



**15 TEMMUZ DARBE GİRİŞİMİNİN, SAĞLIK ÇALIŞANLARI
ÜZERİNDEKİ İKİNCİL TRAVMATİK STRESE ETKİSİ**

Mehmet Celal ALMAZ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2019

Mehmet Celal ALMAZ tarafından hazırlanan "15 Temmuz Darbe Girişiminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki İkincil Travmatik Strese Etkisi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

.....

Başkan: Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

.....

Üye : Prof. Dr. Mustafa KURT

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Mühendislik Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

.....

Üye : Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

.....

Tez Savunma Tarihi: 27/06/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mehmet Celal ALMAZ

23.06.2019

15 TEMMUZ DARBE GİRİŞİMİNİN, SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ İKİNCİL TRAVMATİK STRESE ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mehmet Celal ALMAZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2019

ÖZET

Travmatik yaşantılar ve deneyimler sonrasında kişilerde fiziksel ve ruhsal sağlık bozulabilmekte ve yardım ihtiyacı gelişebilmektedir. Bu yardım ilişkisi bağlamında, müdahalede bulunan sağlık çalışanları da mağdurların travmatik yaşantılarından dolayı olarak etkilenebilmektedirler. Bu çalışmada 15 Temmuz darbe girişiminin, sağlık çalışanları üzerindeki ikincil travmatik strese etkisinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve UMKE içinde o gece nöbetçi olan toplam 110 sağlık çalışanında gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir epidemiyolojik araştırma olması bakımından, çalışmada örneklem seçilmemiştir. Araştırmada p değerinin 0,05'in altında olması anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmada katılımcıların %54,5'i (n=60) erkek, %62,8'i (n=69) 30 yaş üzeri, %73,6'sı evli (n=81) ve %81,8'inin (n=90) öğrenim durumu önlisans ve üzeridir. Katılımcıların %32,7'si (n=36) sağlık memuru, %26,4'ü (n=29) ATT, %20,9'u (n=23) paramedik ve %8,2'si (n=9) hekimdir ve %59,1'i (n=100) 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. 15 Temmuz gecesi katılımcıların %22,7'si (n=25) nöbetçidir ve %20,0'si (n=22) gönüllü olarak olay yerlerine intikal etmiştir. Çalışmada katılımcıların %49,1'inde (n=54) olası İTS bozukluğu, %52,7'sinde (n=58) kaçınma belirtileri, %82,7'sinde (n=91) istemsiz etkilenmeler ve %59,1'inde (n=65) uyarılmışlık belirtileri saptanmıştır. Araştırmada 15 Temmuz gecesi yaşanan travmatik olaylar ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Örselenmiş bireylere psikososyal yardımda bulunan, uzman veya gönüllü sağlık çalışanlarının hizmet veya yardım sunumunda dolaylı olarak travma sonrası stres belirtilerine benzer İTS belirtileri göstermeleri kaçınılmazdır. Bu kapsamda, yardım davranışında ve hizmet sunumunda bulunan sağlık çalışanlarının görevleri gereği olumsuz maruziyetleri en aza indireyecek yaklaşımların saptanması ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yapılması önemlidir.

Bilim Kodu : 1029.2
Anahtar : Sağlık çalışanları, darbe girişimi, ikincil travmatik stres
Kelimeler : bozukluğu, 15 Temmuz,
Sayfa Adedi : 70
Danışman : Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

THE EFFECT OF 15 JULY MILITARY COUP ATTEMPT ON SECONDARY
TRAUMATIC STRESS ON HEALTH WORKERS

(M. Sc. Thesis)

Mehmet Celal ALMAZ

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2019

ABSTRACT

After the traumatic experiences, physical and mental health can deteriorate and help is needed. In the context of this aid relationship, the health workers who intervened can also be indirectly affected by the traumatic experiences of the victims. The aim of this study is to investigate the effects of the 15 July military coup attempt on the secondary traumatic stress on health workers and the factors affecting it. The study was carried out with 110 healthcare workers who were on duty at the Ankara Provincial Health Directorate Emergency Health Services Presidency and UMKE (National Medical Rescue Team). The study is a descriptive epidemiological study and so the sample was not selected. P value below 0.05 was considered significant in the study. In the study, 54.5% (n = 60) of the participants were male, 62.8% (n = 69) were over the age of 30, 73.6% were married (n = 81) and 81.8% (n = 90) of the education level is associate degree and above. 32.7% (n = 36) of the participants were health care personnel, 26.4% (n = 29) were EMT, 20.9% (n = 23) were paramedic and 8.2% (n = 9) is a physician and 59.1% (n = 100) has 10 years or more of professional experience. On the night of July 15, 22.7% (n = 25) of the participants were on duty and 20.0% (n = 22) were voluntarily transferred to the scene. In the study, 49.1% (n = 54) of the participants had probable ITS disorder, 52.7% (n = 58) had avoidance symptoms, 82.7% (n = 91) had involuntary side effects and 59.1% (n = 65). In the study, no statistically significant difference was found between the traumatic events experienced on the night of July 15 and the probability of secondary traumatic stress disorder ($p > 0.05$). It is inevitable that specialized or voluntary health care workers who provide psychosocial assistance to the injured individuals should show ITS symptoms similar to the post-traumatic stress symptoms in the provision of services or assistance. In this context, it is important to determine the approaches that minimize the negative exposures and preventive mental health studies due to the duties of the health workers who provide assistance and service delivery.

Science Code : 1029.2
Key Words : Health workers, military coup attempt, secondary traumatic stress disorder, 15 July,
Page Number : 70
Supervisor : Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

TEŞEKKÜR

Eğitim ve çalışma süresince olan özverili desteği, değerli yol göstericiliği, emeği, zamanı, sabrı ve çalışmanın her aşamasına olan katkıları için tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Vatan için şehadete koşan gazi ve şehit olan tüm kahramanlara minnet duyarım önlerinde saygıyla eğilirim.

15 Temmuz gecesi vurulduğumda ilk müdahalemi yapan ve yardımcı olan adını bilmediğim gizli kahramanlara ve Mehmet Tahir İkiler'e teşekkür ederim.

Hayatıma anlam katan, 15 Temmuz gecesi yaşadığım travma ve sonrasındaki 6 aylık tedavi sürecinde ve halen devam eden rehabilitasyon sürecinde her daim yanımda olan eşim Şahide Eda'ya teşekkür ederim.

15 Temmuz gecesi henüz kırk günlük olan, atalarımızdan bize miras kalan bu toprakları bizden sonra gelen nesillere miras bırakma motivasyonumu sağlayan, tedavi sürecinde bana varlığıyla yaşam enerjisi aşılayan kızım Emine Mahinur'a teşekkür ederim.

Emek ve özverilerini hiçbir zaman üzerimden eksiltmeyen, devlet, vatan, bayrak, ezan için gözünü kırpmadan şehadete yürüyebilmeyi sağlayan milli ve manevi duyguları aşılayan çok değerli annem Emine ve ablalarım Melike ve Mine'ye teşekkür ederim.

Aldığım her nefesin, bir nimeti olduğuna iman ettiğim Rahman ve Rahim olan Allah'a şükrederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. 15 Temmuz Darbe Girişimi	3
2.2. Travma Kavramı	8
2.3. Stres Kavramı.....	10
2.4. Kişilerde Travma ve Stresin Dolaylı Etkilerini Açıklayan Farklı Kavramlar	11
2.4.1. Tükenmişlik	13
2.4.2. Üstlenilmiş travma	14
2.4.3. Travma sonrası stres bozukluğu.....	16
2.4.4. İkincil travma ve ikincil travmatik stres bozukluğu	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı	33
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	33
3.3. Araştırma Tipi ve Değişkenleri.....	33
3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	34
3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı	34
3.6. Verilerin Analizi	34
3.7. Araştırma insan gücü ve bütçesi	34

Sayfa

3.8. Etik Kurul ve Kurum İzinleri.....	35
3.9. Araştırma Zaman Çizelgesi.....	35
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR.....	53
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	65
EK-1. Araştırma Kurum İzni	66
EK-2. Araştırma Etik Kurul İzni.....	67
EK-3. Mehmet Celal Almaz Saldırı Sonrası Görüntü	68
EK-4. Ölçek İzin	69
ÖZGEÇMİŞ	70

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=110)(2019).....	37
Çizelge 4.2. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumların ve gösterdikleri tutumların dağılımı (n=110)(2019)	39
Çizelge 4.3. Katılımcıların 15 Temmuz sonrası İkincil Travmatik Stres Ölçeği'ne göre bazı özelliklerinin dağılımı (n=110)(2019)	39
Çizelge 4.4. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği kaçınma belirtileri varlığının karşılaştırılması (n=110)(2019)	40
Çizelge 4.5. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği istemsiz etkilenme pozitifliğinin karşılaştırılması (n=110)(2019).....	41
Çizelge 4.6. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği uyarılmışlık belirtileri varlığının karşılaştırılması (n=110)(2019).....	42
Çizelge 4.7. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması (n=110)(2019).....	43
Çizelge 4.8. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumlar ve gösterdikleri tutumlara göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması (n=110)(2019).....	44
Çizelge 4.9. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019).....	45
Çizelge 4.10. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)	45
Çizelge 4.11. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi saldırıya maruz kalma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)	46
Çizelge 4.12. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi yaralanma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019).....	46

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan bazı simgeler ve kısaltmalar açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AA	Anadolu Ajansı
APA	American Psychology Association
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
İTSB	İkincil Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Diğr.	Diğerleri
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
MİT	Milli İstihbarat Teşkilatı
FETÖ	Fettullahcı Terör Örgütü
112	Acil Yardım Numarası
TRT	Türkiye Radyo Televizyon

1. GİRİŞ

Travmatik yaşantılar, bireyin yaşamını olduğu kadar fiziksel ve ruhsal iyilik halini de tehdit eden ölüm olayına tanıklık etme ya da ölüm tehlikesi geçirme, ağır yaralanma veya yaralanmalara şahit olma durumları olarak tanımlanmaktadır [1]. Doğal afetler, savaş, göç, deprem, terör saldırısı, yangın, tecavüz ve trafik kazaları gibi olaylar bu tür yaşantılara örnek olarak verilebilir. Bu tür yaşantılar ve deneyimlerin ardından kişilerde fiziksel ve ruhsal sağlık bozulabilmekte ve yardım ihtiyacı gelişebilmektedir. Bu yardım ilişkisi bağlamında, müdahalede bulunan sağlık çalışanları da mağdurların travmatik yaşantılarından dolayı olarak etkilenebilmektedirler. Örseleyici olayların sonrasında arama kurtarma ya da herhangi bir şekilde yardım çalışmalarında yer almanın, ölüme tanık olma ve yaralanma riski gibi nedenlerle, travma sonrası stres belirtileri açısından bir risk taşıdığını gösteren bilimsel çalışmalar bulunmaktadır [2–4].

15 Temmuz darbe girişimi Türkiye’de geçmişte yaşanan darbelerle kıyaslandığında, şiddet tehdidi ve ön plana çıkmış olması bakımından farklıdır. “Başarısız darbe girişimi”, “kalkışma”, “girişim”, “terör eylemi” gibi kelimelerle adlandırılan eylemin üzerinden yaklaşık 3 yıl geçmiş olmasına rağmen bu girişim henüz bilimsel araştırmalara yeni yeni konu olmaya başlamıştır. Yurtiçi ve yurtdışı literatürde 15 Temmuz’u sosyal, ekonomik ve sağlık sonuçları açısından değerlendiren bilimsel araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, 15 Temmuz darbe girişiminin sağlık çalışanlarında ikincil travmatik strese etkisinin incelendiği araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada 15 Temmuz darbe girişiminin, sağlık çalışanları üzerindeki ikincil travmatik strese etkisinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma 15 Temmuz gecesini Ankara’da nöbetçi olan 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Çalışanları ve UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri) görevlilerinde gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. 15 Temmuz Darbe Girişimi

15 Temmuz 2016 Cuma akşamı Türk Silahlı Kuvvetleri'ndeki kendilerini "Yurtta Sulh Konseyi" olarak isimlendiren asker görünümlü teröristler tarafından planlanılarak ülke yönetimine el konulmaya çalışılan başarısız darbe girişimidir. Saat akşam saat 22'yi gösterdiği sıralarda İstanbul Fatih Sultan Mehmet Köprüsü ve Boğaziçi Köprüsü Jandarma Genel Komutanlığı bünyesindeki darbecilerin emirleri doğrultusunda hareket eden bir grup asker tarafından köprülerin trafiğe kapatılmasıyla duyulmuş olup yine aynı saatlerde başkent Ankara semalarında F-16 tipi savaş uçakları alçak uçuş yapmaya başladı. Saat 22:30 civarında Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan emniyet mensuplarının tamamını acil koduyla göreve çağırıldı.[5].

Tüm bu hareketliliklerle beraber e-posta adresinden basın mensuplarına Türk Silahlı Kuvvetlerinin ülke idaresine kendilerine Yurtta Sulh Konseyi adını veren darbeciler tarafından el konulduğuna dair bir mesaj gönderdi. Mesajı gönderildikten sonra TRT 1'de ki devam eden canlı yayın kestirilerek, TRT haber spikerine Yurtta Sulh Konseyi tarafından hazırlanmış bir darbe metni okutuldu[5].

Gece saatlerinde darbe girişiminde katılan kişilerin tamamına yönelik Küçükçekmece Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından Türk Ceza Kanununun 309, 311, 312 ve 313 maddelerince darbeciler hakkında soruşturma ve gözaltı kararı alındı.[5].

Ankara Emniyet Müdürlüğü Gölbaşı Özel Harekat Merkezine savaş uçakları tarafından gerçekleştirilen bombalı saldırı neticesinde 51 emniyet personeli şehit oldu, yine gecenin ilerleyen saatlerinde Ankara Emniyet Müdürlüğü darbeci askerler tarafından kullanılan savaş uçaklarınca bombalandı ve aynı saldırı belirli aralıklarla yapıldı. Taarruz helikopterleri tarafından MİT yerleşkesi ve vatandaşların üzerine ateş açıldı. Türk Hava Kuvvetleri'ne ait iki F-16 savaş uçağı tarafından darbecilerin kontrolündeki helikopterler vurularak düşürüldü[5].

Cumhurbaşkanı Recep Tayip Erdoğan'ın vatandaşları kalkışmaya karşı meydanlara davet etmesiyle milyonlarca kişi ülke genelinde meydanlara indi ve darbe girişiminde bulunan darbeci unsurlar sivil halka ateş açtı[5].

Sabaha kadar devam eden çatışmalarda ülke genelinde 248 şehit olurken, 2 bin 193 vatandaş ise yaralandı. Kalkışmaya katılan birçok darbeci terörist etkisiz hale getirildi[5].

Aynı zamanda ben Dr. Mehmet Celal Almaz, Cumhurbaşkanlığı külliyesi ve Jandarma Genel Komutanlığı arasındaki kavşakta darbeci unsurların, sivil halk üzerine gerçekleştirdiği helikopter saldırısına maruz kalarak 20'lik top mermisinin ayağımın dibine düşmesiyle 15 yerimden şarapnallerle yaralandım. Cuma Dağ adlı şehidin şehadetine ve onlarca sivil vatandaşın yaralanmasına şahitlik ettim.

Kimi ambulansların da saldırı altında kaldığı vahşi, hiçbir kural tanımayan, hunhar darbe girişiminde 2 ambulans çalışanı ve 1 UMKE görevlisi yaralandı.

Gece saatlerinde darbe girişiminin sürdüğü esnada Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde darbe kalkışması konusu siyasi partilerin meclisteki milletvekilleri tarafından görüşüldüğü esnada Türkiye Büyük Millet Meclisi uçaklar tarafından bombalandı ve bu bombalama eylemi 4 kez tekrarlandı. Gece saat üç dolaylarında İstanbul'da da darbecilerin kontrolündeki savaş uçakları alçak uçuşlara başladı. Devamında darbeci askerler basın yayın organlarından bazıları basılarak yayın yapmaları engellenmeye çalışıldı, yine darbeciler tarafından TÜRKSAT Gölbaşı tesisleri bombalandı[5].

Sabah saatlerine gelindiğinde Boğaziçi Köprüsü'nde köprüyü kapatmış olan sayıları yaklaşık 50 kişi olan darbeci askerler silahlarını teslim ederek polislere teslim oldu. Boğaz Köprüsünün emniyet güçlerinin kontrolüne geçmesinin akabinde Türk Telekom binasında bulunan darbeciler teslim oldu. Ankara da bulunan Jandarma Genelkurmay Başkanlığı karargâhını sabaha kadar elinde tutan 250 darbeci asker, Özel Harekat Polisleri tarafından gözaltına alındı, 17 darbeci unsur etkisiz hale getirildi.[5].

Darbe girişiminin başarıya ulaşamamasının ardından siyasiler, açıklamada bulunarak tehlikenin tamamen geçmediğini ve yeni bir darbe girişimine karşı vatandaşların

meydanları boşaltmamasını istediler. Yaklaşık 30 gün boyunca vatandaşlar geceleri meydanlarda demokrasi nöbetleri tuttu[5].

Bir Anestezi Uzmanı doktorun, 15 Temmuz Gecesi yaşadıklarıyla ilgili paylaşımında;“15 Temmuz gecesi Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi’nde nöbetçiydim. O gece 100’e yakın yaralı ve ölü geldi, arkadaşlarımla birlikte yaralılara müdahale ettim. Yaralı bir vatandaşın koluna tükenmez kalemle annesine ait cep telefonunun numarasını yazmış. Bu vatandaş tankın altında kalmamak için üst geçitten atlayarak kolunu, leğen kemiğini ve bacağını kırdığını tahmin ettiğim bir gencin ailesini telefonla aradım 10 saniyelik diyalogda karşıdaki anneyi hissettim, annesine “oğlunuz hayatta ve yaralı” dediğimde duyduğum çığlık kulaklarımdan gitmiyor. Yakınlarını teşhis ettirmek için morga götürdüğüm insanların kulaklarımda çınlayan o süre ve ayak seslerinin ritmi de bitmiyor!” şeklinde belirtiyor[5].

Elinde silahla etrafa ateş ede ede birilerinin hastaneye geldiği söylentisi, bomba sesleri, arayan arkadaşlarımdan, eşimden helallik isteyişim, ağlama krizine giren birileri, sonra ben ağlarken başka birinin bana sarılışı. Her ses sonrasında sedyelerin altına saklanışımız ve 3-5 saniye bekledikten sonra sanki hızlı şekilde akan bir film çekimine bıraktığımız yerden devam edişimiz, şeklinde anlatmaktadır[5].

15 Temmuz gecesi Çengelköy’den ve 15 Temmuz Şehitler Köprüsü’nden getirilen binlerce yaralı mağdur vatandaşlara Haydarpaşa Numune Hastanesi ev sahipliği yaptı ve burada sağlık çalışanları tarafından müdahalelerde bulunuldu. Haydarpaşa Numune Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı Osman Ekinci, o karanlık gece yaşadıklarını; “Hastane sanki bir mahşer meydanını andırıyordu. Aynı anda 14 ayrı masada ameliyat yaralılarda müdahalede bulunduk ve ameliyat gerçekleştirdik. O gece 28 vatandaş ameliyat edildi, müdahalede bulunan tüm vatandaşlarımızı kurtardık" şeklinde ifade ediyor. Acil Servis Sorumlusu Kenyalı Doktor Abdullah İbrahim ise "O kadar fazla sayıda yaralı geliyordu ki hasta yakınları sanki sağlıkçı gibi bize yardımcı olup çalışıyordu" şeklinde yaşadıklarını belirtiyor. Temizlik görevlisi Turgay Yurtçu ise şunları söyledi: "O gece o paramparça olmuş bedenleri taşıdık. Gelen yaralılar kayıp daha fazla zarar görmesin, sedyelerin rahat hareket kabiliyetinde aksamalar olmasın diye o koridorlara akan kanı çek pas ile dakikalarca temizledim” şeklinde anlatmaktadırlar[5].

15 Temmuz akşamında TSK'da bulunan bir grup FETÖ yanlısı darbeci unsurlar tarafından Genelkurmay Başkanlığı Binasında başlatılmış olan kalkışma girişimi, yurdun tamamında takribi olarak 22 saatte kontrol altına alındı. Anadolu Ajansı muhabirlerince derlenmiş oldukları haberlere göre, 15 Temmuz günü akşam saat 22:00 dolaylarında başlayan FETÖ'cü kişilerin darbe girişimi, 16 Temmuz Cumartesi günü akşam saat 20:00'de engellenerek, tehlike büyük ölçüde geçirtilmiş oldu [5].

TRT'nin Ankara'daki stüdyosuna baskın düzenlenip darbeciler tarafından saat 00.13'te o an orada bulunan haber spikerine zor kullanılarak okuttukları bildiri geçmiş dönemdeki darbeler hakkında az çok bilgisi olan birçok vatandaş için aşına olunan bir içeriği barındırıyordu. 1960 ve 1980 yıllarında yapılan darbelerde de görüldüğü gibi cuntacılar yine kurulan rejimin tehlike içinde bulunduğunu, ülkeyi kurtarmak yurttaşların güvenliğini sağlamak niyetiyle demokrasiye müdahale edildiğini, uluslararası anlaşmalarda belirtilmiş olan kurallara bağlı kalınacağını bununla birlikte yeni bir anayasanın hazırlıklarının başlatılacağını ve tüm bu gerekçeler sebep gösterilerek yurt genelinde sıkıyönetim ilan edildiğini, ikinci bir emrin yayınlanmasına kadar yine tüm yurttan sokağa çıkma yasağı ilan edilmiş olduğu yönünde açıklamada bulundular. Okunan bu tanıdık şeyler birçok vatandaş için karanlık yeni bir sürecin başlangıcı manasını taşımaktaydı. Daha Cumhurbaşkanı Erdoğan ekranlar vasıtasıyla çıkıp halkı darbeye karşı direniş için meydanlara çağırmadan önce birçok vatandaş, kendi iradeleri ile yalnızca darbecilerin emir ve isteklerine karşı olduklarını, yayınlanan sıkıyönetim kararı ve sokağa çıkma yasağını kabul etmediklerini, demokrasiye sahip çıkacaklarını darbecilere göstermek için dışarıya çıkarak yol ve meydanlarda yürümeye başladılar. Vatandaşların daha darbenin başlangıcından itibaren darbenin meşruiyetini reddederek darbecilere karşı direniş göstereceğinin işaretini açık bir şekilde vermiş olması, Türkiye siyaseti açısından bir ilk olma özelliği taşımaktadır [6].

Diğer darbelerden ayırt edici ikinci fark ise, kalkışmanın daha ilk başlamasından itibaren darbecilerin kimliklerini kamuoyundan saklama uğraşına girmiş olmaları olmuştur. Daha önce yapılmış olan 1960 ve 1980 askerî darbelerini yapan ve darbeye katılanlar, yine 1971 muhtırasına imza atanlar ve 28 Şubat sürecin de başı çekenler açıkça kimliklerini ortaya koymuş olan ordudaki görevliler idi[7].

15 Temmuz dışındaki yapılmış olan doğrudan ya da dolaylı tüm müdahalelerde komuta kademesi kimliklerini sürecin en başından ve sonrasında yapılan tüm faaliyetlerde ortaya

koymuşlar ve sorumluluğu kabullenmişlerdi. Bunların tersine 15 Temmuz gecesindeki kalkışmada ise “Yurtta Sulh Konseyi” adı haricinde kamuoyuna, herhangi bir isim ve komuta süreci hakkında ne bilgi verilmiş ne de kendini göstermiştir [6].

Ayırt edici bir diğer fark ise 15 Temmuz darbesine katılan darbecilerin ülke demokrasisinin meşru kurumlarıyla birlikte demokrasiye sahip çıkan vatandaşlara kanlı ve açık bir saldırıya girişmiş olmalarıdır. Türkiye’de darbeciler tarafından demokratik kuruluşlara ve siyaseten karşıt olarak gördükleri toplumsal oluşum ve siyasetçilere karşı şiddet ve işkence uygulamaları ilk defa görülen bir durum değildir. Daha önceki dönemlerdeki darbelerde de darbeciler halka ve siyasetçilere yönelik şiddete başvurmuşlardır. 1960 darbesinde toplumun büyük bir bölümü tarafından destek gören ve geniş tabanlı toplumsal bir meşruiyetleri bulunmalarına rağmen Başbakan Adnan Menderes ve arkadaşları, adil ve eşit yargılama hakkı ile alakalı tüm ana kaideler göz ardı edilerek kurulan, göstermelik Yassıada yargısı tarafından idama mahkum edilerek idamları gerçekleştirilmiştir[8]. Ülke genelinde görülen gençlik hareketlerini ordu, 1971 muhtırasının takibinde kanlı bir biçimde tasfiye etmiştir. 1980 darbesinin akabinde çok sayıda kişi işkencelerden ölmüş ve 26’sı siyasi suçlu toplam 50 kişi idam edilmiştir[7]. Önceki darbelerin 15 Temmuzdan farkı, uygulanmakta olan şiddet ve işkencelere açık bir toplumsal direnişin olamaması sebebiyle görünür olmayacak biçimde ve sözde hukuk örtüsü altında yapılmış olmasıdır. Ancak 15 Temmuz kalkışmasına yeltenen darbeciler, ülkedeki demokrasinin temsil makamı ve temsilcisi olan kurumsal yapılara ve darbeye karşı çıkan vatandaşlara yönelik orantısız, kaba, kanlı ve açık bir saldırı uygulamışlardır. Ülkenin demokratik olarak uygulanan seçime dayalı iki kurumu olan Cumhurbaşkanlığı makamına ve TBMM’ye karşı ve bu iki oluşumun meşruiyetini oluşturan millete karşı, özet olarak halka dayanan ne varsa ortadan kaldırılmaya ve bunları sindirilmeye uğraşmışlardır. 15 Temmuz gecesinde darbenin başlaması ve devamında başta Cumhurbaşkanı R. Tayip Erdoğan’ın açık ve kararlı tavrı ile darbeye karşı TBMM’de toplanan milletvekillerinin partiler üstü mutabakatı, bu kurumların meşruiyetinin temsilcisi garantörü olan ve bu yetkileri veren Türk Cumhuriyeti vatandaşlarının sabaha kadar göstermiş oldukları direnişi kalkışmanın başarısızlığa uğratılmasının ana, belki de yegâne sebebidir. Vatandaşların göstermiş olduğu bu direniş sadece demokrasi tarihimiz bakımından temiz, gelecek vadeden, yeni bir sayfanın başlamasına neden olmakla kalmamış, bununla birlikte Türkiye’de darbeler ve demokrasi, asker ve devlet ilişkilerinin

baştan tanımlanmasına yönelik analitik yaklaşımların geliştirilmesi mecburiyetini de beraberinde getirmiştir [6].

15 Temmuz darbe girişimine dair en sarsıcı yansımalarından biri, darbenin başarıya uğratılmasında kurumsal ve toplumsal dinamiklerinin analiz edilmesinden ziyade, özellikle uluslar arası arenada yapılan analizlerde darbe girişiminin başarısız olması üzerinde yoğunlaşmış olmasıdır [6].

2.2. Travma Kavramı

“Travma” kelimesinin kökü Eski Yunanca’ya dayanmakta olup, deri bütünlüğünün bozulmuş olduğu yaralanmaların her türlüünü kapsayan bir manaya gelmektedir[9]. Travma kelimesinin sözlük anlamı ise bir organın veya dokunun yapısını, şeklini bozan ve dışarıdan fiziksel bir etki neticesinde meydana gelen yara biçimindedir. Travma kavramı tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar şeklinde farklı iki biçimde kullanılmaktadır [10].

Psikolojik Travma; bireyin zayıflığıyla karşı karşıya kalması halidir. Karşılaşılan travmatik vaka bağlantı kurma, denetleme ve anlamlandırma duyularını oluşturan doğal başa çıkma sistemlerini felce uğratar. Travmayı olağan dışına çıkaran, başka hayatsal olaylarında uyumun oluşmasına imkan veren baş etme yollarını işlemez ve devre dışı bırakacak kadar şiddetli olmasıdır. Travmatik yaşantıyı diğer sıradan olumsuz yaşantılardan farklı kılan, bireyin vücut bütünlüğüne ya da yaşamına karşı bir şiddet, tehdit veya ölüm tehlikesiyle yüz yüze kalmasıdır [11].

Travma yaratan vakalar fiziksel bütünlüğü ve yaşamı, bireyin hayattaki yeri, konumu ve öz benliği hakkında var olan değerlerini tehdit eder. Bu yönden kişinin kendini güvende ve değerli hissetmesi, öbür insanları iyi ve yardımsever bulması, dünyayı güvenli ve adil bir yer olarak görmesi, incinmezlik ve kırılmazlık gibi bazı duygu ve düşünceleri tehdide maruz kalır. Buna benzer olaylar, kişinin günlük olağan yaşantısının dışında bulunan, belirli bilişsel şemalara bağdaşmayan ve bundan dolayı bunların kişiler tarafından anlamlandırılması zor olan olaylardır [12].

Travma üç ana başlıkta sınıflanabilir [13];

1. İnsan tarafından isteyerek oluşturulan (işkence, terör eylemleri, savaş, tecavüz, cezaevi ve gözaltı uygulamaları vs.),
2. İnsan tarafından istemeden kaza neticesi oluşan (trafik, iş kazaları, tren kazaları, gemi, uçak, yangınlar vs.),
3. Doğal afetler (sel, deprem, orman yangını, çığ vs.)

İnsan eliyle isteyerek ve bilerek neden olunan travmalara maruz kalma şekillerinde de şu şekilde sıralamak mümkündür [14]:

1. Siyasi sebeplerden dolayı işkence ya da kötü muameleye maruz kalanlar (bazı siyasi gruplar ve örgütlerin üyeleri, gözaltına alınanlar, mahkumlar vs.),
2. Siyasi nedenler dışında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalanlar (adli tutuklular, çocuk ıslah evlerindeki çocuklar, sokak çocukları, sivil halk vs.),
3. Savaş travmasına maruz kalmış kişiler (toplama kamplarında kalanlar, savaş tutsakları, savaştan dolayı göç eden mülteciler, savaş ve savaş hali uygulamalarıyla yüz yüze kalan sivil halk, askerler ve devlet görevlileri vs.),
4. Aile içi şiddete uğrayanlar,
5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze maruz kalmış kişiler,

Travmanın kavramının tanımlanmasında yaşanan travmanın sadece spesifik bir tanımla birlikte, yaşanan travmanın süreç içinde devam eden bir özellik kazanmış olup olmamasına, başka bir ifadeyle bir ya da birden fazla travma barındırması, ilerisinde ortaya çıkacak bozukluklar için belirleyici olan bir diğer etmendir. Tek travma tanımı kısa süreli, beklenmedik, yalnızca bir defa meydana gelen türdeki durumlar olan doğal afetler, motorlu araç kazaları gibi halleri ifade ederken, çok olaylı travma ise kronikleşmiş olan süregelen savaşlar ve çocukluk dönemi istismarları gibi halleri ifade eder [15].

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılmış olan tanıma göre travmatik olaylar, insan yaşantısının doğal akışı dışında olan olaylardır ve karşılaşılan bu durum neredeyse tüm insanlar için sıkıntı etmenidir. Kişinin;

- Ölüm tehdidine maruz kalma,
- Ağır bir yaralanma yaşaması ya da yaralanma tehdidi ile yüz yüze kalması,
- Başka bir insanın ölmesine ya da onun ölüm tehdidi altında bulunmasını görmesi,

- Başka bir insanın yaralanmasına ya da yaralanmasına neden olacak tehditle karşılaştığı bir olaya tanıklık etmesi,
- Aile bireylerinden birinin ya da kendisine yakın arkadaşı ya da akrabalarından birinin ani beklenmedik ölmesini ya da bir şiddete uğraması neticesinde öldürülmesine, ağır biçimde yaralanmasına tanıklık etmesi, ölüm ya da yaralanma tehdidi ile yüz yüze olduğunun haberini alması, vakanın travmatik özelliğini ifade eden özelliklerdir. Yaşanılan olayın özelliği kadar, bu olaylar karşısında verilen ve yaşanılan tepkiler de önemlidir. Bireyin yaşanılan travmatik olaya vermiş olduğu tepkiler içerisinde yüksek oranda korku, dehşete düşme ya da çaresizlik bulunur [16].

DSM-5'te bireyin kişisel tepkisi dikkate alınmamış, bunun yerine travmatik olay tanımına netlik kazandırmak için olaylar ile karşılaşmanın yolları sıralanmıştır. DSM-5'e göre bireyin olayı kendisi tarafından yaşanmış ya da tanıklık etmiş olabilir. Yine olay başka birinin nakletmesinden öğrendiği yakın çevresinden bir arkadaş ya da yakın bir akrabasının maruz kaldığını duymuş olabilir. Bu durumda kaza veya şiddetin niteliğinin, ölüm olasılığının olması şartı aranmaktadır. Olaylara televizyon, film, elektronik haberleşme gibi görsel medya üzerinden maruz kalınması hariç tutulmaktadır[1]. Bu şekilde hariç tutulmanın sebebi 11 Eylül saldırısından sonra yaşanan görsel medya vasıtasıyla olması nedeniyle genişlemiş olan maruziyet yollarını belirli çerçevede tutmak için olabilir. Yine DSM-IV'te olmayıp DSM-V'e eklenen, "doğrudan (directly)" sözcüğünün ilave edilmesi sonucu olaya dahil olunmuş maruziyet çeşitliliği kısıtlanmıştır. DSM-5'te travmatik olan olaylar ile travmatik olmayan olayların ayrımını objektif bir şekilde ortaya koymaktadır. Daha önceki DSM'lerde bulunan "kendinin ve başkalarının fiziksel bütünlüğü" şeklinde olan ifade kaldırılmış ve ilk kez "cinsel şiddet" ibaresi kendisine yer bulmuştur. Kullanılan somut kavramlar (fiziksel bütünlüğe tehdit yerine cinsel travma gibi) ve A2 kriterinin çıkarılması ile tanım netleştirilmeye uğraşmıştır.

2.3. Stres Kavramı

"Stres" Latince'den köken almış olup ve İngiliz dilinde de kullanılmakta olan bir terimdir. İnsan ve canlılarla alakalı durumu ifade etmede kullanılmamasından önce, mühendislik ve fizik alanlarında kullanılmış olan bir sözcüktür. Stres, Latince'de "Estrictia", eski Fransızca'da ise "Estrece" kelimelerinden köken almaktadır. Websters sözlüğünde stres kelimesinin fiil olarak dört, isim olarak ise sekiz farklı anlamı mevcuttur. İsim olarak

kullanılan ilk anlamı baskı, gerilme ve zorlanmadır. 17. Yüzyılda ise musibet, bela, felaket, keder, dert gibi manalarda kullanılmıştır. 18. ve 19. Yy. da ise kavrama yüklenen mana farklılaşmış ve baskı, güç ve zor gibi anlamlarda kişiye, objelere, organlara veya ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır[17]. Bununla ilişkili biçimde de stres, nesne ve bireyin bu şekildeki güçlerin etkisi altında şeklinin değiştirilmesine ve çarpıtılmasına karşı oluşturulan bir direnç ifadesi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte muhafaza etme ve esas haline dönmek için uğraş gösterme durumunu da ifade eder. Stres kavramını açıklamaya çalışan çok sayıda tanım mevcuttur.

Stres, travma şoku, cerrahi müdahale, heyecan, hastalık, soğuk vb. etkenlerin canlının bütünlüğünü, canını ve aklını tehdit eden saldırıların neden olduğu bozukluk; bu saldırıya karşı organizmanın metabolizma, davranış ve fizyoloji alanında göstermiş olduğu tepkidir.

Kişileri huzuru ve esenliği adına bir tehlike işareti ve bir uyarı olarak algılanan ve dolayısıyla yeterli şekilde ele alınamayan olaylara gösterilen belirgin olmayan psikolojik ve fizyolojik tepkiye stres denilir[18]. Günümüzde stres kavramı çok yaygın biçimde günümüzde kullanılan bir sözcük olduğu için farklı manalarda kullanılmaktadır. İnsanın yada bir başka canlının bir tehlike içinde olduğu zamanda dengesinin bozulması ve canlının dengesini bozabilecek çatışma, gerilim ve travma hallerinin olmasıdır. Stres fiziksel, zihinsel veya duygusal yüklemelerin neticesi meydana çıkan zorlama ve gerilimlerdir. Bireyi ya da organizmaya olumsuz olarak etki ederek fiziksel ya da ruhsal olarak zorlanmalara neden olur. Kişi tehlike altında olduğunu hissettiğinde canlının dengesi bozulur ve kişide gerilim, travma gibi haller meydana çıkar. Canlının gerilime maruz kalması onu olumsuz etkiler. Stres için yapılan farklı tanımlamalardan sonra stres, bireyin kendisinden veya çevresinin sebep olduğu fiziksel veya psikolojik etkenlerden dolayı, değişime uğraması, canlının etkilenmesine sebep olan fiziksel ve psikolojik etkisi hissedilen güç şeklinde ifade edilebilir [19].

2.4. Kişilerde Travma ve Stresin Dolaylı Etkilerini Açıklayan Farklı Kavramlar

Stres sonucu ortaya çıkan önemli kişisel etkilerden biride tükenmedir. Birey uzun bir müddet olarak fazlaca baskı algılamasına karşın, bunun karşılığında hissettiği, aldığı tatmin aynı oranda olamayınca ya da az olunca tükenme noktasına gelmekte, bu durumla mücadele ve baş edebilme gücünü yok etmektedir[20]. Stresin bireyin davranışlarının

üzerinde net bir biçimde etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler sonucunda; iştahsızlık, aşırı yeme isteği, uykusuzluk, sigara ve alkol kullanımı gibi etkilerden söz edilebilir [21].

İnsanların beklenmedik bir anda telaşa kapılmaları olağandır. Fakat bu telaş halinin uzun süreli devam ettiği stres durumlarında kişinin normal ve alışlagelmiş olan fonksiyonlarını devam ettirmelerini ve yapmalarını engellemektedir. Telaşa kapılan bireyler gerekli olan tepkiyi veremediklerinden dolayı stresten dolayı daha fazla telaşa ve ümitsizliğe düşebilmektedirler[22]. Stres belirli bir süre sonra bireyin güçsüz, zayıf, sanki her an kötü bir olay meydana gelecekmiş duygu ve düşüncesi içerisinde olan biri haline getirebilir. Bu durumdaki birey dikkatini toplama konusunda zorluk çekebilir, hafızayla alakalı sıkıntılar baş gösterebilir, öğrenmiş olduğu şeyleri unuttuğu kaygısına maruz kalabilir [23].

Hiç bir bireyin stresten etkilenmeyecek derecede güçlü olduğunu söylemek olası bir şey değildir. Bununla birlikte kişilerin kaldırabileceği, üstesinden gelebileceği bir stres düzeyi de bulunmaktadır. Bundan dolayı, bazı insanların strese karşı daha dayanıklı olmaları bu bireylerin kişilik özellikleri kadar, sosyal hayatlarındaki destekler ile stresle başa çıkabilme becerileri gibi geçmiş deneyimleriyle de yakından ilişkilidir [23].

Yapılmış olan bir çalışmada, mesleki tatmin ve ikincil travmatik stres ile örgütsel bağlılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkinin 216 madde bağımlılığı danışmanının katılımı ile incelenmesi neticesinde; ikincil travmatik stresin hem örgütsel bağlılığı hem iş doyumunu öngördüğü tespit edilmiştir[24]. Madde bağımlılığı gibi travmatik vakalara maruz kalan alanlarda çalışanların da ikincil travmatik stres mevzusunda dikkat etmeleri gerektiği ifade edilmektedir [25].

Yukarıda da ifade edildiği gibi görevleri gereği travma mağdurlarıyla sıklıkla ilişki içerisinde bulunmak zorunda olan çalışanlar, dolaylı olarak ortaya çıkan farklı psikolojik zorluklar yaşayabilmektedirler. Araştırmacılar, bu çalışanların maruz kaldıkları bu olumsuz etkileri açıklama için farklı kavramlar ileri sürmüşlerdir. Örneğin Figley, travma mağdurlarına hizmet veren çalışanlarda ortaya çıkabilecek travma sonrası stres belirtilerini "ikincil travmatik stres" (secondary traumatic stress) şeklinde isimlendirmiştir[26]. Bu işgörenlerin bilişsel şema ve inançlarında meydana gelebilecek daha kalıcı değişimleri ifade etmek içinse "üstlenilmiş travma" (vicarious trauma) kavramı önerilmiştir[27]. Çalışma alanları gereği duygusal yükü ağır olan bireyler arası durumlara uzun vadede

maruz kalan kişilerin yaşadığı iş stresini açıklamaya yönelik ortaya konulmuş olan başka bir kavram ise tükenmişliktir (burnout) [28]. Ortaya konulmuş olan bu üç kavram, yardıma ihtiyaç duyan kişilerle çalışmanın psikolojik, sosyal ve mesleki işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini ifade etmeleri bakımından benzerlik göstermektedir.

Tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve üstlenilmiş travma yaşantıları arasında bazı örtüşmeler veya etkileşimler mevcut olsa da bu kavramlar, ana vurguları açısından birbirlerinden farklıdırlar[29,30]. Fakat alan yazında bu terimlerle alakalı olarak bir kavram karmaşasının varlığı dikkat çekmektedir. Yapılmış olan birçok çalışmada söz konusu bu terimler arasında belirgin bir ayrımın yapılmamış olduğu ve bunların birbirlerinin yerine kullanıldığı göze çarpmaktadır[31–33]. İkincil travmatik stres ve üstlenilmiş travma kavramlarının tükenmişlik olarak tek bir kavram içerisinde açıklanabileceğini ileri süren çalışmalar da mevcuttur[31,34]. Travmanın dolaylı etkileriyle alakalı görüldüğü gibi terminolojide bir karışıklık söz konusudur ve bu kavramlar arasında net bir ayrım yapılabilmesi adına daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bizim bu çalışmamızda tükenmişlik, üstlenilmiş travma, travma sonrası stres bozukluğu kavramlarından kısaca bahsedip ikincil travmatik stres kavramlarının ayrıntılı biçimde açıklanmasına yer verilmiştir.

2.4.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik sendromu, ilk başlarda mesleki tükenmişlik başlığı altında incelenen bir kavram olmakla beraber ilerleyen dönemlerde ebeveyn tükenmişliği şeklinde de olarak ele alınan bir durumdur[35]. Tükenmişlik sendromu, bireylerin zamanla sorumluluklarını yerine getirme mevzuunda isteğinin azalması ve bununla beraber devam eden yorgunluk ve halsizlik hali olarak tanımlanmaktadır[35]. Tükenmişlik sendromu duygusal, fiziksel, bilişsel, davranışsal ve motivasyon olarak sonuçları olan bir durumdur. Duygusal neticelerine bakıldığında, tükenmişlik sendromunda olan birey depresif belirtiler göstermekle beraber, duygu durum yönetiminde sıkıntılar ve duygusal çökkünlük baş gösterebilir. Bunlarla beraber gerginlik ve kaygı duyguları da tükenmişlik sendromunda kendini gösterebilen duygusal sinyallerdir [35].

Çalışma alanlarından dolayı duygusal yükü ağır olan kişilerarası durumlara uzun süreli karşı karşıya kalanların yaşamış olduğu bir çeşit iş stresi olarak ifade edilen tükenmişlik,

görevleri mağdur kişilere yardım etmek olan çalışanlarda sıklıkla gözlenebilen bir durumdur[28]. İnsanlara hizmet vermekle sorumlu olan mesleklerde kurulan etkileşimler çoğunlukla hizmet bekleyen bireyin psikolojik, fiziksel veya sosyal problemleri üzerine kuruludur ve bundan dolayı utanç, üzüntü, öfke, korku, çaresizlik gibi duygularla yüklüdür. Bu şekildeki problemlerin giderilmesi adına çözümünü bulmak her zaman kolay olmaz, dolayısıyla çalışanın maruz kaldığı belirsizlik ve engellenme durumu daha da artabilir. Devamlı olarak bu şekildeki koşullar altında çalışanların yaşadığı kronik stres, duygusal olarak zayıflatıcı olabilir ve tükenmişliğe neden olabilmektedir [28].

Tükenmişliğin temel özelliklerinden biri, duygusal tükenme hissindeki artıştır. Bu durum, bireyin duygusal kaynaklarının aşırı zorlandığını ve bunun sonucunda başkalarına verecek hiçbir şeyinin kalmadığını hissetmesi anlamına gelmektedir. Tükenmişliğin bir diğer özelliği de bireyin olumsuz veya şüpheci tutumlar geliştirmesi ve hizmet verdiği kişilere karşı duyarsızlaşması durumudur. Bu duyarsızlaşma, işin çeşitli yönlerine karşı kopuk ve hissiz bir hale gelmek şeklinde kendini gösterebilir. Tükenmişliğin başka bir özelliği ise bireysel başarı hissindeki düşüştür. Bu durum, kişinin kendisi ve işteki verimiyle alakalı olarak olumsuz değerlendirmeler de bulunması ve tatminsizlik yaşaması manasına gelmektedir[28,36,37]. Tükenmişlik hem kişinin kendisi hem de çalışmakta olduğu organizasyon için olumsuz neticelerin meydana gelmesine neden olabilir. Bazı sağlık sorunlarına ve depresyon, kaygı, benlik saygısında düşme gibi zihinsel fonksiyon kayıplarına sebep olabilir. Kişinin uykusuzluk, yorgunluk, alkol veya ilaç kullanımı ile ailevi problemler gibi problemler yaşamasıyla beraber, iş tatminini yitirmesi, verdiği hizmet kalite düzeyini düşürmesi ya da işten ayrılması gibi problemlere neden olabilmektedir. Bunlarla beraber, kişini çalıştığı kurumdaki çalışma arkadaşlarıyla uyumunda bozulma görülebilir [28,31,36,38,39],

2.4.2. Üstlenilmiş travma

Üstlenilmiş travma kavramı, Yapısalcı Kendilik Gelişimi Kuramına (Constructivist Self Development Theory) dayalı olarak geliştirilmiştir (Saakvitne ve Pearlman, 1996). Bu kuramda travmatik yaşantılardan etkilenmeye karşı özellikle hassas olan beş bilişsel şema alanından söz edilmektedir:

a) Güvenlik: kişinin kendisinin ve sevdiği başka kişilerin tehlikelerden uzak olduğuna inanması.

- b) Güven duyma: kişinin kendi değer yargılarına ve yeteneklerine güvenilebileceği kanaati ve isteklerinin karşılanacağı mevzuunda başkalarına güvenilebileceği inancı.
- c) Saygınlık: kişinin değerli olduğuna ve etrafında değer verdiği kişilerin varlığına inanması.
- d) Yakınlık: kişinin kendisiyle ve başkaları ile irtibatta olduğuna inanması.
- e) Kontrol: Kişinin kendine ait duygu ve davranışlarını yönetebileceğine ve başkalarının davranışlarını etkileyebileceğine inanması [29,40].

Vazifeleri gereği travma mağduru kişilerle sürekli içerisinde olan çalışanların bilişsel şema ve inançlarında meydana gelen değişimleri açıklamak için ileri sürülen üstlenilmiş travma kavramı ilk olarak McCann ve Pearlman tarafından tartışılmıştır[27]. Araştırmacılar bu ifadeyi, travma terapisi yapan terapistlerin kimlik algılarında, psikolojik gereksinim alanlarında, dünya görüşlerinde, inançlarında ve bellek sistemlerinde meydana gelen değişimlere karşılık gelecek biçimde ele almışlardır. Fakat ilerleyen zamanlarda üstlenilmiş travmanın sağlık görevlileri, polisler, itfaiyeciler, sosyal hizmet uzmanları, avukatlar, gazeteciler gibi travmaya maruz kalmış kişilerle empatik bağ kuran kurum ve görevlerde çalışan birçok kişi tarafından da yaşanabileceği ileri sürülmüştür[29]. Zaman içinde birikimli olarak meydana gelen bu durum, yaşanan travmatik olayın ayrıntılarıyla alakadar olmanın ve bu olayı yaşamış olan bireyle empatik ilişki kurmanın olağan ve kaçınılmaz bir neticesi olarak görülmektedir [29,40].

İkincil travmatik stres gibi, üstlenilmiş travmanın ilerlemesinde ve ortaya çıkmasında da mağdurla aşırı özdeşim kurmanın önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bu iki kavram arasındaki başka bir benzerlik ise, üstlenilmiş travma görülen kişilerin de üzüntü, kaygı, fiziksel rahatsızlıklar, umutsuzluk, şüphecilik, öfke, sosyal çevreden geri çekilme, mesleki fonksiyon kaybı ve iş değiştirme yönelimi gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir[29,40]. Fakat bahsi geçen bu iki kavram, vurguladıkları temel noktalar bakımından farklılaşmaktadır. İkincil travmatik stresde, dolaylı olarak maruz kalınmış olan travmalara bağlı akut stres belirtilerine yoğunlaşırken [26], üstlenilmiş travma kavramının ana noktası bilişsel şema ve inançlarda izlenen daha kalıcı farklılaşmalardır[29]. Ayriyeten üstlenilmiş travma, travma mağduruyla bir kez karşılaşma neticesinde gelişmez; süreç içerisinde içerisinde birikimli şekilde ortaya çıkar[29].

Tükenmişlik, üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stres kavramlarının önemli bazı özellikler bakımından değişiklik gösterdiği düşünülmektedir. Örneğin ikincil travmatik stresin özellikle travmaya uğramış mağdurlara direkt müdahale eden meslek gruplarına özgü bir durum olduğu, tükenmişliğin ise bireyler arası ilişkilerin ve çalışma yerinin şartlarının stres yarattığı her türlü sektörde görülebildiği ifade edilmektedir[26,41]. Bunların yanı sıra, ikincil travmatik stres yalnızca bir tek travmatik olay ile karşılaşma neticesinde aniden ortaya çıkabilmekte, tükenmişlik ise belirli bir süreçte zaman içinde bir birikimin neticesi meydana çıkmaktadır[41,42]. Ayrıca, tükenmişlik daha çok çalışılan iş yeri şartlarıyla ilgili kronik bir memnuniyetsizliği yansıttığı; ikincil travmatik stresin ise iş yeri şartlarına değil, travmatik deneyimlere bağlı olarak ortaya çıktığı ileri sürülmüştür[43]. Ek olarak, ikincil travmatik stresin yoğun üzüntü, çaresizlik korku gibi yaşantıları kapsadığı ve tükenmişliğe nazaran daha hızlı oluşup daha hızlı iyileştiği ifade edilmiştir [42].

2.4.3. Travma sonrası stres bozukluğu

1. Dünya savaşı esnasında askerlerin bazılarının verdikleri ruhsal tepkileri tanımlamak için “shell shock” yani “bomba şoku” ifadesi, İngiliz Charles Myers tarafından kullanılan bir ifadedir. Shell shock ifadesi yaklaşık olarak 4 saat devam eden bombalamanın ardından mevzilerde gerçekleşen patlamalar neticesinde yoğun acı, titreme ve depresyon yaşadığı gözlemlenen askerleri tanımlamak adına kullanılan bir kavram olmuştur. 2. Dünya savaşı döneminde ise yaşanan travmalara bağlantılı olarak askerlerin açmış oldukları davalarda artış görüldükçe psikiyatristler yaşanan bu duruma “savaş nevrozu” ismini vererek, bu belirtilerin gözlemlendiği askerleri birliklerinden bir süreliğine uzak tutarak tedavi edilmeleri yönünde adımlar attılar. Travma bu dönemde genel olarak fiziksel travmayı tanımlamak için kullanılan bir sözcüktü. Amerika ile Vietnam arasında yıllar boyunca süren savaş neticesinde askerlerin birçoğunda görülen psikolojik travma neticesinde Amerika Psikiyatri Birliği ilk kez DSM III’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanımına yer vererek siviller arasında da bu tanı konmaya başlanmıştır. Sonraki süreçte yapılan araştırmalar neticesinde TSSB tanı ve tedavisi yönünde ilerleme kaydedilmiştir [44,45]. Sigmund Freud bireyde savaş sonrasında ortaya çıkan bu durumun yaşamı tehdit eden dış etkenler sonucunda yaşanan olay şeklinde tanımlayıp, ruhsal travma tanımını kullanmıştır [46].

Sosyal çalışmacılar, mağdur olmuş bireylere hizmet için çalışırken aynı zamanda yardımda bulundukları bu bireylerin travmalarına maruz kalmaktadırlar. Bu kadar fazla travmatik olaya maruz kalıp aynı zamanda tanıklık etmek depresyon ve TSSB'nun ortaya çıkmasına neden olabilecek etkiyi arttırabileceğini düşündürmektedir. İhtiyaç duyulan kaynak elde olan mevcut kaynaklardan fazla olduğunda ihtiyaç sahibi bireylere yardım veremiyor olmanın ortaya çıkardığı çaresizlik duygusunu yaşayabilmektedirler. DSM-5'te bu durum travmaya maruz kalmış bireylerle çalışanların mağdurların travmatik yaşantıları dinleyerek TSSB geliştirmede risk altında oldukları ifade edilmiştir[1]. Travmatize olmuş ve acı çeken insanların maruz kaldığı olayları dinlemek ve yardımda bulunmaya çalışmak stres düzeyini arttırabilmektedir. Yardımda bulundukları mağdurların travmalarına maruz kalmak ikincil travmatik stres bozukluğunu ortaya çıkarabilmektedir. İkincil travma sonrası stres bozukluğu ile travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasında benzerliklerin olduğu belirtilmektedir[42]. Bride travma yaşantısı olan mağdurlarla birebir uğraşarak mesaisini geçiren birçok sosyal çalışmacıda ikincil travmatik stres ve TSSB belirtilerinin görülebildiğinden bahsetmektedir. 282 sosyal çalışmacının katılması ile yapılan çalışmada katılımcıların %15,2'sinin TSSB tanı kriterini barındırdığı ifade edilmiştir[32]. Uganda'da insani yardım kuruluşlarında görev yapan 376 kişi ile yaptıkları çalışmada ise sosyal destek alan bireylerde kaygı ve depresyon puanlarının düşük olduğunu görülmüştür[47]. 212 kişiden oluşan insani yardım çalışanıyla yaptıkları çalışmada sosyal desteği fazla olan bireylerde tükenmişlik, depresyon ve psikolojik sıkıntıların daha az görüldüğü görülmüş ve yine aynı çalışmada sosyal desteğe sahip olan bireylerin yaşamdan daha çok zevk aldıkları sonucuna ulaşılmıştır[48]. Maddi olarak karşılaşılan zorluklar, eğitim ve sağlık olanaklarından kolaylıkla faydalanamıyor olmak kişileri güçsüz bırakarak çaresizlik ve umutsuzluk göstermelerine sebep olmaktadır[49]. Erkek bireyler fiziksel olarak travmatik yaşantıya daha çok maruz kalıyorken kadınlarda bu durum daha çok cinsel taciz olarak görülmektedir[44]. Cinsel taciz, tecavüz ve şiddete dayalı yaşadıkları travmalar neticesinde kadın göçmenlerde TSSB oranında artış olduğu gözlenmektedir [50,51].

Travma nedeni olan vakalara maruz kalan herkeste aynı düzeyde TSSB ortaya çıkmayabilmektedir. Bireyin genetik yatkınlığının, travmatik yaşantının süresi ve şiddetinin ve geçmiş travmalar gibi faktörlerin TSSB görülmesinde önemli bir etkisinin olduğu ifade edilmektedir[52]. Tüm bir yaşam boyunca TSSB görülme oranının %1-14 arasında değiştiği ifade edilmektedir [12].

Mülteci gruplarında depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bir çok sayıda vakaya rastlanmaktadır[53]. Her bireyin travmatik olaya karşı verdiği tepkilerde geçmiş travmalar, travmanın şiddeti ve baş etme yöntemleri gibi faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir[50]. Travmaya maruz kalmış mağdurlarda yaşamış olduğu travmatik olayı hatırlamasına sebep olabilecek belli kelimelerden korkarak uzak durma davranışı göstermesine sık olarak rastlanmaktadır. Kişinin travmatik tepkilere karşı verdiği yanıtlarında kültürel çevre ve kültürel etkenlerin etki ettiği görülebilir. Kültürel faktörlerin bireylerin travmayla baş etme ve destekleyici müdahalelere verdikleri cevapları etkileyebileceği izlenmektedir [54].

2.4.4. İkincil travma ve ikincil travmatik stres bozukluğu

Psikolojik travma çalışması, kişinin hem yaralanabilirliğiyle hem de insan doğasında olabilecek kötülük kapasitesiyle karşı karşıya kalmayı, dehşet duygusu ortaya çıkaran olaylara tanıklık etmeyi içermektedir[55]. Aile içi şiddet, çocuk istismarı ve diğer şiddet suçları ile birlikte, doğal afetler, savaş gibi travma deneyimi yaşayan kişilere yönelik olarak psikolojik yardım hizmetlerinde çalışanların sayısı giderek artmaktadır. Yaşanan travmatik vakaların psikolojik etkilerinin travmatik olaydan direkt etkilenenlerin ötesine uzandığı, örneğin; transkripsiyon sürecinde travmatik olayları barındıran özel verilere sürekli olarak tekrar tekrar maruz kalmanın dahi potansiyel etkilerinin bulunduğu görülmüş ve giderek daha belirgin hale gelmiştir [32,56].

Bir insanın travmatik bir olaydan etkilenmesi için travmanın gerçekleştiği anda ya da durumda fiziksel olarak orada olması gerekmediğine dair tespitler; örneğin travma yaşamış bir kişi ile çalışan çoğu profesyonelin, travmatik olaydan etkilenmiş olan birincil derecede kişilerin yaşadığı benzer belirtilerle karşılaşabilmesi; konu ile alakalı farklı kavramları ön plana çıkarmıştır[57]. Travmaya dolaylı şekilde maruz kalmış olmak, sosyal, ailevi veya profesyonel bir ilişki bağlamında ortaya çıkarak, hatırlatıcılar, rahatsız edici imgeler ve ipuçlarından kaçınma, olumsuz duygular, aşırı uyarılma ve işlevsellikte kayıp yaşama gibi birincil maruziyet ile benzerlik gösteren semptomlara sebep olabilmektedir [25].

İkincil travmatik stresin bilincinde olarak, DSM-5'te mesleki vazifeler esnasında travmatik olay(lar)ın hoş olmayan sevimsiz ayrıntılarına tekrarlayıcı veya aşırı bir şekilde karşı karşıya kalma durumuna yer verilmiştir[58]. Yani TSSB tanı ölçütlerine dair yapılan

güncellemeler, travmaya ikincil olarak maruz kalmanın kişiyi etkileyici, ona zarar verici ve tedavi gerektiren semptomların oluşmasına neden olabileceğini ortaya koymuştur [59].

Travmatik olayların devamında, olaya direkt maruz kalmış olanların yanı sıra, olaya tanıklık edenler, travmatik olaydan etkilenmiş olanlara yönelik destek çalışmalarında görev alanlar da aktarılan travmatik olay ve olayın şahıslar üzerindeki etkilerinde etkilenebilmekte ve travmatik stres belirtisi gösterebilmektedirler. İşi gereği olarak özellikle travmaya uğramış mağdurlara ya da hayatta kalanlara yönelik olarak insani hizmet alanında görev yapan uzmanlar; travmaya ikincil olarak maruz kalan ya da dolaylı olarak maruz kalan kişi olarak nitelendirilmektedir[60]. Travmaya verilen ikincil tepkileri ifade etmek için kullanılan terimler arasında; tükenmişlik, vekaleten/dolaylı/üstlenilmiş travmatizasyon ve travmatik karşı aktarım bulunmaktadır [57].

Dolaylı/vekaleten/üstlenilmiş travmatizasyon; travmaya maruz kalmış kişilere temas edenlerde meydana gelen değişikliklere, başka kişilerin travmatik deneyimlerine maruz kalmanın bir neticesi olarak bilişsel şemalarda ve inanç sistemlerinde bir dönüşüme işaret etmektedir. Bu dönüşüm; bireyin yaşamla bağlantılarında, anlam dünyasında, hayat görüşünde ve kimliğinde doğrudan travma geçirmiş olanların deneyimlerine paralel biçimde görülmektedir[57]. Travmatik malzeme ile çalışmakta olan her şahsın vekaleten travmatizasyon geliştirmediği fakat iş kaynaklı olarak travma belirtileri yaşayan terapistlerin kendileri, başkaları ve dünyaya dair algılarında duygusal ve bilişsel değişimin devam edebildiği ifade edilmiştir[61]. Örneğin; cinsel suçlularla çalışan 42'si erkek, 49'u kadın 91 terapistle yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların, karşılaştırma grubunda yer alan ruh sağlığı çalışanlarından daha yüksek düzeyde üstlenilmiş travmatizasyon sergilemediği görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmada, üstlenilmiş travma ve tükenmişlik düzeyleri arasında yüksek korelasyon olduğunun neticesine ulaşılmıştır [62].

Travmaya ikincil maruziyetin başka bir olumsuz etkisi de karşı aktarım şeklinde tanımlanmıştır. Karşı aktarımın klasik tanımı; terapistin, danışanın aktarımına bağlı olarak kendi yaşam deneyimleri ile bağlantılı olarak ortaya koymuş olduğu bilinçsiz tepkiyi içermektedir. Bu geleneksel karşı aktarım görüşü, terapistin çözülmemiş ya da bilinçdışı kaygı ya da çatışmalarının tetiklenmesi olarak çözümlemektedir. Daha çağdaş görüşler, karşı aktarımın kaynağına bakılmaksızın, danışana karşı gelişen duygusal tepkilerinin tamamını kapsadığını belirtilmektedir. Karşı aktarımın en geniş tanımının,

terapistin danışana karşı gelişen duygusal ve davranışsal tepkilerini ifade ettiği, dolayısıyla terapotik ilişkide neyin gerçekleştiği ile sınırlı olduğu değerlendirilmektedir [57].

İkincil travmatik stresin, uzman kişinin mağdurla olan ilişkisi ile beraber profesyonel ortamın dışında olan kişilerarası ilişkilerini etkileyen, travmatize olmuş mağdur danışanlarla çalışmakla sınırlı olan yapısına karşın karşı aktarım, herhangi bir danışan grubuyla çalışmanın neticesinde kendini gösterebilmektedir. Ayrıca karşı aktarımın sadece terapotik ilişkiler neticesinde kendini gösteren ve dolayısıyla travma geçirmiş olan kişilerin aile üyelerinin ve arkadaşlarının yaşadıklarını dahil etmeyen bir kavram olduğu da değerlendirilmektedir [57].

Tükenmişlik; yaşamış olduğu travmatik olayın etkilerini yaşayan kişilerle çalışmanın sonucu bunun olumsuz etkisini tanımlamak için kullanılan bir ifadedir. Tükenmişlik, işgörenler içinde çok sık rastlanılabilen bir çeşit duygusal tükenme sendromudur. Tükenmişlik sendromunun kilit noktası, ikincil travmatik strese de ortaya çıkabilecek duygusal tükenmişlik halidir. Tükenmişlik, kurumsal stres ve iş yükündeki artış neticesinde tetiklenmektedir. İkincil travmatik stres ise görevli kişilerde danışanın travmatik etkisine maruz kalmanın bir neticesi olarak kendini göstermektedir[57]. Bu kavramların her biri, bir veya daha fazla travmatik olayı barındıran öyküler dinlemenin neticesi olarak duygusal ve bilişsel etkileri arasında gösterilmektedir [63].

Travma yaşamış bireylere hizmet veren kişilerin gösterdiği tepkilerin ilgili yazındaki tanımlarından biri de ikincil travmatik stresdir [42]. Bazı sağlık görevlilerinin bu ifadeden rahatsızlık duyması ve bu nitelendirmeyi etiketleyici olarak görmesi neticesinde eşduyum yorgunluğu terimi de ikincil travmatik stres tabirinin yerine kullanılacak alternatif bir terim olarak önerilmiştir[57]. Daha çok ikincil travmatik stres şeklinde bilinen travma mağdurlarına hizmet veren kişilerde görülen bu tepki, başkalarının yaşamış olduğu travmatik olayların ayrıntılarını süregelen şekilde duyarak gerçekleşmektedir[59]. İkincil travmatik streste semptomlar; fiziksel, duygusal, bilişsel, davranışsal, ilişkisel ve profesyonel seviyelerde oluşabilmektedir[64]. İkincil travmatik stres ayrıca, her zaman devamlı tekrar eden uyarılar neticesinde olamayıp, aniden ve pek uyarı vermeden gelişmekle beraber, karışıklık, çaresizlik ve destek mekanizmalarından soyutlanmayla ortaya çıkabilmekte ve bu semptomlar çoğunlukla gerçek nedenlere bağlantılı olmamaktadır [42].

İkincil travmatik stres; travmaya maruz kalmış olan kişilere doğrudan hizmet verme neticesinde hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini azaltabilecek olan mesleki bir tehlike olarak düşünülmektedir[65]. Bundan dolayı ikincil travmatik stres için risk faktörleri ve ikincil travmatik stresten koruyucu faktörler; üzerinde yoğunlaşılması gereken konular arasında bulunmaktadır.

İkincil travmatik stresi açıklayan yaklaşımlar

İkincil travmatik stresin ortaya çıkmasına ilişkin yapılan açıklamalar incelendiğinde bunların; “dalga etkisi” [66], “duygu bulaşması” [67], “kiazma etkisi” (çarpan etkisi) [68] ve “sağlıklı insan tepkisi” [69] gibi farklı kavramlarla açıklanmaya uğraşıldığı görülmüştür. Ortaya konulmuş olan bu yaklaşımlar stresin etkisini açıklamaya yöneliktir [70]. Bu kısımda dalga etkisi, kiazma etkisi, duygusal bulaşıcılık, sağlıklı insan tepkisi yaklaşımı ve iş yaşamında ekolojik yaklaşımdan bahsedilecektir.

Dalga etkisi yaklaşımına göre; travmaya sebep olan ağır yaşam olay ya da olaylarına dair travmatik olayların etkisi mağdur olan kişiden dış çevreye doğru başka bir ifadeyle merkezdeki bireyden etrafına doğru dalgalar şeklinde yayılmaktadır [66].

Kiazma etkisinde (çarpan etkisi) ise; aile sistemi esas alınarak yapılmış olan bir yaklaşımdır. Mağdura bakım vermenin kişide oluşturduğu etkinin maliyetini açıklamaya yönelik olarak ortaya atılmıştır. Buna yaklaşıma travma öyküsüne sahip kişiler barındıran ailelerde travmaya maruz kalmış olan mağduruna destek veren kişiler gözden kaçırılmaktadır. Örneğin; evlatlarının maruz kaldığı bir felaket durumundan haberdar olan anne baba duygusal travma yaşayabilmekte ve mağdur olan kişiden daha çok strese maruz kalabilmektedir, bu durumda “kiazma etkisi” şeklinde ifade edilmektedir[71]. Aile bireyleri içerisinde olan sıkı bağ travma ihtimalini yükselten bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır[68]. Savaş bitiminde evine geri dönen askerlerin ailesinde dolaylı olarak travmatizasyonun ortaya çıkabildiğinin fark edilmesinden sonra aile sistemi içerisinde bu etkinin uzun vadede kronik bir hal alabileceği ve bunun da aile üzerinde tükenmişliğe neden olabileceği alan yazınlarda ifade edilmektedir[72]. Figley'in ikincil travmatizasyona ilişkin yapmış olduğu açıklamada bakım hizmeti ve profesyonel destek hizmeti verenlerin karşı karşıya kalabilecekleri zorlukları açık biçimde göstermektedir. Sağlıklı insan tepkisi yaklaşımına göre; yapısal olarak bazı sorunların travmaya olan yatkınlığı arttırdığı ilk

başlarda belirtilse de; bu yaygın teori ilerleyen süreç içerisinde yeniden gözden geçirilmiş olup, aslında bunun sağlıklı bir insanın doğal tepkisi olduğu varsayılmıştır [69].

Duygu bulaşması ise; başka bir kişinin maruz kaldığı yaşamsal olayların ve düşüncelerinin oluşturduğu duygu tecrübelerini ya da duyguyu gösterim şekillerini taklide yönelik olarak istem dışı bir durumu belirtmek amacıyla kullanılmaktadır[67,73]. Duygusal bulaşıcılık kişilerle kurulan ilişki esnasında ya da sonrasında istem dışı olarak açığa çıkan, ilişki kurulmuş olan kişi ile duygu yönünden bir ortaklığın oluşturulması şeklinde açıklanmaktadır [74].

Yukarıda ifade edilen yaklaşımlar çerçevesine “travma mağduru” tanımlaması genişletilmiş olup ve travmadan doğrudan etkilenenlerin de ötesinde geniş bir tanıma ulaşmaktadır[70]. Bu açıklamalardan kiazma etkisi, dalga etkisi ve duygusal bulaşıcılık yaklaşımlarının ekolojik yaklaşım ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Ekolojik yaklaşım ise geniş bir çerçevede bütüncül olarak insan ve çevresindeki sistemlerin karşılıklı olarak etkileşimini temel almakta ve odak noktasını “çevresi içinde kişi” teşkil etmektedir [75].

Çevre terimi kişiyi içine alan çeşitli ekolojik ve sosyal yapılar ile organizmayı etkileyen süreçlerle kontak içerisinde olan sistemler üzerinde durmaktadır. Çevre insanı kapsam alanında bulunduran bütün durumlar, koşullar ve insani etkileşimlerin tamamını içine almaktadır [76]. Çevrede bulunan sistemler insan ile karşılıklı olarak aktif şekilde etkileşim içerisinde olup ve sistemler arasında olan etkileşim her bir sistem için dönüşümü, değişimi ortaya çıkarabilmektedir.

İş hayatında "çevre" çalışılan aracın özelliğini, çalışılan ortamın teknik imkanlarını, fiziksel koşulları ve sosyal olarak tüm yönlerini barındırmaktadır [77]. Bahsi geçen çevrede bulunan çalışılan “malzemenin niteliği” sosyal hizmet görevi üstlenmiş sektörlerde sorunun niteliği şeklinde değerlendirilmektedir. Sosyal hizmet görevindeki görevli uzmanların üzerinde durup çalıştıkları malzeme sorundur. İş yaşamında ekolojik yaklaşım ise işgörenlerin etrafında bulunan bütün sistemler (çalışılan malzemenin özelliği, çalışma ortamının teknik, fiziki ve sosyal tüm yönleri) ile olan etkileşimi dikkate alınmaktadır. İş ve çalışma çevresi işgörenin ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik durumuna etki eden ve belirleyen en önemli çevresel etmenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır[78]. Warr

ekolojik yaklaşımı baz alarak kişilerin yaptıkları meslek ile alakalı etkileşimlerini ana nokta alan çevresel temeller kümesini oluşturmuştur [79]. Bunlar:

- a) Yapılmakta olan iş ile alakalı kontrole dair fırsatlar (örneğin; kararlara katılım),
- b) Görünürdeki açık hedefler,
- c) Mesleki becerilerini ortaya çıkarıp kullanabilmek,
- d) Çevresel açıklık, netlik (yapılan iş ile alakalı talimatlar ve bilgi),
- e) Yapılan işin çeşitlilik barındırması (tekrarlamayan çalışmalar)
- f) Yerine getirilen işin karşılığında elde edilen gelir,
- g) İşgörenler arasındaki ilişkinin kalitesi,
- h) Güvenlik (güvenli olan çalışma koşullarında çalışmak),
- i) Yapılan işin çalışana sağladığı sosyal konum (prestij) gibi faktörler ile etkileşim çalışanın refahını belirlemektedir.

İkincil travmatik stres için risk faktörleri

İkincil travmatik stres için risk faktörlerinden ilkinin travmatik malzemeye maruz kalmak oluşturmaktadır. Bir kişinin ikincil travmatik stresi yaşaması için başka kişilerin yaşadığı travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalması gerekmektedir. Profesyonel işgören ve profesyonel olmayan kişiler çoğunlukla travmanın duygusal yükünü paylaşır, travmaya sebep olan zarar verici ve acımasız olaylardan haberdar olur ve yeryüzündeki korkunç ve travmatik olayların varlığı ve gerçekliği ile yüzleşirler. Travmatik stresin çözümü, direkt olarak travmatize olmuş kişilerin olayı yavaş yavaş ve süregelen şekilde hatırlamasını gerektiren bir süreç girmesini gerektirmektedir. Devam eden süreç boyunca, profesyonel ve profesyonel olmayan kişiler, rahatsızlık verici travmatik mevzuları tekrar tekrar defalarca dinlemekte ve böylelikle görüşmede bulundukları mağdurların yaşadıkları travmalara ikincil olarak maruz kalmaktadırlar. Travmatize olmuş olan kişilere bu tür çalışmalar için daha çok mesai ayırmak, ikincil travmatik stres riskini yükseltmektedir [25].

Travmaya maruz kalmış kişilerin bakış açılarını psikolojik olarak ele alan, bir travmayı dolaylı biçimde maruz kalan daha empatik kişiler, doğrudan travma maruz kalan kişilerin

yaşadığı olumsuz ve kötü duygusal durumlarla daha sahiplenici olarak temas ederek ikincil travma risklerini arttırabilmektedirler. Empati; öz-farkındalık, duygulanım paylaşımı, zihinsel esneklik ve perspektif alma ile duygu düzenleme gibi farkı bileşenleri kapsamaktadır. Bunlar arasında; duygusal paylaşım ve perspektif almanın ikincil travmatik strese karşı savunmasızlığa neden olan unsurlar olduğu düşünülmektedir [25].

Empati ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiye dair araştırmalar başka bir görüş daha ileri sürmektedir. Empatinin var olan olası olumsuz etkisine rağmen, empatik katılımın yardımlara etkili katılım için gerekli olan bir bileşen olması sebebiyle profesyonellerin daha düşük seviyede empatik olması tavsiye edilmemektedir. Profesyonel çalışanların dayanıklılıklarını desteklemelerinin, duygusal ayrımı kuvvetlendirdiği düşünülmektedir [25].

Sosyal alanda çalışanlar arasında mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik strese empatinin rolünün araştırıldığı bir çalışmada; araştırmaya dahil olan 173 sosyal hizmet uzmanının, çalışmalarının özelliği ve çalıştıkları bağlamın bir neticesi olarak tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşama risk grubu içerisinde oldukları; empati bileşenlerinin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşamayı engellerken mesleki tatmin düzeyini artırdığı neticesine ulaşılmıştır [80].

Genç işgörenlerden deneyim deneyim düzeyleri daha az olanların, ikincil travmatik stres için risk altında olduğu ifade edilmektedir. Bu durum daha olgun ve tecrübeli çalışanlarda artan deneyimlere bağlı olarak baş etme becerilerinin gelişmesi ile de açıklanabilmektedir. Yani, genç, tecrübesiz uzmanların sahada yeni işe başlamış olmalarının etkisiyle travma geçirmiş kişilerle çalışmanın zorluklarını üstesinden gelebilmek için koruyucu stratejiler geliştirme olasılığı daha düşük düzeyde olabilmektedir. Özellikle sosyal psikoloji alanında travma hizmeti sunan uzmanların, deneyim süreleri arttıkça ikincil travmatik stres yaşama bakımından daha az risk taşıdıkları değerlendirilmektedir [25].

Uzmanların kendi travmaları ve bu travmalardan çözülmemiş olanlarının, danışan mağdurun ifadeleri ile tekrar aktive olma olasılığı da başka bir risk faktörü olarak ifade edilmektedir [71]. Travma mağdurları ile mesai harcayan sosyal çalışmacılar arasındaki ikincil travma semptomları ile stresle baş etme stratejilerinin (kaçınma, problem odaklı ve duygu odaklı) ve iç kaynaklarının (yeterlik, iyimserliğe eğilimli olma durumu) arasındaki

ilişkinin araştırıldığı, 160 sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilen araştırmada; kaçınmacı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin, daha önce travmatik bir olaya maruz kalma öyküsünün olduğu ve mağdurların travmatik malzemelerine yüksek seviyede maruz kalan işgörenlerde, ikincil travmatik stres düzeyleri ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür [81].

Çevresel faktörler ise; örgüt bünyesinde ki mesai arkadaşları arasındaki rol belirsizliği ve rol çatışması; bireyler arası ve kültürel bazlı çatışmaların bulunup bulunmaması; personel, lojistik, zaman, uygun kaynakların bulunup bulunmaması ve profesyonelin yapılması beklenen işi yapma konusundaki becerileri, örgütsel destek, ağır iş yükü ve uzun süreli çalışma ve mesai saatleridir [82]. Avrupa İşte Güvenlik ve Sağlık Ajansı tarafından yayınlanmış olan ve işgörenlerin karşı karşıya kalabilecekleri psikososyal risk etmenlerini kapsayan raporda Avrupa Birliği'ne yeni dahil olmuş 12 ülkede çalışanlarının %30'unun, AB üyesi 15 ülkedeki işgörenlerin %20'sinin iş ile alakalı stres sebebi ile risk altında oldukları ifade edilmiştir. Görülen işe devamsızlıkların %50-60'ının iş ile alakalı olduğu da raporda bulunmaktadır.

İkincil travmatik stres ile ilişkili değişkenler ve korunma

Yapılmış olan bilimsel araştırmalar, ikincil travmatizasyon ile alakalı birçok sayıda farklı değişkenin bulunduğunu ve meslek çalışanlarının risk altında bulunduklarına ilişkin bulgular meydana çıkarmışlardır. Diğer yandan eğitim seviyesi ve travma konusunda edinilmiş olan özel eğitimler, algılanan sosyal destek düzeyi, klinik süpervizyon süresi ile benzer değişkenlerle beraber, yaş ve iş tecrübesi artmasıyla İTS düzeyinin aşağı yönlü değiştiği yönünde neticeler gösteren araştırmalar da mevcuttur[83,84]. Devam eden uzun süreli mesai saatleri, ağır çalışma şartları ve ağır iş yükü, iletişimde olunan mağdur kişinin çocuk olması, maruz kalınmış olunan ve/veya müdahale edilen travmatik vakanın bir insan eliyle meydana gelmiş olması, ağır fiziki yaralanma ya da ölümle neticelenmiş olmasının İTS düzeyinin artmasıyla ilişkisi olduğu saptanmıştır[85,86]. Yardım çalışmalarında bulunan meslek çalışanının bireysel olarak daha öncesinde bir travma deneyimlemiş olması, ikincil travmatizasyon üzerinde hem arttırıcı hem de azaltıcı bir faktör olarak değişik çalışmalarda karşımıza çelişki içerisinde olan bir bulgu olarak çıkmaktadır[85-87]. Bu çelişkinin sebebi, kişinin bireysel olarak travmatik yaşantıyı nasıl algılamış olduğu ve

aklında o yaşantıya ilişkin yer edinen bilişsel inançların farklı olması ile açıklamak mümkündür.

Bu bulguların tamamına karşın, Whitfield ve Kanter travmatik yaşantıya maruz kişilerle çalışan meslek elemanlarının travmadan etkilenme seviyelerini en az düzeyde tutmalarının olası olduğunu iddia etmişlerdir[88]. Salston ve Figley, hoşlanılan etkinliklere katılma, sağlıklı ve düzenli beslenme ve ya da zaman geçirebileceği hobilerin bulunmasının meslek çalışanlarının kişisel olarak başvurabilecekleri önlemler içerisinde bulunduğu belirtilmiştir[89]. Bazı bilim insanlarına göre ise, yeterli seviyedeki gevşeme egzersizleri, fiziksel egzersiz ile aile ve yakın çevrenin sosyal desteğini de kapsayan bireysel bakım imkanının sahip olmak ve bireysel etkinlikler ile iş yaşamında ki profesyonel etkinlikler arasında sağlıklı bir dengenin oluşturulabilmesi meslek elemanlarının dikkate alabilecekleri yöntemlerdir[90,91]. Whitfield ve Kanter, yardım ilişkisi içerisinde olunan şahısların travmasıyla alakalı olan duygu ve düşüncelerin takip edilmesi ve ihtiyaç halinde meslektaşlarından destek ve paylaşmaya ilaveten, gerektiği takdirde profesyonel bir yardımdan yararlanılabileceğinin önemine dikkat çekilmiştir. Skovholt, psikolojik danışman desteği sağlayan uzmanın ilişkide bulunduğu kişiye empatik yaklaşım içinde bulunurken, bununla birlikte kendi durumunu da göz önünde bulundurarak kendisini İTS'nin olumsuz sonuçlarından sakınabileceğini ifade etmiştir[92]. Bu kıstas yardım çalışmalarında görev alan başka meslek gruplarına da genellenebilir. Yazar, “paradoksik” olan becerinin ihtiyaç duyulan hallerde ilişki içerisinde olunan kişiye ilk önce empatik şekilde yaklaşmak, devamında objektif olarak bakmak ve gerektiği takdirde yeniden empatik olarak yaklaşmak olduğundan bahsetmiştir. Bununla beraber, travmaya müdahalede bulunan ya da yardım eden işgörenin, şefkat yorgunluğu, dolaylı travmatizasyon ve tükenmişliği en düşük seviyede olacak şekilde tutabilmeleri ve psikolojik sağlamlık düzeylerini yükseltmek için geliştirmeleri gereken becerilerden de bahsetmiştir. Bunların içerisinde empati dengesi kurabilmek, verimi artıracak olumlu enerji kaynakları geliştirmek, yapılmakta olan işi pozitif enerji kaynağı şeklinde görmek, kendini değerlendirmede ulaşmayı hedeflediği başarı ve tatmin ölçütleri geliştirmeye ilave olarak, benlik gelişimini önemsemek ve hoşnut kalınan bir hayat devam ettirmek yer almaktadır.

Psikolojik sağlamlık etkenleri, İTS'den koruyucu faktörlerden biri şeklinde değerlendirilmektedir. Son dönemlerde ikincil travmatik stres çalışmalarına uyarlanan bir terim olan duygusal ayrışma, travmaya maruz kalmış olan danışanın ve danışılanın

duygusal deneyimleri arasında “benlik ve diğlerinin farklılaşması” şeklinde ifade edilmektedir. Bir kişinin duygusal ayrımı devam ettirebilme yeteneğinin, empatinin olası negatif yönlü etkilerine karşı koyabileceği düşünülmektedir. Uygun seviyede duygusal ayrımı devam ettirebilmek için değişik becerilerin ve mekanizmaların geliştirilmesinin, uzmanların empatik katılımının olası olumsuz etkilerini minimuma indirmede etkili olacağı belirtilmektedir [25].

Güçlü bir sosyal destek ağının bulunması ve bu sosyal destek ağını kullanabilmenin, ikincil travmaya yakalanma olasılığının olumsuz etkilerini minimize etmede önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Daha düşük seviyelerde ikincil travmatik stres görülen işgörenlerde, duygusal destek ve mizah gibi aktif olarak mücadele ve başa çıkmaya yaygın olarak başvurma eğilimi izlenirken; daha yüksek düzeylerde ikincil travmatik strese maruz kalan işgörenlerde alkol ve uyuşturucu kullanımı, maruz kalınan travmatik materyali hatırlamama, başka bireylere karşı agresif ve saldırgan davranışlarda bulunma ve insanlardan uzaklaşma gibi olumsuz baş etme stratejilerine de başvurulduğu görülebilmektedir. Ayrıca, bu olumsuz başa çıkma stratejilerine başvurma eğilimlerinin ikincil travmatik stres deneyiminin bir dışa vurumunun neticesi olup olmadığının net olarak ortaya konulmadığı değerlendirilmektedir[25]. Aile içi şiddet veya cinsel tacize maruz kalmış kişilere düzenli şekilde hizmet götüren sosyal hizmet çalışanlarında psikolojik güçlendirme ve ikincil travmatik stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada; daha yüksek düzeylerde psikolojik yeterliliğin yani; işin hedefi, işin anlamı ve amacı, özyeterlik mevzuunda şahısın kendi yeteneğine olan inancı, kendi geleceğini tayin etme, eylemlerini başlatabilme ve sürdürme mevzuunda tercih sahibi hakkı olma, etki sağlama, iş başında idari, stratejik veya faaliyetlerin neticelerine etki edebilme durumunu gösteren sosyal hizmet çalışanlarında daha düşük düzeylerde ikincil travmatik stres görüldüğü tespit edilmiştir [93,94].

Travmaya maruz kalmış mağdurlarla çalışan terapistlerin işlerinden dolayı olumsuz şekilde etkilenme riski altında bulunduklarını ve bu durumun da ikincil travmatik stres geliştirme riski doğurduğunu, travmaya maruz kalmış kişilerin yaşadıkları olayları dinlemeye maruz kalmanın ikincil travmatik stres skorlarını anlamlı olarak bulunmadığını, bununla beraber travma malzemeleri ile çalışmanın negatif etkisinin travma çalışmalarından pozitif bir sonuç elde etme olasılığı ile dengelendiği; bunun göstergelerinden birinin katılımcıların

önemli bir bölümünün ortalama düzeyde mesleki tatmine sahip olduğunu belirtmiş olmaları olduğu söylenmiştir [94].

Gönüllü ve profesyonel olarak mağdurlara hizmet veren doktorlar ve hemşireler, terapistler, okul personeli, çocuk koruma servisi çalışanları, aile içi şiddet konusunda çalışanlar dahil olmak üzere din görevlilerinin ve sağlık çalışanları da dahil edildiği katılımcılarla yapılan 38 çalışmanın meta analizinin yapıldığı araştırmada çalışma ortamında dolaylı travmaya maruz kalan profesyonel gruplar incelenmiştir. Travma yaşamış kişilerle uygulanan terapotik çalışmalarda, travmaya dolaylı şekilde maruz olmuş profesyoneller arasında ikincil travmatik stres için 17 risk etkeni değerlendirilmiştir. Bu bağlamda travma, iş yükü sıklığı, iş yükü hacmi, iş yükü oranı ve bireysel travma öyküsü ile anlamlı olan etki büyüklükleri tespit edilirken; iş desteği ve sosyal destek ile negatif yönlü anlamlı bir etkinin olduğu bulunmuştur [59].

İkincil travmatik stres ölçeği

Bride ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan İkincil Travmatik Stres Ölçeği (Secondary Traumatic Stress Scale) 17 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir[95]. Ölçek, travmaya maruz kalmış olan şahıslarla çalışan meslek elemanlarının, ikincil olarak geliştirmiş oldukları travma sonrası stres belirtilerini ölçebilmek için geliştirilmiştir ve kişinin hayatındaki son yedi günde gözlemlediği tepkileri değerlendirir. Ölçekte var olan 17 maddenin her biri, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının B ölçütü (yeniden yaşama), C ölçütü (kaçınma) ve D ölçütü (aşırı uyarılmışlık) odak noktası olarak alınarak geliştirilmiştir. Ölçeğin uyarılmışlık (arousal), istemsiz etkilenmeler (intrusion), kaçınma (avoidance) şeklinde isimlendirilmiş üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin), 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeleri kaçınma (avoidance), 2, 3, 6, 10 ve 13. maddeleri istemsiz etkilenmeler (intrusion), 4, 8, 11, 15 ve 16. maddeleri uyarılmışlık (arousal) belirtilerini değerlendirmektedir. Her bir maddeye karşılık gelen en yüksek puan 5, en düşük puan ise 1'dir. Ölçekten alınabilecek toplam puan aralığı 17 ile 85 arasındadır olup ve toplamda alınan yüksek puan yüksek düzeyde etkilenmeyi ifade etmektedir. Bride ve arkadaşları yaptıkları çalışmada İkincil Travmatik Stres Ölçek için iç tutarlık katsayısını toplam ölçek için 0.94, İstemsiz Etkilenmeler için 83, Kaçınma için 89 ve Uyarılmışlık alt ölçeği için 85 olarak hesaplamışlardır. Yapısal eşitlik modellemesi tekniklerinden

yararlanılarak, faktörel geçerliğini hesaplayabilmek için yapmış oldukları doğrulayıcı faktör analizinde ise uyum indeksleri ve t-değerleri, faktör yükleme ve faktör iç ilişkilerinden elde ettikleri sonuçlar, ölçeğin üç faktörlü yapısını desteklemiştir. İkincil Travmatik Stres Ölçeği, maddelere verilmiş olan her bir cevaba karşılık bulunan puanların toplanması ile değerlendirilir. Ölçek maddelerinin temellendirilmiş olduğu TSSB belirtilerinin olduğundan bahsedebilmek için, bahsi geçen maddelerin “bazen” (3), “sık sık” (4) ya da “çok sık” (5) olarak işaretlenmiş olması gerekmektedir. “Çok az” (2) ve “Hiçbir zaman” (1) olarak işaretlenmiş olan maddelerin karşılığı olarak belirtilerin varlığından söz edilemez. Aynı zamanda, söz konusu TSSB tanı ölçütlerinin varlığından söz edebilmek için, kaçınma belirtilerini ölçen maddelerden en az üç, istemsiz etkilenmeleri ölçen maddelerden en az bir ve uyarılmışlık belirtilerini ölçen maddelerden en az iki maddenin, “bazen” (3) ve üstü rakamlara karşılık gelen değerler işaretlenmiş olması gerekmektedir. Aynı anda üç ölçütün de bulunması, uygulayanın olası bir TSSB tanısı alabileceği manasını ifade etmektedir [95].

İkincil travmatik stres ile ilgili yapılmış olan çalışmalar

İkincil travmatik stres ile alakalı uluslararası yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların genelinde çalışmaya dahil edilenlerde İTS düzeylerini saptadığı ve hangi tür bir travmatik stres belirtileri gösterdiklerini araştırdıkları görülmüştür. Bahsi geçen bu çalışmaların tamamında direkt olarak İTS’yi ölçmeyi amaçlayan bir ölçüm aracı olan Secondary Traumatic Stress Scale’in kullanıldığı fark edilmektedir[95]. Yapılan bu çalışmalardan biri sosyal hizmet alanında çalışan uzmanların Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin sıklığı ve İkincil Travmatik Stres düzeylerinin araştırılmış olduğu bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilmiş olan 282 katılımcının %55’inde Travma Sonrası Stres Bozukluğu kriterlerinden minimum birine, %20’sinin ikisine, ve %15.2’sinin ise TSSB kriterlerinden üçüne sahip oldukları görülmüş, %40.5’inin dalıcı düşünceleri ölçmeyi sağlayan maddelerden yüksek puan aldıkları saptanmıştır [65].

Tutuklu bulunan çocuklar için öğretmenlik vazifesi yürüten uzman kişilere yönelik yapılan bir araştırmanın neticesinde çalışmaya dahil olan katılımcıların %81’i Travma Sonrası Stres Bozukluğunun üç tane belirti kriterlerinden minimum birini, %55’i iki kriteri ve %3’ü ise tümüne karşılık gelen belirtileri işaretlemişlerdir. En yoğun olarak gözlemlenen belirti ise, %61 ile dalıcı düşünceye karşılık gelen belirti olmuştur [96]. Bununla beraber,

çocuklar için koruma hizmeti üstlenen uzmanların değerlendirildiği bir araştırmada, 187 katılımcıdan %92'si travmatik stresin belirtilerini ölçmekte olan şıklardan minimum birini “bazen”, katılımcılardan %59'luk bölümü ise bir veya daha çok maddeyi “sık sık” deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Bunlara ilave olarak, katılımcılardan %34'ünün bir TSSB tanısı alabilme ihtimallerini olduğu neticesine varılmıştır [97].

Cinsel saldırıya maruz kalmış mağdurlarla çalışan sosyal hizmet görevinde çalışan uzmanların İkincil Travmatik Stres düzeylerinin değerlendirilmiş olduğu bir araştırmada en yoğun karşılaşılan belirtinin dalıcı düşünce olduğu görülmüş ve artmış uyarılma belirtilerini ölçen kriterler içerisinde ise en yoğun rastlanan belirtinin sinirlilik hali olduğu tespit edilmiştir[98]. Mesaisini alkol ve uyuşturucu bağımlılılarıyla geçiren 225 danışmanın katıldığı bir çalışmada katılımcılardan %19'u TSSB tanısı alabilecek seviyede belirtileri deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Kullanılan ölçüm anketinin dalıcı düşünceleri ölçen şıkları içerisinde en sık bildirilen belirtiler, danışmanların arzu etmedikleri halde travmatik yaşantılara sahip mağdur danışanlarının akıllarına geliyor olması belirtisi %43 orana sahiptir. Ölçekte kaçınma belirtilerini ifade eden maddeleri içerisinde en fazla rastlanan belirtinin ise, danışanların belirli olan bazılarıyla çalışmaktan uzak durmayı istemek olduğu görülmüştür. Buna ilave olarak, ölçekte artmış uyarılma düzeyleri belirtilerini ortaya koyan maddeler içerisinde en yüksek puanı almış olan belirtinin sinirlilik hali olduğu gözlenmiştir [25].

TSSB madde ve alkol bağımlılığı bulunan kişilere hizmet veren uzmanlarla yapılmış olan diğer bir çalışmada, 412 katılımcıdan %19,9'unun İTS belirtileri kriterlerine sahip oldukları belirlenmiştir. Yeterli oranda kriterleri barındıran katılımcılarda, kriterlerle karşılamayan katılımcılara göre eğitim seviyeleri ve aylık klinik süpervizyon katılma oranlarının daha düşük düzeyde gözlemlendiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, belirtileri kriterlerine sahip olan katılımcıların, sahip olmayan katılımcılarla karşılaştırıldıkları durumlarda daha değişik travma çeşidi ve maruziyeti (sıklık; %88.9'a %79.0) beyan ettikleri görülmüştür. İfade edilmiş olan bu travmatik vakalardan sıklığı en fazla görülen travmatik vaka çeşidinin ölüm tehdidini barındıran kaza ve ciddi olan fiziksel saldırıların oluşturduğu tespit edilmiştir [58].

Mesleklerin getirdiği sorumluluklarını yerine getirmek için, suç şüphesi nedeniyle sorguya alınan ve tutuklanan kişilerin dijital cihazlarında çocuk pornografisi incelemesi yapmakla

görevli soruşturmacıların katılmış olduğu bir çalışmada, katılımcılardan %18'inin orta düzeyde, %18'inin ise yüksek düzeyde İTS belirtilerinin saptandığı raporlanmıştır. Çalışmaya katılanların İTS belirtileri ile mesai saatleri arasında pozitif yönlü bir ilişki, İTS belirtileri ile algılanan sosyal destek seviyeleri arasında ise negatif yönlü olarak bir bağlantının olduğu belirlenmiştir [99].

Haksal tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının İTS, sosyal destek algıları, disosiyasyon düzeyleri ve başa çıkma stratejileri üzerinde durulan bir araştırma yapılmıştır [83]. Örneklem grubunda bulunan çalışanların travma sonrası stres belirti düzeyleri Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Acil servis ve cankurtaranda görevli olan sağlık çalışanlarının ölçek toplam puanları poliklinikteki görevli personelden anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuş ve erkek katılımcılardan toplam ölçek puanlarının, kadın katılımcıların ölçek toplam puanlarından daha düşük düzeyde olduğu görülmüş ve yaş ile İTS'nin belirtilerinin arasında negatif yönlü olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Örneklemini arama kurtarma da görevli işgörenlerin oluşturduğu, Yılmaz'ın kontrolünde yürütülen bir çalışmada travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrasında büyüme ile alakalı değişkenler değerlendirilmiştir [52]. Yapılmış olan analizlerin neticesinde, önceden yaşanmış travmatik bir öyküsü olan grubun Travma Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği ile ölçülmüş olan stres belirtileri daha yüksek düzeyde bulunduğu ve bunu yordayan değişkenlerin medeni durumları, meslek deneyimi süresi, , temel varsayımlar ile etkili başa çıkabilme stratejilerinin kullanılması olduğu belirlenmiştir[14]. Daha öncesinden deneyimlenmiş olan travmatik bir öyküsü bulunmayan grupta ise hiçbir değişkenin yordayıcı özellikte olmadığı görülmüştür. Bunun yanı sıra, eğitim seviyesi ilk ve ortaöğretim düzeyinde olan katılımcıların travmatik stres belirtilerinin, daha üst düzeyde eğitime sahip olan katılımcılara göre daha düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri ve Zamanı

15 Temmuz darbe girişiminin, sağlık çalışanları üzerindeki ikincil travmatik strese etkisinin incelendiği bu araştırma, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve UMKE içinde o gece nöbetçi olan toplam 110 sağlık çalışanında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında hazırlanan veri formu sağlık çalışanlarına ilgili izinler doğrultusunda ve gönüllülük esasına dayalı olarak Mayıs 2019'da uygulanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 15 Temmuz gecesi Ankara'da nöbetçi olan bütün 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Çalışanları ve UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma ekipleri) görevlileri oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir epidemiyolojik araştırma olması bakımından, çalışmada örneklem seçilmemiş olup, ulaşılabilen gönüllü maksimum sayıda personele ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmada ilgili analizler için yeterli örneklem sayısı hesaplaması amacıyla daha önce benzer konularda yapılan araştırmalar incelenmiş ve literatür doğrultusunda etki büyüklüğü orta düzey (0,35), güven düzeyi %95, hata payı 0,05 ve çalışmanın gücü (power) %80 olacak şekilde hesaplanan yeterli örneklem büyüklüğü sayısı 105 olarak kaydedilmiş ve araştırmada 110 katılımcıya ulaşılması bakımından, ilgili analizler için yeterli örneklem sayısına ulaşılmıştır.

3.3. Araştırma Tipi ve Değişkenleri

Çalışma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırma olup, katılımcılar 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyon Çalışanı ve UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma ekipleri) görevlileri olma ve gönüllülük esasına göre araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada katılımcıların bazı demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslek, mesleki deneyim süresi vb.), 15 Temmuz gecesi yaşadıkları ve deneyimlerine göre (15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme, 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma, 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme, 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma ve darbecilerin

saldırısına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi yaralanma, 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralanma/ölüm haberini alma ve 15 Temmuz gecesi darp edilme durumu vb) İkincil Travmatik Stres Ölçeği skorlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya 15 Temmuz gecesi ve ertesi günü 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ve UMKE'ye bağlı olarak çalışan ve gönüllü olan sağlık çalışanları dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri kaynağı olarak tez sahibi araştırmacı ve ilgili öğretim üyesi danışmanlığında literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik veri formu, 15 Temmuz gecesi davranış ve tutum özellikleri formu ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır[1]. Oluşturulan veri formu, dijital anket tekniği kullanılarak katılımcılara uygulanmış ve elde edilen veriler önce Microsoft Excel dosyasına girilmiş ve en son olarak da ".sav" (SPSS) uzantılı dosya haline getirilerek analizler bu dosya üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 23. (IBM) paket programı ve Microsoft Excel 2016 programları kullanılmıştır. Betimsel istatistiklerin oluşturulmasında sayı, yüzde, en küçük, en büyük değerler, ortalama, ortanca, standart sapma gibi merkezi ve yaygınlık ölçütlerinden, kategorik bağımsız değişkenler arasındaki farkın saptanmasında ise Pearson Ki-kare ve Fisher'in Kesin Testi'nden yararlanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram, detrended grafikleri) ve analitik olarak (Shapiro Wilk-Kolmogorov Smirnov) test edilmiştir. Bağımsız iki grup arasındaki farkın saptanmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel olarak p değerinin 0,05'in altında olması anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırma insan gücü ve bütçesi

Araştırma tez sahibi araştırma görevlisi tarafından ilgili öğretim üyesi danışmanlığında planlanmış, ilgili literatür incelenmiş, ilgili izinler alınmış, veri formları oluşturulmuş ve

katılımcılara uygulanmış, analizleri yapılmış ve rapor haline getirilmiştir. Çalışmada oluşan kırtasiye giderleri tez sahibi araştırma görevlisi tarafından karşılanmıştır.

3.8. Etik Kurul ve Kurum İzinleri

Araştırma için Gazi Üniversitesi Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu kuruluna başvurulmuş ve araştırma için etik kurul onayı (21/05/19 tarih, E.63809 sayı, 2019-122 nolu) alınmıştır.(Bkz Ek-2)

Ayrıca araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Yine araştırma için Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne başvurulmuş. Müdürlük izin belgesi(30.05.2019 tarih, 35640939-799 sayı nolu alınmıştır.(Bkz Ek-1)

Araştırma verileri sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılmış ve katılımcılara ait kişisel tanımlayıcı bilgiler gerek araştırma raporunda gerekse üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmamıştır.

3.9. Araştırma Zaman Çizelgesi

Araştırma konusunun belirlenmesi: Eylül 2018

Literatür taraması: Ekim – Aralık 2018

Veri toplama: Mayıs-Haziran 2019

Verilerin analizi: Mayıs-Haziran 2019

Rapor yazımı: Ocak-Haziran 2019

Tez sunumu: Haziran 2019

4. BULGULAR

15 Temmuz darbe girişiminin, sağlık çalışanları üzerindeki ikincil travmatik strese etkisinin incelendiği bu araştırma, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve UMKE içinde o gece nöbetçi olan toplam 110 sağlık çalışanında gerçekleştirilmiştir. Tablo 4.1.'de katılımcıların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre araştırmada katılımcıların %54,5'i (n=60) erkek, %62,8'i (n=69) 30 yaş üzeri, %73,6'sı evli (n=81) ve %81,8'inin (n=90) öğrenim durumu önlisans ve üzeridir. Katılımcıların %68,2'si (n=75) çocuk sahibi, %32,7'si (n=36) sağlık memuru, %26,4'ü (n=29) ATT, %20,9'u (n=23) paramedik ve %8,2'si (n=9) hekimdir. Katılımcıların %59,1'i (n=100) 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=110)(2019)

Değişkenler	Sayı	Yüzde*
Cinsiyet		
Erkek	60	54,5
Kadın	50	45,5
Yaş Grubu		
18-24	9	8,2
25-30	32	29,0
31-40	40	36,4
41-50	29	26,4
Medeni Durum		
Evli	81	73,6
Bekar	20	18,2
Boşanmış	9	8,2
Öğrenim Durumu		
Lise	20	18,2
Önlisans	28	25,5
Lisans	57	51,8
Yükseklisans ve üzeri	5	4,5
Çocuk Sahibi Olma		
Hayır	35	31,8
Evet	75	68,2
Meslek		
Sağlık memuru	36	32,7
Att	29	26,4
Paramedik	23	20,9
Hekim	9	8,2
Şoför	13	11,8

Çizelge 4.1. (devam) Katılımcıların bazı sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=110)(2019)

Mesleki Deneyim (n=140)		
1-5 yıl	10	9,1
6-10 yıl	35	31,8
11-15 yıl	29	26,4
16-20 yıl	14	12,7
21-25 yıl	9	8,2
26 ve üzeri	13	11,8

* Sütun yüzdesi

Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumların ve gösterdikleri tutumların dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. Buna göre 15 Temmuz gecesi katılımcıların %22,7'si (n=25) nöbetçidir ve %20,0'si (n=22) gönüllü olarak olay yerlerine intikal etmiştir. Katılımcıların %46,4'ü (n=75) 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etmediğini, %24,5'i (n=27) 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalmadığını, %48,2'si (n=53) 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kaldığını, %33,6'sı (n=37) 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale ettiğini beyan etmiştir. 15 Temmuz gecesi nöbetçi veya gönüllü olanların %31,9'u (n=15) 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıdığını ve darbecilerin saldırısına maruz kaldığını, %78,8'i (n=37) 15 Temmuz gecesi saldırı anlarını gözlemlediğini, %10,6'sı (n=5) 15 Temmuz gecesi yaralandığını, %27,7'si (n=13) 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralandığını/ölüm haberini aldığını ve hastaya müdahalesinin engellendiğini, 2'si (%4,3) 15 Temmuz gecesi darp edildiğini ve hastaya müdahaleyi reddettiğini ve %43,0'ü (n=20) 15 Temmuz gecesi sözel şiddete maruz kaldığını beyan etmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumların ve deneyimlerin dağılımı (n=110)(2019)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
15 Temmuz'da nöbetçi olma		
Hayır	63	57,3
Evet	25	22,7
Gönüllü	22	20,0
15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme	51	46,4
15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma	27	24,5
15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalma	53	48,2
15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme	37	33,6
15 Temmuzda nöbetçi veya gönüllü olanların	Sayı	Yüzde
15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma	15	31,9
15 Temmuz gecesi darbecilerin saldırısına maruz kalma	15	31,9
15 Temmuz gecesi saldırı anlarını gözlemleme	37	78,8
15 Temmuz gecesi yaralanma	5	10,6
15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralandığını veya ölüm haberini alma	13	27,7
15 Temmuz gecesi darp edilme	2	4,3
15 Temmuz gecesi sözel şiddete maruz kalma	20	43,0
15 Temmuz gecesi hastaya müdahalenin engellenmesi	13	27,7
15 Temmuz gecesi hastaya müdahaleyi reddetme durumu	2	4,3

Çizelge 4.3.'te katılımcıların 15 Temmuz sonrası İkincil Travmatik Stres Ölçeği'ne göre bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre araştırmada ölçeğe göre katılımcıların %49,1'inde (n=54) olası İTS bozukluğu, %52,7'sinde (n=58) kaçınma belirtileri, %82,7'sinde (n=91) istemsiz etkilenmeler ve %59,1'inde (n=65) uyarılmışlık belirtileri saptanmıştır.

Çizelge 4.3. Katılımcıların 15 Temmuz sonrası İkincil Travmatik Stres Ölçeği'ne göre bazı özelliklerinin dağılımı (n=110)(2019)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kaçınma Belirtileri	58	52,7
İstemsiz Etkilenme	91	82,7
Uyarılmışlık Belirtileri	65	59,1
Olası İkincil Travma Stres Bozukluğu	54	49,1

Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği kaçınma belirtileri varlığının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verilmiştir. Buna göre araştırmada cinsiyet, yaş grubu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile kaçınma belirtileri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda, 18-30 yaş

grubundakilerde, ATT ve paramediklerde ve mesleki deneyim süresi 1-10 yıl olan sağlık çalışanlarında kaçınma belirtileri sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir. Araştırmada medeni durum ve öğrenim durumu ile kaçınma belirtileri sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği kaçınma belirtileri varlığının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	KAÇINMA BELİRTİLERİ					
	Yok		Var			
Değişkenler	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	X ²	p**
Cinsiyet						
Kadın	13	26,0	37	74,0	16,6	<0,01
Erkek	39	65,0	21	35,0		
Yaş Grubu						
18-30 yaş grubu	21	29,3	29	70,7	8,5	<0,01
31 yaş ve üzeri	40	58,0	29	42,0		
Medeni Durum						
Evli	42	51,9	39	48,1	2,6	0,11
Bekar/Boşanmış	10	34,5	19	65,5		
Öğrenim Durum						
Lise	13	65,0	7	35,0	3,1	0,08
Önlisans ve üzeri	39	43,3	51	56,7		
Meslek						
Sağlık memuru	18	50,0	18	50,0	11,0	0,03
Att	10	34,5	19	65,5		
Paramedik	8	34,8	15	65,2		
Hekim	5	55,6	4	44,4		
Şoför	11	84,6	2	15,4		
Mesleki Deneyim Süresi						
1-10 yıl	15	33,3	30	66,7	5,9	0,02
11 yıl ve üzeri	37	56,9	28	43,1		

*Satır Yüzdesi

** Ki-kare testi

Çizelge 4.5.'te katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği istemsiz etkilenme pozitifliğinin karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre araştırmada cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile istemsizlik etkilenme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği istemsiz etkilenme pozitifliğinin karşılaştırılması (n=110)(2019)

	İSTEMSİZLİK ETKİLENME					
	Yok		Var			
Değişkenler	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	X²	p**
Cinsiyet						
Kadın	9	18,0	41	82,0	0,1	0,85
Erkek	10	16,7	50	83,3		
Yaş Grubu						
18-30 yaş grubu	7	17,1	34	82,9	0,1	0,97
31 yaş ve üzeri	12	17,4	57	82,6		
Medeni Durum						
Evli	16	19,8	65	80,2	1,3	0,25
Bekar/Boşanmış	3	10,3	26	89,7		
Öğrenim Durum						
Lise	6	30,0	14	70,0	2,8	0,10
Önlisans ve üzeri	13	14,4	77	85,6		
Meslek						
Sağlık memuru	4	11,1	32	88,9	-	-
Att	5	17,2	24	82,8		
Paramedik	4	17,4	19	82,6		
Hekim	2	22,2	7	77,8		
Şoför	4	30,8	9	69,2		
Mesleki Deneyim Süresi						
1-10 yıl	9	20,0	36	80,0	0,4	0,53
11 yıl ve üzeri	10	15,4	55	84,6		

*Satır Yüzdesi

** Ki-kare testi

Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği uyarılmışlık belirtileri varlığının karşılaştırılması Tablo 4.6.'da verilmiştir. Buna göre araştırmada kaçınma belirtilerine benzer şekilde cinsiyet, yaş grubu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile uyarılmışlık belirtileri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda, 18-30 yaş grubundakilerde, ATT ve paramediklerde ve mesleki deneyim süresi 1-10 yıl olan sağlık çalışanlarında uyarılmışlık belirtileri sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Araştırmada medeni durum ve öğrenim durumu ile uyarılmışlık belirtileri sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği uyarılmışlık belirtileri varlığının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	UYARILMIŞLIK BELİRTİLERİ					
	Yok		Var			
Değişkenler	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	X²	p**
Cinsiyet						
Kadın	10	20,0	40	80,0	16,6	<0,01
Erkek	35	58,3	25	41,7		
Yaş Grubu						
18-30 yaş grubu	10	24,4	31	75,6	7,4	<0,01
31 yaş ve üzeri	35	50,7	34	49,3		
Medeni Durum						
Evli	37	45,7	44	54,3	2,9	0,09
Bekar/Boşanmış	8	27,6	21	72,4		
Öğrenim Durum						
Lise	10	50,0	10	50,0	0,8	0,36
Önlisans ve üzeri	35	38,9	55	61,1		
Meslek						
Sağlık memuru	15	41,7	21	58,3	11,0	0,03
Att	8	27,6	21	72,4		
Paramedik	7	30,4	16	69,6		
Hekim	5	55,6	4	44,4		
Şoför	10	76,9	3	23,1		
Mesleki Deneyim Süresi						
1-10 yıl	12	26,7	33	73,3	6,4	0,01
11 yıl ve üzeri	33	50,8	32	49,2		

*Satır Yüzdesi

** Ki-kare testi

Çizelge 4.7.'de katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre çalışmada cinsiyet ve yaş grubu ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,01$). Kadınlarda ve 18-30 yaş grubu sağlık çalışanlarında olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksektir. Araştırmada medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması (n=110)(2019)

	OLASI İTSB TANISI					
	Yok		Var			
Değişkenler	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	X²	p**
Cinsiyet						
Kadın	15	30,0	35	70,0	16,0	<0,01
Erkek	41	68,3	19	31,7		
Yaş Grubu						
18-30 yaş grubu	14	34,1	27	65,9	7,4	<0,01
31 yaş ve üzeri	42	60,9	27	39,1		
Medeni Durum						
Evli	45	55,6	36	44,4	2,7	0,10
Bekar/Boşanmış	11	37,9	18	62,1		
Öğrenim Durum						
Lise	14	70,0	6	30,0	3,6	0,06
Önlisans ve üzeri	42	46,7	48	53,3		
Meslek						
Sağlık memuru	18	50,0	18	50,0	9,1	0,06
Att	12	41,4	17	58,6		
Paramedik	9	39,1	14	60,9		
Hekim	6	66,7	3	33,3		
Şoför	11	84,6	2	15,4		
Mesleki Deneyim Süresi						
1-10 yıl	18	40,0	27	60,0	3,6	0,06
11 yıl ve üzeri	38	58,5	27	41,5		

*Satır Yüzdesi

** Ki-kare testi

Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumlar ve gösterdikleri tutumlara göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması Tablo 4.8.'de verilmiştir. Buna göre araştırmada 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme, 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma, 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme, 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma ve darbecilerin saldırısına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi yaralanma, 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralanma/ölüm haberini alma ve 15 Temmuz gecesi darp edilme durumu ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi maruz kaldıkları bazı durumlar ve gösterdikleri tutumlara göre olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu varlığının (İTSÖ'ye göre) karşılaştırılması (n=110)(2019)

	OLASI İTSB TANISI					
	Yok		Var			
Değişkenler	N	%*	n	%*	X ²	p**
15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme						
Hayır	29	49,2	30	50,8	0,2	0,69
Evet	27	52,9	24	47,1		
15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma						
Hayır	45	54,2	38	45,8	1,5	0,22
Evet	11	40,7	16	59,3		
15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalma						
Hayır	24	42,1	33	57,9	3,7	0,06
Evet	32	60,4	21	39,6		
15 Temmuz'da nöbetçi olma						
Hayır	28	44,4	35	55,6	2,5	0,12
Evet	28	59,6	19	40,4		
15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme						
Hayır	5	50,0	5	50,0	0,5	0,49
Evet	23	62,2	14	37,8		
15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma						
Hayır	19	59,4	13	40,6	0,1	0,97
Evet	9	60,0	6	40,0		
15 Temmuz gecesi darbecilerin saldırısına maruz kalma						
Hayır	20	62,5	12	37,5	0,4	0,55
Evet	8	53,3	7	46,7		
15 Temmuz gecesi yaralanma						
Hayır	25	59,5	17	40,5	0,1	1,00 ^f
Evet	3	60,0	2	40,0		
15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralandığını veya ölüm haberini alma						
Hayır	21	61,8	13	38,2	0,2	0,62
Evet	7	53,8	6	46,2		
15 Temmuz gecesi darp edilme						
Hayır	28	62,2	17	37,8	3,1	0,16 ^f
Evet	-	-	2	100,0		

*Satır Yüzdesi

** Pearson Ki-kare testi

^f Fisher'in Kesin testi

Çizelge 4.9. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	15 TEMMUZ'DA NÖBETÇİ OLMA					
Değişkenler	Hayır (n=63)		Evet (n=47)		Z*	p*
	Med	Min/Max	Med	Min/Max		
Toplam Ölçek Puanı	41	17/69	34	17/68	-1,4	0,17
İstemsizlik Alt Boyut Puanı	13	5/21	12	5/24	-0,5	0,60
Kaçınma Alt Boyut Puanı	16	7/28	12	7/28	-1,4	0,15
Uyarılmışlık Alt Byt. Puanı	12	5/21	10	5/20	-1,8	0,08

*Mann Whitney U testi

Med: Ortanca

Katılımcıların 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10.'da verilmiştir. Buna göre araştırmada 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme durumu ile İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	TRAVMALI HASTAYA MÜDAHALE					
Değişkenler	Yok (n=10)		Var (n=37)		Z*	p*
	Med	Min/Max	Med	Min/Max		
Toplam Ölçek Puanı	40	19/55	34	17/68	-0,5	0,59
İstemsizlik Alt Boyut Puanı	12	5/17	13	5/24	-1,1	0,26
Kaçınma Alt Boyut Puanı	15	8/23	12	7/28	-1,0	0,34
Uyarılmışlık Alt Byt. Puanı	13	6/20	10	5/20	-1,2	0,22

*Mann Whitney U testi

Med: Ortanca

Çizelge 4.11.'de katılımcıların 15 Temmuz gecesi saldırıya maruz kalma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre saldırıya maruz kalma durumu ile istemsizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,01$). Saldırıya maruz kalan sağlık çalışanlarında istemsizlik alt boyut puanları kalmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Araştırmada 15 Temmuz gecesi saldırıya maruz kalma durumu ile

diğer ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.11. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi saldırıya maruz kalma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	SALDIRIYA MARUZ KALMA					
Değişkenler	Yok (n=32)		Var (n=15)		Z*	p*
	Med	Min/Max	Med	Min/Max		
Toplam Ölçek Puanı	33	17/68	41	27/62	-1,6	0,12
İstemsizlik Alt Boyut Puanı	11	5/22	16	10/24	-3,0	<0,01
Kaçınma Alt Boyut Puanı	12	7/28	14	7/25	-0,2	0,87
Uyarılmışlık Alt Byt. Puanı	10	5/20	10	7/18	-0,9	0,40

*Mann Whitney U testi

Med: Ortanca

Çizelge 4.12.'de katılımcıların 15 Temmuz gecesi yaralanma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre yaralanma durumu ile istemsizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,01$). Yaralanan sağlık çalışanlarında istemsizlik alt boyut puanları yaralanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Çalışmada 15 Temmuz gecesi yaralanma durumu ile diğer ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.12. Katılımcıların 15 Temmuz gecesi yaralanma durumuna göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=110)(2019)

	YARALANMA					
Değişkenler	Hayır (n=42)		Evet (n=5)		Z*	p*
	Med	Min/Max	Med	Min/Max		
Toplam Ölçek Puanı	35	17/66	31	31/68	-0,9	0,37
İstemsizlik Alt Boyut Puanı	12	5/24	16	16/20	-2,8	<0,01
Kaçınma Alt Boyut Puanı	13	7/24	7	7/28	-0,7	0,50
Uyarılmışlık Alt Byt. Puanı	10	5/20	8	8/20	-0,6	0,58

*Mann Whitney U testi

Med: Ortanca

5. TARTIŞMA

15 Temmuz gecesi yaşananlar, “Terör eylemi”, “kalkışma”, “Başarısız darbe girişimi”, “girişim” gibi kelimelerle isimlendirildi. Olayın üzerinden yaklaşık 3 yıl geçmiş olmasına rağmen bu kalkışma henüz bilimsel çalışmalarda yeni yeni yerini almaya başlamıştır. Yurtiçi ve yurtdışı literatürde 15 Temmuz’u sosyal, ekonomik ve sağlık sonuçları açısından değerlendiren bilimsel araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, 15 Temmuz darbe girişiminin sağlık çalışanlarında ikincil travmatik strese etkisinin incelendiği araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma bulguları, toplumu bir bütün halinde etkileyen deprem, afet, bombalama eylemleri gibi olağanüstü olaylar sonrası kişilerde post travmatik stresi inceleyen literatür bulguları ile kıyaslanacaktır.

Araştırmada katılımcıların yaklaşık yarısı erkek, üçte ikisi 30 yaş üzeri ve büyük çoğunluğu (>%80) önlisans ve üzeri öğrenim durumuna sahiptir. Araştırmaya dahil olan sağlık meslekleri sırasıyla en sık sağlık memuru, ATT, paramedik, şoför ve hekimdir ve katılımcıların yarısından fazlası 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Araştırmada katılımcıların yaklaşık yarısı 15 Temmuz gecesi nöbetçi veya gönüllü olarak olay yerlerine intikal etmiştir. Çalışmada katılımcıların meslek dağılımlarının acil müdahaleye daha sıklıkla maruz kalan sağlık memuru, ATT, paramedik, hekim gibi meslek gruplarından oluşması, mesleki deneyim sürelerinin çok kısa olmaması ve 15 Temmuz gecesi aktif olarak sahada olması, sağlık çalışanlarında 15 Temmuz’a bağlı ikincil travmatik stress etkilerinin daha belirgin gözlemlenmesi açısından araştırmanın güçlü yönlerindendir.

Literatürde travmatik yaşantılar, bireyin hayatını olduğu kadar ruhsal ve fiziksel iyilik halini de tehdit eden ölüm olayına tanıklık etme ya da ölüm tehlikesi geçirme, ağır yaralanma veya yaralanmalara şahit olma durumları olarak tanımlanmaktadır[1]. Doğal afetler, savaş, göç, deprem, terör saldırısı, trafik kazaları, tecavüz, yangın gibi olaylar bu tip yaşantılara örnek olarak verilebilir. Bu tür yaşantılar ve deneyimlerin ardından kişilerde fiziksel ve ruhsal sağlık bozulabilmekte ve yardım gereksinimi gelişebilmektedir. Bu yardım gereksinimi kapsamında, müdahalede bulunan sağlık personeli de mağdurların travmatik yaşantılarından dolayı olarak etkilenebilmektedirler. Araştırmada katılımcılar 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalmış, travmalı hastaya müdahale etmiş, ölen vatandaşları taşımış, darbecilerin saldırısına maruz kalmış, yaralanmış, bir yakınının yaralandığını/ölüm haberini almış, darp edilmiş ve sözel şiddete maruz kaldığını beyan

ederek psikolojik, görsel ve sosyal açıdan birçok travmatik faktöre maruz kaldığını bildirmiştir. Travmatik olaylar sonrasında sağlık hizmeti sunma, arama kurtarma veya bir şekilde yardım çalışmalarında yer alma, ölüme tanıklık etme ve yaralanma riski gibi faktörlere maruz kalmanın post travmatik stres bozukluğu açısından bir risk taşıdığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır[2–4]. Travmatik yaşantılar mağdurun kendisine ek olarak ailesi ya da yakın arkadaşlarını, ona yardımda veya müdahalede bulunan meslekleri ve kişileri de etkileyebildiği raporlanmıştır[42]. Bu kapsamda, travmatik (örselenmiş) bireylerle olay ortamında yoğun iletişim ya da etkileşimde bulunmanın sağlık hizmeti sunan meslek gruplarında dolaylı olarak bir stres riski oluşturduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ambulans personeli, acil servis çalışanları, hekimler, psikologlar, psikolojik danışmanlar, sosyal hizmet uzmanları ve arama kurtarma gönüllülerinin mesleğin doğası gereği örseleyici yaşantıları olan bireylerle sık sağlık hizmeti ilişkisinde bulunmaları nedeniyle ikincil travmatik strese (İTS) daha fazla maruz kaldıkları bildirilmektedir [65,83,96,97,100,101].

Güncel DSM-5’de Post Travmatik Stres Bozukluğu tanı kriterleri incelendiğinde; bireyin travmatik yaşantıyla karşılaşmasını değerlendiren A ölçütünün dört alt ölçütten meydana geldiği görülmektedir: doğrudan olaya maruziyet (A1); olaya tanık olma (A2); bir yakınının başına (kaza veya yaralanma sonucu) örseleyici bir olay geldiğini haber alma (A3); mesleki olarak örseleyici olaylara ait detaylarla periyodik bir şekilde veya aşırı dozda maruz kalma (A4). Son 2 alt ölçüt değerlendirildiğinde; örseleyici bir durumla dolaylı yoldan maruz kalan kişi, olaydan doğrudan etkilenmiş bireyin deneyimlediklerine benzer belirtiler gösterebilmekte ve TSSB geliştirme riski altında olabilmektedir. Dolaylı (İkincil) olarak travmaya maruz kalmanın negatif etkilerinin travmaya birincil maruz kalma tepkileri ile benzer olduğu bildirilmiş, aradaki farkın bir başkası tarafından yaşanan travmatik bir olayın ikinci bir kişi tarafından deneyimlenenden yıkıcı bir olay haline gelmesi olduğu ileri sürülmüştür [26]. Araştırmada İkincil Travmatik Stres Ölçeği’ne göre katılımcıların yaklaşık yarısında olası İTS bozukluğu, kaçınma belirtileri ve uyarılmışlık belirtileri ve %82,7’ istemsiz etkilenmeler saptanmıştır. Literatürde farklı meslek gruplarında İTSB sıklıklarını bildiren çalışmalara rastlamak mümkündür. Sosyal hizmet uzmanlarında TSSB belirtileri düzeyi ve İTS sıklıklarının araştırıldığı yurtdışı bir araştırmada, katılımcıların %40,5’i dalıcı düşünceleri ölçen maddelerden yüksek skor aldıkları, %55’i TSSB kriterlerinden en az birine, %20’si ikisine ve %15,2’si ise hepsine sahip oldukları tespit edilmiştir [65]. Cinsel istismara uğramış çocuk olgularıyla ilgilenen

meslek gruplarında gerçekleştirilen bir dolaylı travmatizasyon araştırmasında ise katılımcıların %50,9’unda TSSB’ye ait semptomların varlığı ve %11,4’ünde olası İTSB tanısı saptanmıştır [102]. Bir çalışmaya göre yurtiçi yapılan İTSB konulu çalışmaların sınırlı olduğu ve araştırmaların büyük çoğunluğunda doğrudan İTSB semptomlarını ölçen ölçekler yerine TSSB belirtilerini ölçen ölçüm araçlarının kullanıldığı belirtilmektedir [87]. Gene bu çalışmada bazı araştırmalarda “İTSB” ve “dolaylı travmatizasyon” terimlerinin biribiri yerine kullanıldığı ve bunun doğru bir kullanım olmadığı ifade edilmektedir. Bu bağlamda, literatür açısından bir tür kavram karmaşası olduğu gözlenmektedir.

Araştırmada kadınlarda ve 18-30 yaş grubundakilerde olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu, kaçınma ve uyarılmışlık belirtileri erkeklere ve 30 yaş üzeri çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. İTS Ölçeği alt boyutlarında ise istatistiksel anlamlılık sosyodemografik özellikler arasında farklılık göstermektedir. Sosyodemografik özellikler arasında istemsizlik etkilenme sıklığı açısından anlamlı bir fark görülmezken, meslek grupları ve mesleki deneyim süreleri arasında kaçınma ve uyarılma belirtileri sıklığı açısından anlamlı bir fark kaydedilmiştir. Literatürde İTSB ve alt boyutlarını etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmalarda birbirinden farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Bu alanda yurtiçi literatür sınırlı olmakla birlikte sağlık personellerinde yapılan bir çalışmada personelin İTSB, disosiyasyon düzeyleri, sosyal destek algıları ve başa çıkma stratejileri değerlendirilmiştir[83]. Ambulansta görev yapan sağlık çalışanları ve acil servis çalışanlarının toplam ölçek skorlarının poliklinik çalışanlarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiş ve kadın çalışanların erkek çalışanlara göre toplam ölçek skorlarının daha yüksek olduğu ve yaş ile İTS semptomları arasında negatif ve anlamlı bir korelasyon olduğu rapor edilmiştir. Ruh sağlığı uzmanlarında yapılan benzer konulu bir araştırmada meslek grupları arasında, en yüksek ikincil travma semptomlarını gösteren grubun sosyal hizmet uzmanları olduğu ve yaş, iş yükü ve travma konulu görüşmelerin sayıca artmasıyla, uzmanların ikincil travmatizasyon etkileniminin de arttığı rapor edilmiştir[85]. Gene bu çalışmada öğrenim düzeyi, travma konulu özel seminerler ve algılanan sosyal destek arttıkça, ikincil travmatizasyon semptomlarının da azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, uzmanın yaşadığı öznel travma etkisine bağlı olarak ikincil travmatizasyon seviyesi arasında da pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir[85]. Travma kurbanlarına hizmet veren sosyal hizmet uzmanı, avukat, psikolog ve ambulans görevlilerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada, katılımcıların ikincil travma, İTSB ve tükenmişlik belirtileri açısından risk taşıyıp taşımadıkları değerlendirilmiştir. Araştırmada

katılımcıların İTSB düzeyleri ile meslekte geçirdikleri süre ve cinsiyet arasında bir fark saptanmamış, ancak bireysel travma hikayesi olanlarda travmatik stres seviyesi, diğer katılımcılara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Gene bu araştırmada meslek grupları kıyaslandığında psikologların travmatik stres belirtilerini sosyal hizmet uzmanları ve ambulans çalışanlarından daha düşük seviyede gösterdikleri bildirilmiştir[101]. Başka bir çalışmada 112 acil sağlık personelinin ruhsal sorunları ve bu sorunlar ile mücadele etme yolları irdelenmiş ve vazifeleri esnasında şiddet ve ölüme tanık olma durumunda kalan, çocuk ölümlerine tanıklık eden, ağır fiziksel yaralanmalara müdahale eden ve insan eliyle yapılmış olan saldırılara maruz olmuş mağdurlarla çalışan sağlıkçıların yüksek oranda travmatik stres belirtileri gösterdiği saptanmıştır. Bununla beraber, erkek sağlık görevlilerin, kadın sağlık görevlilerine oranla daha düşük travmatik stres ve depresyon semptomları gösterdiği bulgusuna ulaşmışlardır. Ayrıca, kişisel olarak travma öyküsüne sahip olan çalışanların travmatik stres semptomlarının diğer personele göre daha yüksek düzeyde olduğu kaydedilmiştir [86].

Bride ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir araştırmada profesyonel olarak yardım sunan çalışanların, gönüllülere göre daha fazla İTSB belirtileri tecrübe ettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca mesleki deneyim süresi 11-15 yıl olan çalışanlarında travmatik stres semptomlarının, görevini 1-5 yıldır yapmakta olan katılımcılara göre daha sık olduğu rapor edilmiştir. Örseleyici olarak değerlendirdikleri bir deneyimleri olan katılımcıların stres puanlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

Başka bir yurtiçi çalışma arama kurtarma çalışanlarında gerçekleştirilmiş ve araştırmada posttravmatik stres belirtileri incelenmiştir. Bu çalışmaya göre önceden yaşanmış travmatik bir olayı olan grubun ölçülen stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bunu açıklayan faktörlerin meslek deneyimi süresi, medeni durum ve etkili mücadele tarzlarının kullanımı olduğu tespit edilmiştir. Daha önce yaşanmış örseleyici bir deneyimi olmayan grup için ise herhangi bir faktörün açıklayıcı nitelikte olmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte, ilköğretim ve lise seviyesinde öğrenim durumu olan katılımcıların travmatik stres belirtilerinin, yüksek öğrenim düzeyi olan katılımcılardan daha düşük olduğu kaydedilmiştir [52].

Araştırmada 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme, 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz

kalma, 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma, 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme, 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma ve darbecilerin saldırısına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi yaralanma, 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralanma/ölüm haberini alma ve 15 Temmuz gecesi darp edilme durumu ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum çalışanların mesleki olarak ciddi yaralanma, kaza ve doğal afet gibi olağanüstü durumlara sık sık maruz kalması kaynaklı adapte olma durumunun geliştiğine işaret ettiği düşünülebilir. Ya da 15 Temmuz saldırıları üzerinden yaklaşık 3 yıl gibi uzun bir sürenin geçmiş olması etkilerini diğer travmalar arasında gizleyebilir. Whitfield ve Kanter (2014) örseleyici deneyimi olan kişilere hizmet sunan ve maruz kalan meslek gruplarının travmadan etkilenme seviyelerini minimum düzeyde tutmalarının olanaklı olduğunu iddia etmiştir. Salston ve Figley (2003) ise, sağlıklı ve düzenli beslenme ve hoşlanılan aktivitelere dahil olma ya da meşguliyetlerinin olmasının meslek çalışanlarının kişisel olarak alabilecekleri önlemler arasında olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte öğrenim düzeyi, travma konulu özel eğitimler, algılanan sosyal destek ve benzer değişkenlerin yanı sıra mesleki deneyim süresi ve yaşın artmasıyla da İTSB düzeyinin zayıfladığı yönde sonuçlar bildiren araştırmalar bulunmaktadır[52,83,84,102]. Yardım davranışında bulunan sağlık çalışanının bireysel bir travma yaşamış olması, dolaylı travmatizasyonu arttıran ve azaltan bir faktör olduğu farklı çalışmalarda çelişen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır [52,85–87]. Birbirleriyle çelişmekte olan bu bulguların nedenini, kişinin bireysel travmatik deneyimini algılama tarzı ve düşüncesinde o deneyime ait bilişsel inançların farklılığı ile açıklamak olanaklıdır.

Sonuç olarak bilimsel araştırmalar travmatik bireylere psikolojik ve sosyal yardımda bulunan, uzman veya gönüllü sağlık çalışanlarının hizmet veya yardım sunumunda dolaylı olarak maruziyete binaen posttravmatik stres semptomlarına benzer İTS belirtileri göstermelerinin kaçınılmaz olduğu üzerinde durmaktadır[52,65,89,96]. Bu kapsamda, yardım davranışında ve hizmet sunumunda bulunan sağlık personellerinin vazifeleri gereği olumsuz maruziyetleri minimuma indireyecek yaklaşımların saptanması ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yapılması önemlidir. İş yükü ve saatlerinde düzenlemeler yapılması, süpervizyon desteği sunulması, sağlık çalışanlarının travmatik stres belirtilerinin periyodik olarak kontrol edilmesi ve gerekli durumlarda sağlık çalışanlarının başvurabilecekleri kişi ve/veya kurumların tanıtılması alınabilecek önlemler arasında yer almaktadır.

6. SONUÇLAR

15 Temmuz darbe girişiminin, sağlık çalışanları üzerindeki ikincil travmatik strese etkisinin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Katılımcıların %54,5'i (n=60) erkek, %62,8'i (n=69) 30 yaş üzeri, %73,6'sı evli (n=81) ve %81,8'inin (n=90) öğrenim durumu önlisans ve üzeridir. Katılımcıların %32,7'si (n=36) sağlık memuru, %26,4'ü (n=29) ATT, %20,9'u (n=23) paramedik ve %8,2'si (n=9) hekimidir ve %59,1'i (n=100) 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir.

2. 15 Temmuz gecesi katılımcıların %22,7'si (n=25) nöbetçidir ve %20,0'si (n=22) gönüllü olarak olay yerlerine intikal etmiştir.

3. Katılımcıların %46,4'ü (n=75) 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etmediğini, %24,5'i (n=27) 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalmadığını, %48,2'si (n=53) 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kaldığını, %33,6'sı (n=37) 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale ettiğini beyan etmiştir. 15 Temmuz gecesi nöbetçi veya gönüllü olanların %31,9'u (n=15) 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıdığını ve darbecilerin saldırısına maruz kaldığını, %78,8'i (n=37) 15 Temmuz gecesi saldırı anlarını gözlemlediğini, %10,6'sı (n=5) 15 Temmuz gecesi yaralandığını, %27,7'si (n=13) 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralandığını/ölüm haberini aldığını ve hastaya müdahalesinin engellendiğini, 2'si (%4,3) 15 Temmuz gecesi darp edildiğini ve hastaya müdahaleyi reddettiğini ve %43,0'ü (n=20) 15 Temmuz gecesi sözel şiddete maruz kaldığını beyan etmiştir.

4. Araştırmada ölçeğe göre katılımcıların %49,1'inde (n=54) olası İTS bozukluğu, %52,7'sinde (n=58) kaçınma belirtileri, %82,7'sinde (n=91) istemsiz etkilenmeler ve %59,1'inde (n=65) uyarılmışlık belirtileri saptanmıştır.

5. Araştırmada cinsiyet, yaş grubu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile kaçınma belirtileri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda, 18-30 yaş grubundakilerde, ATT ve paramediklerde ve mesleki deneyim süresi 1-10 yıl olan sağlık çalışanlarında kaçınma belirtileri sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek

tespit edilmekle birlikte medeni durum ve öğrenim durumu ile kaçınma belirtileri sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

6. Araştırmada cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile istemsizlik etkilenme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

7. Araştırmada kaçınma belirtilerine benzer şekilde cinsiyet, yaş grubu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile uyarılmışlık belirtileri sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda, 18-30 yaş grubundakilerde, ATT ve paramediklerde ve mesleki deneyim süresi 1-10 yıl olan sağlık çalışanlarında uyarılmışlık belirtileri sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmakla birlikte medeni durum ve öğrenim durumu ile uyarılmışlık belirtileri sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

8. Çalışmada cinsiyet ve yaş grubu ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,01$). Kadınlarda ve 18-30 yaş grubu sağlık çalışanlarında olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek olmakla birlikte medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve mesleki deneyim süresi ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

9. Araştırmada 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına müdahale etme, 15 Temmuz dışında herhangi bir terör olayına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi ses bombasına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma, 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme, 15 Temmuz gecesi ve ertesi günde cenaze taşıma ve darbecilerin saldırısına maruz kalma, 15 Temmuz gecesi yaralanma, 15 Temmuz gecesi bir yakınının yaralanma/ölüm haberini alma ve 15 Temmuz gecesi darp edilme durumu ile olası İkincil Travmatik Stres Bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

10. Çalışmada 15 Temmuz gecesi nöbetçi olma durumu ile İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

11. Araştırmada 15 Temmuz gecesi travmalı hastaya müdahale etme durumu ile İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

12. Çalışmada saldırıya maruz kalma durumu ile istemsizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,01$). Saldırıya maruz kalan sağlık çalışanlarında istemsizlik alt boyut puanları kalmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Araştırmada 15 Temmuz gecesi saldırıya maruz kalma durumu ile diğer ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark kaydedilmemiştir ($p>0,05$).

13. Araştırmada yaralanma durumu ile istemsizlik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,01$). Yaralanan sağlık çalışanlarında istemsizlik alt boyut puanları yaralanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Çalışmada 15 Temmuz gecesi yaralanma durumu ile diğer ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

KAYNAKLAR

1. Association, A.P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 54-78.
2. Alpar, G. (2014). *Psikolojik sağkalım: yoğun duygu yüklü yaşam olaylarına tanıklık etme ve maruz kalma ile poliste gelişen travmatizasyon*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 50-60.
3. Galovski, T., and Lyons, J.A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 477–501.
4. Ting, L., Jacobson, J.M., Sanders, S., Bride, B.E., and Harrington, D. (2005). The secondary traumatic stress scale (STSS) confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11, 177–194.
5. Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği. (2016). *15 Temmuz Darbe Girişimi ve Millet'in Zaferi*, Ankara: Cumhurbaşkanlığı Yayınları, 4-124.
6. Alkan, H. (2016). 15 Temmuz'u anlamak: Parametreler ve sonuçlar/understanding July 15: The parameters and results. *Bilig*, 79, 253.
7. Aydın, S., Taşkın, Y. (2016). 1960'tan günümüze: Türkiye tarihi. İstanbul: İletişim Yayınları, 22-34.
8. Tanör, B. (1998). *Osmanlı Türk anayasal gelişmeleri*. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 19-33.
9. Deprem, D.S. (2001). *İşkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 42-68.
10. Baysak, E. (2010). *Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 10–17.
11. Türksoy N. (2001). *Psikolojik travma ve tanım sorunları: Psikolojik travma yazıları (1)*. Ankara: 5US Yayınları, 14-30.
12. Aker, T. (2000). *Temel sağlık hizmetlerinde psikososyal travmaya yaklaşım*. İstanbul: İletişim Yayınları, 21-31.
13. Birliği, A.P. (2007). *Psikiyatri hastalıklarının tanımlanması mental bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı* (4. Baskı). Köroğlu E (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1-65.
14. Şahin, D. (1995). Türkiye'de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi*, 3, 26–30.

15. Handwerger, K. (2009). Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 184–205.
16. Birliği, A.P. (1995). *Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı* (4. Baskı). Köroğlu E (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 11-36.
17. Baltaş, A., and Baltaş, Z. (1997). *Stres ve başa çıkma yolları* (16. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi, 19-29.
18. Şimşek, M.Ş., Akgemci, T., and Çelik, A. (2003). *Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış* (3. Baskı). Konya: Adım Mtbaacılık ve Ofset, 25-45.
19. Tengilimoğlu, D., Işık, O., and Akbolat, M. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın, 5-34.
20. Yılmaz, V. (2012). *Stresin bireysel performans üzerine etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 52-68.
21. Özen, H. (2011). *Üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin karşılaştırılması: Zonguldak örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak, 13-24.
22. Gökgöz, H. (2013). *Stresin çalışanların performansı üzerine etkisi: Öğretim elemanları üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, 65-75.
23. Turunç, Y. (2009). *Fabrika işçilerinde stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemleri*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 11-19.
24. Bride, B.E., and Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology*, 17, 22–28.
25. Bride, B.E., Smith Hatcher, S., and Humble, M.N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15, 96–105.
26. Figley, C.R. (2013). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(11), 50-52.
27. McCann, I.L., and Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
28. Maslach, C., and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99–113.
29. Pearlman, L.A., and Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. Washington: WW Norton & Co, 45-69.

30. Sabin-Farrell, R., and Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449–480.
31. Adams, K.B., Matto, H.C., and Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82, 363–371.
32. Bride, B.E., Radey, M., and Figley, C.R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.
33. Michalopoulos, L.M., and Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 646–664.
34. Devilly, G.J., Wright, R., and Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373–385.
35. Weber, A., and Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50, 512–517.
36. Leiter, M.P., and Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297–308.
37. Maslach, C., and Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498.
38. Maslach, C., Schaufeli, W.B., and Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
39. Whealin, J.M., Batzer, W.B., Morgan III, C.A., Detwiler Jr, H.F., Schnurr, P.P., and Friedman, M.J. (2007). Cohesion, burnout, and past trauma in tri-service medical and support personnel. *Military Medicine*, 172, 266–272.
40. Saakvitne, K.W., Pearlman, L.A., and Abrahamson, D.J. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. Washington: WW Norton & Co, 32–41.
41. Deighton, R.M., Gurrus, N., and Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 63–75.
42. Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.
43. Schauben, L.J., and Frazier, P.A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.
44. Herman, J.L., and van der Kolk, B.A. (1987). Borderline personality disorder. *Psychological Trauma*, 111.

45. Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S., and Stein, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1–21.
46. Pervanidou, P., and Chrousos, G.P. (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: from Sigmund Freud’s “trauma” to psychopathology and the (Dys) metabolic syndrome. *Hormone and Metabolic Research*, 39, 413–419.
47. Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke, T., Eriksson, C., and Cardozo, B.L. (2012). Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu. *Northern Uganda. Journal of Traumatic Stress*, 25, 713–720.
48. Lopes, B.C., Gotway, C.C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., and Kaiser, R. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PloS one*, 7, e44948–e44948.
49. Aker, T., Ayata, B., Özeren, M., Buran, B., Bay, A. (2002). Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları/Forced internally displacement: psychosocial consequences. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 97.
50. Aker, T. (2012). *Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 23-35.
51. Gündüz, Z.Y. (2011). Almanya’daki Türkiye kökenli göçmenlerin sağlık durumları: “göç hasta eder” den “göç sağlığa iyi gelir” e geçiş için öneriler., Erol, E. ve Yazıcı, Z. (Ed.). *Onlar Bizim Hemşehrimiz*: Ekinoks yayıncılık, 85.
52. Yılmaz, B., Sahin, N.H. (2007). Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22, 119.
53. Savin, D., Seymour, D.J., Littleford, L.N., Bettridge, J., Giese, A. (2005). Findings from mental health screening of newly arrived refugees in Colorado. *Public Health Reports*, 120, 224–229.
54. Gist, R., and Lubin, B. (2013). *Response to disaster: Psychosocial, community, and ecological approaches*. London: Routledge Publisher, 60-80.
55. Herman, J.L. (2007). *Travma ve İyileşme: şiddetin sonuçları eviçi istismardan siyasi teröre*. Ankara: Gelişim Yayıncılık, 15-40.
56. Kiyimba, N., O’Reilly, M. (2016). The risk of secondary traumatic stress in the qualitative transcription process: A research note. *Qualitative Research*, 16, 468–476.
57. Figley, C.R. (2012). *Encyclopedia of Trauma*. New York: Sage.
58. Ewer, P.L., Teesson, M., Sannibale, C., Roche, A., and Mills, K.L. (2015). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 34, 252–258.

59. 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, 83–91.
60. Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., and 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, 75.
61. Moulden, H.M., and Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 67–83.
62. Kadambi, M.A., Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9, 216–230.
63. Severson, M., Pettus-Davis, C. (2013). Parole officers' experiences of the symptoms of secondary trauma in the supervision of sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57, 5–24.
64. Crumpei, I., Dafinoiu, I. (2012). Secondary traumatic stress in medical students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 1465–1469.
65. Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52, 63–70.
66. Remer, R., Ferguson, R.A. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling & Development*, 73, 407–413.
67. Miller, K.I., Stiff, J.B., Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communications Monographs*, 55, 250–265.
68. Figley, C.R. (1998). *Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. Burnout in families: The systemic costs of caring*. New York: Sage, 15–28.
69. Waters, J.A. (2002). Moving forward from September 11: A stress/crisis/trauma response model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 55.
70. Morrisette, P.J. (2004). *The pain of helping: Psychological injury of helping professionals*. London: Routledge Publisher, 13-27.
71. Figley, C.R. (1993). Coping with stressors on the home front. *Journal of Social Issues*, 49, 51–71.
72. Peebles, K.A. (2000). Interview with Charles R. Figley: Burnout in families and implications for the profession. *The Family Journal*, 8, 203–206.
73. Hatfield, E., Cacioppo, J.T., Rapson, R.L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 96–100.

74. Westman, M., Bakker, A.B. (2008). Crossover of burnout among health care professionals. *Stress and Burnout in Health Care*, 111–125.
75. Acar, B.Y., Acar, H. (2002). Sistem Kuramı-Ekolojik Sistem Kuramı ve sosyal hizmet: Temel kavramlar ve farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 29–35.
76. Duyan, V. (2012). *Sosyal hizmet temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri. 2. baskı*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları, 263–290.
77. Harnois, G., Gabriel, P.. (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Sydney: WHO, 32-48.
78. Yardım, N., Çipil, Z., Vardar, C., and Mollahaliloğlu, S. (2007). Türkiye iş kazaları ve meslek hastalıkları: 2000-2005 yılları ölüm hızları. *Dicle Tıp Dergisi*, 34, 264–271.
79. Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8, 84–97.
80. Wagaman, M.A., Geiger, J.M., Shockley, C., Segal, E.A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60, 201–209.
81. Gil, S., Weinberg, M. (2015). Secondary trauma among social workers treating trauma clients: The role of coping strategies and internal resources. *International Social Work*, 58, 551–561.
82. Dutton, M.A., Rubinstein, F.L. (1995). *Working with people with PTSD: Research implications. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. London: Taylor Francis Group, 82–100.
83. Haksal, P. (2007). *Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 67-79.
84. Schwartz, R. (2008). *Working conditions and secondary traumatic stress*. Berlin: Elsevier, 23-33.
85. Altekin, S. (2014). *Vicarious traumatization: an investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey*. Yayınlanmamış Doktora tezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 61-79.
86. Yeşil, A. (2010). *112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 50-67.
87. Kahil, A., Palabıykoğlu, N.R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 10, 59–70.
88. Whitfield, N., Kanter, D. (2014). Helpers in distress: Preventing secondary trauma. *Reclaiming Children and Youth*, 22, 59.

89. Salston, M., Figley, C.R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167–174.
90. Killian, K.D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14, 32–44.
91. Saakvitne, K.W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 443–449.
92. Skovholt, T.M. (2012). The Counselor's resilient self. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4, 19-39.
93. Choi, G.-Y. (2017). Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, 17, 358–378.
94. Sodeke-Gregson, E.A., Holttum, S., and Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 21869.
95. Bride, B.E., Robinson, M.M., Yegidis, B., and Figley, C.R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27–35.
96. Smith Hatcher, S., Bride, B.E., Oh, H., Moultrie King, D., and Franklin Catrett, J. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of Correctional Health Care*, 17, 208–217.
97. Bride, B.E., Jones, J.L., and MacMaster, S.A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69–80.
98. Choi, G.Y. (2011). Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: A national survey of social workers. *Smith College Studies in Social Work*, 81, 101–119.
99. Perez, L.M., Jones, J., Englert, D.R., and Sachau, D. (2010). Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25, 113–124.
100. Bonach, K., Heckert, A. (2012). Predictors of secondary traumatic stress among children's advocacy center forensic interviewers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 295–314.
101. Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi., Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 73-90.

102. olak, B., Œiřmanlar, Œ.G., Karakaya, I., Etiler, N., Biçer, . (2012). ocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 3-10.

EKLER

EK-1. Araştırma Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANKARA İL MÜLK MÜDÜRLÜĞÜ - İHM SAĞLIK
HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI SAĞLIĞI GELİŞTİRMESİ
BÖLÜMÜ



Sayı : 35640939-799
Konu : Dr.Mehmet Celal ALMAZ
(Tez Çalışması)

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi a) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 23/05/2019 tarihli ve 94243819 barkodlu yazısı.
b) Dr.Mehmet Celal ALMAZ'ın 30/05/2019 tarih ve 94679818 barkodlu dilekçesi.

İlgi (a)'da kayıtlı yazı ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Dr.Mehmet Celal ALMAZ'ın "15 Temmuz Terör Olaylarının Sağlık Çalışanları Üzerindeki İkincil Travmatik Strese Etkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasının Müdürlüğümüz bünyesinde yapılmasına yönelik gerekli izin talebine ilişkin yapılan değerlendirme sonucunda söz konusu çalışmanın Müdürlüğümüzde yapılması uygun görülmemiş idi.

Adı geçenin ilgi (b)'de kayıtlı dilekçesinde söz konusu çalışmada kişisel verilerin korunmasına yönelik taahhüdüne istinaden Sağlık Hizmetleri Başkanı Doç.Dr.Ramazan KOCAASLAN, Başkan Yardımcısı Uzm.Dr.Mustafa ALİMOĞULLARI ve Başkan Yardımcısı Uzm.Dr.Murat ÇAGLAYAN tarafından yapılan yeniden değerlendirme neticesinde çalışmanın Müdürlüğümüzde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr.Mustafa ALİMOĞULLARI
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

DAĞITIM:

Gereği:
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Müdürlüğü

Bilgi:
Dr.Mehmet Celal ALMAZ

EK-2. Araştırma Etik Kurul İzni

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/04/2019 tarih ve E.46924 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Mehmet Celal ALMAZ'ın, Prof.Dr.Mustafa N. İLHAN'ın danışmanlığında yürüttüğü *"15 Temmuz Terör Olaylarının, Sağlık Çalışanları Üzerindeki İkincil Travmatik Strese Etkisi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 14.05.2019 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-122

Ek: 1 Liste

EK-3. Mehmet Celal Almaz Saldırı Sonrası Görüntü



EK-4. Ölçek İzin

Hi Mr. Bride,

I am a graduate student at University of Gazi in Turkey, Ankara. For my thesis dissertation i am planning to use your scale which is translated to Turkish by Ayla Kahil. We are planning to measure the prevalence of STS in Emergency health workers. These health workers helped victims of 15.July Teror Attacks in Turkey. would you give me your consent for using translation of your scale?

Thank you
MD. Mehmet Celal ALMAZ



Brian Bride <bbride@gsu.edu>

9 Nisan Sal 15:44



Alıcı: ben ▾



İngilizce ▾



Türkçe ▾

İletiyi çevir

[İngilizce için kapat](#) ×

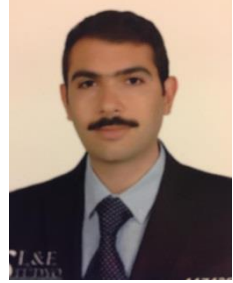
Permission granted.

*Brian E. Bride, Ph.D., M.S.W., M.P.H.
Distinguished University Professor
Director, School of Social Work
Georgia State University
55 Park Place, Room 552
Atlanta, Georgia 30303
(404) 413-1052*

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı adı :Almaz, Mehmet Celal
Uyruğu : T. C.
Doğum tarihi ve yeri :07.09.1986, Şanlıurfa
Medeni hali :Evli
Telefon :05534536244
E-posta :mehmetcelalalmaz@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011
Lise	Şanlıurfa Anadolu Lisesi	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018-Devam ediyor	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	İşyeri Hekimi

Yabancı Dil

İngilizce

Hobiler

Kitap okuma, Seyahat etme, Yüzme



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..