



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet

[Yüksek Lisans Tezi]

**TRAVMA BİLGİLİ BAKIM ve İKİNCİL TRAVMA: SOSYAL HİZMET
UZMANLARI ÖRNEĞİ**

Mustafa TOPAK
0000-0002-8902-0387

Danışman
Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN
0000-0002-6300-4098

Konya – 2025

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca yalnızca akademik bilgiyle değil, aynı zamanda bilimsel düşünce ve araştırma etiğiyle gelişimime katkı sunan; yaşadığım zorluklarda rehberliği, deneyimi ve akademik birikimiyle yoluma ışık tutan ve bu süreci anlamlı kılan değerli danışmanım Doç. Dr. Hasan Hüseyin Tekin'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sevgileri ve ilgileri ile her zaman yanımda olan annem Keziban TOPAK, babam Ahmet TOPAK, ağabeyim Fatih TOPAK, ablam Mehtap TOPAK KILINÇ ve eniştem Barış KILINÇ'a en derin teşekkürlerimi sunarım.

Arkadaşlıkları ile bu zorlu süreçte bana moral ve motivasyon veren Hüseyin ÇALIKUŞU, Koray KOÇ, Emine Hatun KOCABAY ve Nurgül GÜRBÜZ başta olmak üzere tüm arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim.

Araştırmama içtenlikle katkı sunan başta SHUDER KONYA Yönetim Kurulu olmak üzere SHUDER Şube Yönetimlerine, Konya Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlüğündeki arkadaşlarıma ve araştırmama içtenlikle katılarak kıymetli veriler sunan ve bu çalışmanın gerçekleşmesine katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkürü borç bilirim.

Mustafa TOPAK

Temmuz 2025

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Travma Kavramı	5
2.2. Travma Bilgili Bakım.....	8
2.3. İkincil Travma	10
2.3.1. İkincil travmatik stres belirtileri	15
2.3.2. İkincil travmatik stres ile ilgili kavramlar	18
2.3.3. İkincil travmatik stresi açıklayan kuramlar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Modeli	27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.3. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	27
3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu:	28
3.3.2. Travma bilgili bakım ölçeği:	28
3.3.3. İkincil travmatik stres ölçeği:	28
3.4. Araştırmanın Soruları:	29
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu:	29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları:	30
3.7. Verilerin Analizi:.....	30
4. BULGULAR	31
4.1. Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği Arasındaki İlişki.....	33
4.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Travma Bilgili Bakım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	33
4.3. Bağımsız Değişkenlere Göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	36
5. TARTIŞMA	39
5.1. Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	39

5.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Travma Bilgili Bakım Ölçeğine Ait Bulgulara İlişkin Tartışma.....	39
5.3. Bağımsız Değişkenlere Göre İkincil Travmatik Stres Ölçeğine Ait Bulgulara İlişkin Tartışma.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuç.....	45
6.2. Öneri.....	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	61
8.1. EK 1 Demografik Bilgi Formu.....	61
8.1. EK 2 Travma Bilgili Bakım Ölçeği.....	62
8.1. EK 3 İkincil Travmatik Stres Ölçeği.....	63
8.1. EK 4 İkincil Travmatik Stres Ölçek İzni.....	64
8.1. EK 5 Etik Kurul İzni	65

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans **Mustafa Topak** “*Travma Bilgili Bakım ve İkincil Travma: Sosyal Hizmet Uzmanları Örneği*” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 23.07.2025

Tez Danışmanı Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Salih KARİP
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Doç. Dr. Doğa BAŞER
Selçuk Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 30/07/2025 tarih ve 18/17 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“Travma Bilgili Bakım ve İkincil Travma: Sosyal Hizmet Uzmanları Örneği” başlıklı tez çalışmamın toplam **44** sayfalık kısmına ilişkin, 28.07.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%9** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

28.07.2025

Mustafa TOPAK

Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

28.07.2025

Mustafa TOPAK

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

DSM-5: Karmaşık Yas Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

TBBÖ: Travma Bilgili Bakım Ölçeği

İTSÖ: İkincil Travmatik Stres Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1.Katılımcılara Ait Sosyodemografik Bulgular (n=250)	32
Tablo 4.2.Katılımcıların TBBÖ ve İTSÖ puanları (n=250)	33
Tablo 4.3.TBBÖ ve İTSÖ arasındaki ilişki(korelasyon) (n=250)	34
Tablo 4.4.Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut puanlarının yaş aralığına göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	34
Tablo 4.5.Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyete göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	34
Tablo 4.6 Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	35
Tablo 4.7.Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının ruh sağlığı sorununa göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	35
Tablo 4.8.Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kuruma göre Anova testi sonuçları (n=250)	36
Tablo 4.9 Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalışılan müracaatçı grubuna göre Anova testi sonuçları (n=250)	36
Tablo 4.10 Katılımcıların TBBÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim sürelerine göre Anova testi sonuçları (n=250)	37
Tablo 4.11 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının yaş aralığına göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	37
Tablo 4.12 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyete göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	38
Tablo 4.13 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	38
Tablo 4.14 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının ruh sağlığı sorununa göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)	38
Tablo 4.15 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kuruma göre Anova testi sonuçları (n=250)	39
Tablo 4.16 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının hizmet verdikleri alana göre Anova testi sonuçları (n=250)	39
Tablo 4.17 Katılımcıların İTSÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim sürelerine göre Anova testi sonuçları (n=250)	40

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Sosyal Hizmet
[Yüksek Lisans Tezi]

TRAVMA BİLGİLİ BAKIM VE İKİNCİL TRAVMA: SOSYAL HİZMET UZMANLARI ÖRNEĞİ Mustafa TOPAK

Konya-2025

Travma bilgili bakım, bireyin travma geçmişinin farkında olunarak, yeniden travmatize edici yaklaşımlardan kaçınan ve güvenli ilişkiler kurmayı hedefleyen bir uygulama yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, doğrudan travma tedavisinden farklı olarak, hizmet sunumunun her aşamasında travma etkilerini göz önünde bulundurmaya esas alır. Bu çalışma kamu kurumları, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım ve ikincil travma düzeylerini ölçmeyi ve bu düzeylerin bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Nicel araştırma olarak kurgulanan bu çalışmada, ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemi, Türkiye'nin farklı şehirlerinde ikamet eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan sosyal hizmet uzmanları ile çevrimiçi anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Travma Bilgili Bakım Ölçeği (TBBÖ) ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, çevrim içi anket yöntemiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler, IBM SPSS 26.0 programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, TBBÖ ile İTSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların travma bilgili bakım düzeylerinde; cinsiyet, çalıştığı kurum ve hizmet verdiği müracaatçı grubu gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ek olarak katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinde; yaş, cinsiyet ve çalıştığı kurum gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, Sosyal hizmet uzmanlarına yönelik travma bilgili bakım eğitimleri yaygınlaştırılmalı, psikososyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Kurumlar, travma farkındalığına dayalı liderlik ve çalışma ortamları geliştirmeli; müracaatçı gruplarına özel müdahale protokolleri oluşturmalıdır. Uzmanların ikincil travmatik strese dair bilinçlenmesi sağlanmalı, öz bakım vurgulanmalıdır. Gelecek araştırmalarda ise niteliksel yöntemlerle daha derinlemesine bulgulara ulaşılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Travma, travma bilgili bakım, ikincil travmatik stres, sosyal hizmet

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Social Work
Social Work
[Master Thesis]

TRAUMA-INFORMED CARE AND SECONDARY TRAUMA: THE CASE OF SOCIAL WORKERS

Mustafa TOPAK

Konya-2025

Trauma-informed care is an approach that acknowledges individuals' trauma histories, avoids re-traumatizing practices, and aims to establish safe and supportive relationships. Unlike direct trauma treatment, this approach emphasizes considering the impacts of trauma at every stage of service delivery. This study aims to assess the levels of trauma-informed care and secondary trauma among social workers employed in public institutions, the private sector, and non-governmental organizations, and to determine whether these levels differ according to certain independent variables. Designed as a quantitative study, the research employed a relational screening model. The sample consisted of social workers residing in various cities across Turkey who voluntarily participated via an online survey. Data were collected using the Socio-Demographic Information Form, the Trauma-Informed Care Scale (TICS), and the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). The collected data were analyzed using IBM SPSS 26.0 software. According to the research findings, no significant relationship was found between TICS and STSS scores. However, significant differences in trauma-informed care levels were identified based on variables such as gender, institution of employment, and the client group served. Additionally, significant differences in secondary traumatic stress levels were found based on age, gender, and the type of institution participants were employed in. Based on these findings, it is recommended that trauma-informed care training programs for social workers be expanded, and psychosocial support mechanisms be strengthened. Institutions should foster trauma-aware leadership and work environments and develop intervention protocols tailored to specific client groups. Social workers should be supported in developing awareness of secondary traumatic stress and encouraged to prioritize self-care. Future studies are advised to employ qualitative methods to obtain more in-depth insights.

Keywords: Trauma, trauma informed care, secondary traumatic stress, social work

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoloji alanında sıklıkla kullanılan “travma” kavramının kökenleri 16. yüzyıla kadar uzanmaktadır (Wilson ve Lindy, 2013). Travma, bireyin fiziksel ve varoluşsal bütünlüğünü tehlikeye atan beklenmedik, ani veya şiddetli olaylar olarak nitelendirilir (İnci ve Boztepe, 2013). İnsan müdahalesi olmayan doğal felaketler ve salgınlar, insan eylemlerinden kaynaklanan çatışmalar, fiziksel ve cinsel şiddet ve kazalar (araç ve meslek olayları gibi) gibi olaylar veya koşullar travmatik deneyimler olarak sınıflandırılır (Aker ve ark., 2007). Yüksek iş talepleri, sağlık komplikasyonları, araç kazaları, yas, iş kaybı veya evliliğin sona ermesi de dahil olmak üzere önemli strese veya ani yaşam geçişlerine neden olan deneyimler, bireyler üzerinde önemli etkiler yaratır ve bir dizi duygusal, psikolojik veya davranışsal tepkiye neden olabilmektedir (Ramos ve Leal, 2013).

Travma, her birey için son derece öznel bir fenomeni temsil eder. Aynı travmatik olayla karşılaşan iki bireyin sergilediği tepkiler ve duygusal belirtiler önemli ölçüde değişebilir. Travmanın birey üzerindeki yansımalarının, kişiyi varlığı boyunca derinden etkilemesi muhtemeldir. Travmanın 'izlerinin' bireyi etkileme derecesi, travmanın yoğunluğuna, süresine, meydana gelme sıklığına ve bu travmaya maruz kalan bireyin gelişim aşamasına bağlıdır (Lieberman ve ark., 2011). Travmatik olaya maruz kalan birey, tehlikeli olaydan bu yana önemli bir süre geçtikten sonra bile, olayı sürekli olarak yeniden yaşama hissi yaşar, böylece günlük yaşamın normal ilerlemesini bozar (Herman, 2011). Kaçınmanın tezahürü, üzüntü uyandıran düşüncelerin, duyguların ve hatıraların kasıtlı olarak kaçınılması veya bastırılması gibi bilişsel semptomlar veya travmanın anılarını uyandırması muhtemel bireylerden ve koşullardan uzak durmayı içeren davranışsal semptomlar yoluyla gözlemlenebilir (Briere ve Scott, 2015). Tersine, istemsiz seğirme, uyku bozuklukları, sinirlilik ve konsantrasyon güçlükleri gibi semptomları kapsayan, artan uyarılma ile karakterize bir durum olabilir. Travmatik deneyimin ardından, bireyin uzun bir süre sonra bile tehditlerin potansiyel yeniden canlanması konusunda endişeli olduğu kalıcı bir uyanıklık durumu devam edebilir (Herman, 2011).

Öncü bir Fransız nörolog olan Jean Martin Charcot, histerik semptomlar sergileyen kadınlarda travma ve psikolojik bozukluklar arasındaki bağlantıyı araştırdığı ve hastalarının psikolojik deneyimlerine ilgisizliğine rağmen, özellikle histerinin etiyolojisi anlayışını fizyolojik bir temele kaydırmıştır (Brandell ve Ringel, 2019). 1970'lerden önce, travma sonrası stres bozukluğu, travmatik tepkileri önceden var olan güvenlik açıklarına atfeden hâkim

kavramlarla ayrı bir varlık olarak tanınmamaktaydı. “Büyük Stres Reaksiyonu” terimi daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından kabul edilmiş ve önemli travmatik olayların bir bireyin ruh sağlığı geçmişinden bağımsız olarak kalıcı psikolojik sıkıntıya neden olabileceği kabul edilmiştir (Güler, 2019).

1980'e gelindiğinde, DSM-III travmayı yalnızca bireysel psikolojik ve biyolojik faktörlerle değil, aynı zamanda birçok kişi için ortak olan önemli yaşam stresörlerine bir yanıt olarak kabul ederek yeniden tanımladı (APA, 1980). 1987'de revize edilmiş DSM-III, tanımını bir dizi travmatik insan kaynaklı ve doğal olayı içerecek şekilde genişletti ve bireylerin fiziksel ve psikolojik refahı üzerindeki etkisine ilişkin önceki belirsizlikleri netleştirdi (APA, 1987). DSM-IV ile, travmanın kavramsallaştırılması, belirli olayların tanımlandığı ve DSM-III'te bulunan sayısız kriterin genişletilmesiyle daha da iyileştirilmiştir (APA, 1994). 2013 yılında yayınlanan DSM-V'nin ortaya çıkmasıyla, DSM-IV tanı kılavuzunun kapsamı genişletildi. Daha önce dışlanan travmatik olaylar yeniden değerlendirildi ve revize edilmiş tanıma göre, medya kaynakları aracılığıyla travmatik görüntülere maruz kalma travma çerçevesinden çıkarıldı (Colak ve ark., 2010). Bununla birlikte, sınırlı sayıda çalışma, travmatik olayla ilgili görüntülere maruz kalma veya üzücü bilgiler, medya kuruluşlarında geçirilen süre ve ikincil travmatik stres derecesi arasında pozitif korelasyonlar tespit etmiştir (Perez ve ark., 2010).

Travma bilgili bakım, kendisini etkili uygulama için özel klinik eğitim ve gözetim gerektiren travma odaklı metodolojilerden ayırır; yine de bu travma odaklı metodolojilere tamamlayıcı bir yaklaşım görevi görür. Travma bilgili bakım, travmaya maruz kalma ile ilişkili semptomların tanımlanmasını, travmanın etkilerinin değerlendirilmesini ve bireylerin uygun travma odaklı müdahalelere sevk edilmesini kapsar (Mersky ve ark., 2019).

Son otuz yılda, travma bilgili bakım paradigması, çeşitli teorik çerçeveleri ve yenilikleri entegre ederek ilerledi. Şu anda, ruh sağlığı tesisleri, madde bağımlılığı tedavi merkezleri, çocuk refahı kuruluşları, eğitim kurumları ve ceza adaleti sistemi gibi çeşitli ortamlarda uygulanmaktadır (Cohen ve ark., 2012). Yaygın uygulamasına rağmen, travma dayalı bakım evrensel bir çözüm olarak kabul edilemez. Müdahaleler her zaman müracaatçının özel koşullarına göre uyarlanmalıdır. Cinsiyet ve travmanın doğası gibi faktörler, uygun müdahale stratejisini şekillendirmede kritik belirleyicilerdir (Kelly ve ark., 2014).

İkincil travma, doğrudan travmatik olaylarla veya alternatif farkındalık araçlarıyla karşılaşan bireylerin deneyimlerini gözlemlemekten kaynaklanan psikolojik etkiyi ifade eder

(APA, 2014). Bu fenomen, travma geçirenlerle etkileşime giren bireyler tarafından olumsuz duygusal ve işlevsiz bilişsel durumların iletilmesini ve asimilasyonunu gerektirir (Motta, 2008). Özen (2018) travmatik olayların ardından destek hizmetleri sunan bireylerin birincil travmada gözlenenlere benzer semptomlar yaşayabileceğini öne sürmektedir. Semptom açısından, terapistler müracaatçılarıyla aynı travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının bazılarını sergilemeye başlayabilirler. Spesifik olarak, terapistler, müracaatçılarından türetilen müdahaleci düşünceleri veya görüntüleri, üzücü duygusal tepkileri, duygusal kopmayı, artan kaygıyı ve başkalarına karşı kişisel güvenlik ve güven algılarındaki değişiklikleri kapsayabilen travma sonrası stres bozukluğunun belirli tezahürlerine benzer semptomlar gösterebilir (Ringel ve Brandell, 2012).

İkincil travma ile karşılaşan sosyal hizmet uzmanları hem fiziksel hem de psikolojik açıdan çok yönlü zorluklarla karşılaşır. Bu olumsuzluklar, çalıştıkları kurum veya kuruluşlar için de zararlı etkiler yaratır. Bu tür zararlı sonuçlar, iş verimliliğinin azalması, devamsızlığın artması, istifa eğilimi, kalıcı sağlık sorunları, kronik yorgunluk, enerji tükenmesi ve beslenme alışkanlıklarının bozulması gibi konuları içerir. Bu komplikasyonlar, sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılara yüksek kaliteli hizmet sunma becerilerini engeller ve sosyal hizmet girişimlerinin planlanması ve yürütülmesinde rahatsızlıklara neden olur (Çetinkaya Büyükbodur, 2018).

Bu bağlamda bu araştırmanın amacı, kamu kurumları, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgisi bakım ve ikincil travma düzeylerini ölçmeyi ve bu düzeylerin bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Travma Kavramı

Travma terimi, yara anlamına gelen Yunanca “τράυμα” sözcüğünden türetilmiştir (Moskowitz ve ark., 2018). İngilizce tıp sözlüğündeki ilk uygulaması, özellikle “fiziksel yara” olarak adlandırıldığı 1600'lere kadar izlenebilir (Hemmings, 2008). Başlangıçta, travma terimi, dış faktörlerden kaynaklanan doku veya cildin bozulması gibi vücudun maruz kaldığı bedensel yaralanmaları ifade etmek için kullanılmıştır (Figley ve ark., 2017). Bununla birlikte, zaman ilerledikçe, travma kavramı iki baskın kategoriye ayrılmıştır: genel olarak fiziksel travma ve psikolojik travma (Kerig ve ark., 2012). Fiziksel travma, bir kişinin bedensel bütünlüğünü tehlikeye atan veya tehlikeye atan bedensel yaralanmalar veya zarar olarak karakterize edilir. Bu tür travma tipik olarak ani ve yoğun bir etkiden kaynaklanır ve genellikle acil tıbbi müdahale gerektirir (Richmond ve ark., 2000). Psikolojik travma ise, genellikle öngörülemeyen ve agresif olaylardan kaynaklanan, bireyin duygusal ve zihinsel refahını derinden etkileyen bir durumu temsil eder. Bu travma şekli, bir kişinin psikolojik durumunu ve günlük işleyişini önemli ölçüde bozabilir (Jones ve Wessely, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1995) travmayı kazalar, doğal felaketler, yangınlar, cinsel saldırı, kötü muamele, gasp, yakın bir bireyin aniden ölümü, yaşamı tehdit eden tıbbi durumlar, savaş, aldatma, ölen bir kişiye tanıklık etmek ve yaralanan veya öldürülen birini gözlemlemek gibi olaylardan kaynaklandığını ifade etmektedir. Ayrıca tehditler, terörizm, fiziksel saldırganlık veya saldırı, evliliğin çözülmesi ve terk edilmesi gibi olaylarla tanınmıştır. Bu tanım, bireylerin yaşadığı psikososyal yansımalarından ziyade somut eylemleri vurgular.

DSM-5'te (2014) belirtildiği gibi, travma, ölüm, yaralanma, cinsel şiddet veya tehditleri içeren olaylarla doğrudan yüzleşmenin yanı sıra bu tür olayların gözlemlenmesi, yakın bir ilişkiyle ilgili bu olaylarla ilgili bilgi edinme ve benzer olaylara tekrarlayan maruz kalma olarak kavramsallaştırılır. Bu tür karşılaşmaların bireyin fiziksel, duygusal, sosyal veya ruhsal sağlığı üzerinde önemli yansımaları olabilir (Crosby, 2015). Travma ile karakterize edilen deneyimler, bireylerin etkili uyarlanabilir başa çıkma stratejileri kullanmasını engelleyen, çaresizlik duygularına ve kontrol eksikliğine yol açan atipik olaylardır. Bu tür senaryolar, olayların gözlemcilerinde karşılaştırılabilir tepkiler ortaya çıkarabilir ve özellikle bu bağlamlarda destek hizmetleri sunanlar üzerinde zararlı etkilerin olduğu öne sürülmektedir (Özen, 2018).

Ruppert (2021) travma kavramını, bireylerin refahlarına yönelik algılanan bir tehdidi fark ettikten sonra kullandıkları yetersiz stres yönetimi tekniklerinin hızlandırdığı yüksek stres seviyeleri ile eşzamanlı olarak ortaya çıkan bir durum olarak karakterize eder. Türksoy (2003) psikolojik travmayı kişinin doğasında bulunan kırılganlıklarının tanınması olarak nitelendirmektedir. Travma deneyimi sırasında, birey karşı koyamadığı ezici bir güç tarafından etkisiz hale gelir ve bunun sonucunda travmatik olayın ortaya çıkması, bireyin yerleşik başa çıkma mekanizmalarının etkinliğini bozar. Braga ve ark. (2008) travma, öngörülemeyen ve sıklıkla şiddetli olaylardan kaynaklanan bir bireyin fiziksel veya psikolojik refahını tehlikeye atan veya bozan bir durum oluşturduğunu ifade eder. Briere ve Scott (2015) ise “Travma, önemli bir tehdit veya zarardan kaynaklanan fiziksel veya psikolojik bir sıkıntı halidir. Yoğun stres, korku ve güçsüzlük hissi travmatik tepkilere yol açar” diye açıklamaktadır. Tersine, Herman (1992) travmayı şu şekilde tanımlamaktadır: “Travma, kişinin yaşamı, fiziksel bütünlüğü veya psikolojik varlığı için önemli bir tehdide maruz kalma deneyimidir. Bu deneyim, derin bir terör, iktidarsızlık ve korku duygusu ile işaretlenmiştir. Amerikan Psikoloji Derneği (APA, 2013) şunları belirtir: “Travma, gerçek veya algılanan ölüm, ciddi yaralanma veya fiziksel bütünlüğe yönelik tehditleri içeren bir deneyimdir. Bireyin tepkisi derin korku, çaresizlik veya dehşet duygularıyla karakterizedir. Bireyin standart başa çıkma mekanizmalarını aşan travmatik olaylar, derin stres ve huzursuzluk yaratır.

Travma hem fiziksel hem de psikolojik sonuçları kapsayan çok yönlü bir deneyimi temsil eder ve bireyin hayatını çeşitli şekillerde etkileyebilir. Çok sayıda birey hayatlarının çeşitli noktalarında travmatik deneyimlerle karşılaşır (Atwoli ve ark., 2015). De Thierry (2015) travmayı birkaç kategoriye ayırır: akut, tekrarlayan ve uzun süreli kronik ve ayrıca tek bir olaydan kaynaklanan çoklu travmatik olayların eşzamanlı deneyimini içeren karmaşık travmalar. McNally (2005) Travmatik bir olay, bir bireye korku aşıl原因 ve bir dizi psikolojik semptomu ortaya çıkaran herhangi bir olay olarak tanımlanır.

Travma hem tıbbi hem de psikolojik merceklerle incelenir. Tıbbi olarak travma, vücuda verilen fiziksel zararı ifade eder; psikolojik olarak, bireyin zihinsel dengesini bozan, dayanıklılığını azaltan ve genel işleyişini engelleyen önemli bir duygusal yaralanma olarak görülür (Ruppert, 2014). Travma, bir kişinin algılanan tehditlere tepki olarak sergilediği duygusal ve bedensel tepkilerle karakterizedir. Bu tür tepkiler bir kargaşa durumuna ve öz düzenleme kaybına neden olabilir, bireyin geleceğine olan güvenini baltalayabilir ve travmatik bir tepki döngüsü başlatabilir. Travmatik olaylara bireysel tepkiler büyük ölçüde farklılık

gösterebilir. Bu olaylar, bir kişinin başa çıkma mekanizmalarına meydan okuyabilir ve potansiyel olarak depresyon, anksiyete, psikolojik sıkıntı ve travma sonrası stres bozukluğu dahil olmak üzere ciddi psikolojik durumların gelişmesine yol açabilir (Duman, 2018).

Travmatik deneyim kategorileri, çocukluk döneminde duygusal, cinsel ve fiziksel istismarın yanı sıra hem fiziksel hem de duygusal yoksunluk ile karakterize çocuk ihmalini içeren çocuk kötü muamelesini kapsar. Ek olarak, savaştan bağımsız olarak meydana gelen ancak önemli kayıplar ve yaralanmalara neden olan büyük ölçekli doğal felaketler de dahil edilmiştir. Bu aynı zamanda havacılık kazaları, tren raydan çıkmaları, deniz olayları, ağır yanık yaralanmaları ve yangından kaynaklanan kronik fiziksel yansımalar, araç çarpışmaları, cinsel şiddet, bilinmeyen kişilerin saldırıları, yakın partnerlerden saldırgan davranışlar, zorla seks işçiliği, işkence eylemleri, silahlı çatışmalar, başka bir kişinin intiharına tanık olmak veya yaşamı tehdit eden bir bozukluğu keşfetmek, tanıklık etmek veya tıbbi bozuklukları keşfetmek, tanıklık etmek veya öğrenmek gibi kapsamlı ulaşım felaketleri ile de ilgilidir (Briere ve Scott, 2016). Ayrıca, yaşlılar yakın akrabalarının kaybı, sosyal geçişler, emeklilik, azalan sağlık, varoluşsal ikilemlerle boğuşma, işlevsiz veya patolojik ailesel ilişkiler veya duygusal, fiziksel, cinsel ve/veya madde bağımlılığında kaynaklanan sorunlar gibi stresli koşullarla karşılaşabilir. Hem yetişkin hem de genç ailesel dinamiklerle ilgili stresörlere uzun süre maruz kalma da travmatik deneyimlerin en çarpıcı örneklerindedir (Kuczynska ve Widera-Wysoczanska, 2016).

Travmatik deneyimler geniş bir yelpazede kendini gösterir. Değerlendirilen olaylar arasında istismar, şiddet, ihmal, yas, kazalar, doğal felaketler, savaş ve diğer psikolojik olarak üzücü olaylar yer alır. Bu tür deneyimler bireyin fiziksel ve zihinsel iyiliğine önemli zarar verme potansiyeline sahiptir (Öztürk ve Derin, 2020). Örneğin, ilk çocukluk yıllarında istismar veya ihmale katlanan bireyler, bu travmatik deneyimlerin olumsuz sonuçlarını yetişkin yaşamlarına taşıyabilirler. Aynı şekilde, doğal afetler veya çatışmalar gibi travmatik olaylara tanık olan bireylerde kalıcı psikolojik zorluklar ortaya çıkabilir (Özen, 2018). Travmanın etkisi, bireyin başa çıkma stratejilerine, sosyal destek ağlarının sağlamlığına ve aldıkları profesyonel müdahalenin kapsamına bağlıdır. Ek olarak, travmatik olayların yoğunluğu ve süresi travmanın derinliğinin kritik belirleyicileridir. Uzun süreli ve şiddetli travmatik deneyimler sıklıkla daha derin psikolojik yaralara neden olabilir (Hogan ve ark., 2002). Ayrıca travmanın ortaya çıktığı gelişim aşaması da öneme sahiptir. Çocukluk ve ergenlik gibi önemli gelişim aşamalarında

meydana gelen travma, bireyin genel gelişimi üzerinde kalıcı yansımalara sahip olabilir (Karal ve Atak, 2022).

2.2. Travma Bilgili Bakım

Travma bilgili bakım, travma öyküsü olan bireylerle ilgilenen uygulayıcıların travma kavramı hakkında kapsamlı bir anlayışa sahip olmalarını gerektirir. Ayrıca, bu uygulayıcılar travmanın danışanlarının deneyimleri ve davranışları üzerindeki yansımalarının farkında olmalıdır (Güneş Aslan, 2022). Travma bilgili bakım, kendisini etkili uygulama için özel klinik eğitim ve gözetim gerektiren travma odaklı metodolojilerden ayırır; yine de bu travma odaklı metodolojilere tamamlayıcı bir yaklaşım görevi görür. Travma bilgili bakım, travmaya maruz kalma ile ilişkili semptomların tanımlanmasını, travmanın etkilerinin değerlendirilmesini ve bireylerin uygun travma odaklı müdahalelere sevk edilmesini kapsar (Mersky ve ark., 2019).

Bireyler olumsuz yaşam deneyimlerine eşit şekilde yanıt vermediğinden, travma bireyler arasında farklı şekilde kendini gösterir. Bazı bireyler son derece üzücü olaylara katlandıktan sonra bile etkilenmeden kalabilirken, bu tür olayları gözlemleyenler daha yüksek etkiler yaşayabilir. Travmatik tepkilerin tezahürü derinden bireyselleştirilir ve çok sayıda faktörden etkilenir. Travma bilgili bakımda profesyoneller tarafından kullanılan metodoloji, travmatik deneyimin uzun vadeli yansımalarının yörüngesini önemli ölçüde etkiler (Wilson ve ark., 2013). Son otuz yılda, travma bilgili bakım paradigması, çeşitli teorik çerçeveleri ve yenilikleri entegre ederek ilerledi. Şu anda, ruh sağlığı kuruluşları, madde bağımlılığı tedavi merkezleri, çocuk refahı kuruluşları, eğitim kurumları ve ceza adaleti sistemi gibi çeşitli ortamlarda uygulanmaktadır (Cohen ve ark., 2012). Yaygın şekilde uygulamasına rağmen, travma bilgili bakım evrensel bir çözüm olarak kabul edilemez. Müdahaleler her zaman bireysel danışanın özel koşullarına göre uyarlanmalıdır. Cinsiyet ve travmanın doğası gibi faktörler, uygun müdahale stratejisini şekillendirmede kritik belirleyicilerdir (Kelly ve ark., 2014).

Travma bilgili bakım ve travma çözme tedavisi arasında paralellikler olsa da ikisi arasındaki ayrımlar önemlidir. Travma bilgili müdahaleler, çok sayıda danışan için özel tedavinin öncüsü olarak hizmet edebilir. Travma bilgili bakıma dayanan uygulamalar, travmatik öyküsü olan danışanların üzücü deneyimlerini dile getirmelerine yardımcı olur ve böylece kaygı seviyelerini hafifletir. Bu, daha sonra, müracaatçıların duygularını ve davranışlarını daha etkili bir şekilde yönetmelerini kolaylaştırır. Geleneksel teorilerin ve tedavi yöntemlerinin aksine, Travma Bilgili Bakım, herhangi bir terapötik yaklaşımın yanı sıra ruh sağlığı çalışanları tarafından kullanılabilir. Bu çerçeve travmadan etkilenen bireylerin davranış

ve başa çıkma stratejilerinin yanı sıra travmatik olaylardan kaynaklanan komplikasyonları kavramayı amaçlamaktadır. Travma Bilgili Bakım, problem odaklı olandan ziyade çözüm odaklı bir duruş benimser (Tekin ve Başer, 2021).

Travma bilgili bakım üzerine araştırmalar, travmanın bireyler ve sistemler üzerindeki yaygın etkisini ele almayı amaçlayan sağlık ve eğitim ortamlarında dönüştürücü bir çerçeve olarak giderek tanınması nedeniyle kritik bir araştırma alanı olarak ortaya çıkmıştır (Chin ve ark., 2024). 1990'larda kavramsal ortaya çıkışından bu yana travma bilgili bakım, klinik tedavi odağından eğitim sağlayıcı sistemik müdahaleleri kapsayan kapsamlı bir yaklaşıma dönüşmüştür (Berring ve ark., 2024). Travma bilgili bakımın önemi, çocukların %30'una kadarının uzun vadeli sağlık, davranışsal ve eğitim eşitsizlikleriyle ilişkili olan olumsuz çocukluk deneyimleri yaşadığını gösteren epidemiyolojik verilerle vurgulanmaktadır (Bellamy ve ark., 2022). Bu paradigma değişimi, bireyleri daha iyi hale getirmek, travmayı yeniden deneyimlemelerini azaltmak ve kültürel olarak duyarlı ortamları teşvik etmek için pratik öneme sahiptir (Oral ve ark., 2020).

Travma bilgili bakım uygulaması, yaygın olarak bilinmesine rağmen çeşitli bağlamlarda tanımsal netlik ve etkinliğin değerlendirilmesi ile ilgili zorluklarla karşı karşıya kaşmaktadır (Bargeman ve ark., 2022). Çeşitli bakış açıları, travma bilgili bakımın sistemik reformlara karşı bireysel düzeydeki müdahalelere ne ölçüde öncelik vermesi gerektiğini tartışırken, bazı eleştiriler ırksal eşitliğe ve kültürel duyarlılığa yetersiz ilgiyi vurgulamaktadır (Onipede ve ark., 2024).

Bu incelemeye rehberlik eden kavramsal çerçeve, travma bilgili bakımı, travmanın yaygınlığını ve etkilerini kabul eden, güvenliği ve güçlendirmeyi teşvik eden ve kültürel alçakgönüllülük ve eşitlik ilkelerini bütünleştiren örgütsel ve sistemik bir yaklaşım olarak tanımlar (Bargeman ve ark., 2022).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı bünyesinde bir bölüm olan Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA), travma bilgili bakımla ilgili çeşitli yönergeler oluşturmuştur. 1992 yılında kurulan SAMHSA, finansman, programlar ve önleme ve tedavi için temel kaynaklar yoluyla toplumsal etkilerini azaltırken ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sorunlarını ele alarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bireylerin ve ailelerin davranışsal sağlığını geliştirmeye kendini adanmıştır (SAMHSA, 2021).

SAMHSA, travma bilgili bakım için önerilen çerçevesini uzun bir süre boyunca geliştirmiştir. Bu hedefin peşinde, çeşitli hizmet sektörlerinden travmaya odaklanan bakıcıları, travma tedavisinde uzmanlığa sahip uzmanları, travma ile ilgili çalışmalar veya travma merkezli uygulamalarla uğraşan araştırmacıları ve davranışsal sağlıkta politika yapıcıları içeren bir sempozyum düzenledi. Daha sonra, bu sempozyumdan elde edilen içgörülerini özetleyen bir çalışma belgesi, travma alanında araştırma yapan çeşitli ulusal kurumlara dağıtıldı. Bu belge, kurumun web sitesinde kamuya açık hale getirildi ve tüm toplumsal kesimlerden geri bildirim aldı. Toplamda yirmi binden fazla kişi, SAMHSA tarafından kapsamlı bir şekilde gözden geçirilen ve revize edilmiş bir belgeyle sonuçlanan iki binden fazla yorum yaptı. Bu şekilde hem travma öyküsü olan bireyler hem de travma ile ilgili araştırmacı ve pratik anlayışlara sahip olanlar travma bilgisine sahip bir yaklaşımın formülasyonuna katkıda bulunmuştur. SAMHSA, travma bilgili çerçevenin travmaya özgü hizmet ve sistemlerden farklı olduğunu altını çizdi, çünkü değerlendirme, tedavi ve iyileştirme destekleriyle ilgili travmaya özgü müdahaleleri entegre ederken, travmaya özgü hizmet ve sistemlerden farklı olduğunu vurguladı. Sonuç olarak, travma bilgili yaklaşım, daha geniş sistemin her düzeyinde faaliyet gösteren kuruluşların veya bireylerin, travmanın bireyleri ve çevrelerini nasıl etkilediğine dair bir anlayışa sahip olmalarını ve böylece kuruluşun politikalarını travmanın varlığını kabul etmek ve tekrarını azaltmak için yapılandırmasını gerektirir. Travma bilgili bakım konusundaki girişimleri aracılığıyla SAMHSA, davranışsal sağlık hizmetleri sektörlerine ve bireylerin travmatik deneyimleri yönetmelerine yardımcı olabilecek diğer alanlara uyarlanabilir bir çerçeve oluşturmaya çalışmıştır (SAMHSA, 2014).

2.3. İkincil Travma

İkincil travmatik stres ve travma sonrası stres bozukluğunun anlaşılması, stresin içsel özelliklerinin incelenmesini gerektirir. Stres, bireyin fiziksel ve sosyal çevresinin sunduğu zorlu koşulları yönetme çabası olarak kendini gösterir; bu süreçte birey hem fizyolojik hem de psikolojik sınırları test eden bir mücadeleye girer (Cüceloğlu, 1994). Eşzamanlı olarak stres, bireyin dengesini bozan herhangi bir olaya veya duruma temel bir tepkisi olarak karakterize edilir. Bu temel kavrama, ikincil travmatik stres ve travma sonrası stres bozukluğunun ortaya çıkma mekanizmalarını aydınlatır (Margaret, 1989). DSM-V tarafından tanımlandığı gibi ikincil travma, “kişisel olarak travmatik bir olaya katlanıp yaşamadıklarına bakılmaksızın, bir başkasının travmatik deneyimlerinin gözlemlenmesi veya işitsel olarak alınması nedeniyle bir bireyde travmatik stres tepkisinin tezahürünü” ifade eder. Bu, bireyin travmanın yansımalarını dolaylı bir şekilde deneyimlediğini gösterir (APA, 2013).

İkincil travma, doğrudan travmatik olaylarla veya alternatif farkındalık araçlarıyla karşılaşan bireylerin deneyimlerini gözlemlemekten kaynaklanan psikolojik etkiyi ifade eder (APA, 2014). Bu fenomen, travma geçirenlerle etkileşime giren bireyler tarafından olumsuz duygusal ve işlevsiz bilişsel durumların iletilmesini ve asimilasyonunu gerektirir (Motta, 2008). İkincil travmatik stresin yapısı, doğrudan üzücü deneyimler yaşamış başkaları aracılığıyla travmatik bir olayla karşılaşan bireylerin sergilediği duygusal tepkiler veya davranışlar olarak karakterize edilir. Bu tanımın parametreleri dahilinde, travmadan kurtulan kişiye yakın olmaktan ve olay sırasında travmatik olayı gözlemlemekten kaynaklanan stres ile travmatik olaya doğrudan maruz kalmadan veya etkilenen bireye yardım sağlamadan mağdurların anlatılarını dinleme eylemi ikincil travmatik stres çerçevesinde kapsamaktadır (Figley ve Kleber, 1995). Bu kavramsallaştırma çeşitli yönleri kapsar. İlk yönü, söz konusu kişinin travmatik olayla ilk elden değil, dolaylı olarak karşılaşması ve TSSB semptomlarının tezahürüne yol açmasıdır. Diğer bir husus, kişinin sosyal çevresi içindeki önemli bireylerin, özellikle travmadan etkilenen bireyle yakın ilişkileri paylaşanların bu semptomları sergilemesidir (Can, 2024).

İkincil travmatik stres, başka bir bireyin üzücü ve acı verici deneyimlerinin farkındalığından kaynaklanan duygusal bir tepki oluşturur (Lerias ve Byrne, 2003). Travmatik olayın kurbanıyla yakından ilişkili olan bireyler, dolaylı olarak bu travmanın etkilerinden muzdarip olabilir ve bu da ikincil mağduriyet olarak adlandırılan şeye yol açabilir (Figley, 1995). Lombardo ve Eyre (2011), ikincil travmatik stresin fiziksel, duygusal ve ruhsal boyutları içeren çok yönlü bir yorgunluk biçimini kapsadığını iddia eder. Travma sonrası stres bozukluğu bağlamında, travma yaşamış bireylerin hissettiği belirgin korku ve çaresizlik duygularının altını çizerken, ikincil travmatik stres, genellikle anlatılarından veya başkalarının deneyimlerine ilişkin gözlemlerinden kaynaklanan travmanın kendisine doğrudan maruz kalmadan ortaya çıkan bir fenomen olarak kabul edilir (Zimering ve ark., 2003). Travma sonrası stres bozukluğunun tezahürleri ve ikincil travmatik stres ile ilişkili olanlar dikkate değer benzerlikler sergiler. İkincil travmadan mustarip bireyler ayrıca travmatik deneyimin tekrarlayan yeniden yaşanması, travmaya bağlı uyarılardan sürekli kaçınma, önemli aktivitelere olan ilginin azalması veya bunlarla etkileşim, duygusal uyuşma ve artan fizyolojik uyarılma gibi semptomlar sergiler (Bride ve ark., 2004).

İkincil travma olgusu, aile üyeleri ve önemli diğerleri hariç olmak üzere doğrudan travma ile ilgilenen çeşitli profesyonel meslek gruplarını belirgin şekilde etkiler. Bu meslek

kategori, diğerlerinin yanı sıra travmayı ele alan ruh sağlığı pratisyenlerini, acil m¼dahale ekiplerini, sosyal hizmet çalışanlarını ve arama kurtarma personelini kapsar. Yukarıda bahsedilen meslek grupları, travmatik deneyimler yaşamış ve profesyonel olarak bu mağdurlara yardım etmekle y¼k¼ml¼ olan bireylerle doğrudan etkileşimler s¼rd¼r¼r. Bu yakınlık, yardım taahh¼d¼ ve empatik bir eğilim ile birleştiğinde, ikincil travmatik stresin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (Catherall, 2007). Ayrıca, travmatik olaydan etkilenenlerle doğrudan iletişim veya yakınlığı olmayan bireyler, medyada yer alan travmatik deneyimlerin ayrıntılarına maruz kaldıklarında ikincil travmatik stres belirtileri g¼sterebilirler (Yılmaz ve Nesrin, 2007). Araştırmalar, ikincil travmaya maruz kalanlar ile doğrudan travma yaşamış olanlar arasında travma sonrası stres tepkilerinde ¼nemli bir fark olmadığını g¼stermekte ve her iki grup tarafından ortaya çıkan stres tepkilerinin benzer olduğunu iddia etmektedir (Bride ve ark., 2004).

İkincil travmatik stres ve travma sonrası stres bozukluğu, bireyin varlığını ¼nemli ¼l¼de etkileyebilecek ¼nemli psikolojik zorlukları temsil eder. Bu iki koşul arasındaki birincil ayırım, travma katılımının modalitesinde yatmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu, bir birey doğrudan travmatik bir olaya maruz kaldığında ortaya çıkar. Tersine, ikincil travmatik stres, bir birey olayla doğrudan karşılaşmadan başkalarının travmatik deneyimlerini g¼zlemledięinde veya duyduğunda ortaya çıkar. ¼rneęin, travma sonrası stres bozukluğu savaştaki deneyimlerden kaynaklanabilirken, bu bozukluktan etkilenen bireylere yardımcı olan sağlık uzmanları, dolaylı travmaya maruz kalmaları nedeniyle ikincil travmatik stresle karşılaşabilirler (Galovski ve Lyons, 2004).

İkincil travmatik stres, bu alanda faaliyet g¼steren profesyonellerin kapsamlı ruh sağlığı ¼zerinde fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal yansımalar g¼sterebilir. Bu t¼r yansımalar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili semptomlara benzer şekilde kategorize edilebilen semptomlar olarak ortaya çıkabilir (APA, 2013). Bu tezah¼rler travmanın yeniden deneyimlenmesi, ¼z¼c¼ bir olaya ilişkin istemsiz d¼ř¼nceler ve anılar, tekrarlayan r¼yalar, geri d¼n¼řler ve bireyin olayın bir kez daha meydana geldiğini hissettiği bilişsel izinsizler, olayı hatırladıktan sonra artan kalp atış hızı, olayla ilgili derin duygusal tepkilerin yanı sıra sığ solunum veya terleme gibi fizyolojik reaksiyonları kapsar. Kaçınma, işe katılma isteksizliği, rahatsız edici m¼dahaleci d¼ř¼ncelerden, anılardan, duygulardan, m¼racaatılardan, diyaloglardan ve travmatik olayı anımsatan durumlardan kaçınma gibi davranışlarla kanıtlanır. Ařır¼ uyarılma semptomları, ¼fke atakları, sinirlilik, uyku d¼zenindeki bozukluklar,

konsantrasyonu sürdürmedeki zorluklar, artan ürkme tepkileri, saldırgan eğilimler, pervasız ve kendini sabote eden davranışların yanı sıra yorgunluk ve baş ağrıları gibi belirtilerle karakterizedir. Nihayetinde, olumsuz bilişsel kalıplar ve inançlarla ilişkili semptomlar, kronik kendini suçlama, başkalarından kopma duyguları, stresi etkili bir şekilde yönetememe, nesnellik kapasitesinin azalması, travmatik deneyimin yönlerini hatırlamadaki zorluklar ve daha önce değer verilen faaliyetlere ilgisizlik olarak tanımlanabilir (Newell ve MacNeil, 2010).

Travmadan etkilenen önemli bir olayın ön saflarında yer alan mesleki faktörler, ikincil travmadan kurtulanlar olgusunu temsil eder. Doğrudan travmatik deneyimlerle karşılaşmış bireylerin sergilediklerine benzer tezahürler bu ikincil hayatta kalanlarda da gözlemlenebilir (Volkan, 2009). İkincil travmatizasyon durumlarında, profesyonel çabalara, kişilerarası ilişkilere veya diğer kritik işlev alanlarına nüfuz eden klinik sorunlar veya bozukluklarla karşılaşılabilir. Sonuç olarak, işyeri çatışmasındaki bir tırmanma, artan devamsızlık, meslektaşlara karşı azalmış empati, travmaya bağlı sıkıntı, sosyal desteğin azalması, etkisiz başa çıkma stratejileri ve işlevsel kapasitenin bozulması gibi yansımalara neden olur (Doğan, 2021).

İkincil travmatik stres, başkalarının yaşadığı travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalan bireylerde travma sonrası stres bozukluğunun tezahürünü ifade eder (Plouffe, 2015). Özen (2018) travmatik olayların ardından destek hizmetleri sunan bireylerin birincil travmada gözlenenlere benzer semptomlar yaşayabileceğini öne sürmektedir. Semptom açısından, terapistler müracaatçılarıyla aynı travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının bazılarını sergilemeye başlayabilirler. Spesifik olarak, terapistler, müracaatçılarından türetilen müdahaleci düşünceleri veya görüntüleri, üzücü duygusal tepkileri, duygusal kopmayı, artan kaygıyı ve başkalarına karşı kişisel güvenlik ve güven algılarındaki değişiklikleri kapsayabilen travma sonrası stres bozukluğunun belirli tezahürlerine benzer semptomlar gösterebilir (Ringel ve Brandell, 2012).

Bride ve ark. (2014) tarafından yürütülen araştırmaya göre, ikincil travmatik stres, yardım etme eyleminden veya sıkıntıda bir bireye yardım etme arzusundan kaynaklanan mağdura yönelik derin empati, şefkat ve keder duygularıyla karakterizedir. Örneğin, terapistler, acil müdahale ekipleri ve itfaiyeciler gibi profesyonel gruplar travmatik olaylar sırasında sıklıkla müdahalelere girerler. Mağdurun travma anlatısının alıcısı olan veya mağdurun durumunu gözlemleyen personel, travmatik olayı beklenmedik bir şekilde hatırlayabilir veya üzerinde düşünebilir. Sonuç olarak, bireyler dikkat dağınıklığı ve uyku bozuklukları yaşamının

yanı sıra travma ile ilişkili kişi ve çevreden çekilme eğilimi gösterebilir. Tersine, genelleştirilmiş kaygı, umutsuzluk, sosyal geri çekilme ve tükenme gibi senaryolarda da tezahür edebilir (Nelson-Gardell ve Harris, 2003). Travma mağduru ile belirgin özdeşleşme, ikincil travmatik stresin ortaya çıkmasına katkıda bulunan önemli bir faktördür (Miller, 1998).

Travmatik deneyimlerin ortaya çıkması, olaya katlanan mağdurda olumsuz duygusal tepkilere neden olur, bu da yönetilmesi zor olduğunu kanıtıyor ve etkilenen bireylerde psikolojik değişikliklere neden olduğu kanıtlanmıştır. Sonuç olarak, kurbanların anlatılarıyla rutin olarak ilgilenen çeşitli alanlardaki profesyoneller de derin duygusal tepkilere duyarlı hale gelir. Empatiye dayanan meslek grupları arasında ikincil travmatik stresin sıklıkla gözlemlendiği açıktır. Korku, ıstırap ve sıkıntı açıklamalarını dikkatle özümseyen ruh sağlığı uzmanları, müracaatçılarının deneyimlerine yakından paralel olan ıstırap, korku, öfke, üzüntü ve endişe gibi duygularla karşı karşıya kalırlar. Buna göre, travmatize olmuş bireylere yardımcı olan ruh sağlığı pratisyenleri, destek sürecinde karşılaşılanlardan ve diğer müracaatçılarıyla ilgili görüşmelerden farklı bir dizi zorlukla karşılaşılırlar. Bu, destekleyici davranışlarda yer alan profesyonelin travma ile bağlantılı duygusal olarak üzücü ve derinden rahatsız edici görüntülere maruz kalması gerçeğine atfedilebilir (Kavaklılar, 2023).

Çağdaş araştırmalarda, travmatizasyonun sadece travmatik bir olayı deneyimlemenin doğrudan bir sonucu olarak değil, aynı zamanda başkalarının travmatik deneyimlerinin farkındalığı yoluyla da ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Birincil travmatik stres, travmatik olaya ilk elden tanık olan bireylerin karşılaştığı korku ve çaresizlik duygularıyla ilgilidir, ikincil travmatik stres, başlangıçta travmatik bir olay yaşayanların hesapları yoluyla travmaya dolaylı maruz kalmayı kapsar. Ampirik çalışmalar, doğrudan travmatik karşılaşmaların ortaya çıkardığı travma sonrası stres bozukluğu semptomları ile ikincil travmatik stresin göstergesi olanlar arasında önemli paralellikler ortaya koymuştur (Var ve Çetinkaya, 2017). Müdahaleci hatıralar, üzücü görüntüler, artan duyarlılık, tetikleyicilerden kaçınma, fonksiyonel bozukluklar ve olumsuz duygusal durumlar gibi birincil maruziyete benzer semptomlar, ailevi, sosyal bağlamlar yoluyla veya profesyonel terapötik görevler alanında travmaya dolaylı maruz kalmaktan ortaya çıkabilir (Bride, 2012). Bazı bilimsel araştırmalar, örgütsel unsurların çalışanlar arasında ikincil travmatizasyonun baskın göstergeleri olarak hizmet ettiğini göstermiştir (Regehr ve ark., 2004). Bu fenomene katkıda bulunan faktörler arasında işle ilgili tükenme, vaka yükü talepleri, denetçilerden ve meslektaşlardan yetersiz destek, gerekli

kaynakların eksikliği ve işle ilgili kararlar ve eylemler için kişisel hesap verebilirlik üstlenme yükümlülüğü yer alır (Osofsky ve ark., 2008).

2.3.1. İkincil travmatik stres belirtileri

Doğrudan travmatik deneyimlere katlanan bireylerin yanı sıra, bu tür travmalardan etkilenenlere yardım sağlamakla uğraşan profesyonel uygulayıcılar, travma sonrası stresin karşılaştırılabilir tezahürlerini gösterir. Kaçınma davranışlarını, aşırı uyarılmayı ve travmanın yeniden deneyimlenmesini kapsayan bu belirtiler hem birincil hem de ikincil travma bağlamlarında sıklıkla gözlenir (Krande, 2019). İkincil travmatik stres semptomlarının olumsuz etkileri, bireylerin kişisel alanlarının ötesine geçerek travma mağdurlarını destekleyenlerin profesyonel ortamlarına sızar. İkincil travmatik stres göstergeleri sergileyen bazı yardım görevlilerinde empati kapasitesinin azalmasıyla birlikte belirli hastalara karşı çekingen ve kaçınma gibi semptomlar ortaya çıkabilir (Gates ve Gillespie, 2008). Dolaylı travmaya maruz kalmaktan kaynaklanan ikincil travmatik stresin tezahürleri öncelikle şu şekilde tanımlanabilir: müracaatçısının anlattığı travmatik olayları bir kez daha meydana geliyormuş gibi yeniden yaşamak veya tekrarlayan üzücü rüyalar görmek, mağdurun maruz kaldığı travmanın unsurlarını sembolize eden veya benzeyen uyanlarla karşılaşıldığında önemli bir endişe yaşamak ve bireyin yaşadığı travmayı anımsatan düşünce ve durumlardan aktif olarak kaçma arzusu olarak kendini göstermek (Kaya, 2020).

Travma mağdurlarına yardım eden bireylerin yaşadığı strese verilen tepkiler, daha önce bahsedilen semptomlara ek olarak, başkalarına yabancılaşma duygularını, kariyer yapma veya evlilik ilişkisine girme beklentisinin azalmasını, kısıtlı bir gelecek algısını, uyku döngülerindeki değişiklikleri, uykuyu başlatma veya sürdürmedeki zorlukları, küçük provokasyonlara tepki olarak öfke ifadelerini, artan sinirlilik, karmaşık olmayan görevlere odaklanmada zorlukları, abartılı bir ürkme refleksi, yüksek kalp atış hızı ve artışı içerir. Ek olarak, bireyler fiziksel semptomlar, iştah bozuklukları ve yaygın yorgunluk sergileyebilir (Figley, 1995). İlgili semptomlar, ikincil travmatik strese potansiyel maruz kalmanın göstergeleri olarak hizmet eder. İkincil travmatik stres ile ilgili semptomların vukuu bulması, karşılaşılan travmanın doğası, bireyin profesyonel ortamı ve zihinsel sağlık geçmişi dahil olmak üzere birçok faktöre bağlıdır. Bu semptomların ortaya çıkışı kişisel koşullar tarafından daha da şekillenir. Özellikle, kişilerarası şiddetin yol açtığı travmaların, doğal olaylardan kaynaklanana kıyasla daha belirgin bir ikincil travmatik stres deneyimine yol açtığı belgelenmiştir (Zara ve İçöz, 2015). Araştırmalar, ruh sağlığı profesyonellerinin travmatik vakaları ele alırken yüksek kaçınma ve

kaygı seviyelerinden kaynaklanan çözümlülük, kopma ve yetersizlik duyguları gibi semptomlarla sık sık karşılaştığını göstermektedir (Devilly ve ark., 2009).

Travma sonrası, özellikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) bağlamında ortaya çıkan stresin tezahürleri, özellikle TSSB meydana geldiğinde, kişinin varlığı üzerinde ağırlıklı olarak zararlı etkiler yaratan olağanüstü yaşam olaylarıyla karşılaşmadan kaynaklanır. Daha sonra, TSSB çerçevesinde birey, yaşam koşullarında yüzleşmeyi gerektiren yaygın bir tehdit ve ani karışıklık duygusu algılar veya bunlara maruz kalır; İkincil Travmatik Stres Bozukluğu (İTSSB) bağlamında bu üzücü deneyimlere tanık olmanın ve içselleştirmenin bir sonucu olarak strese bağlı semptomlar ortaya çıkar. Bunlar tipik olarak üç farklı alana ayrılır: yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılma (Figley, 1995).

Yeniden Deneyimleme: Travmadan kurtulanlara yardım etmekle uğraşan bireyler anlatılarına katıldıklarında, genellikle kendilerini bu deneyimlerden geçiriyormuş olarak algırlar. Bir kurbanın travmasını dinleme eylemi, empati süreci yoluyla benzer duygusal tepkileri ortaya çıkarır. Travmatik olayın istemsiz hatırlanması, tekrarlayan rüyalar, kabuslar ve sosyal yabancılaşma gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Hesse, 2002). Nen ve ark. (2011) tarafından yürütülen araştırma, Malezya'daki çocuk cinsel istismarı vakalarıyla ilgilenen psikologlar, kolluk kuvvetleri, sosyal hizmet uzmanları ve psikolojik danışmanları içeren araştırma, bu profesyonellerin inançlar, duygusal şoklar, korkular, rahatsız edici görüntüler ve uyku bozuklukları ile ilgili zorluklarla karşılaştığını ortaya koydu. Travmatik anlatılarla etkileşimin bilişsel çerçevelerde ve duygusal tepkilerde değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir. Travma uzmanlarının, bu maruziyetin etkisini azaltmak için mezuniyetlerinden önce ikincil travma ve önlenmesi konusunda eğitim almaları çok önemlidir. Aker ve Önen (2006), travmatik anlatıları dinlemenin veya bu tür süreçleri yönetmenin, yardım eden profesyonelin yaşamla ilgili temel varsayımları inançlarından ve beklentilerinden olumsuz etkilendiğinden, travmatik anlatıları dinlemenin veya bu tür süreçleri yönetmenin travmadan kurtulanınkine benzer tepkiler sergileme olasılığını artırdığını iddia etmektedir.

Kaçınma: Destekleyici rollerde yer alan bireyler, travmatik deneyimler üzerine düşündükten sonra, belirli durumlardan ve sosyal ortamlardan kaçma eğilimleri sergileyebilir. Bu fenomen ikincil travmatik stresin bir tezahürü olarak kabul edilmektedir. Kaçınma davranışlarının başlangıcı ve daha önce zevk alınan faaliyetlerden ve ilişkilerden yabancılaşma açıktır. Bu tür bireyler kişisel güvenlikleriyle ilgili yüksek hassasiyet sergilerler. Sonuç olarak, ailevi ilişkiler ve akranlarla etkileşimler olumsuz zarar görür ve bu da içe dönük bir eğilime yol

açar (Simon ve ark., 2005). Tersine, yardım uzmanları travma ile karşılaşabilir, ancak olayların özelliklerini hatırlamakta zorlanabilirler. Örneğin, deprem sonrası operasyonlara katılan kurtarma ekipleri, bireyleri enkazdan çıkarma anılarını saklamayabilir (LaPorte, 2010). İster ilk elden deneyimler yoluyla ister acil servis personeli, kolluk kuvvetleri memurları, itfaiyeciler ve travma terapistleri gibi başkalarının sıkıntısına tanık olarak olsun, travmatik anlatılara maruz kalmak önemli duygusal yükler getirebilir. Bu, belirli durumlardan ve sosyal toplantılardan kaçınmaya yönelik benzer eğilimlerle sonuçlanabilir. Bu tür kaçınma davranışları bilinçsizce travmatik olayların ve ilişkili duyguların hatırlanmasını bastırmak için bir mekanizma olarak ortaya çıkabilir (Simon ve ark., 2005). Bu nedenle, yardım çalışmalarına katılan bireylerin travmayla ilgili durumları takiben sosyal etkileşimlerden kaçınma eğilimlerini fark etmeleri ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeleri zorunlu hale gelir (Hatipoğlu, 2024).

Aşırı Uyarılma: Travma yaşamış bireylerle ilgilenen profesyoneller sinirlilik ve huzursuzluk belirtileri gösterebilir. Algılanan kontrol kaybı, tecrit duyguları, gelecekteki beklentilere ilişkin azalan iyimserlik, öfke dönemleri, uyku düzenindeki bozukluklar, korkuya yanıt olarak artan reaktivite, kişisel ve toplumsal güvenlik için aşırı endişe ve dünyanın doğal güvenliğine olan azalan inanç gibi tezahürler gözlemlenebilir. Ayrıca iştah ve fonksiyonel bozukluk ile ilgili sorunlar da ortaya çıkabilir (Salston ve Figley, 2003). Travma mağdurlarına yardım eden profesyoneller, müracaatçılarının travma anlatılarının etkisi nedeniyle uykuyu başlatma ve sürdürme konusunda mücadele edebilirler. Mağdurun hesaplarının duygusal ağırlığı, profesyonelin minimum uyaranlara bile olumsuz tepki vermesine neden olabilir. Profesyonelin bilişsel çerçevesi zayıflayabilir ve bu da konsantrasyonda zorluklara neden olabilir (LaPorte, 2010). Ek olarak, “yardımcı uzmanda yüksek tansiyon, terleme, hızlı kalp atışı, gastrointestinal rahatsızlıklar, titreme ve ağrı gibi fizyolojik belirtiler de belirgin olabilir” (Abyane, 2014). Travmadan kurtulanları destekleyen profesyonellerde bu semptomları ele almayı amaçlayan müdahalelerin, kişinin psikolojik refahı üzerinde azalmış bir etkiye sahip olması muhtemeldir. Baker (2012), ikincil travmanın travma terapistlerinin yaşadığı stres üzerindeki yansımalarını inceler. Bu terapistlerin, travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olanlarla duygusal ve fiziksel olarak karşılaştırılabilir semptomlara katlandıkları kaydedilmiştir. Gece terörü, ağlama dönemleri, sigara içme davranışlarının başlaması ve mesleki deneyimleriyle ilgili kendinden şüphe etme (örneğin, kariyer seçimlerini sorgulamak, bu alanda kalmaları gerekip gerekmediğini merak etmek) kaydedilmiştir.

2.3.2. İkincil travmatik stres ile ilgili kavramlar

Travmayla ilgili alanlarda uğraşan profesyonellerin karşılaştığı psikolojik yansımaları çevreleyen akademik söylemde, çeşitli terminolojiler yaygındır. Bunlar, ikincil travmatik stres, dolaylı travma, şefkat yorgunluğu, karşı aktarım tepkisi ve tükenmişlik gibi kavramları içerir. Bununla birlikte, bu terimlerin bolluğu, bazen kesişen tanımlarıyla birleştiğinde, konuyu anlamada belirsizlik yaratabilir. Sonuç olarak, ikincil travmatik stres kavramının daha net bir şekilde anlaşılmasını sağlamak ve onu diğer ilgili terminolojilerden ayırmak için belirli anahtar terimleri aydınlatmak faydalıdır (Hatipoğlu, 2024).

Merhamet/şefkat Yorgunluğu: Merhamet kavramı, başkalarına yardım etme eylemine dayanan hizmet sunumunda çalışan hemen hemen tüm profesyoneller için geçerlidir (Ümmet ve ark., 2023). Sağlık ve ruh sağlığıyla ilgili meslek sektörlerinde bakım alıcılarına yönelik şefkat duygusunun, özellikle fiziksel veya psikolojik zarar görmüş bireylere yardım edenlere yönelik şefkat duygusunun, şefkat yorgunluğu olarak bilinen fenomene yol açtığı sıklıkla belirtilmektedir. Bu durum, bakıcıların yaşadığı derin yorgunluk hissinden kaynaklanmaktadır. Merhamet yorgunluğu başlangıçta travmatize olmuş bireyler ve terapötik süreçlere dahil olan ruh sağlığı pratisyenleri arasındaki mesleki stresin sonuçlarıyla ilgili olarak kavramsallaştırılırken, kapsamı o zamandan beri çeşitli bakım uzmanlarını kapsayacak şekilde genişletildi (Chase, 2005).

Merhamet yorgunluğu, travmatik olayların kurbanı olan bireylerin yaşadığı sıkıntının gözlemlenmesinden kaynaklanan bir fenomen olarak özlü bir şekilde tanımlanabilir (Figley, 1995). Peters'a (2008) göre, şefkat yorgunluğu, bireylerin başkalarının yaşadığı acı veya travmatik olaylara uzun süre maruz kalmalarından kaynaklanan, yetersiz öz bakım ve yetersiz sınır belirleme yeteneklerinin neden olduğu fiziksel ve duygusal tükenme durumu olarak kavramsallaştırılır. Lombardo ve Eyre (2011) şefkat yorgunluğunun tezahürlerini üç farklı alana ayırdı: işle ilgili, fiziksel ve duygusal. İşle ilgili semptomlar, belirli hastalarla ilişki kurma konusundaki isteksizlik, hastalara ve ailelerine karşı azalmış empati, işyerinde memnuniyetsizlik ve artan izin alma sıklığı gibi fenomenleri kapsar. Fiziksel semptomlar baş ağrısı, gastrointestinal sorunlar, kas gerginliği, uyku bozuklukları, göğüs ağrısı ve çarpıntı gibi tanımlanır. Duygusal semptomlar, öfke yönetimi, depresyon, anksiyete, huzursuzluk, madde kullanımı (sigara veya alkol gibi), hafıza bozuklukları ve konsantrasyon ve karar verme kapasitesinin azalması ile karakterizedir.

Bride (2012), şefkat yorgunluğu kavramının ikincil travmatik stres için eşanlamli bir terim olarak ortaya çıktığını ifade eder. Bu terminolojiyi kullanmanın birincil amacı, ikincil travmatik stres geçiren bireylerin damgalanmasını azaltmaktır. Bazı literatürde, şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres terimleri birbirinin yerine kullanılabilir. Stamm (2010), şefkat yorgunluğunu ikincil travmatik stres ve tükenmişlik unsurlarını içeren kapsamlı bir çerçeve olarak kavramsallaştırmaktadır.

Merhamet yorgunluğunun sonuçları, bireyin mesleki etkinliğinin ötesine geçerek genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Bu sendromun fizyolojik belirtileri uykusuzluk, baş ağrısı ve kalıcı yorgunluk gibi sorunları içerebilirken, psikolojik yansımalar anksiyete, depresyon, öfke atakları ve yaygın umutsuzluk duyguları olarak ortaya çıkabilir. Ayrıca, olumsuz sonuçlar sosyal kopukluğu, inzivaya yönelik eğilimleri ve empatiyi ifade etme yeteneğinin azalmasını kapsayabilir. Merhamet yorgunluğundan mustarip olanlar mesleki tükenmişlik, verimliliğin azalması ve duygusal kopma gibi zorluklarla karşılaşabilirler. Tersine, bireylerde profesyonel coşku ve dayanıklılığın restorasyonunu kolaylaştırmak için bu durumun erken tanımlanması ve müdahalesi önerilmektedir (Hall ve ark., 2013).

Merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres sıklıkla eş anlamlı olarak kabul edilir. Bu iki yapı benzerlik gösterse de aynı değildirler. İkisi arasındaki uyum, travma yaşayan birey ile kurulan ilişki dinamiklere atfedilir. İkincil travmatik stres, travmadan kurtulmanın travmatik deneyimlerine sürekli maruz kalmanın bir sonucu olarak dolaylı olarak kendini gösterir. Tersine, şefkat yorgunluğu, travmadan kurtulmanın bakımıyla ilişkili kalıcı bir yüksek stres durumu olarak karakterize edilir (Pehlivan ve Güner, 2018).

Tükenmişlik: Tükenmişlik olgusu, mesleki ortamda karşılaşılan kalıcı stres faktörlerine yanıt olarak ortaya çıkan psikolojik bir durum olarak karakterize edilir (Maslach ve ark., 2001). Alanya bağlamında tükenmişlik teriminin sıklıkla ikincil travmatik stres kavramı ile birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Bununla birlikte, Stamm (1997) tükenmişliğin öncelikle travmadan ziyade aşırı iş yükü ve işle ilgili stresten kaynaklandığını öne sürer. Ayrıca, tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin farklılaştığı kritik kavşağın semptomatik ifadelerin temel kökenlerinde yattığı ifade edilmiştir (Everall ve Paulson, 2004). Tükenmişlik, ikincil travmatik stres ile ilişkili semptomlara kıyasla daha artımlı bir fenomen olarak algılanır. Tükenmişliğin aksine, ikincil travmatik stresin belirtileri aniden ve önceden uyarı olmadan ortaya çıkabilir (Kleber ve Figley, 1995).

Schauber ve Fraizen (1995) tükenmişlik fenomeninin travmadan kurtulanlarla ilişki kurmanın doğrudan bir sonucu olmadığını ve böylece onu dolaylı travmatizasyon, şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres yapılarından ayırdığını öne sürdüler. Gerçekten de araştırmalarının sonuçlarını inceledikten sonra, cinsel istismar mağdurlarıyla olan ilişkinin ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve dolaylı travmatizasyon ile ilişkili olduğu, ancak tükenmişlikle ilişkili olmadığı, böylece bu yapıların doğası gereği birbirinden farklı olduğu fikrini doğruladığı ortaya çıkıyor (Güner, 2024).

Tükenmişlikle ilgili literatürü gözden geçirdikten sonra, tükenmişliğin ağırlıklı olarak işle ilgili stresörlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmasına yönelik yaygın bir eğilim olduğu ortaya çıkar. Tükenmişlik sendromu, çalışanları, özellikle eğitim, sağlık ve güvenlik sektörlerindeki profesyoneller gibi doğrudan kişilerarası etkileşimlerde bulunanları etkileyebilecek psikolojik bir durumu temsil eder ve çeşitli farklı aşamaları kapsar (Spector, 2008).

Dolaylı Travmatizasyon: Profesyonellerin travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalması nedeniyle ortaya çıkan ve ikincil travmatik stres ile ilişkili olanlardan daha uzun süre devam eden etkileri olabilen bir fenomeni ifade eder. Dolaylı travmatizasyon, profesyonelin ağırlıklı olarak travmatik olayların gözlemlenmesi yoluyla duygusal eşiklerini genişlettiği bir süreç oluşturur. Bu kavram ile ikincil travmatik stres arasındaki temel ayırım, dolaylı travmatizasyonun kalıcı ve derin psikolojik izlere yol açma olasılığının daha yüksek olması gerçeğinde yatmaktadır (Rauvola ve ark., 2019).

Dolaylı travma kavramı, travmatik olaylarla karşılaşanlara destek hizmeti veren bireylerin yaşadığı travmanın yansımaları ile ilgilidir (Knight, 2013). Bilişsel yaklaşımlar, tek başına semptomlara odaklanmak yerine, tükenmişliğe benzeyen değişiklikleri travmatik stresle ilişkili olanlardan daha yakından vurgular (Jenkins ve Baird, 2002). Özünde, profesyonellerin bilişsel bakış açılarındaki bozulmalara travma semptomları üzerinde öncelik veren teorik bir çerçeve olarak değerlendirilir (Bhagwagar, 2022).

Dolaylı travmatizasyon, zaman içinde mesleki tükenmişliği, depresif durumları, anksiyete bozukluklarını ve stresle ilgili bir dizi durumu hızlandırma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, bireyin hayata genel bakış açısını, benlik saygısını ve başkalarına olan güvenini olumsuz yönde etkileyebilir (Newell ve MacNeil, 2010). Dolaylı travmatizasyonun tezahürleri, kişisel olarak travmatik olaylara katlanmaya benzer duyularını, derin suçluluk duygularını,

artan uyanıklığı ve tekrarlayan kabusları içerebilir. Bu fenomen, bireyin sosyal etkileşimlerini, mesleki etkinliğini ve genel yaşam memnuniyetini önemli ölçüde bozabilir (Lerias ve Byrne, 2003). Dolaylı travmatizasyonu önlemek ve ele almak için travma eğitimi, denetim, profesyonel yardım ve öz bakım metodolojilerinin uygulanması esastır. Bu stratejiler, bireylerin travma karşısında dayanıklılığını artırarak hem kişisel hem de profesyonel olarak daha sağlıklı ve daha uyumlu bir varoluşu kolaylaştırır (Gerding, 2012).

Dolaylı travmatizasyonun sonuçları profesyonel alanların ötesine geçerek günlük yaşamı ve kişilerarası ilişkileri derinden etkiler. Bu durum stresi ve duygusal tükenmeyi artırabilir ve bireyleri başkalarının karşılaştığı travmatik deneyimleri zihinsel olarak yeniden yaşamaya zorlayabilir (Pearlman ve Saak, 1995). Travmatik anlatılara uzun süre maruz kalmak, bireyin dünyayı adil, güvenli ve öngörülebilir bir ortam olarak algılamasını aşındırabilir. Bu tür bir maruz kalma, içsel eylemlilik duygusunu ve başa çıkma yeteneklerini azaltabilir, böylece uzun vadede travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) veya ikincil travmatik stres dahil olmak üzere psikolojik rahatsızlıklar geliştirme olasılığını artırabilir (Figley, 1999). Ayrıca, dolaylı travmatizasyonun işyeri performansını zararlı olarak etkilediği ve azalmış empati, tecrit duyguları ve duygusal kopukluk yoluyla tezahür ettiği kabul edilmektedir. Bununla birlikte, farkındalık eğitimi, travma bilgili eğitim programları ve tutarlı denetim gibi proaktif önlemler, bu durumun yansımalarını hafifletebilir (Bride ve ark., 2007).

Travmatik Karşı Aktarım: İkincil travmatik stres ile ilişkili bir başka kavram, karşı aktarım olgusudur. Karşı aktarım fenomeni, başkalarının travmatik deneyimlerine maruz kalmanın zararlı bir sonucu olarak kabul edilir (Gibbons ve ark., 2011). Bride (2012) tarafından belirtildiği gibi, bu fenomen geleneksel olarak terapistin çözümlenmemiş sorunlardan veya gizli çatışmalardan ve kaygılardan kaynaklanan danışana çarpık, bilinçsiz ve nevrotik tepkileri olarak tanımlanmıştır. Karşı aktarım olgusu, terapistin kendi tarihsel deneyimleri ve terapistin mesleki sınırlarını ihlal edebilecek bilinçsiz süreçlerin yarattığı duygusal tepkileri merceğinden değerlendirilir. Ayrıca, terapötik ittifakı gizleyebilir. Bununla birlikte, modern çerçeveler karşı aktarımın kökenlerini göz ardı etme eğilimindedir; bunun yerine, karşı aktarımın yalnızca terapistin danışana duygusal tepkileri olduğunu iddia ederler (Cavanagh ve ark., 2015). Bu çağdaş çerçeveler, karşı aktarımın doğal bir süreç olduğunun ve terapistin duygusal bilincinin terapötik katılımı önemli ölçüde etkileyebileceğinin altını çizmektedir. Bu açıdan bakıldığında, terapistin kendi duygusal tepkilerine ilişkin farkındalığı ve düzenlemesi hem terapistin hem de danışanın refahı için hayati öneme sahiptir (Jacobs, 2019).

Karşı aktarım, psikodinamik terapi çerçevesinde, terapistin acı, travma veya empati ile ilgili düşüncelerden yoksun, danışana karşı deneyimlediği duygusal bir tepki olarak tanımlanır (Figley, 2002). Bu bağlamda, travmatik karşı aktarım kavramı, travma geçirmiş bireylerin yanı sıra psikoterapi sürecine katılan ruh sağlığı pratisyenlerinin yaşadığı duyguları kapsayan terapötik ittifaktan kök salmış bir kavram olarak açıklanabilir. Terapi sırasında, travmadan etkilenen danışanla tartışılan travmatik deneyimler bazen terapist için bir katalizör görevi görebilir ve potansiyel olarak yoğun duyguları veya tepkileri tetikleyebilir (Lachal ve ark., 2015). Travma öyküsü olan bir terapist, danışanının travma anlatısıyla ilgilenirken kendi deneyimleriyle rezonansa girebilir. Travmatik karşı aktarım, terapistin hem danışana hem de danışan tarafından anlatılan travmatik deneyimlere gözlemlenebilir duygusal tepkilerini içerir (Herman, 1992).

Karşı aktarım ve ikincil travmatik stres arasında üç temel fark vardır. Öncelikle, karşı aktarım terapötik ortamlarla sınırlıdır, oysa ikincil travmatik stres, bir bireyin yaşamının tüm yönlerine nüfuz eder, yalnızca travmatik popülasyonlarla uğraşırken meydana gelir ve terapötik ilişki ile sınırlı değildir, böylece travmatize olmuş bireylerin akrabalarının deneyimlerini ihmal eder (Bride, 2012).

Karşı aktarım olgusu, terapistin duygusal ve profesyonel sınırlarına meydan okuyan bir deneyimi ve empati ve bağlantı kapasitelerini önemli ölçüde etkileyen bir süreci temsil eder. Bu durum, terapistin danışanın travmasına karşı duygusal tepkilerinin ve kişisel geçmişinden kaynaklanan bilinçsiz etkilerin birleşmesinden kaynaklanır. Özellikle travma terapisi alanında, karşı aktarım yanıtı, terapistin danışanın acısıyla empatik bir şekilde ilişki kurma kapasitesini azaltabilir ve terapötik ittifakı karmaşıklaştırabilir. Bununla birlikte, karşı aktarım reaksiyonunun yalnızca zararlı olmadığını kabul etmek zorunludur. Terapistin bu yanıtları tanımlama ve ustaca yönlendirme yeteneği, terapötik sürecin etkinliğini ve dönüştürücü potansiyelini artırabilir (Hatipoğlu, 2024). Bu bağlamda, terapistin duygusal öz farkındalık geliştirmesi, denetim rehberliği araması ve öz bakım stratejilerini uygulaması, karşı aktarım yanıtını yönetmede çok önemlidir. Ayrıca, bu süreci büyüme için bir fırsat olarak görmek, danışanla kurulan terapötik ilişkiyi güçlendirebilir ve terapötik müdahalelerin etkinliğini artırabilir (Knight, 2013).

2.3.3. İkincil travmatik stresi açıklayan kuramlar

Bilimsel söylemde, ikincil travmatik stresin karmaşık doğasını aydınlatmak ve yorumlamak için çeşitli teorik çerçeveler formüle edilmiştir. Bu çerçeveler, ikincil travmatik

stresin bireyler üzerindeki oluşumunu, yayılmasını ve etkisini çok sayıda bakış açısından inceler. Bu bölümde, ikincil travmatik stresin tam olarak anlaşılmasını kolaylaştıran çeşitli teorik modeller incelenmiştir. Her model, ikincil travmatik stresin farklı boyutlarını vurgular ve bu fenomenin yardım uzmanları üzerindeki yansımalarını hesaba katmaya çalışır. Ayrıca, bu teorik yapılar, ikincil travmatik stresin hafifletilmesi ve müdahale metodolojilerinin formülasyonu için değerli perspektifler sunar (Hatipoğlu, 2024).

İkincil travmatik stresin ortaya çıkışını açıklayan ilk metodolojik bakış açısına “dalga etkisi” paradigması denir. Dalga etkisi paradigmasına uygun olarak, önemli bir yaşam olayının yansımaları birincil kurbandan yakın olanlara doğru yayılır (Remer ve Ferguson, 1995). Böylece, travmatik olayın sonuçları, bir su kütesine dökülen bir taşın ürettiğine benzer bir etki yaratır. Tıpkı bir taştan kaynaklanan rahatsızlığın dışa doğru genişleyen eşmerkezli daireler oluşturması gibi, travmatik deneyim çekirdeğinde yer alan travma kurbanıyla başlar ve ardından çevredeki sosyal ağları etkiler. Dış daireler, aileyi, arkadaşları, profesyonel bakıcıları ve travma hakkında bilgi sahibi diğer tanıdıkları kapsayan bireyin çevresini sembolize eder. Daha kısa bir ifadeyle, travmatik olaylar ve sonuçta ortaya çıkan etkileri bulaşıcı benzeri bir özellik sergiler (Herman, 2011). Kısaca açıklamak gerekirse, travmatik olayların yansımaları bireyler arasında yayılabilir. Sonuç olarak, ikincil bir travmatik olayla karşılaşanlar, daha sonra stresin ortaya çıkmasıyla sonuçlanan ilk travmanın sonuçlarına daha fazla uyum sağlarlar. İkincil travmatik stresi aydınlatmak için alternatif bir bakış açısı, travmatik strese verilen tepkileri aydınlatan dört temel bileşenden oluşan bütünsel bir çerçevedir. Bu çerçeve, çalışanların yaşadığı ilk travmatik olayı, sergiledikleri sonraki travma sonrası stres tepkilerini, travmayı yönetmek için kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını ve ikincil travmatik stresin başlamasına katkıda bulunan çevresel ve kişisel faktörleri içerir (Ortlepp ve Friedman, 2002).

İkincil travmatik stresi anlamak için alternatif bir çerçeve ekolojik perspektiftir (Erdener, 2019). Bu yaklaşım temelde bireyi çevresi içinde konumlandırır ve birey ile çevresi arasındaki dinamik etkileşimleri vurgular (Baykara-Acar ve Acar, 2002). Bu bağlamda, ekolojik bir bakış açısından, birey sadece çevresini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda onun tarafından şekillenir. Ekolojik teoride mikrosistem olarak adlandırılan, kişinin yakın çevresindeki bireylerin yaşadığı travmatik olaylar, bireyi olumsuz yönde etkileyebilir ve karşılaştırılabilir tepkiler ortaya çıkarabilir. Sonuç olarak, bireylerin başkalarının deneyimleri yoluyla dolaylı travmatizasyonu olarak karakterize edilen ikincil travmatik stres olgusu, ekolojik perspektifin merceğinden etkili bir şekilde aydınlatılabilir (Güner, 2024).

Kiazma etkisi paradigması, travmadan kurtulan bir kişiye yardım etmenin bu yardımı sağlayan birey üzerindeki yansımalarını aydınlatır. Sonuç olarak, travmatik stresin sonuçları, başlangıçta yalnız bir aile üyesinde tezahür eden tüm aile birimine nüfuz eder (Figley ve Kiser, 2013). Bu metodoloji, travma mağdurlarının birincil bakıcılarla etkileşimlerini takiben zararlı etkiler sıklıkla ihmal edildiğinden, travma mağdurlarına bakım sağlayan bireylerde ortaya çıkabilecek olumsuz psikolojik etkileri azaltmak için formüle edilmiştir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Kiazma etkisinin uygun bir örneği, “bir çocuğun travmatik bir deneyime katlanırken, ebeveynler travmadan kurtulana kıyasla bu çilenin bir sonucu olarak yüksek strese katlanırken” fikrinde özetlenmiştir. Aile üyelerinin travmadan kurtulan kişiyle ilişkileri nedeniyle bu dinamik içinde karşılaştıkları üzücü deneyimler kiazma etkisi olarak gösterilir (Figley, 1993). Ayrıca, travmadan etkilenen bireylerle doğrudan etkileşime giren profesyonel gruplar, zaman zaman travmadan kurtulana yardım etmek için ezici bir yükümlülük duygusu yaşayabilir ve yardım sağlayamadıklarında ortaya çıkan hayal kırıklığı ve çaresizlikten travmatik bir şekilde daha derinden etkilenebilirler (Erdener, 2019).

İkincil travmatik stresin anlaşılmasını geliştirebilecek alternatif bir çerçeve “duygusal bulaşma” modelidir. Bu model, bireylerin kendi bilişsel süreçlerinden kaynaklanan duygusal deneyimleri ve duygusal ifade biçimlerini yansıtmaya meyilli olduklarını öne sürer. Bu bakış açısıyla tutarlı olarak, ikincil travmaya maruz kalan bireyler, diğer travmadan kurtulanların duygusal tepkilerini taklit ederek yanlışlıkla benzer duygular yaşayabilirler. Duygusal bulaşma, yaygın olarak kabul edildiği gibi, kişilerarası etkileşimler sırasında ortaya çıkan ve ötesinde devam eden başkalarıyla oluşan istemsiz duygusal bağlarla ilgilidir. Aynı zamanda bu fenomen, travmadan kurtulan kişinin katlandığı ve sonrasında başkalarına aktardığı korku, kaygı, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duyguları da kapsar (Bulut, 2024). Bu fenomen, bir bireyle kişilerarası bir ilişkinin ardından bilinçsizce ortaya çıkar ve travma yaşayan bireyle ortak bir duygusal bağlantının gelişimini tanımlar (Peeples, 2000). Miller ve ark., (1988) tarafından oluşturulan ve ampirik olarak doğrulanan çerçeveye göre, iletişimsel duyarlılığın empatik ilginin, duygusal bulaşmanın ve ardından tükenmişliğin tezahürünü etkilediği varsayılmaktadır. Ampirik kanıtlar, empatik katılımın iletişimsel duyarlılığı artırırken, duygusal bulaşmanın bu duyarlılığı baltaladığını göstermektedir. Başka bir deyişle, profesyoneller ve danışanlar arasında duygular değiş tokuş edildiğinde veya danışanların duygusal durumları bakıcılara iletildiğinde, danışanın iyileşmesi için gerekli olan iletişim yetkinlikleri tehlikeye girebilir. Bu fenomenin empatisi yüksek bireyler arasında daha belirgin olabileceği öne sürülmektedir. Yüksek bir empati kapasitesi, bireyleri duygusal bulaşmaya karşı daha duyarlı hale getirebilir.

“Duygusal bulaşma” kavramsal çerçevesi, ikincil travmatik stresin çeşitli profesyoneller üzerindeki farklı etkisini açıklar. Ayrıca, travma uygulayıcılarının kendi duygusal tepkilerini tanıma ve düzenleme konusundaki yeterliliklerinin kritik öneminin altını çizmektedir. Bu bakış açısı, ikincil travmatik stresi önleme ve müdahale metodolojilerinin formülasyonu için değerli bilgiler sunar. Örneğin, profesyonellerin duygusal farkındalığını artırmayı, duygu düzenleme tekniklerini geliştirmeyi ve uygun sınırlar oluşturmayı amaçlayan girişimler, duygusal bulaşmanın olumsuz etkilerini azaltmada faydalı olabilir.

Alan yazında geliştirilen başka bir bakış açısı “ikiz kuleler” metodolojisidir. Bu çerçeve, travmatik olaylarla sık sık karşılaşan veya travmadan kurtulanlarla ilişki kuran bireylerin bu tür deneyimlerin sonrasında gezinme girişimlerinde kullandıkları stratejileri vurgular. Bu modelde, acil müdahale ekiplerinin, herhangi bir travmatik olaya önceden maruz kalmamış olsalar bile travmatik stres tepkilerine canlı bir şekilde katlanabileceği öne sürülmektedir. Hayal kırıklığı aşaması, travmatik karşılaşmanın ardından doğal bir sonuç olarak ortaya çıkar; motivasyon veya başarılı sonuçlar olmadan, bu travmaların artan sıklığı ve yoğunluğu, bireyi sıkıntı ile karakterize edilen zararlı bir esneklik biçimine doğru iter. Bu aşamada bireylerde tezahür eden kaçınma ve inkâr mekanizmaları, olumsuz sıkıntıya dayanan esnekliğin neden olduğu travmanın ciddiyetinin göstergeleri olarak kabul edilir (Friedman, 1996).

İkincil travmatik stresi aydınlatmak için oluşturulan alternatif bir çerçeve, “sağlıklı insan tepkisi yaklaşımı” olarak adlandırılır. Bu çerçeve, bireylerin travmatik olaylara tepkilerinin patolojik tepkilerden ziyade normatif tepkiler olduğunu öne sürer. Travmatik olayın ardından bireyde ortaya çıkan tepkiler sadece öznel olmaktan uzaktır. Tezahür eden tepkiler, bireyin öznel deneyimlerinden ve özelliklerinden bağımsız olarak tüm bireyler arasında yaygındır. Sonuç olarak, ikincil travmaya verilen tepkiler de anormal bir olaya verilen tipik tepkiler olarak kabul edilir (Waters, 2002).

Akademik söylem içinde ikincil travmatik stresin kökenlerini açıklayan önemli bir dizi teorik çerçeve mevcuttur. Bu çerçeveler, ikincil travmatik stres olgusu hakkında kapsamlı bir bakış açısı sağlar ve tezahürüne katkıda bulunan önceki faktörleri aydınlatır. İkincil travmatik stresin temel nedenlerini anlamak çok önemli olsa da bu tür stresin başlangıcı genellikle kaçınılmazdır. Bu noktada, ikincil travmatik stres semptomlarını tanımak, bireyleri deneyimlerini bağlamsallaştırma konusunda güçlendirir ve ruh sağlığı pratisyenlerinin önleme, kriz müdahalesi ve terapötik iyileştirme stratejilerini geliştirmelerini sağlar (Can, 2024).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanılması ve değerlendirilmesi hakkında bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Nicel araştırma olarak kurgulanan bu çalışmada genel tarama modellerinden bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki derecesini belirlemek amacıyla ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modelleri; çok sayıda elemanlardan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir. İlişkisel tarama modeli iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan modellerdir (Karasar, 2002).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Türkiye'nin farklı şehirlerinde ikamet eden, çalışmaya katılmaya gönüllü olan sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (2021) verilerine göre Türkiye'deki sosyal hizmet uzmanı sayısının 20000'i aştığı belirtilmektedir. Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabılır örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntem, araştırmacının ulaşabildiği ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireylerden oluşan bir örneklem grubunu ifade etmektedir. Literatürde, kolayda örnekleme yöntemi genellikle her birimin evrende eşit ve bağımsız olarak seçilme olasılığına sahip olmaması nedeniyle olasılıklı olmayan örnekleme türleri arasında sınıflandırılmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2019). Bilinen evren üzerinden yapılan örnek hesabına göre bilgisayar programı Raosoft ile yanıtlama dağılımı %50, hata payı %5, güven aralığı %95 olarak hesaplanmıştır (Raosoft, 2024). Yapılan hesap sonucunda çalışmanın örnekleme 377 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın verileri 01.10.2024 ile 28.04.2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Her ne kadar örneklem sayısı 377 olarak belirlenmiş olsa da çalışma veri toplama sürecinde çalışmaya gönüllü dahil olan 250 sosyal hizmet uzmanının katılımıyla tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra 7 sorudan oluşan sosyo-demografik bilgi formu, King ve ark. (2019) tarafından geliştirilen, Tekin ve Bayar (2023) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve Bride

ve ark. (2004) tarafından geliştirilen Yıldırım ve ark. (2018) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formunda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalıştığı kurum ve hizmet verdiği alana yönelik bilgiler toplamayı amaçlayan 9 soru bulunmaktadır. (EK-1)

3.3.2. Travma bilgili bakım ölçeği: Travma Bilgili Bakım Ölçeği, King ve ark. (2019) tarafından geliştirilmiş olup 18 madde ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçek, travma bilgili bakımla ilgili bilgi, tutum ve uygulama düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir. Alt ölçekler ise: Bilgi, tutum ve uygulamadır. “Bilgi” hakkında 6 madde (1, 2, 3, 4, 5, 6), “Tutum” ile ilgili 6 madde (7, 8, 9, 10, 11, 12) ve “Uygulama” ile ilgili 6 madde (13, 14, 15, 16, 17, 18) vardır. Ölçekte ters madde yoktur. Ölçek, travma geçmişi olan bireylerle çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin travma bilgili bakımla ilgili bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Tekin ve Bayar (2023) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 5’li likert tipi kullanılmıştır. Ölçekten düşük puan alınması, travma bilgili bakım hakkında bilgi edinme ihtiyacını gösterir. Puan ne kadar yüksekse katılımcının travma bilgili bakım düzeyinin de yüksek olduğu varsayılır (Abdoh ve ark., 2017). Geçerlilik çalışması sonucunda, ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi, 21 ögenin genel araç ve her faktör için en güçlü iç tutarlılık güvenilirliğini sağladığını ortaya koydu. Travma bilgili bakım ölçeğinin Uygulama alt ölçeği 0,81, bilgi alt ölçeği 0,72, tutum alt ölçeği 0,82 ve toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur (Tekin ve Bayar, 2023). İlgili çalışmamızda ise Travma bilgili bakım ölçeğinin Uygulama alt ölçeği 0,79, bilgi alt ölçeği 0,75, tutum alt ölçeği 0,63 ve toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. (EK-2)

3.3.3. İkincil travmatik stres ölçeği: Bu çalışmada kullanılan İkincil Travmatik Stres Ölçeği, 17 maddeden ve 3 alt ölçekten oluşan beşli likert tipine sahip kendini değerlendirme aracıdır (Bride vd., 2004). Bu ölçek, travmatik deneyimlere maruz kalmış bireylerle çalışan profesyonellerde ikincil olarak ortaya çıkan travma sonrası stres semptomlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Katılımcılardan, hayatlarındaki son altı ayda ortaya çıkan tepkileri değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin 17 maddesi, DSM-IV'teki Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının B kriteri olan yeniden yaşantılaşma, C kriteri olan kaçınma ve D kriteri olan aşırı uyarılma temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin üç alt boyutu şunlardır: duygusal ihlal (intrusion), uyarılma (arousal) ve kaçınma (avoidance). Ölçeğin maddelerinin 5’i (2, 3, 6, 10,

13) duygusal ihlal, 5'i (4, 8, 11, 15,16) uyarılma ve 7'si (1, 5, 7, 9, 12, 14, 17) kaçınma ile ilgilidir. Ölçek puanlamasına göre alınan puanı arttıkça, ikincil travmatik stres düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yıldırım ve ark. (2018) tarafından gerçekleştirilmiş ve 17 maddelik toplam ölçek için iç tutarlık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarda iç tutarlık katsayıları kaçınma için 0.78, uyarılma için 0.82 ve duygusal ihlal için 0.84 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma kapsamında, iç tutarlılık katsayısı olarak isimlendirilen Cronbach Alpha katsayı değerleri İkincil Travmatik Stres Ölçeği için 0,91, Kaçınma için 0,77, Uyarılma için 0,85, Duygusal İhlal için 0,81 olarak tespit edilmiştir. İkincil Travmatik Stres Ölçeği geliştiren yazardan ölçeğin kullanılması için yazılı izin alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Soruları: Sosyal Hizmet Uzmanlarının;

- 1.TBB ile ikincil travma düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. TBB düzeyleri yaşa göre farklılık göstermekte midir?
- 3.TBBdüzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
- 4.TBB düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- 5.TBB düzeyleri çalışılan kuruma göre farklılık göstermekte midir?
- 6.TBB düzeyleri çalışılan müracaatçı grubuna göre farklılık göstermekte midir?
- 7.TBB düzeyleri ile mesleki deneyim süresine göre farklılık göstermekte midir?
8. İkincil travma düzeyleri yaşa göre farklılık göstermekte midir?
- 9.İkincil travma düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
- 10.İkincil travma düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- 11.İkincil travma düzeyleri çalışılan kuruma göre farklılık göstermekte midir?
- 12.İkincil travma düzeyleri çalışılan müracaatçı grubuna göre farklılık göstermekte midir?
- 13.İkincil travma düzeyleri ile mesleki deneyim süresine göre farklılık göstermekte midir?

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna başvurulmuş ve etik onay belgesi alınmıştır (EK-5). İkincil Travmatik Stres Ölçeğinin Türkçe uyarlamasını yapan Yıldırım ve arkadaşlarından (2018) ölçeğin kullanılması için yazılı izin alınmıştır. Tekin ve Bayar (2023) tarafından Travma Bilgili Bakım Ölçeği (ÇÇTÖ) Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması yapan bilim insanlarından Doç. Dr. Hasan H. Tekin hali

hazırda bu araştırmada sorumlu araştırmacı olarak bulunduğu için ilgili yazardan yazılı bir izin alınmasına gerek duyulmamıştır. Katılımcılarla paylaşılacak olan araştırma linkinin ilk sayfasında bilgilendirilmiş onam formu yer almıştır. Araştırmada elde edilen kişisel verilerin herhangi bir yerde kullanılmayacağı, katılımcıların araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın sınırlılıkları; araştırma verilerinin online ve 250 sosyal hizmet uzmanından toplanmış olmasıdır. Araştırmada elde edilen bulgular; Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve İkincil Travmatik Stresi Ölçeğine verilen yanıtlar ile sınırlıdır.

3.7. Verilerin Analizi: Araştırma kapsamında survey uygulamasında toplanan veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 versiyonuna aktarılacak, kodlama ve düzenlemeler bu programda yapılmıştır. Analizlerde ilk olarak yüzde, ortalama, standart sapma ve frekans incelenmiştir. Analizler sonucu veriler normal dağılım gösterdiği tespit edildiği için Pearson Correlation, Bağımsız Örneklerde T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Korelasyon analizi yapılmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının anlaşılması için yapılan post-hoc testi sonucunda varyansları homojen dağılan gruplar için Hocberg Gt2 Testi, varyansları homojen olmayan gruplar içinde Games-Howell testi uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Varsayımları:

1. Ölçeğinin güvenirlik ve geçerlilik anlamında sorunsuz olduğu,
2. Araştırmada kullanılan ölçek, sosyal hizmet uzmanları için açık ve anlaşılır olduğu,
3. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının ölçek maddelerine verdikleri yanıtlarla gerçek düşüncelerini belirttiği,
4. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının demografik sorulara verdikleri yanıtlarla gerçek düşüncelerini belirttiği,
5. Araştırmada uygulama yapılan örneklemin evreni yansıttığı varsayılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1 Katılımcılara ait sosyodemografik bulgular (n=250)

Yaş	n	%
22-29	124	49,6
30-60	126	50,4
Cinsiyet	n	%
Kadın	181	72,4
Erkek	69	27,6
Medeni Durum	n	%
Evli	101	40,4
Bekar	142	56,8
Boşanmış	7	2,8
Eğitim Düzeyi	n	%
Lisans Mezunu	204	81,6
Lisansüstü Mezunu	46	18,4
Çalıştığı Kurum	n	%
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	74	29,6
Sağlık Bakanlığı	42	16,8
Adalet Bakanlığı	30	12,0
İç İşleri Bakanlığı	15	6,0
Gençlik ve Spor Bakanlığı	16	6,4
Özel Sektör	34	13,6
Sivil Toplum Kuruluşu	21	8,4
Diğer (SYDV, Belediye, AFAD, vb.)	18	7,2
Çalışılan Müracaatçı Grubu	n	%
Engelli	34	13,6
Korunmaya Muhtaç Çocuk	40	16,0
Aile	51	20,4
Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet	22	8,8
Sığınmacı ve Göçmenler	25	10,0
Sosyal Yardım	20	8,0
Kadın	17	6,8
Yaşlı	18	7,2
Genç	23	9,2
Mesleki Deneyim Süresi	n	%
1-2 yıl	28	11,2
3-5 yıl	63	25,2
6-9 yıl	75	30,0
10-14 yıl	59	23,6
15 yıl ve üzeri	25	10,0

Tablo 4.1'e göre araştırmaya katılım gösteren bireylerin %72,4'ü kadın, %27,6'sı ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %56,8'i bekar iken, %40,4'ü evlidir. Çalışmaya katılım gösteren bireylerin %81,6'sı lisans mezunu olduğunu, %18,4'ü ise lisansüstü mezunu olduğunu ifade etmektedir.

Katılımcıların çalıştığı kurumlar üzerinden gerçekleştirilen değerlendirmede ise en çok %29,6 ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yer alırken en az çalışanın %6,0 ile İç İşleri Bakanlığı çalışanı olduğu görülmektedir. Katılımcı sosyal hizmet uzmanı bireylerin çalıştığı

müracaatçı grubu değerlendirmesinde en fazla %20,4 ile aile alanı yer alırken en az çalıştığı müracaatçı grubu %6,8 ile kadın alanı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mesleki deneyim süreleri açısından değerlendirilen katılımcıların %30,0'u 6-9 yıl, %25,2'si 3-5 yıl, %23,6'sı 10-14 yıl, %11,2'si 1-2 yıl ve %10'u'si ise 15 yıl ve üzeri çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.1 incelendiğinde; herhangi bir ruh sağlığı sorunu olduğunu belirtenlerin oranı %6,8 iken ruh sağlığı sorunu olmadığını ifade edenlerin oranı %93,2'dir. Ruh sağlığı sorunu sonucu tedavi gördüğünü belirtenlerin ise %46'sının profesyonel bir destek aldığı görülmektedir.

Çalışma kapsamında uygulanan travma bilgili bakım ölçeği için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 72'dir. Ölçekten düşük puan alınması, travma bilgili bakım hakkında bilgi edinme ihtiyacını gösterir. Puan ne kadar yüksekse katılımcının travma bilgili bakım düzeyinin de yüksek olduğu varsayılır (Abdoh ve ark., 2017). İkincil travmatik stres ölçeği için ise alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Ölçek puanlamasına göre alınan puan arttıkça ikincil travmatik stres düzeyi artmaktadır. Mevcut ölçeklere ait örneklem büyüklüğü, en düşük ve en yüksek tutum puanı, aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin verilere Tablo 4.2'de yer verilmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların travma bilgili bakım ölçeği ve ikincil travmatik stres ölçeği puanları (n=250)

	n	min	max	X	ss	Kurtosis	Skewness
Travma Bilgi Bakım Ölçeği	250	38	72	56,90	5,99	-,472	-,148
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	250	18	85	37,93	11,07	,397	,329

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım ölçeğinden aldıkları en düşük puan 38, en yüksek puan ise 72 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bu ölçeğe ilişkin ortalama puanı 56,90'dır. Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres ölçeğinden aldıkları en düşük puan 18, en yüksek puan ise 85 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bu ölçeğe ilişkin ortalama puanı 37,93'tür.

Mevcut çalışmada grupların normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiştir. Normallik testi için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Skewness değeri travma bilgili bakım ölçeği için -,148 iken ikincil travmatik stres ölçeği için ,329'dur. Kurtosis değerleri incelendiğinde ise travma bilgili bakım ölçeği için -,472 iken ikincil travmatik stres ölçeği için ,397'dir. Kurtosis ve Skewness değerleri -1.5 ile +1.5 olduğu zaman normal dağılım olduğu kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

4.1. Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 4.3 Travma bilgili bakım ölçeği ve ikincil travmatik stres ölçeği arasındaki ilişki (korelasyon) (n=250)

		Travma Bilgili Bakım Ölçeği Toplam	İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam
TBBÖ Toplam	Pearson Correlation	1	-,042
	Sig. (2- tailed)		,504
	n	250	p>0.05 250
İTSÖ Toplam	Pearson Correlation	-,042	1
	Sig. (2- tailed)	,504	
	n	p>0.05 250	250

Tablo 4.3.'e bakıldığında, travma bilgili bakım ölçeği ile ikincil travmatik stres ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görülmüştür (P>0.05). Ölçekler arasında korelasyon bulunmadığı için regresyon analizi gerçekleştirilmemiştir.

4.2. Bağımsız Değişkenlere Göre Travma Bilgili Bakım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4 Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının yaş aralığına göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Yaş Aralığı	n	X±ss	t	p
TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	22-29	126	19,62±2,21	,156	,876
	30+	124	19,57±3,20		
TBBÖ Tutum Alt Boyutu	22-29	126	16,81±3,10	-,462	,644
	30+	124	17,02±3,92		
TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	22-29	126	20,88±2,97	1,613	,108
	30+	124	20,25±3,20		
TBBÖ Toplam	22-29	126	57,11±6,17	,447	,655
	30+	124	56,68±8,64		

Tablo 4.4 incelendiğinde; travma bilgili bakım ölçeği puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (P>0.05).

Tablo 4.5 Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyete göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Cinsiyet	n	X±ss	t	p
TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	Kadın	181	19,38±2,66	-2,003	,046
	Erkek	69	20,15±2,88		
TBBÖ Tutum Alt Boyutu	Kadın	181	16,61±3,46	-2,244	,026
	Erkek	69	17,72±3,60		
TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	Kadın	181	20,65±3,08	-1,692	,038
	Erkek	69	23,34±3,15		
TBBÖ Toplam	Kadın	181	56,44±7,20	-1,551	,034
	Erkek	69	61,08±8,12		

Tablo 4.5 incelendiğinde; Cinsiyete göre tüm alt boyut puanlarında ve TBBÖ toplam puanında erkek katılımcıların lehine olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (P<0,05).

Tablo 4.6 Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Eğitim durumu	n	X±ss	t	p
TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	Lisans	204	19,69±2,61	1,015	,314
	Lisansüstü	46	19,17±3,26		
TBBÖ Tutum Alt Boyutu	Lisans	204	16,86±3,39	-,493	,622
	Lisansüstü	46	17,15±4,09		
TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	Lisans	204	20,90±3,02	1,674	,180
	Lisansüstü	46	19,08±3,05		
TBBÖ Toplam	Lisans	204	57,23±7,01	1,257	,136
	Lisansüstü	46	55,41±9,25		

Tablo 4.6 incelendiğinde; travma bilgili bakım ölçeği puanları ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($P>0.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kuruma göre anova testi sonuçları (n=250)

	TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	TBBÖ Tutum Alt Boyutu	TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	TBBÖ Toplam
Çalışılan Kurum	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
Adalet Bakanlığı(a)	20,86±1,81	18,43±2,94	23,23±2,41	60,96±4,55
ASHB(b)	19,79±2,68	18,00±3,35	20,27±2,97	58,06±7,62
GSB(c)	18,81±1,83	16,25±3,66	20,68±3,23	55,75±6,40
İç İşleri Bakanlığı(d)	19,06±2,84	15,46±3,88	19,80±3,05	54,33±8,03
Özel Sektör(e)	19,26±2,50	16,58±3,33	20,41±2,84	56,26±7,15
Sağlık Bakanlığı(f)	19,88±3,32	15,95±3,41	20,14±2,81	55,97±7,40
STK(g)	18,71±3,18	15,85±4,16	20,77±4,00	54,14±9,79
Diğer(h)	18,83±2,70	15,88±2,92	20,33±2,67	54,05±6,69
F değeri	1,936	3,430	4,192	2,630
p değeri	,065	,002	,000	,012
Post-Hoc	-	a,b>c,d,e,f,g,h	a,b>c,d,e,f,g,h	a,b>c,d,e,f,g,h

Tablo 4.7.'te görüldüğü üzere; sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı kuruma göre TBBÖ tutum alt boyut puan (F:3,430), TBBÖ uygulama alt boyut (F:4,192) puan ve TBBÖ toplam puan (F:2,630) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşırken ($P<0,05$) TBBÖ bilgi alt boyut (F:1,93) puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($P>0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc testi (hochberg's gt2) sonuçlarına göre gözlemlenen farkın Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı çalışanları lehine olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8 Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalışılan müracaatçı grubuna göre anova testi sonuçları (n=250)

	TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	TBBÖ Tutum Alt Boyutu	TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	TBBÖ Toplam
Çalışılan Mür. Grubu	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
Yaşlı(a)	18,50±2,22	16,61±2,22	20,44±2,91	55,55±6,53
Engelli(b)	19,85±1,92	16,97±2,52	21,32±2,89	58,14±4,44
Sosyal Yardım(c)	18,30±2,36	16,35±3,15	19,90±3,19	54,55±7,30
Kadın(d)	18,52±2,12	15,64±2,14	19,05±2,83	53,23±4,58
Kor. Muht. Çocuk(e)	21,47±2,14	20,22±3,53	21,80±2,07	63,50±6,36
Aile(f)	20,47±1,96	18,00±2,72	21,78±2,96	59,33±5,29
Tıbbi-Psik. Sh.(g)	20,13±3,84	15,90±3,10	20,36±3,18	56,40±6,94
Sığınmacı ve Göç.(h)	16,52±2,51	13,52±3,09	17,88±2,71	47,92±6,89
Genç(i)	19,65±2,63	15,04±3,86	19,52±3,32	54,21±8,11
F değeri	10,965	12,804	6,225	15,059
p değeri	,000	,000	,000	,000
Post-Hoc	e>a,c,d,h	e>a,b,c,d,f,g,h,i	b,e,f>h	e>a,b,c,d,f,g,h,i

Tablo 4.8.'te görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları müracaatçı grubuna göre TBBÖ bilgi alt boyut (F:10,965), TBBÖ tutum alt boyut (F:12,804), TBBÖ uygulama alt boyut (F:6,225) puanı ve TBBÖ toplam puanı (F:15,059) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (P<0,05). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc testi (hochberg's gt2) sonuçlarına bakıldığında; korunmaya muhtaç çocuk müracaatçı grubuna hizmet veren katılımcılar lehine olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı (P<0,05) olan söz konusu farkın bu gruptan kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo 4.9 Katılımcıların travma bilgili bakım toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim sürelerine göre anova testi sonuçları (n=250)

	TBBÖ Bilgi Alt Boyutu	TBBÖ Tutum Alt Boyutu	TBBÖ Uygulama Alt Boyutu	TBBÖ Toplam
Mesl. Deneyim Süresi	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
1-2 yıl(a)	19,07±2,44	17,03±3,07	20,32±2,63	56,07±6,04
2-5 yıl(b)	19,80±2,21	16,80±2,81	20,98±3,15	57,46±6,29
6-9 yıl(c)	19,41±2,74	16,57±3,58	19,94±3,07	55,80±7,73
10-14 yıl(d)	19,33±3,35	16,88±4,25	20,81±3,44	56,72±8,80
15 yıl ve üzeri(e)	20,84±2,42	18,20±3,55	21,08±2,48	60,12±7,09
F değeri	1,875	1,029	1,351	1,762
p değeri	,115	,393	,252	,137
Post-Hoc	-	-	-	-

Tablo 4.9'da görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyim sürelerine göre TBBÖ bilgi alt boyut (F:1,875), TBBÖ tutum alt boyut (F:1,029), TBBÖ uygulama alt boyut (F:1,351) puanları ve TBBÖ toplam puanlarında (F:1,762) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (P>0,05).

4.3. Bağımsız Değişkenlere Göre İkincil Travmatik Stres Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.10 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının yaş aralığına göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Yaş Aralığı	n	X±ss	t	p
İTSÖ Duygusal İhlal Alt Boyutu	22-29	126	10,80±3,29	1,721	,086
	30+	124	10,08±3,32		
İTSÖ Uyarılma Alt Boyutu	22-29	126	11,80±4,42	2,793	,006
	30+	124	10,33±3,92		
İTSÖ Kaçınma Alt Boyutu	22-29	126	16,99±4,62	1,917	,061
	30+	124	15,81±5,07		
İTSÖ Toplam	22-29	126	39,61±10,55	2,435	,016
	30+	124	36,23±11,36		

Tablo 4.10 incelendiğinde; Gerçekleştirilen istatistik analizi sonucunda, duygusal ihlal ve kaçınma alt boyutlarında farklılaşmanın gerçekleşmediği ($P>0,05$) fakat uyarılma alt boyutu ve toplam İTSÖ puanında yaş gruplandırmasına göre istatistiksel olarak anlamlı ($P<0,05$) şekilde farklılaştığı görülmektedir. Bu farkın 30-60 yaş aralığında yer alan katılımcıların lehine olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tablo 4.11 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyete göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Cinsiyet	n	X±ss	t	p
İTSÖ Duygusal İhlal Alt Boyutu	Kadın	181	11,25±3,55	1,386	,161
	Erkek	69	10,04±2,58		
İTSÖ Uyarılma Alt Boyutu	Kadın	181	12,05±4,35	2,322	,021
	Erkek	69	10,07±3,77		
İTSÖ Kaçınma Alt Boyutu	Kadın	181	16,65±5,01	1,317	,192
	Erkek	69	15,75±4,49		
İTSÖ Toplam	Kadın	181	40,12±11,54	1,839	,046
	Erkek	69	35,86±9,49		

Tablo 4.11 incelendiğinde; duygusal ihlal ve kaçınma alt boyutlarında farklılaşmanın gerçekleşmediği ($P>0,05$) fakat uyarılma alt boyutu ve İTSÖ toplam puanında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı ($P<0,05$) şekilde farklılaştığı görülmektedir. Bu farkın erkek sosyal hizmet uzmanlarının lehine olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.12 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250)

	Eğitim durumu	n	X±ss	t	p
İTSÖ Duygusal İhlal Alt Boyutu	Lisans	204	10,44±3,23	-,105	,913
	Lisansüstü	46	10,50±3,72		
İTSÖ Uyarılma Alt Boyutu	Lisans	204	10,88±4,13	-1,483	,131
	Lisansüstü	46	11,91±4,66		

Tablo 4.12 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre bağımsız örneklem t-testi sonuçları (n=250) (Devamı)

İTSÖ Kaçınma Alt Boyutu	Lisans	204	16,17±4,53	-1,334	,182
	Lisansüstü	46	17,45±6,148		
İTSÖ Toplam	Lisans	204	37,50±10,54	-1,314	,198
	Lisansüstü	46	39,86±13,12		

Tablo 4.12 incelendiğinde; eğitim durumuna göre sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (P>0,05).

Tablo 4.13 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kuruma göre anova testi sonuçları (n=250)

Çalışılan Kurum	İTSÖ Duygusal İhlal Alt Boyutu	İTSÖ Uyarılma Alt Boyutu	İTSÖ Kaçınma Alt Boyutu	İTSÖ Toplam
	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
Adalet Bakanlığı(a)	10,36±2,32	10,56±3,28	16,40±4,66	37,33±9,34
ASHB(b)	10,58±3,25	10,98±3,86	16,63±4,37	38,20±10,41
GSB(c)	10,31±3,11	11,62±4,36	16,68±6,12	38,62±12,59
İç İşleri Bakanlığı(d)	11,73±5,06	14,00±4,72	21,40±5,22	47,13±13,13
Özel Sektör(e)	11,32±3,63	11,58±4,34	16,20±4,32	39,11±10,92
Sağlık Bakanlığı(f)	8,42±2,25	8,76±3,75	13,92±4,87	31,11±9,44
STK(g)	11,67±3,54	12,95±5,12	17,19±4,78	41,80±11,96
Diğer(h)	10,77±2,57	11,61±4,20	16,33±3,91	38,72±8,44
F değeri	3,565	3,896	4,267	4,648
p değeri	,000	,000	,000	,000
Post-Hoc	a,d,e,g>f	d,g>f	a,b,e,f>d	f<b,d,e,g

Tablo 4.13.'te görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı kuruma göre İTSÖ duygusal ihlal alt boyut (F:3,565), İTSÖ uyarılma alt boyut (F:3,896), İTSÖ kaçınma alt boyut (F:4,267) puan ortalamaları ve İTSÖ toplam puan (F:4,648) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma görülmüştür (P<0,05). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc testi (hochberg's gt2) sonuçlarına bakıldığında mevcut farkın sağlık bakanlığı çalışanı sosyal hizmet uzmanların lehine olduğu sonucuna varılmıştır (P<0,05).

Tablo 4.14 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları müracaatçı grubuna göre anova testi sonuçları (n=250)

Hizmet Verilen Alan	İTSÖ Duygusal İhlal Alt Boyutu	İTSÖ Uyarılma Alt Boyutu	İTSÖ Kaçınma Alt Boyutu	İTSÖ Toplam
	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
Yaşlı(a)	11,44±2,77	10,83±4,19	17,22±4,02	39,50±9,91
Engelli(b)	11,44±3,82	11,14±3,56	17,02±3,41	39,61±9,59
Sosyal Yardım(c)	9,60±3,18	9,75±3,97	15,55±6,02	34,90±12,42
Kadın(d)	9,94±3,28	12,05±5,17	16,23±5,43	38,23±12,89
Kor. Muht. Çocuk(e)	10,90±3,07	11,50±4,18	16,47±4,36	39,00±9,91
Aile(f)	10,50±2,80	11,09±3,57	16,64±4,61	38,25±9,90
Tıbbi-Psik. Sh.(g)	10,40±2,06	9,77±4,51	14,81±5,80	35,00±10,74
Sığınmacı ve Göç.(h)	9,40±3,26	10,12±4,68	14,76±4,71	34,32±11,49

Tablo 4.14 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları müracaatçı grubuna göre anova testi sonuçları (n=250) (Devamı)

Genç(i)	11,43±4,49	12,91±5,04	18,39±6,05	42,73±13,69
F değeri	2,606	1,412	1,346	1,825
p değeri	,115	,184	,213	,077
Post-Hoc	-	-	-	-

Tablo 4.14.'te görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanlarının hizmet verdikleri alana göre İTSÖ duygusal ihlal alt boyut (F:2,606), İTSÖ uyarılma alt boyut (F:1,412), İTSÖ kaçınma alt boyut (F:1,346) puan ortalamaları ve İTSÖ toplam puan (F:1,825) sonucuna ulaşılmıştır. Tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam boyutunda çalıştığı müracaatçı grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ($P>0,05$) şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.15 Katılımcıların ikincil travmatik stres toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim sürelerine göre anova testi sonuçları (n=250)

Mesl. Deneyim Süresi	İTSÖ Duygusal	İTSÖ Uyarılma	İTSÖ Kaçınma	İTSÖ Toplam
	İhlal Alt Boyutu	Alt Boyutu	Alt Boyutu	
	X±ss	X±ss	X±ss	X±ss
1-2 yıl(a)	11,78±3,83	12,39±4,77	17,17±5,27	41,35±11,97
2-5 yıl(b)	10,87±3,73	11,07±4,04	16,63±4,67	38,58±11,20
6-9 yıl(c)	10,58±3,39	11,01±4,00	16,09±4,58	37,69±10,74
10-14 yıl(d)	10,54±2,75	11,28±4,65	17,18±5,34	39,01±11,58
15 yıl ve üzeri(e)	10,28±1,74	9,28±3,42	14,08±4,14	33,64±8,06
F değeri	2,756	1,866	2,124	2,077
p değeri	,105	,114	,806	,856
Post-Hoc	-	-	-	-

Tablo 4.15.'te görüldüğü üzere sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyim sürelerine göre İTSÖ duygusal ihlal alt boyut (F:2,756), İTSÖ uyarılma alt boyut (F:1,866), İTSÖ kaçınma alt boyut (F:2,124) puan toplamlarında ve İTSÖ toplam puanında (F:2,077) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1.Travma Bilgili Bakım Ölçeği ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sosyal hizmet uzmanlarının TBBÖ ile İTSÖ den adlıkları puanlar arasında istatikselsel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görölmüştür. Literatür incelendiğinde benzer nitelikteki çalışmalarda; Travma bilgili bakıma karşı daha az olumlu eğilim sergileyen profesyonellerin ikincil travmatik stres düzeylerinde artış gözlemlenmiştir (Miller ve ark., 2023). Diğer bir çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan profesyonellerin işyerinde travma bilgili bakımla ilgili puanları arttıkça, ikincil travmatik stres puanlarında karşılık gelen bir düşüş gerçekleşmiştir bu da ikincil travmatik stres ile ilişkili bildirilen semptomların sıklığında ve yoğunluğunda bir azalmaya işaret etmektedir (Cameron-Hernandez, 2024). Runyon ve ark. (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık çalışanlarının travma bilgili bakım ve ikincil travmatik stres ölçekleri arasında istatikselsel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Travma bilgili bakım eğitimi ve düzeyi arttıkça ikincil travmatik stres düzeyi azalmaktadır (Sprang ve Garcia, 2022).

5.2. Bağımsız Değerşkenlere Göre Travma Bilgili Bakım Ölçeğine Ait Bulgulara İlişkin Tartışma

Çalışmaya dahil olan katılımcıların travma bilgili bakım ölçeği toplam puanının cinsiyete göre istatikselsel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görölmüştür. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; katılımcıların travma bilgili bakım düzeylerinin cinsiyet değerşkenine göre erkeklerin lehine (İnci ve ark., 2025; Uwera ve ark., 2025), kadınların lehine (Loutfy, 2025) farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Broughton (2017) ile Wholeben ve ark., (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak cinsiyet değerşkeninin katılımcıların travma bilgili bakım düzeyinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım toplam puanının yaş değerşkenine göre incelendiğinde; istatikselsel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Çalışmamızdaki bulgular, literatürdeki bilgilerle örtüşmektedir. Araştırmacılar gerçekleştirdikleri çalışmalarda; katılımcıların travma bilgili bakım düzeylerinin yaş değerşkenine göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşmışlardır (Bruce ve ark., 2018; Uwera ve ark., 2025; Broughton, 2017; Özbay ve ark., 2023;). Wholeben ve ark., (2023) ile Loutfy (2025) tarafından gerçekleştirilen

araştırmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak yaş değişkeninin katılımcıların travma bilgili bakım düzeyinde etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Araştırmalar, farklı eğitim geçmişlerine sahip profesyoneller arasındaki travma bilgi düzeyindeki eşitsizlikleri ortaya koymaktadır ve daha düşük eğitime sahip profesyonellerin genellikle travma bilgili bakım düzeylerinin de düşük olduğunu ortaya koymuştur. (Sheehan ve ark., 2024; Ramadurai ve ark., 2022; Coleman, 2024). Uwera ve ark. (2025), Wholeben ve ark. (2023) ile zbay ve ark. (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırmalar da çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesinin katılımcıların travma bilgili bakım düzeyinde anlamlı şekilde farklılık olduğu sonucuna ulaşmışlar. Eğitim seviyesi, uygulayıcıların travma bilgili bakım uygulamasında temel bilgilerini, tutumlarını ve öz yeterliliğini etkileyen bir belirleyici olarak kavramsallaştırılmıştır (Sheehan ve ark., 2024). Bu ereve, eğitimi travma farkındalığı ile travma bilgisine dayalı uygulamaların kalitesi arasında kritik bir arabulucu olarak konumlandırır ve travma bilgili bakıma hazır olma ve bağlılığı vurgulayan örgütsel değişim teorileriyle uyumlu hale getirir (Sundborg, 2017).

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kurum değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı grlmştr. Crawford (2022) ve Goldstein ve ark. (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar araştırmamızda elde ettiğimiz sonucu destekler niteliktedir. Birçok çalışmadan elde edilen sonuçlar travma bilgili bakım eğitiminin hizmet verici personeller özelinde olumlu etkilerini bildirilerde çalışılan kurumlar arasında travma bilgili bakım sistemini değerlendirecek standartlaştırılmış, doğrulanmış önlemlerde kritik bir boşluk olduğunu ifade etmektedir (Moreland-Capua ve ark., 2022; Richmond ve ark., 2021; Kalokhe ve ark., 2022).

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları müracaatçı grubu değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı grlmştr. Travma bilgili bakım akademik erevelerce giderek benimsenmesine rağmen bakım modellerinin çeşitli popülasyonlara nasıl uyum sağladığı ve kültürel yeterliliğin uygulamalara ne ölçüde entegre edildiği konusunda önemli bilgi boşlukları devam etmektedir (Jackson, 2018; Schnyder ve ark., 2023). Evrensel travma bilgili bakım ilkeleri ile kültürel olarak spesifik adaptasyonlara duyulan ihtiyaç arasındaki

denge etrafında tartışmalar devam etmektedir; bazıları standartlaştırılmış modelleri savunurken, diğerleri bireyselleştirilmiş, kültürel temelli bakımı vurgulamaktadır (Hinton, 2022; Pihama ve ark., 2017).

Sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim süresi değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Literatürde yer alan çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir (Nkurunziza ve ark., 2025; Broughton, 2017;). Çalışmamızdan farklı olarak Bruce ve ark. (2018) ile Wholeben ve ark. (2023) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise 5 yıldan fazla çalışma deneyimine sahip katılımcıların travma bilgili bakım puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

5.3. Bağımsız Değişkenlere Göre İkincil Travmatik Stres Ölçeğine Ait Bulgulara İlişkin Tartışma

Çalışmaya dahil olan katılımcıların ikincil travmatik stres ölçeği toplam puanının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır (Bingöl 2023; Özen 2024, Akcer ve Tura 2020; Bradley ve ark., 2015; Kahil, 2016; Yeşil 2010). Can (2020) ve Çakmak (2020)'nin gerçekleştirdikleri çalışmalarda ise cinsiyet değişkeninin ikincil travmatik stres düzeylerini etkilemediği görülmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres toplam puanının yaş değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. Çalışmamızdaki bulgular, literatürdeki bilgilerle örtüşmektedir. Araştırmacılar gerçekleştirdikleri çalışmalarda; katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır (Kaya ve ark., 2020; Almaz, 2019; Dablan, 2022; Çolak ve ark., 2012; Çetinkaya Büyükbodur, 2018; Erdener, 2019; Gökçen Çelik, 2024). Sevim ve Poplata (2024)'nin Kahramanmaraş merkezli depremden etkilenmiş olan 11 ilde gerçekleştirilen psiko-sosyal destek çalışmalarına gönüllü olarak katılan bireylerin ikincil travmatik stres düzeyleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesini konu alan çalışmasında ise yaş değişkeninin katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Ruh sağlığı uzmanlarını içeren ilgili bir incelemede, bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının diğer profesyonel kategorilerle yan yana getirildiğinde en dikkate değer ikincil travma belirtilerini sergilediğini göstermektedir. Ayrıca yaş, iş yükü ve

travma ile ilgili görüşmelerin sıklığı arttıkça, ikincil travmatizasyonun uzmanlar arasındaki etkisi de yoğunlaşmıştır. Özellikle genç yaştaki çalışanların ikincil travmatik stresten etkilenme riskine karşı daha korumasız olduğu ve desteklenmesi gerektiği düşünülebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Mevcut bulgular, daha önceki araştırmalarla tutarlılık gösterme olup araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda katılımcıların eğitim durumunun ikincil travmatik stres düzeylerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Almaz 2019; Dablan, 2022; Cabbar, 2021; Kılıçarslan, 2025; Dağdelen, 2025). Sevim ve Poplata (2024) ile Topkara ve ark. (2023) çalışmalarında ise eğitim durumunun katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmışlardır. Akademik tartışmalarda, yüksek eğitim geçmişinin ikincil travmatik strese karşı koruyucu bir mekanizma olarak işlev gördüğü yaygın olarak öne sürülse de çeşitli çalışmalar eğitimin bu açıdan sınırlı etkinliğini vurgulamaktadır (İkican ve Bahadır, 2025). Bu çalışmada, lisans derecesine sahip katılımcıların düşük bir İTSÖ puanı sergiledikleri ve bu da eğitim geçmişleriyle bağlantılı nicel bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Kişisel travma geçmişi olan kişilerin yüksek düzeyde ikincil travmatik stres sergilediğini öne süren mevcut literatürde sunulan iddiaların aksine (Birinci ve Erden 2016; Gürdil 2014; Kahil 2016), bulgular, bir bireyin travma öyküsü olup olmadığına bağlı olarak ikincil travmatik stres düzeylerinin önemli ölçüde değişmediğini göstermektedir. Bu araştırma kapsamında, bireylerin yalnızca lisans ve lisansüstü akademik kimlik bilgilerine sahip oldukları sonucu, yakından ilişkili eğitim seviyelerinden kaynaklanan minimum varyansa atfedilebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları kurum değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini çalıştıkları kurumların etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Dağdelen, 2025; Gökçen Çelik, 2024; Özen, 2024). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nda çalışan bireylerin kaçınma ve duygusal tepkileri analiz edilmiştir. İhlal ve uyarılma ile ilgili puanların Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu eşitsizlik, çalışma ortamlarındaki farklılıklara ve iki kuruluştaki bulunan destek mekanizmalarına bağlanabilir. Örneğin, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndaki sosyal hizmet uzmanları, çocuklara kötü muamele ve aile içi istismar gibi daha karmaşık ve üzücü vakalarla sık sık karşılaşmaktadır. Bu tür durumlar, bu profesyonellerin yaşadığı ikincil

travmatik stres seviyelerini şiddetlendirebilir. Bu gözlemlerin, işyeri koşullarının ve kurumsal destek çerçevelerinin ikincil travmatik stresin yaygınlığı üzerindeki etkisinin etkili bir şekilde altını çizdiğine inanılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları arasında ikincil travmatik stres insidansının artması çeşitli faktörlere bağlanabilir. Sosyal hizmet uzmanları sıklıkla haklarından mahrum bırakılan, şiddet, ihmal ve istismar yaşayan ve koruma ve gelişmiş desteğe ihtiyaç duyan bireylerle ilişki kurar. Ayrıca, müracaatçıların başa çıkma stratejilerinin yetersiz olduğu kriz durumlarında müracaatçılarına sıklıkla yardımcı olurlar. Bir sosyal hizmet uzmanı, mesleğine özgü olan bu kriz senaryolarıyla rutin olarak karşı karşıya kalmaktadır (Yıldırım, 2016). Ek olarak, sosyal hizmet uzmanlarına bu zorlu durumlarda gezinmek ve mesleki rollerine ilişkin duygusal yüklerini ve olumsuz algılarını hafifletmek için gerekli bilgi ve uzmanlığı sağlayabilecek denetim desteğinin olmaması da önemli bir katkıda bulunan faktör olabilir (Gökçearsan, 2017).

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının çalıştıkları müracaatçı grubu değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde; katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini çalışma gruplarının etkilemediği görülmüştür (Cabbar, 2021;). Çalışmamızdaki bulguların aksine Dağdelen (2025) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hizmet verilen müracaatçı grubunun katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılar arasında ortalama travmatik stres seviyeleri ile araştırma sırasında katıldıkları çeşitli gruplar arasında belirgin bir anlamlılığın olmadığı tespit edilmiştir. Bu, literatürdeki sosyal hizmet uzmanları tarafından tanımlandığı gibi engelli bireyler, yetişkinler, kronik hastalıklardan mustarip olanlar, travma yaşamış bireyler, çocuklar ve ergenler, ayrımcılık mağdurları, yaşlılar, madde bağımlıları, mülteciler ve hapsedilen bireyler gibi farklı müracaatçılar ile ilişki kurmanın İkincil Travmatik Stres düzeylerinde eşitsizlikler yaratmadığını gösterir. Mevcut literatürün gözden geçirilmesi, sosyal hizmet uzmanları tarafından tanımlanan çeşitli çalışma popülasyonlarına ilişkin odaklanmış araştırmaların yetersizliğinin anlamlı karşılaştırmalar yapma kapasitesini engellediğini ortaya koymaktadır. Bulgular, çeşitli meslek gruplarındaki travmatik stres seviyelerini incelemeyi esas almaktadır. Ek olarak; Çeşitli sektörlerde faaliyet gösteren sosyal hizmet uzmanlarının yaşadığı stres faktörlerinin çeşitliliği ve şiddeti açıktır. Çocuklara veya yaşlılara hizmet etmekle uğraşan profesyoneller, ikincil travmatik stres düzeylerini yükseltebilecek daha duygusal olarak zorlayıcı ve travmatik senaryolarla karşı karşıya kalabilirler.

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres toplam puanının ve alt boyut toplam puanlarının mesleki deneyim süresi değişkenine göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Literatürde yer alan çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir (Almaz, 2019; Dablan, 2022; Gürdil, 2014; Erden ve Birinci, 2016). Akcer ve Tura'nın (2020) göçmen öğrencilerle çalışan Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik (PDR) mezunlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesini amaçladığı çalışması araştırmamızdan farklı olarak mesleki deneyim süresinin ikincil travmatik stresle ilişkilendirilebileceğini ortaya koymuştur. Bilimsel çalışmaların incelenmesi üzerine, mesleğe harcanan sürenin uzunluğu, psikososyal müdahaleler, ruh sağlığı veya travma ile ilgili alanlarda faaliyet gösterenler için olası bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bir araştırmada, travmatik stres semptomlarının, 1 ila 5 yıl boyunca çalışanlara kıyasla 11 ila 15 yıl arasında değişen mesleki görev süresi olanlar arasında daha yaygın olduğunu göstermiştir. Örseleyici şekilde tanımladıkları bir deneyimi olan bireylerin, bu tür deneyimleri bildirmeyenlere göre yüksek stres puanları gösterdiği gözlemlenmiştir. (Bride ve ark., 2004). Bride'e (2012) göre, birlikte yaşayan bireylerle çalışma konusunda zengin deneyime sahip uygulayıcılar, daha az deneyimli meslektaşlarını geride bırakarak ikincil travmatik stresle başa çıkmada dikkate değer bir yetenek gösterirler.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırma, sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım düzeyleri ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular hem demografik değişkenler hem de mesleki nitelikler açısından çeşitli değerlendirmeleri içermektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının kadın (%72,4) ve lisans mezunu (%81,6) olduğu göz önüne alındığında, araştırmanın örneklemini sosyal hizmet mesleğinde yaygın profili yansıtmaktadır.

Araştırmada öncelikli olarak Travma Bilgili Bakım Ölçeği (TBBÖ) ile İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) arasındaki ilişkiye bakılmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgisine dayalı uygulamalarının, ikincil travmatik stres yaşama düzeylerini doğrudan etkilemediğini ortaya koymaktadır. Diğer bir ifadeyle, bireyin travma bilgili bakım konusundaki bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri, stres düzeylerini azaltıcı veya artırıcı bir faktör olarak belirlenmemiştir.

TBBÖ açısından elde edilen bulgular, yaş ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu bulgu, travma bilgili bakım tutum ve uygulamalarının yaş veya akademik seviye ile belirgin bir şekilde değişmediğini ortaya koymaktadır. Ancak cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, erkek katılımcıların travma bilgili bakım puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, erkek sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili bakım konusunda daha olumlu tutumlara sahip olabileceğine ya da kendilerini bu konuda daha yetkin algıladıklarına işaret etmektedir.

Ruh sağlığı sorunu beyanı ise TBBÖ puanlarında anlamlı bir farklılığa neden olmamıştır. Psikolojik olarak destek almış olmak ya da almamış olmak, travma bilgili bakım düzeyinde belirleyici bir unsur olarak öne çıkmamaktadır. Aynı şekilde, mesleki deneyim süresi de TBBÖ puanları üzerinde anlamlı bir etki yaratmamıştır. Deneyim süresinin artmasıyla birlikte travma bilgili bakımın gelişeceği varsayımı, bu çalışmada desteklenmemektedir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre yapılan değerlendirmede, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı'nda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının TBBÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık, bu kurumlarda görev yapan uzmanların, hizmet verdikleri hedef gruplar nedeniyle travma bilgili bakıma daha fazla ihtiyaç duyduklarını ve bu doğrultuda bilgi ve becerilerinin gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının hizmet verdikleri müracaatçı grubuna göre yapılan değerlendirmede de anlamlı farklar ortaya çıkmıştır. Özellikle korunmaya muhtaç çocuklarla çalışan uzmanların TBBÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, travmaya maruz kalan hassas gruplarla çalışan uzmanların travma bilgili bakım konusunda daha donanımlı ve duyarlı olduklarını göstermektedir. Bu gruplarla çalışanların hizmet içi eğitimlere, süpervizyon süreçlerine daha fazla dahil olmaları bu farklılığı açıklayabilir.

İkincil Travmatik Stres Ölçeği'ne (İTSÖ) ilişkin bulgular da dikkat çekicidir. Yaş grubu değişkeni açısından değerlendirildiğinde, özellikle 22-29 yaş aralığındaki katılımcıların uyarılma alt boyutunda ve toplam İTSÖ puanında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu yaş grubunun sosyal destek mekanizmalarının düşük olması ya da 30-60 yaş aralığındaki katılımcıların kişisel yükümlülüklerinin daha fazla olması, iş yerlerinde yaşadıklarından daha az etkilendiklerini düşünebilir.

Cinsiyet değişkeni açısından da benzer bir durum gözlemlenmiştir. Kadın sosyal hizmet uzmanlarının İTSÖ toplam puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olması, kadınların travmatik olaylardan etkilenme biçimlerinde cinsiyet temelli farklılıkların olabileceğini düşündürmektedir. Bu farklılıklar, cinsiyet rollerine bağlı olarak stresle başa çıkma stratejilerindeki değişkenliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim düzeyi, ruh sağlığı sorunu geçmişi ve mesleki deneyim süresi gibi değişkenlerin İTSÖ puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu da ikincil travmatik stresin bireyin akademik ya da mesleki yeterliliklerinden çok, maruz kaldığı durumlarla ve belki de kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Katılımcıların görev yaptıkları kuruma göre yapılan değerlendirmede ise Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının İTSÖ puanlarının diğer kurumlardaki meslektaşlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Son olarak, hizmet verilen müracaatçı grubuna ve mesleki deneyim süresine göre İTSÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları alanların travmatik stres üzerindeki etkisinin, travma bilgili bakım kadar belirleyici olmadığını göstermektedir.

Genel olarak bulgular, sosyal hizmet uzmanlarının travmaya ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin çeşitli bireysel ve kurumsal etkenlerden etkilendiğini; ancak bu

etkenlerin ikincil travmatik stres üzerindeki etkisinin daha karmaşık ve çok boyutlu olduğunu ortaya koymaktadır.

6.2. Öneri

Bu araştırma bulguları doğrultusunda, hem sosyal hizmet uygulamalarının niteliğini artırmak hem de sosyal hizmet uzmanlarının mesleki iyi oluşlarını desteklemek adına aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- Travma Bilgili Hizmet İçi Eğitim Programları Geliştirilmelidir

Özellikle travma maruziyetinin yüksek olduğu alanlarda (çocuk koruma, ceza infaz, sağlık hizmetleri vb.) çalışan sosyal hizmet uzmanlarına yönelik sistematik ve sürekli travma bilgili bakım eğitimleri sunulmalıdır. Bu eğitimler, sadece teorik bilgi aktarımını değil, vaka analizi, rol oynama, süpervizyon gibi pratik içerikleri de kapsamalıdır.

- Sosyal Hizmet Uzmanlarına Psikososyal Destek Mekanizmaları Sağlanmalıdır

İkincil travmatik stresin önlenmesi ya da etkilerinin azaltılması adına, uzmanlara periyodik süpervizyon, meslek içi danışmanlık ve ruh sağlığı destek hizmetleri sağlanmalıdır. Bu süreçlerin kurumsallaşması, çalışanların mesleki tükenmişlik yaşamalarının önüne geçebilir.

- Kurumsal Düzeyde Farkındalık Artırıcı Politikalar Geliştirilmelidir

Sosyal hizmet kurumları, çalışanlarının travmaya maruz kalma riskini azaltmak için kurum içi farkındalık çalışmaları yapmalı; çalışma koşullarını ve ortamlarını psikolojik dayanıklılığı destekleyecek biçimde yeniden düzenlemelidir. Bu bağlamda, kurum yöneticilerinin de travma bilgili liderlik anlayışıyla hareket etmesi önem arz etmektedir.

- Çalışma Alanına Göre Müdahale Protokolleri Farklılaştırılmalıdır

Farklı müracaatçı gruplarına hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının yaşadığı deneyimler birbirinden oldukça farklıdır. Bu nedenle kurumlar, örneğin korunmaya muhtaç çocuklarla çalışan personel ile adli hizmetlerde çalışanlar için ayrı ayrı destek ve eğitim protokolleri geliştirmelidir.

- İkincil Travmatik Strese İlişkin Farkındalık Artırılmalıdır

Sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres belirtilerini tanımaları, kendi duygusal tepkilerini fark etmeleri ve gerektiğinde profesyonel destek aramaları için farkındalık çalışmaları yapılmalıdır. Bu kapsamda, meslek etiği içerisinde öz bakım sorumluluğu daha belirgin hale getirilmelidir.

- Gelecek Araştırmalarda Niteliksel Verilere de Yer Verilmelidir

Bu çalışma nicel veriler üzerinden yürütülmüştür. Gelecek çalışmalarda sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgisi, stres deneyimleri ve başa çıkma stratejilerine ilişkin derinlemesine görüşmeler yapılması, bulguların daha kapsamlı yorumlanmasına katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Abdoh, N., Bernardi, E., & McCarthy, A. (2017). Knowledge, attitudes and practices of trauma informed practice: A survey of health care professionals and support staff at Alexander Street community.
- Abyane, S. M. (2014). *Lived experience of children social workers' secondary traumatic stress: description of somatic responses* [Doktora Tezi, Chicago Üniversitesi].
- Aker, A. T., Önen, P. & Karakılıç, H. (2007). Psychological trauma: Research and practice in Turkey. *International Journal of Mental Health*, 36(3), 38-57.
- Aker, A. T. & Önen, P. (2006). Travma sonrası stres bozukluğu. *Türkiye Klinikleri International Medical Science*, 2 (12), 52-63.
- Akcer, N., & Tura, G. (2020). Piktes'te Çalışan Rehberlik Danışmanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Biruni Sağlık Ve Eğitim Bilimleri Dergisi*(6), 3-15.
- Almaz, M. C. (2019). *15 Temmuz Darbe Girişiminin Sağlık Çalışanları Üzerindeki İkincil Travmatik Strese Etkisi*. [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi].
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-I. Washington, DC. (1. edition)
- American Psychiatric Association. (1966). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-II. Washington, DC. (2. edition)
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-III. Washington, DC. (3.edition)
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-III. Washington, DC. (3.edition revised)
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV. Washington, DC. (4. edition)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Erişim: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (15.03.2025).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, (Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği (Orijinal Yayın Tarihi, 2013).
- Altekin, S. (2014). *Vicarious traumatization: an investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in Turkey*. [Yayınlanmamış Doktora tezi, Boğaziçi Üniversitesi]
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., ve McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-311. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000167>
- Başol G. Bilimsel araştırma süreci ve yöntem. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ed.: İçinde K O., Cinoğlu M. Lisans Yayıncılık. 2008. İstanbul.
- Baker, A. A. (2012). Training the resilient psychotherapist: What graduate students need to know about vicarious traumatization. *Journal of Social, Behavioral and Health Sciences*, 6(1), 1-18

- Bargeman, M., Abelson, J., Mulvale, G., Niec, A., Theuer, A., & Moll, S. (2022). Understanding the Conceptualization and Operationalization of Trauma-Informed Care Within and Across Systems: A Critical Interpretive Synthesis. *Milbank Quarterly*, 100(3), 785–853. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12579>
- Baykara-Acar, Y. & Acar, H. (2002). Sistem kuramı-ekolojik sistem kuramı ve sosyal hizmet: Temel kavramlar ve farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1), 29-35.
- Bellamy, T. A., Krishnamoorthy, G., Ayre, K. E., Berger, E., Machin, T., & Rees, B. (2022). Trauma-Informed School Programming: A Partnership Approach to Culturally Responsive Behavior Support. *Sustainability*, 14(7), 3997. <https://doi.org/10.3390/su14073997>
- Berring, L. L., Holm, T., Hansen, J. P., Delcomyn, C., Søndergaard, R., & Hvidhjelm, J. (2024). *Implementing Trauma-Informed Care—Settings, Definitions, Interventions, Measures, and Implementation across Settings: A Scoping Review*. 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090908>
- Bhagwagar, H. (2022). Secondary trauma, burnout and resilience among mental health professionals from India: A review of research. *Asian Journal of Psychiatry*, 76, 103227.
- Birinci, G. G., & Erden, G. (2016). Yardım çalışanlarında üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Psychology/Turk Psikoloji Dergisi*, 31(77).
- Braga, L. L., Fiks, J. P., Mari, J. J., & Mello, M. F. (2008). The importance of the concepts of disaster, catastrophe, violence, trauma and barbarism in defining posttraumatic stress disorder in clinical practice. *BMC Psychiatry*, 8, 1-8.
- Bradley, B., Corss, D., Fani, N., Powers, A. (2015). “PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample”. *National Institutes Of Health*, 61, 174-179.
- Brandell, J. R., Ringel, S. (2019). *Trauma: Contemporary directions in trauma theory, research, and practice: Vol. Second edition*. Columbia University Press.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- Bride Be (2012). Secondary Traumatic stress, encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide. *Figley Cr (Ed.), Thousand Oaks, California*, s.:600-602.
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527.
- Briere, J. N. ve Scott, C. (2016). *Travma terapisinin ilkeleri. Belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Broughton, L. (2017). The effect of trauma-informed care training on the knowledge and awareness of medical professionals at kentucky children’s hospital.
- Bruce, M. M., Kassam-Adams, N., Rogers, M., Anderson, K. M., Sluys, K. P., et al. (2018). Trauma providers' knowledge, views, and practice of trauma-informed care. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 25(2), 131-138.
- Bulut, A., E. (2024). *Geçici koruma statüsündeki bireylere hizmet veren meslek elemanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri ve strese başa çıkma stillerinin incelenmesi: Türkiye Suriye sınır illeri örneği* [Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi]
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2019). Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri (25. b.). *Ankara: Pegem Akademi*.

- Cebbar, E. (2021). *Psikologlarda psikolojik dayanıklılığın; ikincil travmatik stres, somatizasyon ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi].
- Can, İ. (2024). *Sosyal medyada travmatik içerik maruziyeti ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü: Kahramanmaraş depremleri örneği* [Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi]
- Can, M. (2020). *Siğınmacılar/mültecilerle çalışan sivil toplum çalışanlarının psikolojik sağlamlığının ve ikincil travmatik stres düzeyinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Yakındoğu Üniversitesi].
- Cameron-Hernandez, R. R. (2024). *Trauma informed care and secondary traumatic stress experienced by counselors in community mental health* [Doktora Tezi, Minnesota Üniversitesi]
- Cavanagh, A., Wiese-Batista, E., Lachal, C., Baubet, T., & Moro, M. R. (2015). Countertransference in trauma therapy. *J Trauma Stress Disor Treat* 4, 2(2).
- Catherall, D. R. (2007). Secondary stress and the professional helper. *Canadian Traumatic Stress Network*. <http://www.ctsn-rcst.ca/Secondary.html>
- Chase, M. M. (2005). *Emergency department nurses' lived experience with compassion fatigue*. [Yüksek Lisans Tezi, Florida Üniversitesi].
- Chin, B., Amin, Q., Hernandez, N., Wright, D.-D., Awan, M. U., Plumley, D., Zito, T., & Elkbuli, A. (2024). Evaluating the Effectiveness of Trauma-Informed Care Frameworks in Provider Education and the Care of Traumatized Patients. *Journal of Surgical Research*, 296, 621–635. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.01.042>
- Coleman, E. (2024). Education for health care providers on implementation of trauma-informed care in practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 1–7. <https://doi.org/10.3928/00220124-20240201-06>
- Crawford, K. (2022). Evaluating Trauma-Informed Care Practices in an Interdisciplinary Homeless Service Collaboration. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 19(2), 212–227. <https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2026267>
- Crosby, S. D. (2015). An ecological perspective on emerging trauma-informed teaching practices. *Children & Schools*, 37(4), 223-230.
- Cohen JA, Mannarino AP, Kliethermes M, Murray LA (2012) Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse Negl*, 36:528-541.
- Cömertpay, E. (2024). *Kişisel travmatik yaşantı ve ikincil travmatik stres belirtileri ile varoluşsal kaygı ve ontolojik iyi oluş arasındaki ilişkide üstbilişsel inançların aracı rolünün incelenmesi* [Doktora Tezi, Doğuş Üniversitesi], İstanbul.
- Cüceloğlu, D. (1994). *İnsan ve davranışı psikolojinin temel kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çalık Var, E., Çetinkaya Büyükbodur, A. (2017). Sosyal hizmet uzmanlarında ikincil travmatik stres. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3676-3689.
- Çetinkaya Büyükbodur, A. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi].
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan Hüseyin, H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-26. DOI: 10.1501/Kriz_0000000322
- Çolak, B., Şişmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etller, N., & Biçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Dağdelen, M. (2025). *Sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Muş Alparslan Üniversitesi].

- De Thierry, B. (2015). *Teaching the child on the trauma continuum*. Grosvenor House Publishing Limited.
- Devilly, GJ., Wright R., & Varker, T. (2009) Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*, 43: 373-385.
- Dikbaşı, Ş. K., & Okanlı, A. (2022). Hemşirelerde ikincil travmatik stres ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 7-14.
- Doğan, T. (2021). İkincil travmatik stres, eşduyum yorgunluğu ve koruyucu önleyici faktörler. Ö. Erdur Baker, İ. Aksöz Efe, ve T. Doğan (Ed.), *Travma Psikolojisi* (s. 79-105) içinde. Pegem Akademi.
- Duman, N. (2018). "Çocuk cinsel istismarında masalların terapötik kullanımı". *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/ The Journal of International Social Research*, Cilt 11, Sayı 59, 647-652.
- Erden, N. S. (2016). Travma sonrası stres bozukluğu, işyerinde zorbalık ve nörotiklik: araştırma önerisi. *Journal of International Social Research*, 9(46), 674–682. <https://proxy.dogus.edu.tr:2071/10.17719/jisr.20164622634>
- Erdener, M. (2019). *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi].
- Ervin, K., Reid, C., Podubinski, T. ve Phillips, J. (2021). Trauma-informed knowledge, awareness, practice, competence and confidence of rural health staff: A descriptive study. *La Trobe*. doi:10.26181/19320395.v1
- Everall, R. D. & Paulson, B. L. (2004). Burnout and secondary traumatic stress: Impact on ethical behaviour. *Canadian Journal of Counselling*, 38(1), 25-35.
- Figley, C. R., Ellis, A. E., Reuther, B. T., & Gold, S. N. (2017). The study of trauma: A historical overview. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (pp. 1–11). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-001>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In compassion fatigue coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized*. New York: Routledge.
- Figley, C. R. & Kleber, R. J. (1995). Beyond the "Victim": Secondary Traumatic Stress. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Ed.), *Beyond Trauma Cultural and Societal Dynamics* (pp.75-95). New York: Springer Science+Business Media.
- Figley, C. R. (1999). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of The Costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
- Figley, C. R., ve Kiser, L. J. (2013). *Helping traumatized families* (2. Baskı). Routledge.
- Galovski, T. ve J. Lyons (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*, Cilt 9, Sayı 5, 477-501.
- Garwood, M. M., Beyer, M. R., Hammel, J., Schutz, T., & Paradis, H. A. (2020). Trauma-informed care intervention for culture and climate change within a child welfare agency. *Child Welfare*, 98(4), 1-26.
- Gates D & Gillespie Gl (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(2): 243-249.
- Gerding, A. (2012). Prevention of vicarious trauma: Are coping strategies enough? *Master of Social Work Clinical Research Papers*.
- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice*, 25(1), 17-30.

- Goldstein, E., Chokshi, B., Melendez-Torres, G. J., Rios, A., Jelley, M., & Lewis-O'Connor, A. (2024). Effectiveness of Trauma-Informed Care Implementation in Health Care Settings: Systematic Review of Reviews and Realist Synthesis. *The Permanente Journal*, 135–150. <https://doi.org/10.7812/tpp/23.127>
- Gökçearslan Çifci, E., ve Aslan Açıan, B. (2017). Sosyal hizmet uzmanları ve ikincil travmalar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 9, 60-70.
- Gökçen Çelik, E. (2024). *Ruh sağlığı alanında çalışan danışman ve terapistlerin ikincil travmatik stres düzeyleri ile bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişki* [Yüksek Lisans Tezi, Doğu Üniversitesi]
- Green, B. L. (1990). Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(20), 1632-1642. doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb01498.x
- Güler, Ö. (2019). *Travma- nasıl baş edilir?* İstanbul: İndie Kitap.
- Gündüz, B. (2020). *Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres* (Doktora Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi).
- Güner, A. (2024). *Trafik polislerinin ikincil travmatik stres belirtileri ile pozitif negatif duygu durum, psikolojik dayanıklılık ve sürücü davranışları arasındaki ilişkiler* [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. Ankara.
- Güneş Aslan, G. (2022). Travma bilgili bakım ve sosyal hizmet. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(54), 87-106.
- Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi* [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi].
- Hall, C. W., Row, K. A., Wuensch, K. L., & Godley, K. R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 147(4), 311-323.
- Hatipoğlu A. (2024). *6 Şubat Kahramanmaraş depremi bölgesinde hizmet veren kamu personelinde psikolojik sağlamlık ve ikincil travmatik stres belirtileri arasındaki ilişkide öz şefkatin aracı etkisi* [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi].
- Hemmings, R. (2008). *Modern nostalgia: Siegfried Sassoon, trauma and the second world war*. Edinburgh University Press.
- Herman, J. (2011). *Travma ve iyileşme şiddetin sonuçları: Ev içi istismardan siyasi teröre* (T. Tosun, Çev.; 3. Baskı). Literatür Yayınları.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. *Social Work Journal*, 30, 3.
- Hinton, D. E. (2022). *Multiplex CBT for Traumatized Multicultural Populations*. <https://doi.org/10.1017/9781009072458>
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work?. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.
- <https://www.raosoft.com/samplesize>
- Çömez İkican, T., & Şahin Bayındır, G. (2025). Acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri, psikolojik sağlamlıkları ve ilişkili faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1).
- İnci, F. ve H. Boztepe (2013). “Travma sonrası büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi?”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 80-84.

- İnci, F., Oflaz, F., Büyükbayram Arslan, A., Şimşek Arslan, B., & Kılıç Bayageldi, N. (2025). Knowledge, attitudes and practices of mental health professionals regarding trauma-informed care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(3), e70069.
- Jackson, V. H. (2018). *The Role of Cultural Competence in Trauma-Informed Agencies and Services* (pp. 41–64). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64602-2_4
- Jacobs, T. J. (2019). Countertransference past and present: A review of the concept. *Key papers on countertransference*, 7-40.
- Jenkins, S. R. ve Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Jones, E., & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: A historical perspective. *Psychiatry*, 5(7), 217-220.
- Jones, E. & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 164-175.
- Kahil, A. (2016). *Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi].
- Karal, E., Atak, H. (2022). Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 82-103.
- Karasar N. (2002) *Bilimsel araştırma yöntemi*. Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti. 2002. Ankara
- Kavaklılar, E.Z. (2023). *Okul psikolojik danışmanlarında ikincil travmatik stres ve başa çıkma: Nitel bir yaklaşım*. [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi].
- Kaya, B. (2020). *Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı kuruluşlarda çalışanlarda ikincil travmatik stres ve adil dünya inancının incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi].
- Kaya, B., Kıran, B., & Çakmak, S. (2020). Sosyal hizmet çalışanlarında ikincil travmatik stres ve adil dünya inancı. *Cukurova Medical Journal*, 45(3), 1061-1072.
- Kelly U, Boyd MA, Valente SM, Czekanski E (2014) Trauma-informed care: Keeping mental health settings safe for veterans. *Issues Ment Health Nurs*, 35:413-419
- Kerig, P. K., Schulz, M. S., & Hauser, S. T. (2012). Adolescence and trauma. In P. K. Kerig, M. S. Schulz, & S. T. Hauser (Eds.), *Adolescence and trauma* (pp. 3-10). John Wiley & Sons.
- Kılıçarslan, B. (2025). *Travma mağdurları ile çalışan psikolojik danışmanlarda psikolojik danışma öz yeterliği ve ikincil travmatik stres* [Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi].
- King S, Chen KLD, Chokshi B (2019) Becoming trauma informed: Validating a tool to assess health professional's knowledge, attitude, and practice. *Pediatr Qual Saf*, 4:e215.
- Knight, C. (2013) Indirect trauma: Implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution *Clin. Superv.*, 32(2), 224-243
- Koç, M. S., & Ateş, A. (2024). D tipi kişilik özellikleri ve ikincil travmatik stres: duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü. *HUMANITAS-Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(24), 239-261.
- Kokurcan, A. ve Ö. H. Hüseyin (2012). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri. *Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.
- Kalokhe, A. S., Adam, E., Colasanti, J., Livingston, M. D., Root, C., & Sales, J. M. (2022). Differences in trauma-informed care implementation by clinic-level factors across Ryan White HIV clinics in the Southeastern United States. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 35(2), 222–229. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2124225>

- Kranda, T. (2019). *Sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelemesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi].
- Kuczyńska, A., Widera-Wysoczańska, A. (2016). *Trauma treatment: Factors contributing to efficiency*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing
- LaPorte, H. H., Sweifach, J., & Linzer, N. (2010). Sharing the trauma. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 39-56.
- Lerias, D., ve Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129-138. <http://doi.org/10.1002/smi.969>
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23(2), 397-410.
- Lombardo, B., ve Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing*. <http://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man03>
- Loutfy, A., Elzeiny, A., Alkubati, S. A., El-Monshed, A. H., Zoromba, M. A., et al. (2025). Undergraduate nursing students' perspectives of trauma-informed care in pediatric nursing: A cross-sectional Egyptian study. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, e127-e135.
- Macnab, F. (1989). *Life after loss: Getting over grief, getting on with life*. Millennium.
- Margeret, J. (1989). "Stress in teaching. An Overview of Research. *Midlothian: The Scottish Council for Research in Education*. Washington: SCRE Publication.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McNally, R. J. (2005). *Remembering trauma*. Harvard University Press.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2010). *Research in education: Evidence-based inquiry, MyEducationLab Series*. Pearson.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Britz, L. (2019). Promoting evidence-based, trauma-informed social work practice. *Journal of social work education*, 55(4), 645-657.
- Miller, L. (1998). Our own medicine: Traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), 137-146.
- Miller Itay, M. R., & Turliuc, M. N. (2023). Who will save the savior? The relationship between therapists' secondary traumatic stress, secondary stress self-efficacy, and attitudes toward trauma-informed care. *Behavioral Sciences*, 13(12), 1012. <https://doi.org/10.3390/bs13121012>
- Moreland-Capuia, A., Dumornay, N. M., Mangus, A., Ravichandran, C., Greenfield, S. F., & Ressler, K. J. (2022). Establishing and validating a survey for trauma-informed, culturally responsive change across multiple systems. *Journal Of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01765-5>
- Motta, R. W. (2008). Secondary trauma. *International Journal of Emergency Mental Health*, 10(4), 291–298.
- Moskowitz, A., Heinimaa, M., & van der Hart, O. (2018). Defining psychosis, trauma, and dissociation: Historical and contemporary conceptions. *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*, 7-29.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 5-26.
- Nen, S., Austbury, J., Subhi, N., Alavi, Z., Lukman, Z.M., et al. (2011). The impact of vicarious trauma on professionals involved in child sexual abuse cases. *Pertanica Journal of Social Science & Humanities*, 19 (Special Issue), 147-155.

- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best practices in mental health*, 6(2), 57-68.
- Nkurunziza, A., Habtu, M., Ndayisenga, J. P., Mukeshimana, M., Mukamana, D., et al. (2025). Midwives' knowledge, attitude, practices, and experiences toward trauma-informed abortion care in urban district hospitals in Rwanda. *Midwifery*, 140, 104228.
- Onipede, Z. A., Park, A. L., & Lau, A. S. (2024). Common Elements of Trauma-Informed Schools and Attention to Racial Equity: A Scoping Review. *School Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s12310-024-09721-2>
- Oral, R., Coohy, C., Zarei, K., Conrad, A., Nielsen, A., Wibbenmeyer, L., Segal, R., Wojciak, A. S., Jennissen, C. A., & Peek-Asa, C. (2020). Nationwide efforts for trauma-informed care implementation and workforce development in healthcare and related fields: a systematic review. *Turkish Journal of Pediatrics*, 62(6), 906–920. <https://doi.org/10.24953/TURKJPED.2020.06.002>
- Ortlepp K., & Friedman M., (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in the workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), p.213-222
- Osofsky, J. D., Putnam, F. W., ve Lederman, J. C. S. (2008). How to maintain emotional health when working with trauma. *Juvenile and Family Court Journal*, 59(4), 91-102. <http://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2008.00023.x>
- Özbay, S. Ç., Boztepe, H., & Kanbay, Y. (2023). Nursing students' views on trauma-informed pediatric nursing care and family-centered care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 44, 107-113.
- Özen, Y. (2018). Travma sonrası ortaya çıkan psikolojik bozukluklar üzerine bir değerlendirme. *The Journal of Social Science*, 2(4), 136-159. <http://doi:10.30520/tjsosci.451037>
- Öztoprak, A., Bekar, E. Ö. (2023). Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personellerinin ikincil travmatik stres düzeyinin tükenmişlik ve işten ayrılma niyetine etkisi. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 6(3), 397-410.
- Öztürk, E., Derin, G. (2020). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 6(2), 181-214.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists, *Professional Psychology: Research Practice*, 26(6), 558–565.
- Pehlivan, T. & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129-134.
- Peeples, K. A. (2000). Interview with Charles R. Figley: Burnout in families and implications for the profession. *The Family Journal*, 8(2), 203-206. <http://doi.org/10.1177/1066480700082017>
- Perez, L. M., Jones, J., Englert, D. R., & 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.
- Peters, E. (2008). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466-480.
- Plouffe, K. A. (2015). The relationship of dissociation proneness to secondary trauma, burnout, and compassion satisfaction in mobile crisis workers. *International Journal of Social Science Studies*, 3(3), 235–242.
- Pihama, L., Smith, L. T., Nana, R. T., Cameron, N., Matak, T., Skipper, H., Kohu, H., & Southey, K. (2017). *Investigating Māori approaches to trauma-informed care*. 2(3), 18–31. <https://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/11805>
- Ramadurai, D., Knoeckel, J., Stace, R., & Stella, S. A. (2022). Feasibility and impact of trauma-informed care training in internal medicine residency: A pilot study. *Cureus*, 14. <https://doi.org/10.7759/cureus.22368>

- Ramos, C. ve I. Leal (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application context. *Psychology, Community ve Health, Cilt 2, Sayı 1*, 43-54.
- Rauvola, R. S., D. M. Vega vd. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science, 3(1)*, 297-336.
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: A linear structural equation model. *Children and Youth Services Review, 26(4)*, 331-346. <http://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2004.02.003>
- Remer, R., Ferguson, R. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling & Development, 73(4)*, 407-413.
- Richmond, T. S., Thompson, H. J., Deatrck, J. A., & Kauder, D. R. (2000). Journey towards recovery following physical trauma. *Journal of Advanced Nursing, 32(6)*, 1341-1347.
- Richmond, E., McColm, R., McCaig, M., & Binnie, V. (2021). Improving outcomes for trauma-experienced individuals through the delivery of trauma awareness training for multi-organisational public sector workers. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2021-0038>
- Ringel, S. ve Brandell, J. R. (2012). *Trauma: Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research*. Sage Publications.
- Runyon, M. C., Irby, M. N., & Landivar, P. R. (2024). Trauma-informed care education initiative explores impact on perinatal nurse secondary traumatic stress and workforce challenges. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 38(2)*, 167-177.
- Ruppert, F. (2014). *Travma, bağlanma ve aile konstelasyonları ruhun yaralarını anlamak ve iyileştirmek*. Fatma Zengin (çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Ruppert, F. (2021). *Travma sevgi korku*. (N. Yüce, Çev.). İstanbul: Sola Unitas.
- Schnyder, U., Bryant, R. A., Ehlers, A., Foa, E. B., Hasan, A., Mwit, G. K., Kristensen, C. H., Neuner, F., Oe, M., & Yule, W. (2023). *Culture-sensitive psychotraumatology*. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.21829245>
- Salston, M. D. & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimizations. *Journal of Traumatic Stress, 16 (2)*, 167-174.
- Sevim, K., & Öksüz Poplata, S. (2024). *Kahramanmaraş depremi sonrası gönüllü çalışmalara katılan kişilerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişki*. TYB Akademi.
- Sheehan, C., Butler, J. E., & O'Neill, C. (2024). What we don't know really will hurt us: Examining trauma awareness knowledge, strategies, and training in Ireland's early childhood education and care profession. *Education Sciences, 14(7)*, 704. <https://doi.org/10.3390/educsci14070704>
- Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology, 23(4)*, 1-14.
- Sprang, G., & Garcia, A. (2022). An investigation of secondary traumatic stress and trauma-informed care utilization in school personnel. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 15(4)*, 1095-1103.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly, 8(2)*, 1-3.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. 2nd Edition, Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Spector, P. E. (2008). *Industrial and organizational psychology*. New York: 5th ed., John Wiley ve Sons. Study of Hospice Nurses". *Journal of Hospice ve Palliative Nursing, 8(6)*, 346-356.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *who we are learn more about the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, Erişim Tarihi: 8 Nisan 2025, <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Author. Retrieved from https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Tabachnick, B. G. And Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics. Boston, Pearson.
- Tekin HH, Başer D (2021) *Travma bakım temelli sosyal hizmet müdahalesi*. Akademik Araştırmalar 2 (Eds E Hamarta, C Arslan, S Çiftçi, M Uslu):125-131). Konya, Çizgi Kitabevi.
- Tekin, H. H., & Bayar, Y. (2023). Trauma informed care scale: Turkish validity and reliability study. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(Supplement 1), 252-260.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research.
- Topkara, N., Reyhan, F. A., Dağlı, E., & Bakır, E. (2023). Deprem bölgesinde görev yapan sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 152-165.
- Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. T. Aker ve M. E. Önder (Ed.), *Psikolojik travma ve sonuçları* içinde. 5US Yayınları.
- Uwera, Y. D. N., Nkurunziza, A., Habtu, M., Ndayisenga, J. P., Mukeshimana, M., Mukamana, D., et al. (2025). Trauma-informed abortion care knowledge, attitudes, practices and experiences among nursing and midwifery faculty and students in Rwanda: A mixed-method study. *Teaching and Learning in Nursing*.
- Ümmet, D., Metin, S. & Okur, S. (2023). Psikolojik danışmanlarda şefkat yorgunluğu ölçeğinin geliştirilmesi/Development of compassion fatigue scale in psychological counselors. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 14(1), 284- 298.
- Volkan, V. D. (2009). *Kimlik adına öldürmek: Kanlı çatışmalar üzerine bir inceleme* (M. B. Büyükkal, Çev.; 2. Baskı). Everest Yayınları.
- Yeşil, A. (2010). *112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı* [Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi].
- Yıldırım, G., Kıdak, L. B. & Yurdabakan, İ. (2018). İkincil travmatik stres ölçeği: Bir uyarılma çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(1), 45-51.
- Yıldırım, Ş. (2016). Sosyal hizmette krize müdahale yaklaşımının kullanımı krize müdahale. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4).
- Yılmaz, B., Nesrin H. Ş. (2007). Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(59), 119-133.
- Zara, A. ve İçöz, F. (2015). Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18, 15-23.
- Zimering, R., Gulliver, S. B., ve Munroe, J. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4), 43-47. <https://www.psychiatristimes.com/ptsd/secondary-traumatization-mentalhealth-care-providers>
- Waters, J. A. (2002). Moving forward from September 11: A stress/crisis/trauma response model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2(1), 55-74. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/2.1.55>
- WHO (1995) The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva, World Health Organization.

- Wholeben, M., Castro, Y., Salazar, G., & Field, C. (2023). Impact of trauma-informed care training on attitudes among emergency department personnel, staff advocates, and nursing students. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 30(5), 261-270.
- Wilson C, Pence D, Conradi L (2013) Trauma-informed care. In *Encyclopedia of Social Work* (Ed C Franklin). New York, Oxford University Press.
- Wilson, J. P. ve J. D. Lindy (2013). *Trauma, culture, and metaphor: Pathways of 72 transformation and integration*. New york: Routledge.

8. EKLER

8.1. EK 1 Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz

- a. Kadın
- b. Erkek

3) Medeni durumunuz:

- a. Evli
- b. bekâr
- c. Boşanmış

4) Eğitim durumunuz:

- a. Lisans mezunu
- b. Lisansüstü mezunu

5) Çalıştığınız Kurum:

- a. Adalet Bakanlığı
- b. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
- c. Gençlik ve Spor Bakanlığı
- d. İçişleri Bakanlığı
- e. Özel Sektör
- f. Sağlık Bakanlığı
- g. Sivil Toplum Kuruluşu
- h. Diğer.....

6) En uzun süre hizmette bulunduğunuz alan:

- a. Yaşlı
- b. Engelli
- c. Sosyal Yardım
- d. Kadın
- e. Korunmaya Muhtaç Çocuk
- f. Aile
- g. Tıbbi – Psikiyatrik Sosyal Hizmet
- h. Sığınmacı ve Göçmenler
- ı. Genç (Lütfen belirtiniz)

7) Mesleki Deneyim Süreniz:

- a. 1-2 yıl
- b. 3-5 yıl
- c. 6-9 yıl
- d. 10-14 yıl
- e. 15 ve üzeri

8.1. EK 2 Travma Bilgili Bakım Ölçeği

Travma Bilgili Bakım Ölçeği					
Yönerge: Bu ölçek, travma mağduru danışanlarla çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin travmaya duyarlı bakım konusundaki bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini ölçmektedir. Kesinlikle Katılmıyorum (0), Katılmıyorum (1), Kararsızım (2), Katılıyorum (3), Kesinlikle Katılıyorum (4) şeklinde puanlanmaktadır. Lütfen sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.					
	0	1	2	3	4
1. Travmaya maruz kalmak yaygındır.					
2. Travma fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlığı etkiler.					
3. Madde kullanımı sorunları, geçmişteki travmatik deneyimlerin veya olumsuz çocukluk yaşantılarının göstergesi olabilir.					
4. Ruh sağlığı sorunları ile geçmiş travmatik deneyimler veya olumsuz çocukluk yaşantıları arasında bir bağlantı vardır.					
5. Güvensiz davranış, geçmiş travmatik deneyimlerin veya olumsuz çocukluk yaşantılarının göstergesi olabilir.					
6. Travma istemsiz bir şekilde tekrarlayabilir.					
7. İnsanlar kendi travmalarını toparlama ve iyileştirme konusunda uzmandırlar.					
8. Danışanlarımız ve aileleriyle etkin bir şekilde çalışmak için travma bilgili uygulama önemlidir.					
9. Travma bilgili uygulama hakkında kapsamlı bir anlayışa sahibim.					
10. Travma bilgili uygulama ilkelerine inanıyor ve bunları destekliyorum					
11. Travma bilgili uygulama hakkında uzmanlığımı meslektaşlarımla paylaşıyor ve onlarla etkin bir şekilde iş birliği yapıyorum.					
12. Travma bilgili uygulama konusunda daha fazla eğitim almak istiyorum.					
13. Danışanlarla olan tüm etkileşimlerde şeffaflığı koruyorum.					
14. Danışanlara seçenekler sunuyorum ve kararlarına saygı duyuyorum.					
15. Danışanların ve meslektaşlarımla kendi güçlü yanlarını fark etmelerine yardımcı oluyorum.					
16. Çalışmalarına başlamadan önce tüm danışanları bilgilendiririm.					
17. Her danışanla olan etkileşimim benzersizdir ve onların özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmıştır.					
18. Öz-bakım yapıyorum (kendi ihtiyaçlarım ve sağlığımla ilgileniyorum).					

8.1. EK 3 İkincil Travmatik Stres Ölçeği

İkincil Travmatik Stres Ölçeği					
Aşağıdaki listede travmatize olmuş danışanlarla çalışmaktan etkilenen bazı yardım gruplarının duygusal yaşantılarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve son yedi (7) gün içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.					
NOT: “Danışan” kelimesi bir yardım ilişkisinde bulunduğunuz kişiyi betimlemektedir. Örn: Müracaatçı, hasta veya yardım alan kişi gibi.					
	1: Hiçbir Zaman	2: Çok Az	3: Bazen	4: Sık Sık	5: Çok Sık
1. Hastalarımı düşündüğümde kendimi duygusuzlaşmış hissediyorum.					
2. Hastalarımın yaşadıklarını hatırlayınca nabzım hızla atmaya başlıyor.					
3. Hastalarımın yaşadıkları travmaları tekrar yaşıyor gibi oluyorum.					
4. Bu işe başladığımdan beri uyku problemlerim oluştu.					
5. Gelecekle ilgili kaygılarım var.					
6. Hastalarımın yaşadıklarını hatırlamak beni üzüyor.					
7. Diğer insanlarla görüşme isteğim azaldı.					
8. Tedirginlik hissediyorum.					
9. Normal halimden daha az aktifim.					
10. İstemesem de hastalarımın yaşadıkları olayları hatırlıyorum.					
11. Konsantrasyon problemi yaşıyorum.					
12. Bana hastalarımın yaşadıklarını hatırlatan insanlardan, mekânlardan ve nesnelere uzak duruyorum.					
13. Hastalarımın yaşadıkları olaylarla ilgili beni huzursuz eden rüyalar görüyorum.					
14. Bu tür hastalarla daha fazla çalışmak istemiyorum.					
15. Çok çabuk keyfim kaçıyor.					
16. Kötü şeyler olacak diye korkuyorum.					
17. Hastalarla yaptığım görüşmeleri hatırlarken hafızamda bazı kopukluklar oluyor.					

8.1. EK 4 İkincil Travmatik Stres Ölçek İzni

Ölçek İzni

Mustafa TOPAK

Kime:

← Yanıtla ↶ Tümünü yanıtla → İlet 📧 ⋮

13.06.2024 Per 09:46

Sayın Prof. Dr. Rukiye Günseli YILDIRIM hanımefendi,

Ben, Mustafa TOPAK, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam kapsamında, "İkincil Travmatik Stres Ölçeği" adlı ölçeği kullanmayı planlıyorum.

Sizin öncülüğünüzde geliştirilmiş olan bu önemli ölçek, benzer şekilde akademik araştırmalar yapanlar için önemli bir kaynak ve referans noktası niteliğindedir.

Ölçeğin maddelerini ve ölçekle ilgili detayları benimle paylaşabilir misiniz? Bu bilgilerin sağlanması ve gerekli izinlerin alınması, çalışmamın ilerlemesi için büyük önem taşımaktadır.

Saygılarımla,

Mustafa TOPAK

Re: Ölçek

G

Kime: Sız

← Yanıtla ↶ Tümünü yanıtla → İlet 📧 ⋮

13.06.2024 Per 16:25

Merhabalar,

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Ölçeğe ilişkin bilgiler makalemizde bulunmaktadır.

Kolaylıklar diliyorum..

Prof. Dr. Günseli Yıldırım

8.1. EK 5 Etik Kurul İzni



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 47

Toplantı Tarihi: 18.09.2024

Karar Sayısı:2024/815:(Başvuru ID: 20802) N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Birey ve Toplum Sorunları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'in "**Travma Bilgili Bakım ve İkincil Travma: Sosyal Hizmet Uzmanları Örneği**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Mustafa TOPAK'ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Birey ve Toplum Sorunları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN

Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa TOPAK



Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurul Başkanı