalıştıklarını belirtenlerin ($M = 55.01$, $SD = 9.37$), travma mağdurlarıyla az çalışanlara göre ($M = 51.87$, $SD = 40.83$) ortalamada anlamlı derecede daha yüksek TBIÖ puanları aldıkları saptanmıştır, $t(205) = 2.16$, $p < 0.05$, $SD = 203$. Katılımcıların çalıştıkları travma çeşitleriyle TBIÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $F(3, 201) = 2.80$, $p < 0.05$, $sd = 204$, $\eta^2 = .042$. LSD (Least Significant Difference - "En Küçük Anlamlı Fark Testi") çoklu karşılaştırma sonuçları insan elinden çıkmış travmayla çalışan ruh sağlığı çalışanlarının ($M = 55.96$, $SD = 8.37$), doğal yollarla oluşan travma üzerinde çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek TBIÖ puanları aldığını göstermiştir ($M = 51.98$, $SD = 8.80$).

Süpervizyon desteği alan ruh sağlığı çalışanlarının ($M = 50.72$, $SD = 8.82$), süpervizyon desteği almayan ruh sağlığı çalışanlarına göre ($M = 56.04$, $SD = 8.99$) anlamlı olarak ortalamada daha az TBIÖ puanı aldıkları hesaplanmıştır ($t(202) = -4.09$, $p < 0.001$, $sd = 202$).



Şekil 1. TBİÖ Puanlarının Frekans Dağılımı ve Puan Kategorilerinin aralıkları

Meslek gruplarına göre TBİÖ puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği hesaplanmıştır, $F(5, 196) = 7,96$, $p < 0,001$, $sd = 201$, $\eta^2 = .20$. Yapılan LSD çoklu karşılaştırmasına göre psikologların ($M = 52,01$, $SD = 8,83$), gönüllü ($M = 62,00$, $SD = 5,74$), diğer meslek grupları ($M = 59,50$, $SD = 6,60$) ve psikiyatristlerden ($M = 59,45$, $SD = 12,29$) anlamlı olarak daha az TBİÖ puanı aldıkları görülmüştür. Ayrıca psikolojik danışmanlar ($M = 53,15$, $SD = 8,93$) ortalamada gönüllülerden ($M = 62,00$, $SD = 5,74$) anlamlı olarak daha düşük seviyede TBİÖ puanı almıştır.

Ruh sağlığı çalışanlarının çalıştıkları yerler açısından TBİÖ puanlarında anlamlı farklar bulunmuş-

tur, $F(4, 199) = 6,15$, $p < 0,001$, $sd = 203$, $\eta^2 = .12$. Yapılan LSD çoklu karşılaştırmasından sonra sadece dernek veya vakıflarda çalışanların ($M = 59,20$, $SD = 8,12$), hastane ($M = 53,56$, $SD = 10,87$), özel klinik veya merkez ($M = 51,35$, $SD = 40,71$), birden çok kurum ($M = 50,28$, $SD = 7,33$) ve diğer çalışma ortamlarında ($M = 54,77$, $SD = 6,99$) çalışan ruh sağlığı çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek seviyelerde TBİÖ puanları kaydettikleri görülmüştür.

Ruh Sağlığı Çalışanının Travma Geçmişine Göre Sonuçlar

Tablo 2. Katılımcıların Alt Ölçeklere Göre Aldıkları Ortalama Standart Skorlar ve Standart Sapmaları

	Ortalama	Standart Sapma
Öz Güvenlik	57,2098	10,2052
Başkasının Güvenliği	51,5902	10,9923
Öz Güven	52,1073	10,3733
Başkasına Güven	54,7561	10,3322
Öz Saygı	51,6146	9,1557
Başkasına Saygı	58,0244	9,5699
Öz Mahremiyet	53,5902	9,4759
Başkasıyla Mahremiyet	53,5122	9,6073
Öz Kontrol	52,8195	12,1038
Başkasının Kontrolü	48,8683	9,3823

Ankete katılan ruh sağlığı çalışanlarından geçmişte bir travma yaşadığını belirten katılımcıların ($M = 56,81$, $SD = 9,51$), geçmişte travma yaşamadığını bildiren katılımcılara ($M = 51,29$, $SD = 8,29$), göre ortalamada daha yüksek TBİÖ puanları aldığı saptanmıştır, $t(200) = 4,38$, $p < 0,001$, $SD = 198$.

Demografik Faktörlere Göre Sonuçlar

Demografik faktörler arasında incelenen etkenlerden sadece araştırmaya katılan ruh sağlığı çalışanın yaşadığı il/coğrafi bölge TBİÖ puanları ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı çıkmıştır, $F(6, 198) = 6,57$, $p < 0,001$, $SD = 204$, $\eta^2 = .20$. Yapılan LSD çoklu karşılaştırmasında, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi illerinde (Batman ($M = 67,00$, $SD = 7,12$) ve Diyarbakır ($M = 60,31$, $SD = 9,13$)) yaşayan katılımcıların TBİÖ puanları ile, Batı illerinde (İstanbul ($M = 54,31$, $SD = 8,59$), Ankara ($M = 47,33$, $SD = 8,18$), İzmir ($M = 53,56$, $SD = 8,32$), diğer batı ($M = 50,27$, $SD = 8,93$) ve diğer doğu illerinde ($M = 51,40$, $SD = 3,21$)) yaşayan katılımcıların puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bir ön keşif niteliğinde olan bu araştırma katılımcıların % 44,9'unun ortalamanın üzerinde ikincil travma sendromu belirtilerini, % 25,4'ünün yüksek seviyelerde ikincil travma yaşadıklarını göstermektedir. En yaygın bozulmanın başkalarına saygı duy-

mak ve güvende hissetmemek konularında olduğu görülmüştür. Yurtdışında yapılan çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de görev yapan ruh sağlığı çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin çok daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yurtdışındaki çalışmalarda % 2 ila % 15,2 arasında değişen yüksek seviyede ikincil travma yaşayan ruh sağlığı çalışanlarının oranları Türkiye'de % 25,4'ü bulmaktadır (Bride 2007, Hyman 2004, Ortlepp ve Friedman 2002). Bunun sebebi travma mağdurlarıyla, yetersiz bilgi, deneyim ve kısıtlı imkanlarla çalışmakla birlikte; bu ülke topraklarında bir çok travmaya tanık olarak yaşıyor olunmasının etkilerinden olabilir.

Çalışılan travma türleri arasında en çok insan eliyle yapılmış olan travmaların ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmaya yol açabileceği gözlemlenmiştir. Fakat insan eliyle yapılmış travmaların kendi içinde bir farkı görülmemiştir. Tüm bu bulgular insanın insana yaptığı her türlü zulme tanık olmanın da sarsıcı bir deneyim olduğunu göstermektedir.

Araştırma meslekler arasında ikincil travma oranlarında farklar olduğunu göstermiştir. Psikologların diğer meslek gruplarına göre ikincil travmatik stres düzeylerinin düşük olmasının nedeni diğer meslektaşlarına nazaran kendilerini daha iyi korumaları ve bakım sağlamalarına bağlı olabilir. Nitekim araştırmalar mesleki açıdan travmayla çalışmanın olumsuz sonuçlarından korunmanın başında kendine bakım sağlamanın önemini fazlasıyla vurgu-

lamışlardır (Brady ve ark. 1999, Pearlman ve Saakvitne 1995).

Bu sonuç, psikiyatristlerin hastane ortamında ya da psikolojik danışmanların okul ortamında psikologlardan daha fazla travma mağduruyla çalışmalarından da kaynaklanıyor olabilir. Geçmiş araştırma sonuçlarına paralel olarak, bu çalışmada süpervizyonun etkin bir koruyucu faktör olduğu ortaya çıkmıştır. Ekonomik şartların zor, eğitim/uzmanlaşma imkanlarının kısıtlı, ve mağdurlara ekonomik şartlar nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerinin çoğunlukla gönüllülük esasıyla sağlandığı Türkiye'nin Doğu kısımlarında, Batı'ya göre daha çok ikincil travma yaşayan ruh sağlığı çalışanına rastlanmıştır (Chrestman 1999, Devilly ve ark. 2009).

İş yerinin ikincil travmatik stres belirtileri geliştirmesindeki etkisi ise iş yerinin günlük stres üzerindeki etkisi, finansal imkanlar, çalışma şartlarının yetersiz olması ve genel çalışma memnuniyeti ile açıklanabilir (Sprang ve ark. 2007, Carmel ve Friedlander 2009).

Araştırma bulguları kişisel olarak travma yaşamış ruh sağlığı çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtilerigeliştirmeye daha yatkın olduğunu göstermiştir. Bu bulgu kişisel travma geçmişine sahip olmanın deneyim kazandırıp daha etkili çalışmanın yolunu açtığı görüşünü desteklememektedir. Aksine ruh sağlığı çalışanının mağdurla fazla

empati geliştirmesi nedeniyle sağaltım sürecini zorlaştırdığı ortaya çıkmaktadır (Creamer ve Liddle 2005, Schauben ve Frazier 1995).

Bu çalışmanın kısıtlamalarından biri kolaylık örnekleme kullanmış olması nedeniyle ruh sağlığı çalışanları açısından temsil gücü düşük bir örneklem sunmasıdır. Araştırmanın kısıtlamalarından bir diğeri ise, TBİÖ'nün Türkçe halinin standardize edilmemiş olmasıdır. Yapılan pilot çalışmalardan elde edilen bilgilerle araştırmaya uygun olduğu öngörülmüştür, ancak Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının bulunmaması, araştırmayı kısıtlar niteliktedir. Araştırmanın ikincil travma ile kişilik dinamikleri ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi irdelemesi konuyu ileri bir derinlikte incelememizi sağlayabilirdi. Ek olarak, Tablo 1'de iş yeri kısmında 40 katılımcının çalıştığı yerin belirtilmemiş olması, ankette bu soruya ilişkin bir problem olabileceğini akla getirmektedir. Bu da ankete dair bir kısıtlama olabilir. Tüm bu kısıtlamalara rağmen araştırma sonuçları, travmayla çalışan ruh sağlığı çalışanlarının hangi koşullarda ikincil travma sendromu riskine sahip olduklarını göstermesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması bakımından önemli bulgular sağlamıştır.

Yazışma adresi: Dr.Ayten Zara, İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul, ayten.zara@bilgi.edu.tr

KAYNAKLAR

Adams RE, Figley CR, Boscarino JA (2008) The compassion fatigue scale: its use with social workers following urban disaster. *Res Soc Work Pract*, 18:238-250.

Adams SA, Riggs SA (2008) An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Train Educ Prof Psychol*, 2: 26-34.

Baird K., Kracen AC (2006) Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Couns Psychol Q*, 19: 181-188.

Brady JL, Guy JD, Poelstra PL ve ark. (1999) Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Psychol Res Pract*, 30: 386-393.

Bride BE (2007) Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work*, 52: 63-70.

Carmel MJS, Friedlander ML (2009) The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance

with clients who commit sexual abuse. *J Couns Psychol*, 56: 461-467.

Chrestman KR (1999) Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. B.H. Stamm (Ed.). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators*, Lutherville, MD: Sidran Press. (s. 29-36).

Creamer LT, Liddle BJ (2005) Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11th attacks. *J Trauma Stress*, 18: 89-96.

Devilly GJ, Wright R, Varker T (2009) Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 43: 373-385.

Dunkley J, Whelan, TA (2006a) Vicarious traumatization: Current status and future directions. *Br J Guid Coun*, 34: 107-116.

Figley CR (1995) *Compassion Fatigue: Coping with Secondary*

- Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized. New York, Brunner-Mazel.
- Goodman LA, Dutton MA (1996) The relationship between victimization and cognitive schemata among episodically homeless, seriously mentally ill women. *Violence Vict*, 11: 159-174.
- Hamilton M (2008) Compassion fatigue: what school counselors should know about secondary traumatic stress. *The Alberta Counsellor*, 30(1):9-21.
- Hyman O (2004) Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *J Trauma Stress*, 17: 149-156.
- Jenaro C, Flores N, Arias B (2007) Burnout and coping in human service practitioners. *Psychol Res Pract*, 38: 80-87.
- McCann L, Pearlman LA (1990) Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*, 3: 131-149.
- Miller L (1998) Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 35: 137-146.
- Neuman DA, Gamble SJ (1995) Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy (Chic)*, 32: 341-347.
- Ortlepp K, Friedman M (2002) Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *J Trauma Stress*, 15: 213-222.
- Palm KM, Polusny MA, Follette VM (2004) Vicarious traumatization: Potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehosp Disaster Med*, 19: 73-78.
- Pearlman LA (2003) Trauma and attachment belief scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pearlman LA, Mac Ian PS (1995) Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Prof Psychol Res Pract*, 26: 558-565.
- Pearlman LA, Saakvitne KW (1995) Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Schauben LJ, Frazier PA (1995) Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychol Women Q*, 19: 49-64.
- Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A (2007) Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *J Loss Trauma*, 12: 259-280.
- Yassen J (1995) Preventing secondary traumatic stress disorder. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (Ed CR Figley): 178-208. New York, Brunner-Mazel.