



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ÇOCUK DESTEK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN
PROFESYONELLERİN İKİNCİL TRAVMATİK STRES
DENEYİMLERİ**

Derya AKKURT

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

ÇOCUK DESTEK MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN PROFESYONELLERİN İKİNCİL
TRAVMATİK STRES DENEYİMLERİ

Derya AKKURT

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2022

KABUL VE ONAY

Derya Akkurt tarafından hazırlanan “Çocuk Destek Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri” başlıklı bu çalışma, 23.05.2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ergün Hasgöl (Başkan)

Prof. Dr. Vedat Işıkhan (Danışman)

Doç. Dr. Türken Çağlar (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

23/05/2022

Derya AKKURT

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

[İmza]

Derya AKKURT

İçimin Güler Yüzü Canım Dedem Sami AY

ve

Yaşanılalı İklımım Canım Annem Filiz AY'a...

TEŞEKKÜR

İkincil travmatik stres deneyimini çocuk refahı alanı üzerinden ele alan bu tez çalışması birçok değerli ismin katkısı ile neticelenmiştir.

Öncelikle, tez danışmanım Prof. Dr. Vedat Işıkhân'a çalışmanın başlangıcından itibaren her aşamasında yoluma ışık olduğu, her daim bilgi ve desteğini esirmediği için ve yaratıcı zihni ile yol haritamı net hale getirdiği için çok teşekkür ederim. Sosyal hizmet disiplini çok önemli bir konumda teslim ederek sosyal politikalara zengin anlamlar katan ve yoğun çalışma temposuna rağmen kıymetli vaktini ayırdığı için minnettarım. Sınırsız hoşgörüsü, düşünsel katkıları, yürekten desteği ve her daim örnek aldığım profesyonelliği için minnettarım.

Tez savunma sınavımda yer alan Doç. Dr. Ergün Hasgöl ve Doç. Dr. Türken Çağlar'a üstlendikleri sorumluluk ve sundukları değerli katkılar için çok teşekkür ederim. Bilgi ve deneyimleri ile çalışmama kattıkları zenginlik için müteşekkirim.

Araştırmaya gönüllü olarak katılarak dolaylı etkilenme deneyimlerini benimle paylaşan çocuk refahı profesyonellerine teşekkür borçluyum. Bu çalışma, Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerinin, vakaların empatik yükümlülüğünün ve çocuklarla duygudaşlığının yansımasıdır. Araştırmama katılarak çalışmamı güçlendiren, mesleki deneyimlerini içtenlikle paylaşan ve çocukların yüksek yararını temel ilke edinen tüm profesyonellere çok teşekkür ederim.

Veri toplama sürecinin başında tanışma fırsatı bulduğum, hoşgörülü tavrı, içtenliği ve imkanları ile desteğini esirgemeyen sayın Mehmet Emre Mutluoğlu'na çok teşekkür ederim. Çocuk refahı alanına büyük emek veren Sosyal Hizmet Uzmanı Gülcan Yılıkıılmaz'a yoğun çalışma temposunda bana zaman ayırdığı ve yardımsever tutumu için minnettarım. Desteği için Sevgi Bay'a çok teşekkür ederim. Ve covid pozitif olarak hasta iken dahi destek olan, profesyonelliği ile çalışma arkadaşlarının hayranlıkla bahsettiği öğretmen Ali Şimşek'e minnettarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca akademik her konuda destek aldığım, her konuşmamızda ufuk açıcı tavsiyeler veren ve yaratıcı zihni ile tez sürecinde de yanımda olan Sosyal Hizmet Uzmanı Çağla Harputlu'ya çok teşekkür ederim. Her ihtiyacım olduğunda zaman ayıran, yüksek lisans eğitimine birlikte adım attığım sevgili arkadaşım Sena Odabaş'a teşekkür ederim.

Son olarak, eğitim hayatımın başladığı ilk günden bu yana bana emek veren, attığım her adımda en büyük destekçim annem Filiz Ay' a... Canım annem, bana duyduğun sonsuz güven için, emeklerin için, en çok da bu kadar güçlü bir kadın olduğun için minnettarım. Yaptığın fedakarlıklara, dik duruşuna, hayatına dokunduğun her insanın baharı olmana hayranım. Sonsuz enerjini, şahsına münhasırlığını ve hitabet gücünle fark yaratmanı bir miktar kıskandığımı itiraf etmeliyim. Her şeyi sana ve biricik dedem Sami Ay' a borçluyum.

Babam Hasan Hüseyin Akkurt'a, canım kardeşlerim Yağmur Akkurt, Mustafa Akkurt ve eşi Ayşe Akkurt'a her zaman yanımda oldukları ve destekleri için çok teşekkür ederim. Ve canımdan içeri, baharım, şenliğim canım yeğenim Yamaç Efe Akkurt... umudum, içimin gülen yüzü, yüreğimin neşesi iyi ki varsın!

Mart, 2022

Derya AKKURT

ÖZET

AKKURT, Derya. *Çocuk Destek Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2022.

Travmatik bir yaşantının varlığı ve psikolojik etkileri doğrudan maruz kalan bireylerin ötesine uzanmaktadır. Örseleyici travmatik yaşantılar, mağdurun ailesi veya onunla çalışan meslek elemanlarını da etkilemektedir. Travmatik bir deneyime dolaylı olarak maruz kalmak ikincil travmatik stres olarak tanımlanır. Bu kapsamda çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller çocukların yaşamış olduğu travmalardan dolaylı olarak etkilenebilmektedir.

Bu araştırmanın amacı, Çocuk Destek Merkezlerinde travma mağduru çocuklarla çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerini ve dolaylı maruziyete yol açan risk faktörlerini ortaya koymaktır. Bu temel amaç doğrultusunda Çocuk Destek Merkezinde çalışma deneyimi olan 21 profesyonel ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler aracılığıyla veriler toplanmıştır. Veriler, tematik analize tabi tutularak çözümlenmiştir.

Araştırma bulgularına göre, Çocuk Destek Merkezi profesyonelleri cinsel istismar, madde bağımlılığı, psikopatoloji, göç ve ebeveyn terki gibi vaka türleri ile çalışmaktadır. Travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla yürüttükleri sosyal rehabilitasyon sürecinde üstlendikleri birçok rol ve sorumluluk vardır. Bu durum ise mesleki doyumu olumsuz etkilemektedir. Çocuk refahı alanında çalışmak, kazandırdığı deneyim, krize müdahale ve vaka yönetimi konusundaki geliştiriciliği ile güçlendiricidir. Stres yükü, kontrol hali, şüphecilik ve adil dünya inancının sarsılması ise güçsüzleştirici dinamiklerdir. Profesyonellerin ikincil travma ile baş etme stratejilerinin iş dışı zamanlarda zihni rahatlatıcı aktivitelere zaman ayırma, mesleki ve sosyal yaşamı dengeleme, aile ve meslektaşlarla paylaşımda bulunma ve destekleyici eğitimler alma olduğu görülmektedir. Profesyonellerin gereksinimleri arasında süpervizyon, eğitim, rotasyon, iş birliği ve koordinasyon, koruyucu ve sağaltıcı ruh sağlığı hizmetleri yer almaktadır.

Araştırma kapsamında ikincil travmatik stres oluşumunda risk unsurlarının vaka türleri, maruziyet süresi, mesleki deneyim ve psikososyal destek olduğu dikkat çekmektedir. Ulaşılan sonuçlara ilişkin olarak sosyal hizmet disiplinin mesleki uygulama basamaklarını oluşturan mikro, mezzo ve makro boyutlarında profesyoneli koruyan, destekleyen ve geliştiren politika uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Destek Merkezi, İkincil Travmatik Stres, Tükenmişlik, Sosyal Hizmet Uzmanı.

ABSTRACT

AKKURT, Derya. *Secondary Traumatic Stress Experiences of Professionals Working in Child Support Centers*, Master Thesis, Ankara, 2022.

The existence and psychological effects of a traumatic life extend beyond individuals who are directly exposed. Traumatic experiences also affect the victim's family or the professional staff who work with him. Indirect exposure to a traumatic experience is defined as secondary traumatic stress. In this context, professionals working in the field of child welfare may be indirectly affected by children's traumas.

The purpose of this research is to present the secondary traumatic stress experiences and risk factors that lead to indirect exposure of professionals working with traumatized children at Child Support Centers. For this main purpose, data was collected through semi-structured in-depth interviews with 21 professionals working in the Child Support Center. The data were analyzed by thematic analysis.

According to the research findings, in Child Support Center professionals work with a variety of case types such as sexual abuse, substance abuse, psychopathology, migration and parental abandonment. They have many roles and responsibilities in the social rehabilitation process for children who have been through traumatic situations, which has a negative impact on professional satisfaction. Working in the field of child welfare is empowering through the experience it has gained, crisis response and case management development. Stress burden, state of control, skepticism and undermining the belief in the just world are debilitating dynamics. It is seen that professional strategies for dealing with secondary trauma are to devote time to mind relaxing activities during off-the-job periods, balance professional and social life, share with family and colleagues and to receive supportive trainings. The requirements of professionals include supervision, training, rotation, collaboration and coordination, preventive and therapeutic mental health services.

Within the research context, it is noted that the risk factors in development of secondary traumatic stress are case types, exposure duration, professional experience and psychosocial support. As a result, policy practices that protect, support, and develop professionals in the micro, mezzo, and macro dimensions that make up the social work discipline's professional practice steps are needed.

Keywords: Child Support Center, Secondary Traumatic Stress, Burnout, Social Worker.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	7
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	8
1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI.....	8
1.6. TANIMLAR.....	8
BÖLÜM 2: KURAMSAL ÇERÇEVE.....	10
2.1. TRAVMA.....	10
2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	15
2.3. İKİNCİL TRAVMATİK STRES.....	21
2.3.1. İkincil Travmatik Stresin Belirtileri.....	23
2.3.1.1. Yeniden Yaşantılama	27
2.3.1.2. Kaçınma	28

2.3.1.3. Artmış Uyarılmışlık	29
2.3.2. İkincil Travmatik Stres Bozukluğunun Oluşumunda Etkili Olan Risk Faktörleri	31
2.3.2.1. Bireysel Faktörler	32
2.3.2.2. Mesleki Faktörler	35
2.3.3. İkincil Travmatik Stresin Etiyolojisi	37
2.3.4. İkincil Travmatik Stresi Açıklayan Teorik Yaklaşımlar	39
2.3.5. İkincil Travmatik Stres ile İlişkili Kavramlar	41
2.3.5.1. Dolaylı Travmatizasyon	42
2.3.5.2. Travmatik Karşı Aktarım	44
2.3.5.3. Tükenmişlik	45
2.3.5.4. Merhamet Yorgunluğu	47
2.3.6. Konu İle İlgili Literatürde Yer Alan Araştırmalar	50
2.3.6.1. Uluslararası Düzeyde Yapılmış Araştırmalar	50
2.3.6.2. Türkiye’de Yapılmış Araştırmalar	54
2.3.7. İkincil Travmatik Stresin Aşılmasında Önemli Bir Strateji: Başetme ve Koruyucu Etmenler	57
2.3.7.1. Süpervizyon	62
2.3.7.2. İkincil Travma İle Mücadele İçin Öz Bakım Stratejileri	65
2.4. SOSYAL HİZMET VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES	67
2.5. ÇOCUK REFAHI ALANINDA İKİNCİL TRAVMATİK STRES	70
2.5.1. Çocuk Destek Merkezleri	77
2.5.1.1. Merkezlerin Açılması ve İşleyişi	79
2.5.1.2. İhtisas Alanları	80
2.5.2. Çocuk Refahında İkincil Travmatik Stres: Çok Düzeyli Önleme ve Müdahale Stratejileri	86
BÖLÜM 3: YÖNTEM	92
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	92
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖZNELERİ	94

3.2.1. Öznelerle İlişkin Sosyo-Demografik Bilgiler	95
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	98
3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	100
3.5. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI.....	101
3.6. ETİK HASSASİYETLER	103
3.7. SÜRE VE MALİYETLER	104
BÖLÜM 4: BULGULAR.....	105
4.1. ÇOCUK DESTEK MERKEZİ PROFESYONELLERİNİN ÇALIŞTIĞI VAKALAR VE TRAVMATİK DENEYİMLER.....	106
4.1.1. Cinsel İstismar Mağduru Çocuklar	108
4.1.2. Refakatsiz Çocuklar	111
4.1.3. Madde Kullanımı	113
4.1.4. Psikopatolojik Vakalar ve Zihinsel Engellilik	116
4.1.5. Kayıp ve Yas / Ebeveyn Terki.....	117
4.2. ÇOCUK REFAHI ALANINDA ÇALIŞMAK.....	120
4.2.1. Rol ve Sorumluluklar.....	120
4.2.2. İş Doyumu	125
4.2.3. Profesyonelleri Güçlendiren Unsurlar	127
4.2.4. Profesyonelleri Güçsüz Kılan Unsurlar	132
4.3. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA MARUZ KALAN ÇOCUKLARLA ÇALIŞMA DENEYİMİ VE KİŞİSEL YANSIMALARI	137
4.3.1. Vakaların Duygusal Yüğü	137
4.3.2. Çocuk Refahı Alanında Çalışmanın Kişisel Yansımaları.....	143
4.3.3. Profesyonellerin Baş Etme Stratejileri.....	147
4.4. PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ VE GEREKSİNİMLER.....	153
4.4.1. Süpervizyon	153
4.4.2. Kurum ve Kuruluşlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon.....	156
4.4.3. Rotasyon Talebi	159

4.4.4. Eğitim Desteği	162
4.4.5. Koruyucu ve Sağaltıcı Ruh Sağlığı Hizmetleri	167
BÖLÜM 5: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	170
5.1. SONUÇ.....	170
5.1.1. Çocuk Destek Merkezi Profesyonellerinin Çalıştığı Vakalar ve Travmatik Deneyimler	172
5.1.2. Çocuk Refahı Alanında Çalışmak	173
5.1.3. Travmatik Yaşam Olaylarına Maruz Kalan Çocuklarla Çalışma Deneyimi ve Kişisel Yansımaları.....	174
5.1.4. Psikososyal Destek Hizmetleri ve Gereksinimler.....	175
5.2. ÖNERİLER.....	176
5.2.1. Mikro Düzeyde Öneriler.....	177
5.2.2. Mezzo Düzeyde Öneriler	179
5.2.3. Makro Düzeyde Öneriler	181
KAYNAKÇA	184
EK 1: ORJİNALLİK RAPORU	206
EK 2: ETİK KOMİSYON İZNİ.....	207
EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	208
EK 4: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU.....	209
EK 5: ÖRNEK DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME.....	212

KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSHB: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BİRDEF: Bireysel İhtiyaç ve Risk Değerlendirme Formu

BSRM: Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri

ÇEMATEM: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

ÇHGM: Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

ÇODEM: Çocuk Destek Merkezi

ÇOKİM: Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı)

KBRM: Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

NCTSN: National Child Traumatic Stress Network (Ulusal Çocuk Travmatik Stres Ağı İkincil Travmatik Stres Komitesi)

TISC: Trauma-Informed Self-Care (Travma Konusunda Bilgilendirilmiş Öz Bakım)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Travma Tanımındaki Değişimler ve Yorumu	13
Tablo 2: Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM-IV Tanı Ölçütleri.....	17
Tablo 3: Birincil ve İkincil Travmatik Stres Belirtileri.	25
Tablo 4: İkincil Travmatik Stres Belirti Kümesi	27
Tablo 5: Yaygın Travmatik Stres Terimlerinin Tanımları.	42
Tablo 6: Tükenmişliğin Kaynakları	46
Tablo 7: Klinik Süpervizyonun Faydaları.	64
Tablo 8: AÇSHB Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2020 Yılı Aralık Ayı Verileri	73
Tablo 9: Çocuk Refahı Çalışanlarında Bulunan Dolaylı Travmaya Maruz Kalma Belirtileri: İkincil Travmatik Stres.	87
Tablo 10: Özneleri Tanıtıcı Bilgiler	96
Tablo 11: Temalar ve Alt Temalar	102

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Bireysel Sıkıntı Göstergeleri	35
Şekil 2: İkincil Travmatik Stresin Etiyolojisi.	38
Şekil 3: Merhamet Yorgunluğu Modeli.	48
Şekil 4: İkincil Travma ile Mücadele için Öz Bakım Stratejileri	67
Şekil 5: Kurum Bakım Modelleri	74
Şekil 6: Aile Odaklı Hizmet Modelleri	74
Şekil 7: Çocuk Refahı Çalışanlarını Etkileyen Stresle İlişkili Faktörlerin Trikotomisi (Üç Bileşenli Modeli)	76



GİRİŞ

Kişinin yaşamını, fiziksel ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyen yıkıcı ve sarsıcı travmatik yaşam olayları, gerçek bir ölüm veya hayatını kaybetme tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanma ve fiziksel bütünlüğe karşı bir tehdit unsurunun ortaya çıktığı ve kişinin kendisinin bizzatı yaşadığı ya da tanık olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association (APA), 2013; Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018). Savaşa maruz kalma, tehdit veya fiziksel saldırı, cinsel şiddet, terör saldırısı, kaçırılma veya rehin alınma, işkence, savaş esiri olarak alıkonulma, motorlu araç kazaları ve doğal veya beşeri kaynaklı felaketler travmatik yaşam olaylarına örnektir. Söz konusu travmatik yaşam olaylarına maruziyet bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyerek psikososyal destek ve yardım ihtiyacını doğurabilmektedir. Bu psikososyal destek ilişkisi bağlamında, mesleki müdahalede bulunan yardım çalışanları ise travmatik yaşantılara dolaylı olarak maruz kalmaktadır.

Travma mağdurlarına profesyonel olarak yardım eden kişiler dolaylı olarak bu duruma maruz kalmaktadır. Dolaylı travmaya maruz kalma ikincil travmatik stres başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı bozukluklarıyla bağlantılı olabilmektedir. İkincil travmatik stres kavramı, başka bir kişinin stresli deneyimleri hakkında bilgi edinilmesi üzerine yaşanan davranışsal ve duygusal sonuçlar olarak tanımlanır (Oginska-Bulik ve diğ., 2021). İkincil travmatik stres, başkalarının travmasına maruz kalmaktan kaynaklanır ve yeniden yaşantılama, kaçınma ve uyarılma semptomlarını içerir. Doğrudan travma ile benzer semptomlar olumsuz duygusal uyarılma, iş ve ev yaşamını ayırmada güçlük, daha düşük düzeyde sıkıntı toleransı, duygu patlamaları, düşük iş tatmini, iş ve evde genel işlevsellik ve üretkenlikte azalma olarak sıralanabilmektedir (Ingram, 2020).

İkincil travmatik stres, belirli profesyonel popülasyonlarda çalışılmıştır ve prevalansı çalışılan çalışılan meslekler arasında önemli ölçüde değişmektedir. Örneğin, mağdur savunucuları arasında ikincil travmatik stres prevalansı %49 ila %53 (Benito ve diğ., 2018), çocuk koruma hizmeti çalışanları arasında %34 (Bride, 2007) ve çocuk cinsel istismarı mağdurlarını araştıran polis memurlarında %35 (Hurrell ve diğ., 2018) olduğu bulunmuştur. İkincil travmatik stres prevalansını anlamak, bir popülasyonu nasıl etkilediğine dair fikir edinmede önemli bir adımdır (Rakestraw, 2021).

Travmatik bir yaşantının varlığı ve travmatik etkileri, yaşantıya maruz kalan bireylerle sınırlı değildir. Travmanın yıkıcı etkilerine dolaylı olarak maruziyet travmatik olaya tanıklık etmek, olaya ilişkin derinlikli bir kavrayışa sahip olmak veya yardım çalışmalarında bulunulması gibi çeşitli şekillerde deneyimlenmektedir. Bu bilginin ışığında ikincil travmatizasyon yollarından biri, travmadan doğrudan etkilenen kişilere veya gruplara çeşitli aşamalarda yardım vermedir. Bu çalışmada travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışan ocuk Destek Merkezi profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerinin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Nitekim, ocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres belirtileri yaşayabileceğine işaret eden araştırmalar söz konusudur (Cornille ve Meyers, 1997; Bride, 2007; Nelson-Gardel ve Harris, 2003; Sprang ve diğ., 2011; Rienks, 2020). Vekaleten travmatizasyon, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile birlikte anılan ikincil travmatik stres, ocuk koruma çalışanları, ocuk savunucuları ve adli görüşmeciler gibi istismara uğramış çocuklar ve aileleri ile çalışırken yaşanılan stres nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu stres kaynağı, çocukların istismara ilişkin anlatılarına maruz kalmanın kümülatif etkileridir. Travma mağdurları ile terapötik çalışma yapan profesyoneller ile yürütülen çalışmalar, ocuk refahı alanında çalışmanın daha yüksek risk taşıdığını aktarmaktadır (Walsh ve diğ., 2018). Çocuklara yönelik kötü muameleye sürekli maruz kalma, profesyonelleri tükenmişlikle ilişkili stres faktörlerine karşı benzersiz şekilde savunmasız hale getirmektedir (Passmore ve diğ., 2020). Bu bağlamda travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla profesyonel rolde bir temas halinde olan ocuk Destek Merkezi Profesyonelleri, ikincil travmatik stres riski taşımaktadır.

Bu tez çalışmasının başlıca amacı, işleri gereği travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışan ocuk Destek Merkezi profesyonellerinin (sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar) ocukların bu travmatik yaşantılarından dolaylı olarak yaşadıkları ikincil travmatik stres deneyimlerinin değerlendirilmesi ve travma mağdurları ile profesyonel bir rolde uzun süreli temasın etkilerini anlamaya çalışmaktır.

Çalışmada, araştırmanın amaçlarına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi ile sosyal hizmet perspektifi çerçevesinde travmatize olmuş çocuklarla çalışan ocuk Destek Merkezi profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerinin incelenmesi ve süreç içerisinde yaşadıkları deneyimlerden yola çıkarak

yaptıkları çalışmalardan etkilenme düzeylerinin açığa çıkartılması ve yaşadıkları sorunlara yönelik mesleki düzlemde önerilerde bulunulmaya çalışılmıştır.

Bu çerçevede, öncelikle ilk bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, tanımları, sınırlılıkları ve sayıtları konularına yer verilmiştir. "Kuramsal Çerçeve" bölümünde konuya ilişkin derinlikli bir kavrayış sağlamak açısından travma, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve ikincil travmatik strese ilişkin temel bilgiler, risk etmenleri ve koruyucu faktörler, ulusal ve uluslararası çalışmalar ele alınmış, araştırmanın teorik çerçevesini oluşturan sosyal hizmet ve çocuk refahı alanı hakkında bilgilere yer verilmektedir.

Son olarak çocuk refahı alanında önemli bir konumda olan Çocuk Destek Merkezlerinin kuruluşu, işleyişi ve ihtisas alanları üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde ise araştırmanın yöntemi, özneleri, veri toplama süreci ve analizi ile ilgili detaylı bilgi yer almaktadır.

Derinlemesine görüşmeler ile elde edilen verilerin tematik analizi araştırmanın dördüncü bölümünde sunulmaktadır. Analiz sonucunda ortaya çıkan dört ana tema ve alt temalar alanyazındaki araştırmalarla desteklenerek aktarılmıştır. Beşinci bölümde ise elde edilen bulgulara ve belirlenen temalara yönelik sonuç ve öneriler yer almaktadır.

Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerini ve dolaylı maruziyete yol açan risk faktörlerini sosyal hizmet disiplini ekseninde ele almaya yönelik gerçekleştirilen çalışmanın, profesyonelleri kendi öznel deneyimlerini temel alarak anlamaya ve gereksinimleri belirlemeye yönelik olmasının, alanyazındaki bilgi boşluğunu dolduracağı düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırma sonunda; ikincil travmatik stresten etkilenen personele yönelik önleme ve etkin psiko-sosyal müdahaleler için sosyal hizmet odaklı ve çok boyutlu yaklaşımların (bireysel ve örgütsel başa çıkma stratejileri, stres yönetimi gibi) geliştirilmesi, literatürde önemli bir noktaya temas etmektedir.

Çalışmanın bu bölümde araştırmanın sorunu, amaçları, önemi ve alana katkısı gibi diğer unsurlara yer verilmiştir. Giriş bölümü aşağıda yer alınmaktadır.

BÖLÜM 1

GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMANIN SORUNU

İkincil travmatik stres kavramı, “bir kimsenin yaşadığı travmatize edici bir olay hakkında bilgi sahibi olmaktan kaynaklanan davranışlar ve duygular, travmatize edilmiş veya acı çeken bir kişiye yardım etme veya yardım etme arzusundan kaynaklanan stres” olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1999; akt. Bride, 2007: 63). İkincil travmatizasyon belirtileri ise temel olarak yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma şeklinde tasnif edilmektedir.

Figley, travmaya birincil maruziyet yaşayanlarla çalışmanın etkilerini; ruhsal sıkıntı ya da işlevsellikte bozulma, bilişsel değişimler ve ilişkilerde sapmalar olarak üç kategori altında toplamaktadır. Bireyi rahatsız eden duygular, travmatik imgeler, travmatik yaşantı ile çalışmaktan kaçınma ya da alışma, somatik rahatsızlıklar ve uyku problemleri, bağımlılık veya takıntılı davranışlar, gündelik yaşantıyı sürdürmede zorlanma psikolojik problemlerin göstergesidir. Güven duygusunun sarsılması, hassaslaşma, çaresizlik hissi ve kontrol kaybı ise bilişsel değişimleri işaret etmektedir. İlişkilerde bozulma ise güvenme ve yakın ilişkiler kurmada zorluktur (Gökçe ve Yılmaz, 2017). Bununla birlikte örseleyici olaylara dolaylı olarak maruz kalmak bireyin psikososyal işlevselliğini olumsuz etkilemekte ve bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Travmatik bir yaşantının varlığı bireyin biyopsikososyal işlevselliğini ve ruh sağlığını olumsuz etkilemekte ve bir yardım ilişkisini doğurmaktadır. Yardım çalışmalarında bulunan meslek çalışanları ise travmanın dolaylı etkisine maruz kalmaktadır. Çocuk refahı alanında çalışan meslek grupları dolaylı travma riski altında yer almaktadır. Çocuk refahı alanında önemli bir yeri olan Çocuk Destek Merkezleri, travmatik ve olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklara hizmet sunmaktadır. Bu noktada çocukların zorlayıcı yaşam deneyimlerine tanıklık edilmekte ve travmatik öykülere maruz kalınmaktadır. Bu nedenle profesyoneller ikincil travma riski altındadır.

Bununla birlikte, travmatik olay sonrası yardım çalışanları için travma sonrası tepkileri önleme ya da azaltma, olayların sonuçlarıyla baş edebilmek için kaynakları güçlendirme, koruyucu ruh sağlığı ve müdahale programları yetersizdir (Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Çocuk Koruma Kanun'unun "korunmaya ihtiyaca olan çocuk" kavramına getirdiği yeni bakış açısı sonucu kurulan Çocuk Destek Merkezleri sosyal bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunan ihtisaslaşmış sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Söz konusu merkezler suça sürüklenen, suç mağduru olan ve sokakta yaşayan, örseleyici yaşantılara maruz kalan çocuklara psikososyal destek hizmeti sunmaktadır. Çocuk destek merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikolojik danışman ve sosyolog gibi çeşitli profesyoneller, suç teşkil eden bir fiilin işlenmesi sonucu suça sürüklenen, madde bağımlılığı geçmişi olan, cinsel ihmal ve istismar mağduru ve refakatsiz sığınmacı çocuklar gibi travmatik yaşantıları olan çocuklar ile çalışmaktadır. Dolayısıyla travmatik olayı doğrudan yaşayan kişilerle çalışan profesyoneller dolaylı olarak travmaya maruz kalmakta ve travma sonrası stres tepkileri yaşayabilmektedir.

Alanyazın incelendiğinde özellikle uluslararası literatürde çocuk refahı alanında çalışan meslek gruplarının ikincil travma durumuna ilişkin araştırmalar mevcuttur (Sprang ve diğ., 2011). Ancak literatürde ikincil travmanın dolaylı etkilerinin ele alındığı niteliksel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla ikincil travmatik stresin deneyimlenme sürecine dair bilgi eksikliği bulunmaktadır. Yapılan çalışmaların ikincil travmatik stres düzeyini istatistiksel olarak ele alması ikincil travmatik stres yaşayan profesyonellerin gözünden sürece dair derinlikli bir kavrayış gereksinimini doğurmaktadır.

Bu araştırmanın temel sorunsalı; Çocuk Destek Merkezlerinde sürekli çocukların yoğun travmaları üzerinde çalışan profesyonellerin öznel deneyimlerinden yola çıkarak yaşadıkları ikincil travmatik stres deneyimlerinin ortaya konma gereksinimidir.

Ülkemizde Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonelin yaşadığı ikincil travmatik stres deneyimlerine yönelik bilgi ve araştırma yetersizliği de önemli bir sorunsaldır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı, Çocuk Destek Merkezinde çalışan profesyonellerin kendi anlatılarından yola çıkarak ikincil travmatik stres deneyimlerinin derinlemesine değerlendirilmesi; travmatik ve örseleyici yaşantıya dolaylı olarak maruz kalmanın yarattığı stres kaynaklarının incelenmesi ve strese yönelik geliştirilen baş etme stratejilerini ortaya koymaktır.

Travmaya dolaylı olarak maruz kalan çocuk refahı çalışanları bağlamında bu gruplarda görülebilecek psikolojik tepkilerden olan ikincil travmatik stres ve belirtileri, ikincil travmatik stresle ilişkili risk etmenlerinin incelenmesi ve belirlenmesi amaçlanmaktadır. Böylece travma yaşayan çocuklarla çalışan profesyonellere yönelik önleyici, koruyucu ve sağaltıcı psikososyal destek hizmetlerinin ve ikincil travmatik stresle başetmeyle ilişkili gereksinim duyulan unsurların ortaya çıkarılmasına çalışılmıştır.

Araştırmanın amaçları aşağıda yer alan sorularla ifade edilmiştir:

Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin;

1. Sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Travmatik yaşantılara maruz kalmanın dolaylı etkilerini nasıl deneyimlemektedir?
3. Bu deneyimler günlük yaşantılarını nasıl etkilemektedir?
4. Travmatik yaşantılara maruz kalmayan çocuklarla çalışırken yaşanan deneyimlerin olumlu veya olumsuz etkileri nelerdir?
5. Yaşanılan ikincil travma deneyimleri profesyonellerin iş doyumunu nasıl etkilemektedir?
6. İkincil travmatik stresle ilişkili olarak risk oluşturan etmenler nelerdir?
7. Travmatik yaşam deneyimlerinden dolaylı olarak etkilenen profesyonelin stresle baş etme stratejileri nelerdir?

8. Profesyoneller ne tür psikososyal destek hizmetlerine gereksinim duymaktadır?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Travmatik yaşantılara maruz kalan bireylerle psikososyal müdahale ilişkisi kuran profesyoneller travmatik yaşantının dolaylı etkisine maruz kalmaktadır. Dolayısıyla çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerinin, ikincil travmatizasyon faktörlerinin ve yaşadıkları güçlüklerle baş etme stratejilerinin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu araştırma Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerinin, ikincil travmatik stresle ilişkili risk oluşturan etmenleri ve güçlüklerle başetme stratejilerini anlamlandırmak adına önem taşımaktadır.

Araştırma çocuk refahı çalışanlarının ikincil travmatizasyonunu sosyal hizmet disiplini çerçevesinde incelemesi ile ikincil travmatik stresin temel unsurlarına ve sosyal hizmet disiplindeki yerine ilişkin derinlikli bir kavrayışa olanak tanımaktadır. Dolayısıyla araştırmanın, bireylerin mesleki deneyimlerini sosyal hizmet disiplini bağlamında ele alan niteliksel bir çalışma olması nedeniyle sosyal hizmet literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma yoluyla, çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin kendi öznel deneyimlerini temel alarak sürece dair daha iyi bir kavrayış elde edilmesi, örselenmiş bireylerle yoğun etkileşim halinde olan çocuk refahı profesyonellerine ilişkin stratejilerin değerlendirilmesine ve bu alanda çalışan kamu kurum ve kuruluşlarına ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarına faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hülasa, araştırmanın sorun alanına ilişkin kuramsal katkısı ile bilgi eksikliğinin giderilmesine, önleyici ve sağaltıcı çalışmalar ve personelin yaşam kalitesi ve refahıyla ilgili politikaların geliştirilmesine katkı sağlaması araştırmanın önemli çıktıları olarak belirtilmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın belirlenen bir süre içerisinde tamamlanması gerekmektedir. Bu nedenle ekip, bütçe ve zaman faktörü araştırma da sınırlılık olarak ortaya çıkmaktadır.
- Sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve sosyolog olarak belirlenen Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinden, yalnızca ulaşılabilenler yani Ankara ve İzmir ilinde araştırmaya gönüllü olarak katılan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar ile görüşülebilmektedir. Yeterli sayıda sosyolog meslek elemanına ulaşılamaması araştırmanın bir sınırlılığıdır.
- Araştırmanın gerçekleştiği dönemde yaşanmakta olan COVID-19 pandemisi belirli sınırlılıkları meydana getirmiştir. Bu nedenle veri toplama sürecinde yüz yüze gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelere ek olarak çevrimiçi veri toplama platformlarından yararlanılmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

- Araştırmada veri toplamak için hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formunun araştırmanın amacına uygun olduğu varsayılmaktadır.
- Araştırma kapsamında görüşülen çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerini herhangi bir etki altında kalmadan paylaştığı varsayılmaktadır.

1.6. TANIMLAR

Araştırma çerçevesinde sıklıkla kullanılan kavramlar araştırmacı tarafından işevuruk olarak şu şekilde tanımlanmıştır:

Çocuk Destek Merkezi: Araştırma kapsamına alınan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

Profesyonel: Araştırma kapsamında görüşülen sosyal hizmet ve psikoloji alanlarında lisans eğitimi veren kurumlardan mezun olan meslek mensuplarını ifade etmektedir.

İkincil Travmatik Stres: Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin travmatik yaşantıya maruz kalan çocuklarla yürüttüğü mesleki çalışmalar neticesinde dolaylı olarak maruz kaldıkları stresi ifade etmektedir.

Aşağıda çalışmanın kuramsal çerçevesi yer almaktadır.



BÖLÜM 2

KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde ilk olarak travma, TSSB ve ikincil travmatik stres kavramları, risk faktörleri ve semptomları, konu ile ilgili ulusal ve uluslararası araştırma literatürü üzerinde durulmuştur. Daha sonra araştırmanın teorik zeminini oluşturan sosyal hizmet ve çocuk refahı alanı hakkında bilgiye yer verilmektedir. Son olarak koruyucu etmenler bağlamında süpervizyon ve öz-bakım stratejileri değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın bu kısmında literatür taraması sonucu derlenen kuramsal bilgiler yer almaktadır. Bölüm 4 başlıca başlık altında sunulmuştur;

1. Travma
2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu
3. İkincil Travmatik Stres
3. Konu ile İlgili Ulusal ve Uluslararası Araştırmalar
4. Sosyal Hizmet ve Çocuk Refahı Alanı

2.1. TRAVMA

Antik Yunanca’da yara, yara alma ve “bıçak gibi delme” anlamlarında kullanılan “travma” kelimesi 19. yy ve 20. yy ilk yarısı boyunca fiziksel travma anlamında kullanılmıştır. Psikanalitik literatür dışında açık bir yara veya deri yüzeyinde şiddetli sıyrılmalara atıfta bulunmakta ve psikolojik çağrışım taşımamaktadır (Jones ve Wessley, 2007; Güngör Uygurtaş, 2020). Kriz ve Travma Kaynakları Enstitüsü (2017)’ne göre, “*travma, bizi duygusal, psikolojik ve fizyolojik olarak inciten bir yaradır.*” (Chen ve diğ., 2021).

Matsakis (1994; akt. Özkök, 2020) travmaya ilişkin tanımlamaların antik Yunanlılara uzandığını tarihçi Herodot örneği ile desteklemiştir. Tarihçi Herodot M.Ö. 490 Maraton Savaşı ile ilgili yazısında, savaş sırasında yanında bulunan bir askerin ölümüne şahit olan bir Atina askerinin fiziksel yaraları olmamasına rağmen kalıcı olarak kör olduğunu aktarmıştır.

1870 yılındaki Fransa ve Prusya savaşının ardından travmatik olayların yol açtığı sorunların fiziksel zarar ile sınırlanamayacağı düşüncesi oluşmaya başlamıştır. Bu hastalarda görülen bozukluklara ilk olarak önerilen tanı ise “travmatik nevroz” olarak adlandırılmaktadır (Kardiner 1959; Özen, 2017). Birinci Dünya Savaşı sürecinde “bomba şoku” (shell shock) gibi kavramsallaştırmalar travmanın kişiler üzerinde yarattığı ruhsal etkileri tanımlamak için kullanılmıştır. Fakat travmaya yol açan yaşam olayları üzerinde durulmamış ve travmanın bozuklukları tetikleyen bir unsur olduğu fikri hakimiyetini korumuştur. Aynı düşünce İkinci Dünya Savaşı’ndan önceki süreçte de devam etmektedir (Jones ve Wessley, 2007: 168). Travma kavramının psikiyatri literatüründeki gelişimi dönemin sosyopolitik yapısından etkilendiği ve klinisyenler tarafında üzerinde durulan bir husus olduğu söylenebilmektedir.

Psikolojik travma kavramsallaştırmasında Birinci Dünya Savaşı sonrası süreç oldukça belirleyicidir. Bu bağlamda duygusal, psikolojik ve fizyolojik boyutlar ile karakterize olan travma kavramına ilişkin derinlikli bir kavrayışa doğru adım atılmıştır.

Zorlu yaşam olayları ve travmatik yaşam olayları arasındaki ayrım bu noktada önem kazanmaktadır. Van der Kolk (1996) travmatik bir olay ile olağan stres yaratan bir olay arasındaki farkı travmatik olayın “bireyin gelecek ve dünya ile ilgili temel düşünce ve duygularını, kendisi ve diğer insanlar için yargı ve kabullerini sarsan, yıkan yaşantılar olması” olarak ifade etmektedir (Akçay, 2011). Travmalar, kişilerin varoluşunda çeşitli kopukluklar oluşturabilmektedir (Işıksan, 2020: 187).

Örseleyici yaşam deneyimlerinin “travma” olarak kavramsallaştırılması ve meşru bir zemine oturtulması Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) üçüncü sürümü ile gerçekleşmiştir. Söz konusu kavramın tanımlanması süreç içerisinde tartışmaları beraberinde getirmiş ve değişime uğramıştır. Psikiyatri literatüründe ilk kez 1980 tarihli DSM’nin üçüncü sürümünde TSSB’ye bağlı olarak şu şekilde tanımlanmıştır:

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

Kriterde olaya atfedilen travmatik eşiğin belirsiz olması objektiflik tartışmalarını beraberinde getirmiştir. Bu nedenle DSM-III-R’de kavram örneklerle ayrıntılandırılarak revize edilmiştir (APA 1987; akt. Çolak ve diğ., 2010).

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

DSM-IV’te ise travma tanımı iki kriter olarak yer almaktadır. Aşağıda yer alan iki kriterin mevcut olması travmatik bir olaya maruziyet olarak değerlendirilmektedir.

Kriter A:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamı, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
2. Çaresizlik, yoğun korku ya da dehşete kapılma kişinin tepkileri arasında yer almaktadır.

DSM-V’de travma ile ilintili bozukluklar “travma ve stres ile ilgili bozuklar” ana kategorisi altında sıralanmaktadır. Dolayısıyla travmatik veya stresli bir olaya maruz kalmanın açıkça bir tanı kriteri olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca travmatik olayla karşılaşma biçimleri sıralanarak travmatik olay tanımını net hale getirilmiştir (APA, 2010). DSM-IV’te A kriterinde vurgulanan bireyin korku, çaresizlik ve dehşete kapılma semptomları olması gereği DSM-V’te kaldırılmış ve öznel tanımlama yer almamaktadır (Özten ve Hızlı Sayar, 2015).

Tablo 1’de, DSM-I’den DSM-V’e uzanan süreçte travma kavramının tanımları ve tanımlamalara ilişkin yorumlar yer almaktadır.

Tablo 1: Travma Tanımındaki Değişimler ve Yorumu (Çolak ve diğ., 2010).

	Travma Tanımı	Değerlendirme
DSM-I	“Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese sebep olan bir olay”	- Travmatik olay tanımı net değil - Bireysel travma kavramı belirsiz - Büyük ve travmatik bir olaya maruziyet vurgusu
DSM-II	“Ezici/kahredici çevresel bir olay”	- Olaya ilişkin tanım DSM-I e göre daha müphem - Olaya maruziyetin sonucu “klinik uyum bozukluğu” ile sınırlı
DSM-III	“Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bariz bir olay”	Herkesçe benimsenen bir tanım yapma gayreti dikkat çekmektedir.
DSM-III-R	“Normal insan deneyiminin ötesinde, herkes için sıkıntı yaratan bir olay”	- Tanımı net hale getirmek için olaya maruziyet şekilleri eklenmiş - Gündelik yaşamın ötesine vurgu yapılarak olay tanımını sınırlama çabası
DSM-IV & DSM-IV-R	“Bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı”	- Dolaylı travmatizasyonun kabulü - Travmada öznel tepkilerin hususiyeti vurgulanmaktadır.
DSM-5 için tavsiye edilen düzenlemeler	“Gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruziyet”	- Travmaya maruz kalma yolları ayrı kriterle ayrılmış - Tanımda ilk defa cinsel şiddet ibaresine yer verilmiş - Doğrudan deneyimleme vurgusuna yer verilerek maruziyet şekli net hale getirilmiştir. - Mesleki maruziyet ayrıca belirtilmektedir. - Tartışmalı olarak yer alan dolaylı maruziyet yolları sınırlandırılmıştır

Travma kavramının seyrini incelediğimizde psikiyatri tarihi sürece ışık tutmaktadır. Zorlu yaşam olayları ve travma ayrımı bu sürecin başlangıcını oluşturmaktadır. Bu noktada travma

ile ilgili bozuklukların ele alınışı, travmatik olay tanımı ve siyasal iklim gibi etmenler belirleyici konumdadır. Travma kavramına ilişkin farkındalığın oluşumunda savaşlar gibi büyük felaketlerin belirleyici bir konumu bulunmaktadır. Örneğin ABD iç savaşında “nostaji”, I. Dünya Savaşı’nda “shell shock” ve II. Dünya Savaşı ve sonrasında “yorgunluk ve sindirim problemleri”, “psişik şok” ve bunalmış olma vurgusu ön plandadır.

İkincil travmayı anlamak için, travmanın sübjektif deneyimini anlamak önem taşımaktadır. Baldwin (1995)’e göre, “*travmatik bir olay tipik olarak kişinin kendisinin veya başkalarının gerçek veya tehdit altındaki ölümünü veya yaralanmasını içerir, etrafında korku, çaresizlik veya korku duyguları vardır*” (akt. Fogel, 2015).

Suri (2012) travma türlerini duygusal ve psikolojik travma, ruhsal/tinsel travma ve kültürel travma şeklinde ifade etmektedir. Travmanın duygusal, psikolojik, ruhsal ve kültürel olası nedenlerini ise fiziksel düşme veya yaralanmalar, spor yaralanmaları, ameliyat (küçük veya büyük), trafik kazaları, bir ilişkinin ani veya planlı olarak sona ermesi, aşağılayıcı veya derin hayal kırıklığı yaratan deneyimler, sosyal izolasyon, doğal afetler, aşırı iklim koşullarına maruz kalma, doğum stresi ve kronik ağrı olarak belirtilmektedir.

Suri (2012) travma kavramsallaştırmasının ve nedenlerinin ortak üç yönü olduğuna işaret etmektedir:

Dışsal bir neden: Genellikle travmanın kişinin kendisi tarafından uygulanmadığı görüşü hakimdir. Başka bir kişi veya başka bir dış etken tarafından uygulandığı belirtilmektedir. Olayın ve deneyimin ani ve öngörülemezliği ise, olumsuz ve örseleyici bir olayın travmatik olarak deneyimlemenin anahtar bileşenleridir.

İhlal etme: Bu, bireyin hayatına yönelik müdahaleyi ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle, birey fiziksel, duygusal ve psikolojik benliğinde büyük bir sıkıntı kaynağı olarak istenmeyen ve beklenmedik bir kişi veya olay tarafından istila edilmiş olarak hissetmektedir.

Kontrol kaybı: Travmatik yaşam deneyimleri beklenmedik ve ani olduğu için, bireyler çoğu zaman durum için hazırlıksız bir şekildedir. Bu durum, ilerleyen süreçte bunalmış ve savunmasız hissetme ile tezahür edebilir ve bireyi son derece incinebilir konuma itmektedir.

2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), ciddi ölüm veya yaralanma tehdidi oluşturan ve yoğun korku ve çaresizlik üreten ciddi bir travmatik olaya maruz kalmadan kaynaklanan bir sendromdur (Angelucci ve diğ., 2014). TSSB travmatik olayın yeniden yaşanması, travma ile ilişkili uyaranlardan kaçınma, biliş ve ruh halindeki olumsuz değişiklikler ve aşırı uyarılma gibi belirti kümelerine maruz kalma ile karakterizedir (Jericho ve diğ., 2021). Şiddetli tehdit deneyiminin kişinin başatme mekanizmalarına ve fizyolojik homeostaz durumuna ket vurması ile karakterize olan TSSB biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan ele alınabilmektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin ilk kez ele alınışı 1678 yılında İsviçre’de askerlerin savaş deneyimi sonrası tepkilerinin askeri hekimler tarafından kayıt altına alınması ile gerçekleşmiştir. 1860’larda Amerika Birleşik Devletleri’nde meydana gelen iç savaş sırasında askeri doktorlar fiziksel ve psikolojik travmanın paralel semptomlara sebebiyet verdiğini ifade etmişlerdir (Strahl, 2012; akt.Güngör Uygurtaş, 2020). Tarihsel süreç içerisinde TSSB ve etkilerine yönelik çeşitli terminolojilere atıfta bulunmaktadır. Söz gelimi Truva Savaşı’na dayanan “Asker kalbi” kavramsallaştırılması savaş deneyiminin askerlerde yol açtığı fiziksel ve mental tükenmeyi tanımlamaktadır. I. Dünya Savaşı dönemlerinde ise “savaş yorgunluğu” ve “sığınak şoku” gibi isimlendirmelerle askerlerde gözlemlenen travma sonrası tepkilere atıfta bulunmaktadır.

Daha sonraki tarihsel bağlam içerisinde “efor sendromu”, “nostalji”, “irritabl kalp”, “kardiak nevroz”, “siper şoku”, “nörosirkulatuar asteni” ve “hırpalanmış çocuk sendromu” şeklinde tanımlamalar yapılmıştır (Bolu ve diğ., 2014; Rakestraw, 2021).

Tarihsel süreçte travma ilişkili psikiyatrik bozukların ele alındığı birçok çalışma yapılmıştır. Boston Coconut Gece Kulübü yangınına maruz kalanlarda travma sonrası ruhsal komplikasyonlar 1943 yılında Adler tarafından irdelenmiştir. Abraham Kardiner ise travmatik olaylara yönelik fizyolojik ve psikolojik tepkileri bir tanı altında birleştirerek bu tabloları "fizyonevroz" kavramı ile adlandırmıştır. Bu tanımlama TSSB’nin biyopsikososyal olarak tanımlanmasının temelini oluşturmaktadır. Ayrıca Kardiner travmatik yaşantılarda travmanın doğası, yinleme, duygusal küntlük ve aşırı uyarılmışlık gibi özelliklere dikkat çekmektedir (Taylor ve diğ., 1998; Özten ve Hızlı Sayar, 2015).

TSSB için yapılan isimlendirmeler ve tanımlamalardan anlaşılacağı üzere TSSB'nin dönemin siyasal ikliminden, klinisyenlerin çalışmalarından ve DSM tanı ölçütlerindeki düzenlemeler çerçevesinde şekillendiği görülmektedir. En temelde ise şiddetli psikolojik travma sonrası gelişim gösteren özgül semptomları, klinik ve sosyal yönleri barındıran bir sendrom olarak tanımlanabilmektedir.

TSSB'nin literatürde yer almaya başlaması II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllara dayanmaktadır. Savaş nevrozu olarak nitelendirilen tablonun süreklilik gösteren en belirgin semptomunun fizyolojik hiperaktivite olduğu ise Abraham Kardiner (1941) tarafından dile getirilmiştir (Özgen ve Aydın, 1999: 34). II. Dünya Savaşı'nın ardından yaşanan tahribata dayanarak "Büyük Stres Reaksiyonu" (Gross Stres Reaksiyon) olarak isimlendirilmiştir (Bolu ve diğ., 2014). Söz konusu isimlendirme 1952 tarihli DSM-I'de tanı olarak yer almaktadır. Nitekim büyük stres tepkisi ifadesi travma sonrası tepkileri tanımlamak için psikiyatri literatürüne girmiştir.

1996 yılında yayınlanan DSM-II dönemin sosyo-politik iklimi nedeniyle TSSB üzerine bir gelişme gösterememiş ve bir adım geriye taşımıştır. II. Dünya Savaşı'nın üzerinden uzun yıllar geçmiş olması, Vietnam savaşının (1961-1975) travmatik etkilerini gözlemleyemeyecek kadar yeni olması bu durumun temel nedenidir (Çolak ve diğ., 2010). Bu bağlamda DSM- II'de travma sonrası stres tepkileri için ayrı bir sınıflandırma bulunmamaktadır.

Alanyazında 'A ölçütü sorunu' olarak ifade edilen TSSB, ilk defa DSM- III'de tanımlanmış ve psikiyatrik bir tanı olarak yer edinmiştir. DSM- III, TSSB'yi anksiyete bozuklukları arasında tanımlanmaktadır (APA, 1980; Çolak ve diğ., 2010). TSSB, kaygı bozukluğu olarak nitelendirilerek bilişsel, emosyonel ve davranışsal boyutlarından söz edilmektedir (Foy ve diğ., 1987). DSM-IV'e göre TSSB, artan uyarılma tepkilerinin eşlik ettiği son derece travmatik bir olayın tekrarlanması ve travma ile ilişkili uyaranlardan kaçınılması ile karakterizedir. Ek olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının başlangıcını ve süresini belirlemek için akut, kronik ve gecikmiş başlangıçlı stres bozukluğu tanımlamasına yer verilmiştir.

DSM-IV'ün travma tanımı ve hangi olayların travmatik olarak nitelenebileceği yönünde getirdiği paradigma değişimi iki yeni farklılık olarak karşılık bulmaktadır. Bu bağlamda sekonder travmatizasyonu kabul etmesi DSM-IV'ün farklı bir yönüdür. Nitekim "ikincil travmatizasyon" bir tanı kriteri olarak meşru hale gelmiştir (APA, 1994; Özen, 2017).

TSSB tanı kriterlerine yönelik süregelen tartışma DSM-IV'te revizyon olarak sonuçlanmıştır. Dolayısıyla DSM-III ve DSM-III-R'de tek kriter olan travma tanımı DSM-IV'te iki kriterli hale getirilmiştir. Tablo 2.'de, DSM-IV (APA, 1994) baskısında tanımlanan TSSB tanı kriterlerine yer verilmektedir.

Tablo 2: Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM-IV Tanı Ölçütleri

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

1. kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
2. kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler

B: Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler
2. olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler
3. travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyumak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar)
4. travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
5. travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):

1. travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
2. travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
3. travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
4. önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
5. insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
6. duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)
7. bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması

1. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
2. iritabilite ya da öfke patlamaları
3. düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
4. hipervijilans (Aşırı Uyarılmışlık)
5. aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli alanlarından bozulmaya neden olur Varsa Belirtiniz:

Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse

Kronik: Semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse

Varsa Belirtiniz:

Gecikmeli Başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa

DSM-IV tanı kriterlerine göre, bir olayın “travmatik” olarak atfedilebilmesi ve travma sonrası zorlamaya sebebiyet verebilmesi için ana ölçütün (A ölçütü), kişinin hayatında tehlike oluşturabilecek bir tehdit unsuruyla, yaralanma durumuyla karşı karşıya gelmesi ya da bir başkasının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir boyutta bir olaya tanıklık etmesi gerekmektedir.

DSM-V’te travma ile ilişkili bozukluklar “travma ve strese bağlı bozukluklar” kategorisi altında tanımlanmaktadır (APA, 2013). Önceki DSM’lerde anksiyete bozuklukları kategorisi altında ele alınan TSSB, DSM-V ile kökeninde “korku” barından bir bozukluk olmaktan ziyade anhedonik/disforik semptomlar da gösterebilen, olumsuz bilişler ve asabiyet, dürtüsellik ve davranışsal belirtileri de içeren bir sendrom olarak nitelendirilmektedir (Özten ve Hızlı Sayar, 2015; Vang, 2020).

DSM-V’te TSSB tanı kriterlerinin yetişkinler, adölesanlar ve 6 yaşından büyük çocuklar için geçerli olduğu ve belirtilerin 1 aydan daha uzun sürmesi halinde TSSB tanısı olarak tanımlandığı belirtilmektedir. DSM-V’e göre tanı kriterleri aşağıdaki yollardan biri (veya daha fazlası) yoluyla fiili veya tehdit altında ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalmış olmaktır:

1. Örseleyici olay(lar)ı doğrudan deneyimlemek.
2. Başkalarının başına gelen olaylara şahsen şahit olmak (tanıklık etmek).
3. Travmatik olay (lar)ın yakın bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaşın başına geldiğini öğrenmek. Aile üyesinin veya arkadaşının fiilen veya ölüm tehdidi altında olması durumunda, olay(lar) şiddet veya kaza sonucu meydana gelmiş olmalıdır.
4. Travmatik olay(lar)ın caydırıcı ayrıntılarına tekrar tekrar veya aşırı düzeyde maruz kalma deneyimi (örneğin, insan kalıntılarını toplayan ilk müdahale ekipleri: çocuk istismarının ayrıntılarına defalarca maruz kalan polis memurları).

Sonuç olarak travmatik olayla karşılaşma yollarının ayrıntılı olarak betimlenmesi ile örseleyici olay tanımının net hale geldiği söylenebilmektedir. Bu bağlamda travmatik olayların olumsuz etkileri doğrudan maruz kalanların ötesine uzanmaktadır. Dolayısıyla travmatik bir yaşantıya dolaylı olarak maruz kalma durumu birincil maruziyet ile benzer semptomlara yol açmaktadır.

TSSB tanısı üç ana unsurla karakterizedir:

- **Travmatik olayın hatıralarının tekrar tekrar yaşanması**, olayın yoğun duygusal ve görsel anılarını içerir ve buna genellikle aşırı fizyolojik ve psikolojik sıkıntı ile fizyolojik uyarılmanın olmadığı duygusal bir uyuşma hissi eşlik eder. Bu müdahaleci anılar kendiliğinden ortaya çıkabilir veya bir dizi gerçek ve sembolik uyarıcı ile tetiklenebilmektedir.
- **Travmayı hatırlatanlardan kaçınma**, duygusal uyuşma, kopma ve duygusal küntleşme, genellikle yeniden yaşantılama ile birlikte var olmaktadır. Bu, neşe ve zevki deneyimleyememe ve sosyal etkileşimden genel bir geri çekilme ile ilişkilidir. Bu özellikler zamanla TSSB'nin baskın semptomları haline gelebilmektedir.
- **Artmış uyarılma paterni**, TSSB'nin üçüncü ögesiştir. Bu, hipervijilans, asabiyet, bellek ve konsantrasyon problemleri, uyku bozuklukları ve abartılı bir irkilme tepkisi ile ifade edilir. Hastalığın daha kronik formlarında, bu aşırı uyarılma ve kaçınma paterni baskın klinik özellikler haline gelmektedir. Aşırı uyarılma, travma geçirmiş kişilerin beklenmedik uyarıcılarla kolayca rahatsız olmasına neden olur. Travmatik anıları yeniden yaşama eğiliminde olma, algılarının şimdiki ve travmatik geçmişleri arasındaki benzerliklere aşırı derecede odaklandığını göstermektedir. Sonuç olarak, birçok tarafsız deneyim, travmatik geçmişle bağlantılı olarak yeniden yorumlanır (Van der Kolk, 2000; Işıkhani, 2020: 49-51).

TSSB, deneyimlenen ya da tanıklık edilen örseleyici bir olay sonrasında ortaya çıkan, uzun bir süreci kapsayan ve günlük yaşamı olumsuz etkileyen birtakım belirtileri içermektedir. Söz konusu belirtiler yeniden yaşantılama, artan uyarılma, kaçınma ve biliş ve duygu durumunda rahatsız edici değişiklikler olarak ifade edilmektedir (APA, 2013; Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018). TSSB, bir ayı aşan bir süre boyunca belirti ve semptomların varlığı ile karakterize edilmektedir (Roccella, 2020).

TSSB yaygınlığı bireysel farklılıklar bağlamında şekillenmektedir. Her bireyin genetik özellikleri, psikolojik geçmişi, fiziksel durumu, motivasyonu ve stresörlerle başetme stratejileri farklıdır. Dolayısıyla TSSB gelişimi ve yaygınlığı da farklılık göstermektedir (Özgen ve Aydın, 1999; Işıkhani, 2020: 48).

Epidemiyolojik araştırmalarda TSSB prevalansı %1 ile %9 arasında değişim göstermektedir (Roccella, 2020). Örneklemenin büyüklüğü ve seçimi, değerlendirme biçimleri, travma türü, prevelans vakti (yaşam boyu veya belirli zaman dilimi olması) gibi etkenler oran farklılıklarının oluşmasında temel faktördür. Breslau ve arkadaşları (2004)'nın yaptıkları çalışmada DSM-IV tanı kriterlerine göre A ölçütüne karşılık gelen bir travma ile karşı karşıya kalan kişilerde, TSSB riski %9,2 olarak saptanmıştır.

TSSB'nin etiyolojisinde birden fazla stresörün etkisi olduğu ifade edilmektedir. Yılmaz (1999)'a göre travmatik bir olaya maruz kalan her birey TSSB geliştirmez. Söz konusu gelişimin bir çeşit yatkınlıktan kaynakladığı söz edilmektedir. Yatkınlık genetik veya sonradan kazanılmış olarak iki boyutta ele alınabilmektedir. Bu bağlamda TSSB'nin gelişimi ve sürmesini açıklayan yaklaşımlar ileri sürülmüştür. Biyolojik yaklaşımlar genetik ve nörofizyolojik açıklamaları içermektedir. Psikolojik kökenli olduğunu ifade eden yaklaşımlar ise psikodinamik, bilişsel ve davranışçı paradigmaları içermektedir.

DSM-IV'e göre TSSB'nin temel özelliği aşırı travmatik stres faktörüne maruz kalmanın ardından karakteristik semptomların gelişmesidir. Bu noktada TSSB gelişimine zemin hazırlayan travmatik olaylar askeri savaş, fiziksel veya cinsel saldırıya maruz kalma, kaırılma, savaş esiri olarak hapsedilme, toplama kampında yaşama, ciddi trafik kazaları, doğal ya da beşeri kaynaklı felaketler veya yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı alma gibi insan deneyiminin ötesindeki olaylar olarak ifade edilmektedir. Çocuklar açısından, vahşet, yaralanma ve korku olmasa dahi gelişime uygun olmayan cinsel deneyimler travmatik olay olarak kabul edilmektedir.

TSSB ve ikincil travmatik stres arasındaki ilinti incelendiğinde TSSB travmatik olaylara maruz kalan kişilerde çaresizlik ve korkuya işaret ederken ikincil travmatik stres travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan bireylerin yaşamlarına ve travmatik olayın bilgisine dolaylı maruziyet olarak ifade edilmektedir (Figley, 2002; Zimering ve diğ., 2003; etinkaya Büyükbodur, 2018). İkincil travmatik stres kavramsallaştırması, travmatize olmuş danışanlarla çalışan profesyonellerin yaşadığı dolaylı stresi içerir. Stres dolaylı olsa da ortaya çıkan davranışlar ve duygular, aşırı uyarılma, yeniden yaşantılama ve sıkıntılı duygular TSSB ile benzerdir. Bu noktada travma mağdurlarındaki travmatik stres belirtileri ile dolaylı olarak travmatize olmuş kişiler arasında benzer belirtiler gözlenmektedir.

TSSB veya ikincil travma semptomlar neredeyse aynıdır. Tek fark, ikincil travma ile, bir kişinin yaşadığı travmatize edici olayın ikinci kişi için travmatize edici bir olay haline gelmesidir (Perry, 2014; Staudt ve Williams-Hayes, 2019).

2.3. İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Şiddet, ihmal ve istismar, kaza, doğal afetler gibi zorlayıcı yaşam olaylarını bireyin bizatihi deneyimlemesi birincil travma olarak tanımlanabilmektedir. Bu noktada travmatik yaşantının doğrudan bireyi etkilendiği bir durum söz konusudur. Ökseleyici yaşantılara birincil maruziyetten ziyade tanıklık etmek, yardım ilişkisinde bulunmak, olay hakkında detaylı bilgi aktarımı gibi dolaylı olarak bir etkilenme durumu ise ikincil travma olarak kavramsallaştırılmaktadır.

Örneğin; savaş meydanındaki bir askerin, deprem sonrası bina enkazında kalan bireyin veya trafik kazası geçiren bireyin yaşadığı durum birincil travmadır. Tıbbi yardım sunan sağlık çalışanlarının, afet alanında çalışan arama-kurtarma çalışanlarının, zorlayıcı yaşam olaylarına maruz kalan müracaatçılarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının karşı karşıya kaldığı durum ise *ikincil travmadır*. İkincil travmatizasyon travma mağduru olan bireye yardım etme çabası ile ortaya çıkar, bu sebeple travma mağdurlarına yardım eden profesyonellerin yaşadıkları travma için ikincil travma kavramı kullanılmaktadır (Erdener, 2019).

İkincil travmatik stres, danışanlar tarafından travmatik olayların yeniden anlatılmasına tepki olarak bir insani hizmet uygulayıcısının dünya görüşünde, birincil inanç sisteminde, bilişlerinde ve duygusal ihtiyaçlarında değişiklik olarak tanımlanır (Ingram, 2020). Travmatize edici bir olayın mağduru olmak karşı konulamaz bir olayın hedefi olmak anlamını taşımaktadır. Bu tür şiddetli bir olayla doğrudan karşı karşıya gelmek, birincil stres kaynağı olarak tanımlanabilmektedir. İkincil travma ise, bir başkasının yaşadığı travmatize edici bir olayın bilgisi olarak açıklanmaktadır (Figley ve Kleber, 1995).

Bolin (1985), travmanın birincil ve ikincil mağdurları arasında bir ayrım yapmıştır: Birincil maruziyet fiziksel hasar yaşanmasına neden olurken ikincil maruziyette doğrudan zarar görmenin yerini olaya tanık olmak almaktadır. Fiziksel hasar elbette önemlidir, fakat mağdura çok yakın olanlar bu kategorinin dışında bırakılmaktadır. Olayın kendisine doğrudan maruz kalıp kalmamak ise ayırıcı kriterdir (akt. Figley ve Kleber, 1995). Lee ve diğerleri (2021)'ne

göre ikincil travmatik stres, travma hastalarıyla ilgilenen profesyonellerde görülen benzersiz bir olgudur.

İkincil travmatik stres kavramı, bireylerin travmatik bir olayı doğrudan deneyimleyerek değil, bir başkasının yaşadığı travmatik bir olayı duyarak travmatize olduğu fenomeni tanımlamak için kullanılmaktadır. Dolaylı olarak maruz kalmak ailevi, sosyal ve mesleki bir ilişki bağlamında ortaya çıkabilmektedir. Travmatik olaylara ikincil maruziyetin olumsuz etkileri, müdahaleci imgeler, hatırlatıcılardan ve işaretlerden kaçınma, aşırı uyarılma ve işlevlerde bozulma unsurları dahil olmak üzere birincil maruziyet ile oldukça benzerdir (Bride, 2012: 600; Rienks, 2020).

İkincil travmatizasyonun tanı kriteri olarak kabul edilmesi DSM IV ile gerçekleşmiştir. Bu bağlamda travmaya uğramış olmak olayı öğrenmek, görmek, haberini almak gibi dolaylı yoldan da olmaktadır. Dolayısıyla travmatik olay nitelendirilmesinde bir paradigma değişimi yaşanmıştır (Çolak ve diğ., 2010; Arnold, 2019).

Travmatik yaşantılara dolaylı yoldan maruz kalmanın bir tezahürü olan ikincil travmatik strese ilişkin çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır. Örneğin ikincil travmatik stres kavramını ilk kullanan kişiler arasında olan Figley (1998; akt. Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018), “*değer verilen kişi tarafından deneyimlenmiş örseleyici olayların bilgisinden doğan doğal davranış ve duygular*” olarak ifade etmektedir. Dirk (2021)’e göre ikincil travmatik stres, bakımverenlerin bir başkasının yaşadığı travmatize edici bir olay hakkında bilgi edindikten sonra yaşadıkları stres ve daha sonra o bireye bakmaktan kaynaklanan sonuçsal duygular veya davranışlardır. Bu noktada travmatik olayla karşılaşma biçimi ikincil stres tepkilerinde belirleyici bir konumdadır

Tüm bu tanımlamalar çerçevesinde “travma mağduru” ifadesi genişletilerek doğrudan travmaya maruz kalanların ötesine erişmektedir. Bu durum ise Remer ve Ferguson (1998) tarafından “*her birincil kurban için çok sayıda ikincil kurban vardır*” şeklinde özetlenir (akt. Çalık Var ve Çetinkaya Büyükbodur, 2017).

Arnold (2019)’a göre TSSB benzeri bir durum olarak nitelendirilen ikincil travmatik stres, travmatik deneyimler yaşayan insanlarla empatik etkileşimden kaynaklanan fiziksel ve duygusal semptomların bir bütünüdür. Yaşamı değiştirme, değişen bir dünya görüşü ve gelecekteki empatik çalışmaları etkileme potansiyeline sahiptir.

Travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan bireyler ile çalışırken travmatik malzemenin profesyonele aktarılması ile ikincil travmatik stres ortaya çıkmaktadır. Aktarım yolu anlatı ya da gözlem ile olabilir ve en önemli niteliği “sadece tek bir travma malzemesine maruz kalmak” bir başka deyiş ile tek bir danışanın dinlenmesi, yaşantısının gözlemlenmesi dahi ikincil travmatik strese yol açabilmektedir (Perry, 2014; Çetinkaya Büyükbodur, 2018).

Alanyazın incelendiğinde, travma yaratan olaylara dolaylı olarak maruz kalmanın bir tezahürü olan ikincil travmatizasyonun travma sonrası stres bozukluğu tanısal sınıflandırması altında ele alındığı görülmektedir. Haksal (2007)’ın da ifade ettiği gibi, ruhsal travma literatüründe travma sonrası stres bozukluğu uzun zamandır üzerinde çalışılan bir husus olmasına rağmen ikincil travmatik stres ile ilgili araştırma ve uygulama literatürü son yirmi yıla dayanmaktadır (Yıldız, 2017).

Hülasa, travmatik yaşam olaylarının olumsuz etkileri doğrudan maruz kalan insanların ötesine uzanmaktadır. Bu yönüyle travmatik yaşantıların domino etkisi yarattığı söylenebilmektedir.

2.3.1. İkincil Travmatik Stresin Belirtileri

Gürkan ve Yalçın (2017: 92)’e göre, ikincil travmatik stresin belirtileri genel olarak hızlıdır ve belli bir olay ardından ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda ikincil travmatik stres belirtileri kısa vadede ortaya çıkmakla birlikte etkileri uzun vadede de gözlemlenebilmektedir. DSM-5 sınıflandırmasına göre, müdahaleci düşünceler, kaçınma, uyarılma ve biliş ve ruh halinde olumsuz değişiklikler ortaya çıkan semptomlar arasındadır (Oginska-Bulik, 2021).

İkincil travmatik stres duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler ile ortaya çıkabilmektedir. Duygusal belirtiler depresyon, sinirlilik ve duygusal uyuşukluktur. Davranışsal belirtiler ise düşük motivasyon, aşırı duyarlılık ve konsantrasyon kaybını içerir. Uykusuzluk ve kan basıncının yükselmesi ise fizyolojik belirtilerdir (Rienks, 2020).

Ruhsal travma literatürü, ikincil travmatik stres belirtilerinin doğrudan travmaya maruz kalma sonucu ortaya çıkan birincil travma belirtileriyle oldukça benzer olduğunu ifade etmektedir

(Lerias ve Byrne, 2003; Kahil, 2016; Erdener, 2019). Akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri ile de koşutluk barındırmaktadır (Roccella, 2020).

İkincil travmatik stres, bir başkasının ilk elden travma deneyimlerinin bilgisini edinme ile ortaya çıkan duygusal baskıdır. Semptomları travma sonrası stres bozukluğuna benzerdir. İkincil stresten etkilenen bireyler kendilerinde kişisel travmayı yeniden yaşama veya dolaylı travmaya maruz kalma ile ilgili uyarılma ve kaçınma reaksiyonlarında bir artış fark edebilirler. Ayrıca hafıza ve algıda değişiklikler yaşama, öz-yeterlik duygusunda değişiklikler, kişisel kaynakların tükenmesi, güven ve bağımsızlık algılarında bozulma yaşanabilmektedir. İkincil travmatik stres ile ilişkili semptomların ve durumların kısmi bir listesi şunları içerir (Van Dernoot Lipsky, 2009; National Child Traumatic Stress Network, 2011):

- Hipervijilans (Aşırı Uyarılmışlık)
- Çaresizlik
- Güçlüğü kabullenmekte yetersizlik
- Dinleyememe, danışanlardan kaçınma
- Öfke ve alaycılık
- Uykusuzluk
- Korku
- Kronik bitkinlik
- Fiziksel rahatsızlıklar
- Küçültmek
- Suçluluk

Travma mağdurlarındaki travmatik stres belirtileri ile dolaylı olarak travmatize olmuş kişiler arasında benzer belirtiler gözlenmektedir (ayrıca bkz. tablo 3). Bride (2007) ikincil travmatizasyonun, bireylerin travmatik açıklamalarına karşı müdahaleci tavır, kaçınmacı tepkiler ve fizyolojik uyarılma gibi doğrudan travmaya maruz kalan kişilerde gözlemlenenlere paralel semptomları içerdiğini belirtmektedir. Bu bağlamda ikincil travmatik stres saldırı, kaçınma ve uyarılma gibi karakteristik semptomları olan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile benzer semptomlara sahip bir sendromdur.

Tablo 3: Birincil ve İkincil Travmatik Stres Belirtileri (Figley, 1995).

Birincil	İkincil
A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli olarak belirtilen, olağanüstü bir olay deneyimlemek	A. Stresör: Hemen hemen herkes tarafından stresli olarak belirtilen, olağanüstü bir olaya tanıklık etmek
1. Kişinin ciddi bir tehditle karşı karşıya gelmesi 2. Kişinin hayatında beklenmedik bir yıkım yaşanması	1. Travmatize olmuş kişinin ciddi bir tehdite maruz kalması 2. Travma mağdurunun hayatında ani bir yıkım
B. Yeniden Yaşama	B. Yeniden Yaşama
1. Travmatik olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Olayın rüyalarda görülmesi 3. Olayın yeniden ve beklenmedik şekilde deneyimlendiği hissi 4. Olayın hatırlatıcılarıyla karşılaşma nedeniyle sıkıntı duyulması	1. Travma mağdurunun yaşadığı olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Travma mağdurunun maruz kaldığı olayın rüyalarda görülmesi 3. Travma mağdurunun yaşadığı olayın aniden ve yeniden deneyimlendiği hissi 4. Travma mağdurunun yaşadığı olayı anımsatıcı durumlarla karşılaşması nedeniyle sıkıntı duyulması
C. Hatırlatıcılardan Kaçınma Ve Uyuşukluk	C. Hatırlatıcılardan Kaçınma Ve Uyuşukluk
1. Travmaya ilişkin düşüncelerden ve duygulardan kaçınma çabası 2. Etkinlik ve durumlardan kaçınmak için çaba 3. Amnezi 4. Etkinliklere duyulan ilginin azalması 5. Diğer insanlardan uzaklaşma/yabancılaşma 6. Duygusal olarak hissizleşme 7. Geleceği planlayamama hissi	1. Travma mağdurunu anımsatan düşünce ve duygulardan kaçınma çabası 2. Etkinlik ve durumlardan kaçınmak için çaba 3. Amnezi 4. Etkinlikler duyulan ilginin azalması 5. Diğer insanlardan yabancılaşma/uzaklaşma 6. Duygusal olarak hissizleşme 7. Geleceği planlayamama hissi
D. Artan Uyarılmışlık	D. Artan Uyarılmışlık
1. Uykuya geçmede ve uykuyu sürdürmede zorluk 2. Sinirlilik durumu ya da ani öfke patlamaları 3. Dikkati odaklamada zorluk çekmek 4. Aşırı uyarılma durumu 5. Bir uyarıya karşı karşıya kalındığında aşırı irkilme tepkisinde bulunma 6. Travmanın hatırlatıcılarına karşı fizyolojik tepkide bulunma	1. Uykuya geçmede ve uykuyu sürdürmede zorluk 2. Sinirlilik durumu ya da ani öfke patlamaları 3. Dikkati odaklamada zorluk çekmek 4. Aşırı uyarılma durumu 5. Bir uyarıya karşı karşıya kalındığında aşırı irkilme tepkisinde bulunma 6. Travmanın hatırlatıcılarına karşı fizyolojik tepkide bulunma
Bir aydan daha az bir süre sonra görülen belirtiler akut ve kriz ile bağlantılı belirtilerdir. Belirtilerin olaydan sonra altı ay veya daha sonra başlaması, geç başlangıçlı TSSB ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğu dur.	

İkincil travmatik stres semptomları kısa süreli olsa da, derin ve şiddetli etkileri ile önemli sonuçlar doğurmaktadır (akt. Gürdil, 2014). Travma yaşayan bireylere yardım etmekten veya yardım etmeye istekli olmaktan kaynaklanan stres olarak tanımlanan kavram, ikincil travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu kapsamda yapılan araştırmalar, palyatif bakım hemşirelerinde %38,9, sağlık görevlilerinde %45,8, palyatif bakım ve kanser servislerinde çalışan profesyonellerde orta ve yüksek düzeyde ikincil travmatik stres olduğunu göstermektedir (Oginska-Bulik ve diğ., 2021).

Alanyazında bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, bu alanda yapılan ilk çalışmalardan olan Haley'in 1974 tarihli araştırması savaş zulmüne maruz kalıp geriye dönen askerler ile çalışma yürüten profesyonellerin gösterdikleri semptomları incelemektedir (Stamm, 1997). Lind (2000)'in araştırması ise ruh sağlığı alanında çalışan profesyonelleri kapsamaktadır. Araştırma bulguları; uyku problemlerinin ve kişinin kendisi ve yakınlarının güvenliğinden duyduğu endişede artış olduğunu göstermiştir (Özkul, 2019). Aynı şekilde 20 profesyonel ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada katılımcılar ile mülakat gerçekleştirilmiş ve çalışanların bir takım somatik semptomlar, uyku bozuklukları, duygu durumlarında değişiklikler, dikkat dağınıklığı, odaklanma sorunu ve artan endişe yaşadıkları saptanmıştır (Killian, 2008; Özkul, 2019).

Hollingsworth (1993) ensest mağduru kadınlarla çalışan terapistlerin tepkilerini araştırarak, semptomlara dair bir teori oluşturmaya çalışmıştır. Araştırma katılımcıları başkalarına güven, çocukların güvenliği, bağlılık, samimiyet, başkalarına saygı ve bağımsızlık, öfke ve üzüntü, ilişkileri ve sınırları sürdürmede zorluk, somatik tepkiler ve saldırı semptomları gibi bilişsel şemalardan en az birinde kalıcı değişim yaşamıştır (Salston ve Figley, 2003).

Çocuklara sürekli olarak mümkün olan en iyi bakımın sağlanmasını ve onlara yardım etmeyi taahhüt eden çalışanların sağlığı konusu da 'korumanın' temel bir parçasıdır. İkincil travmatik stres, bireyin bir başkasının travma deneyimini ilk elden dinleyen olduğu durumda duygusal zorlanmaya neden olmaktadır. *Bu şekilde dolaylı olarak travmaya maruz kalma durumu 'ikincil travma stresi' olarak adlandırılmaktadır.* Belirtileri, travma sonrası stres bozukluğuna benzemektedir. Buna göre ikincil travmayı yaşayan kişiler, bireyin travmasını yeniden deneyimlemekte ya da ikincil travmaya maruz kalma ile ilgili uyarılma ve kaçınma reaksiyonlarında artış yaşamaktadırlar. Ayrıca hafızalarında ve algılarında değişiklik deneyimi,

öz-yeterlik anlayışında değişiklikler, kişisel kaynaklarının tükenmesi, güven ve bağımsızlık algılamalarında bozulma yaşamaktadırlar (Van Dernoot, 2009).

İkincil travmatik stresin en temel belirtileri yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma olarak belirtilen üçlü bir tasnif şeklinde belirtilmektedir. Yeniden yaşama, uyarılma ve kaçınma olarak belirtilen temel belirti kümesi Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4: İkincil Travmatik Stres Belirti Kümesi (Perry, 2014).

A. Tekrarlayan müdahaleci anılar: müdahaleci düşünceler, rüyalar, geri dönüşler 'dissosiyatif' olaylar, travma ile ilişkili uyaranlara yeniden maruziyet nedeniyle yoğun duygusal ve fizyolojik sıkıntı B. Travma ile ilişkili uyaranlardan kaçınma veya uyuşma: Ayrılma duygusu, kısıtlı etki alanı, disfori, yakın zamanda kazanılan gelişimsel becerinin kaybı ve kısaltılmış bir gelecek hissi C. Kalıcı fizyolojik uyarılma: Uyku güçlüğü, hipervijilans, konsantre olma zorluğu, artan irkilme tepkisi, sorumluluk, dürtüsellik, sinirlilik ve fizyolojik hiperreaktivite

2.3.1.1. Yeniden Yaşantılama

Yeniden yaşama, tanık olunan yada aktarılan travmatik olayın istemsizce yeniden anımsanmasıdır. Travmatik olaya ilişkin geriye dönüşler (flashback) yaşanması, kabuslarla yeniden yaşama ve uyku yitimleri gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Kaya, 2015). Travmatik deneyimlerin canlı anıları ile birlikte travmatik deneyimin ve buna bağlı duyguların acı verici bir şekilde yeniden yaşanması müdahaleci anılara yol açabilmektedir (Samson ve diğ., 2021).

Yeniden yaşamanın tetikleyicileri, travmatik olaya eşlik eden ipuçlarına algısal benzerliğe sahip uyaranları içermektedir (Ehlers ve diğ., 2004). McCann ve Pearlman (1990), acı verici görüntülerin ya da profesyonellerin geçmiş travmatik öykülerinin korku ve üzüntü verici parçalar halinde yineleyici ve istemsiz bir şekilde hatırlanabileceğine işaret etmektedir (akt. Çetinkaya Büyükbodur, 2018).

Severson ve Pettus-Davis (2013), cinsel suçlularla çalışan şartlı tahliye memurların ikincil travmatik stres deneyimini ele aldığı niteliksel çalışmasında tüm katılımcıların, ikincil travma

semptomlarıyla tutarlı düşünceler, tutumlar ve davranışlara sahip oldukları; cinsel suçlularla etkileşimleriyle ilişkili yüksek düzeydeki stresi ve bu stresin kişisel yaşamlarını etkilediğini ve ayrıca, kişisel yaşamlarına yüksek düzeyde işle ilgili yeniden yaşantılama semptomlarının bulunduğunu ve iş ortamının dışında başa çıkma tekniklerinin sınırlı düzeyde olduğu sonuçlarına ulaşmıştır.

McCann ve Pearlman (1990) ve Pearlman & Saakvitne (1995; akt. Genovese, 2013)'e göre çocuk refahı çalışanları, çalışmaları sırasında düzenli olarak istismara uğramış ve ihmal edilmiş çocuklara maruz kalmaktadır. Suistimal ve ihmal ifadelerini defalarca dinlemekte ve görmektedir. Vaka kayıtlarını işlemekte, vaka materyalini amirleriyle tartışmakta, dava materyalinin resmi raporlarını yazmakta ve mahkemede ifade vermektedir. Başkalarının travmasına sürekli yeniden maruz kalma, çocuk refahı çalışanını referans çerçevesinin ve dünya görüşünün değişmesi riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Çocuk refahı çalışanlarının yaşam deneyimi, danışanın travmasıyla yakından ilişkiliyse, çocuk refahı çalışanının anlam, kimlik ve dünya görüşünün bozulmasına uğrama riski daha yüksektir.

Rienks (2020) çocuk refahı vaka çalışanlarının ikincil travmatik stres deneyimi ve başa çıkma stratejileri üzerine bir araştırma yapmıştır. Bu araştırma kapsamında katılımcıların %69'u yeniden yaşantılama belirtileri deneyimlediğini bildirmiştir.

Girici düşünceler ve bilişsel kaçınmanın eşlik ettiği yeniden yaşantılama semptomları özellikle, travmatik olaya bizi maruz kalan kişiyle bağlantılı anımsatıcıların söz konusu olması durumunda ortaya çıkabilmektedir. Semptomları yeniden deneyimlemek, çoğu zaman istemsiz olduğu için başa çıkması en zor olan semptom olduğu söylenebilmektedir. (Murphy ve diğ., 1999; Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Sonuç olarak; travmatik olayın yeniden yaşanması istek dışı ve tekrar tekrar yinelenen düşünceler, geriye dönme nöbetleri, olayı anımsatan rüyalar ve kabuslar görme, travmatik olayı yeniden yaşıyormuş hissine kapılma ve travmatik olayın çağrışımlarından rahatsız duyma şeklinde belirtileri içeren istemsiz ve travmadan kaynaklanan duygusal tepkilerdir.

2.3.1.2. Kaçınma

Kaçınmaya ilişkin belirtiler, “*travmayı hatırlatıcı durumlardan ve sosyal ortamlardan, yakınlık kurmaktan kaçınma yaşamak*” olarak belirtilmektedir (Kaya, 2015). Üzüntü veren duygu, düşünce ve hatıralardan kaçınmak ve yahut bastırmaya çalışma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Briere ve Scott, 2015; akt. Çetinkaya Büyükbodur, 2018: 12). Walsh ve diğerleri (2018)’ne göre kaçınma, bir stresörle uğraşmaktan kaçınmak için psikolojik bir başa çıkma mekanizmasıdır.

Aker (2012) kaçınma ve küntleşme belirtilerini yedi madde olarak açıklamaktadır;

1. Travmatik olaya ilişkin duygu ve düşüncelerin yarattığı keder, endişe ve çaresizlik gibi nedenlerle anımsatıcılardan kaçınmak için çaba sarf etmek.
2. Travmatik olay ile benzerlik taşıyan yer, zaman, kişi gibi uyaranlardan kaçınma.
3. Travmatik olayın önemli kısımlarını veya ayrıntılarını hatırlayamama
4. “Duygularını hissedememe, yaşayamama”, “taşlaşma”, “psşik uyuşma”, “duygusal anestezi”, arkadaşlık, şefkat ve cinsellik gibi birtakım duyguları duyumsayabilme yetisinde eksilme
5. Yaşanılan örseleyici olay sonrasında sevilen etkinliklere karşı ilgi eksikliği ve sosyal faaliyetlere katılımda azalma
6. Empati kurulamayacağı inancı ile çevresindeki insanlardan uzaklaşma ve yabancılık çekme
7. Kişilerin yaşama ilişkin olumsuz şemalara sahip olması ve geleceğe dair beklentilerin kalmadığı duygusu

Rakestraw (2021) kaçınma belirtilerini ikili bir tasnif ile sunmaktadır. Bu kapsamda belirtiler sıkıntı veren anılar, duygular ve düşünceler gibi iç travma hatırlatıcılarından kaçınma ve kişiler, yerler ve etkinlikler gibi rahatsız edici dış travma hatırlatıcılarından kaçınmayı içerir.

2.3.1.3. Artmış Uyarılmışlık

Aşırı uyarılma semptomları arasında, uykuya dalma ve uykuda kalma gibi uyku sorunları yaşama, asabiyet veya öfke patlamaları, abartılı irkilme tepkisi, konsantrasyon güçlüğü, isteksizlik, gerginlik hissi tükenmişlik ve duygusal hassasiyet geliştirme gibi travmatik olay öncesinde olmayan artan uyarılma belirtileri olarak belirtilebilmektedir (Salston ve Figley,

2003; Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018). Olumsuz duygusal uyarılma belirtileri ise yüksek düzeyde öfke, nefret ve hayal kırıklığı yaşamadır (Ingram, 2020).

DSM-V uyarılma ve tepkisellik belirtileri “kaygılı uyarılma” (abartılı irkilme tepkisi) ve “disforik uyarılma” (sinirlilik, pervasız davranış, uyku ve konsantrasyon sorunu) semptom kümelerine ayrılır (Blais, 2020).

Salston ve Figley (2003)’e göre, anksiyete biçiminde açıklamayan sinirlilik, huzursuzluk ve rahatsızlık görülebilmektedir. Ayrıca güvenlik ile ilgili aşırı hassasiyet geliştirme, adil dünya inancında sarsılma, yeme problemleri, tükenmişlik ve işlev kaybı artan uyarılma belirtileri arasındadır. Söz konusu belirtilere ek olarak kalp atışında ve nefes almada artış, tansiyonun yükselmesi, sindirim sorunları, terleme, üşüme ve somatik belirtiler gözlemlenebilmektedir (Kaya, 2015). Sosyal hizmet çalışanları ile gerçekleştirilen bir araştırmada ikincil travmatik stres düzeyi yükseldikçe adil dünya inancının azaldığı saptanmıştır (Kaya ve diğ., 2020).

Psikiyatrist Lawrence Kolb, Vietnam gazileri ile bir deney gerçekleştirmiştir. Çalışmada gazilere savaş ile ilgili ses kayıtları dinletildiğinde kişilerin kalp atışlarının ve tansiyonlarının yükseldiği, kendilerini oldukça kötü ve çaresiz hissettiklerini belirterek devam etmek istemedikleri ifade edilmektedir (Blanchard ve diğ., 1991; Özkul, 2019). Bu durum travmanın aşırı hassasiyet geliştirme ve somatik belirtiler gibi artan uyarılma semptomlarına örnek olarak gösterilebilmektedir.

Travmaya dolaylı olarak maruz kalma sonucu ortaya çıkan belirtiler arasında olan artan uyarılmışlık uyku problemleri, öfke patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk ve tetikte olma gibi özgül tepkiler ile karakterizedir. Artan uyarılma semptomları hem kişisel yaşam kalitesini hem de mesleki doyumu olumsuz etkilemektedir.

Örneğin; Baker (2012; akt. Erdener, 2019) doktora sürecinde olan 11 travma terapisti ile bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmada katılımcıların travma sonrası stres belirtileri yaşadıkları saptanmıştır. Yaşanan travma sonrası stres belirtileri; kabus görme, korku, ağlama atakları, depresif ruh hali, uyku yitimi, halsizlik, sindirim problemleri, agresiflik, sigara kullanma, içe çekilme ve iç dünyada derinleşme, insanlara duyulan güvenin sarsılması, kendine güvenmeme ve sorgulama, mağdurların travmalarını çok sık düşünme ve hayali olarak zihinde canlandırma olarak belirtilmektedir.

Federico (2017: 122), Kırsal alandaki çocuk refahı çalışanlarında ikincil travmatik stres tepkilerini araştırmıştır. Araştırmada katılımcıların ikincil travmatik stresle bağlantılı olarak; kaçınma, hipervijilans, uyku yitimi, sosyal izolasyon gibi semptomların bir çoğunu deneyimlediği sonucuna ulaşılmıştır.

2.3.2. İkincil Travmatik Stres Bozukluğunun Oluşumunda Etkili Olan Risk Faktörleri

Sosyal hizmet uzmanları ekseriyetle travmatik olaylara doğrudan karşı karşıya kalan müracaatçı grupları ile çalışmaktadır. Bu durum hem kişisel yaşamlarını hem de mesleki doyumu olumsuz yönde etkilemekle birlikte ruh sağlığı sorunlarına zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte dolaylı travmatizasyon, tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve TSSB gibi sorunlarla birlikte anılmaktadır. İkincil travmatizasyon riski altında olan sosyal hizmet uzmanlarına ilişkin psikososyal destek, süpervizyon ve koruyucu ruh sağlığı çalışmaları önem kazanmaktadır. Son tahlilde sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres deneyimlerini ve bu travmatizasyonu yordayan risk faktörlerine ilişkin derinlikli bir kavrayışa gereksinim duyulmaktadır.

Beer ve diğerleri (2021)'ne göre, literatürdeki araştırmalar sosyal hizmet mesleği içindeki yüksek stres seviyeleri ile ilişkili birçok risk ve koruyucu faktörü göstermektedir. Rol belirsizliği ve iş çatışması (Kim ve Kao, 2014), zaman kısıtlamaları (Beer ve diğ., 2020a), örgütsel talepler (Lloyd ve diğ., 2002; Rienks, 2020) ve algılanan örgütsel destek eksikliği (Dane, 2000) ise söz konusu etmenleri oluşturmaktadır.

Orhan (2020: 18-22)'a göre kişisel travma geçmişi, süpervizyon deneyimi ve travma materyaline maruziyet düzeyi ikincil travmatik stres gelişimini yordayan faktörlerdir.

Travmatik ve örseleyici yaşam deneyimlerine maruz kalan bireylerle çalışan profesyoneller ile yapılan çalışmalar ikincil travmatik stresin oluşumunda farklı kaynakların etkili olabileceğini belirtmektedir. Bu bağlamda travmatik olayların ardından görev alan meslek grupları için yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bireysel özellikler ve mesleki özellikler olarak iki temel grupta değerlendirilebilecek stres faktörleri bulunmaktadır (Erdener, 2019).

2.3.2.1. Bireysel Faktörler

İkincil travmatik stresin oluşumunda bireysel faktörlerin etkisinden söz edilebilmektedir. Travmaya dolaylı olarak maruz kalmak her birey için farklı travma sonrası stres tepkilerine yol açabilmektedir. Bu noktada bireyin, strese nasıl tepki göstereceğini etkileyen birey ile ilgili özellikleri incelemek önem arz etmektedir.

Literatürde insani hizmet çalışanlarını bireysel düzeyde etkileyen içsel risk faktörleri çözülmemiş travma geçmişi, uyumsuz başa çıkma becerileri, empati seviyesi, daha düşük eğitim, deneyim ve kıdem seviyeleri olarak sıralanmaktadır. Mesleğin ilk beş yılı içinde, otuz yaşından küçük, kadın ve bekar olmak risk etmenleri arasındadır (Hamama, 2012; Simiano ve diğ., 2019; Pirelli ve diğ., 2020; akt. Ingram, 2020: 8).

Bireysel etkenler arasında yaş, psikiyatrik bozukluk öyküsü, genetik yatkınlık, kişilik yapısı ve sosyal destek sayılabilmektedir. Bu etmenler, travmaya maruziyet sonucu belirtilerin gelişmesinde risk etkeni olmakla birlikte, stresörlerle karşılaşma noktasında önem kazanmaktadır. Örneğin genç ve yaşlı bireyler, travmatik durumlarla başa çıkmada orta yaşlılara kıyasla daha çok güçlük çekmektedir (akt. Akçay, 2011).

Bu bağlamda bireysel risk faktörleri; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tecrübe, algılanan sosyal destek, psikiyatrik öykü ve önceki travma yaşantısı, başa çıkma mekanizmaları gibi bireye özgü nitelikleri ifade etmektedir (Gökçe ve Yılmaz, 2017; Rakestraw, 2021).

Yaş ve ikincil travmatik stres ilişkisini ele alan çalışmalara bakıldığında ileri yaşta olmanın ikincil travmatik stres ile başa çıkmada etkili olduğu görülmektedir. Fakat bazı araştırma bulguları yaş faktörü ile ikincil travma belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığına işaret etmektedir (akt. Erdener, 2019; Fansher ve diğ., 2019). İleri yaş ile birlikte artan tecrübenin daha etkili ve işlevsel başa çıkma mekanizmalarının gelişimini beraberinde getirdiği söylenebilmektedir.

Cinsiyete dair araştırmalarda bulguların çelişkili olduğu görülmektedir. Araştırmaların bazılarında kadınların ikincil travmatik stres açısından daha fazla risk taşıdığını

belirlenmektedir. Bazı araştırmalarda ise erkek olmanın bir risk unsuru oluşturduğu görülmektedir (Sprang ve diğ., 2011; Choi, 2011; Ivicic ve Motta, 2017).

Riskin daha çok kadınlarda, doğası gereği duygusal olan ya da çözüme kavuşturamadığı kişisel travmaları olan bireylerde olduğu söylenmektedir. Ayrıca, sosyal ve toplumsal olarak izole edilmiş travma mağduru çocuğun ağır yükünü taşıyan uzmanlarda da risk yüksektir (Craig ve Sprang, 2010).

Eğitim düzeyi ve ikincil travma arasında farklılaşan bulgular olduğu söylenebilmektedir. Eğitim düzeyi ile ikincil travma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte, üniversite ve yüksek lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olmanın daha düşük eğitim düzeyindekilere göre daha az ikincil travma belirtileri gösterdiğini bildiren araştırma sonuçları bulunmaktadır (Gökçe ve Yılmaz, 2017: 200). İlgili alanyazında eğitim düzeyi risk etmeni olarak yer almaktadır. Ayrıca meslek elemanları hizmet içi eğitimlere gereksinim olduğunu aktarmaktadır (Armes ve diğ., 2020; Orhan, 2020; Beer ve diğ., 2021).

Bireysel özellik olarak ele alınabilecek bir diğer değişken olan **sosyal destek** önemli bir risk faktörüdür. Sosyal destek konusunda gerçekleştirilen araştırmalarda çelişik bulgular elde edilmiştir. Ruh sağlığı profesyonelleri ve acil durum personeli ile gerçekleştirilen bazı çalışmalarda ikincil travmatik stres belirtileri ile sosyal destek algısı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Fullerton ve diğ., 1992; Rzeszutek ve diğ., 2015). Sosyal destek, travmatize edici olaya yönelik algılamayı farklılaştırıp tampon görevi üstlenerek ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir işlevdir (Demirci Aygün, 2019).

Sungur (1999)'un da belirttiği gibi, sosyal destek akut TSSB'nin kronikleşme durumunda belirleyicidir. Sosyal destek travmatik olaya maruz kalan bireyin yaşadıklarını ifade edebilmesi ve deneyimini paylaşması ile çaresizlik ve yetersizliği nötralize eden bir unsurdur. İkincil travmanın oluşumu çoğu zaman sosyal desteğin yetersizliği ile ilişkilidir.

Bir başka değişken olan **psikiyatrik öykü ve önceki travma yaşantısı**, ikincil travmatik belirtiler geliştirmede risk unsuru oluşturmaktadır. Literatürde kişisel travma öyküsünün ikincil travma belirtileri bağlamında risk etmeni teşkil ettiğini belirten araştırmalar bulunmaktadır (Bride ve diğ., 2007; Ivicic ve Motta, 2017; akt. Armes ve diğ., 2020). Fakat, geçmiş travma

öyküsü ile ikincil travma tepkileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (Way ve diğ., 2004; Rakestraw, 2021).

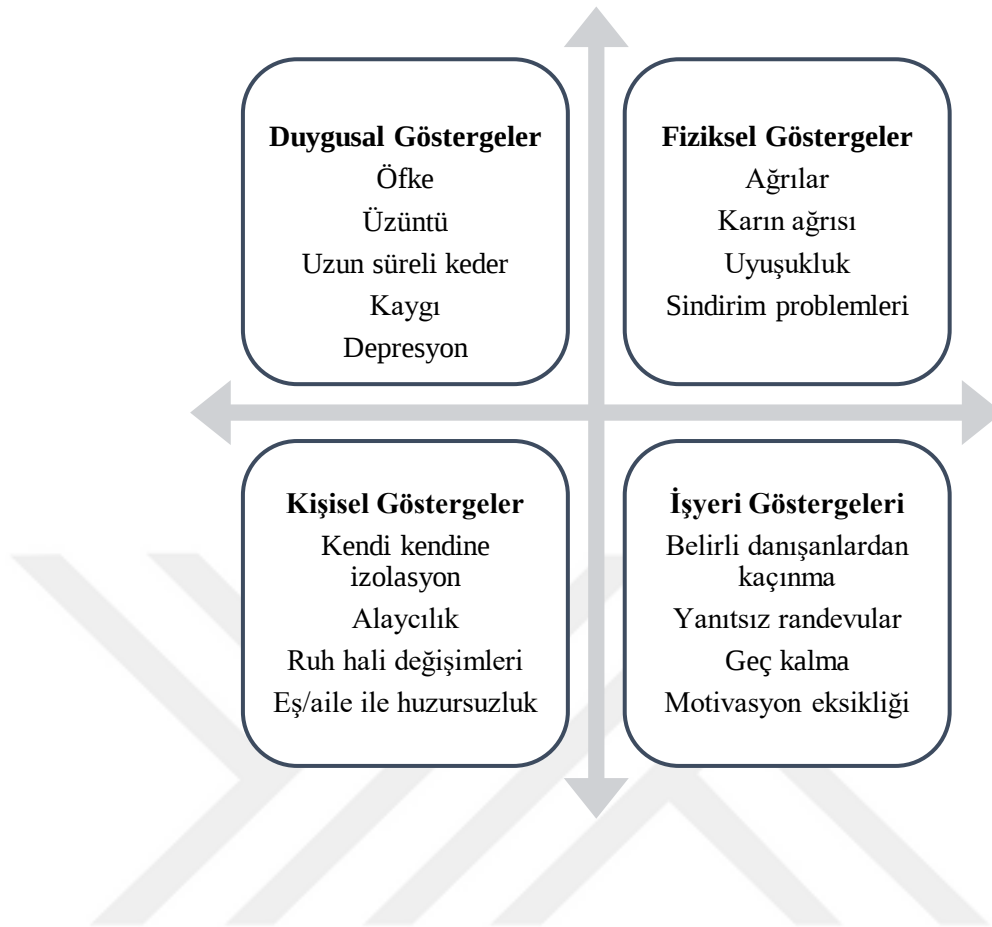
Eşsizoglu ve arkadaşları (2009) ve Kılıç (2008) tarafından yapılan çalışmalarda psikiyatrik öykünün bulunması travmatik yaşam deneyimlere maruz kaldıktan sonra travmatik stres tepkileri geliştirmede bir risk etmenidir. Bu noktada psikolojik rahatsızlıkların ve travmatik öykünün varlığı örseleyici yaşam olayları ile baş etmeyi zorlaştırmaktadır.

Başa çıkma ikincil travmatik stres belirtilerinde yordayıcı bir faktör olarak incelenen etmenler arasındadır. Dolaylı olarak deneyimlenen travmatik olaylara dair yapılan değerlendirme ve olayla başa çıkma biçiminin travma sonrası stres tepkileri bakımından önemlidir (Oginska-Bulik ve diğ., 2021). Hytten ve Halse (1989; akt. Yıldız ve Gökçe, 2017), yardım çalışmalarında deneyim sahibi olan profesyonellerin, başa çıkma yöntemi olarak daha işlevsel bilişsel ve davranışsal yolları kullandıklarını belirtmişlerdir.

Rienks (2020)'e göre tüm başa çıkma stratejileri olumlu olarak görülmesine de farklı bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanılması birçok stres etkenine karşı korunmada etkilidir. Başa çıkma stratejileri, uzmanlık eğitime katılmak, stresörlere verilen tepkinin farkında olmak, bir öz bakım planı oluşturmak ve süpervizör desteği almak gibi stresörlerle başa çıkmak için travma konusunda bilgilendirilmiş bir yaklaşımı benimsemeyi savunan “öz bakım” hareketi ile örtüşmektedir.

Brady ve diğerleri (2019)'nin çocuk mağdurlarla çalışan adli görüşmeciler ile yaptığı çalışmada ikincil travmatik stres ile ilişkili kişisel değişkenler cinsiyet, iş dışında aile üyeleriyle sosyalleşme sıklığı ve travma geçmişi olarak saptanmıştır.

Şekil 1: Bireysel Sıkıntı Göstergeleri



İkincil travma geliştirme riski altında olduğu gösteren "bireysel sıkıntı göstergeleri" bulunmaktadır. (ayrıca bkz. Şekil 1) Hissedebilecek üzücü duygu örnekleri arasında kızgınlık, üzüntü, öfke, depresyon veya anksiyete sayılabilir. Bu duygusal tepkilerin listesi neredeyse sınırsızdır. Diğer sıkıntı göstergeleri arasında fiziksel şikayetler (örneğin baş ağrısı, karın ağrısı ve uyuşukluk), kabuslar, belirli danışanlardan kaçınma ve bozulmuş çalışma alışkanlıkları (örneğin geç kalma veya yanıtsız randevular) sayılabilmektedir (Perry, 2014: 14).

2.3.2.2. Mesleki Faktörler

İkincil travma tepkileri geliştirmede travmatik malzemeye dolaylı olarak maruz kalınmasına sebebiyet veren mesleki özelliklerde belirleyici bir konumdadır. Meslek türü, deneyim süreci, vaka yükü, maruziyet düzeyi, eğitim ve süpervizyon desteği gibi unsurlar travma sonrası stres tepkilerini etkilemektedir.

Erdener (2019)'e göre mesleki faktörlerle ilgili araştırmalarda çelişkili bulgular göze çarpmaktadır. Araştırmanın nerede yapıldığı, örnekleme, örneklem büyüklüğü ve diğer benzer faktörler çelişkili bulgular elde edilmesine neden olmaktadır.

Brady ve diğerleri (2019)'ne göre mesleki değişkenler arasında tükenmişlik, çocuklara kötü muamelenin ayrıntılarına doğrudan ve dolaylı olarak maruz kalma sıklığı ve deneyim yılı vardır. Rakestraw (2021) ise birincil sorumluluk olarak danışanlarla doğrudan etkileşimi gerektiren pozisyonlar, iş yerinde iş birliği ve ekip çalışması ve örgütsel destek olarak sıralar.

Yapılan araştırmalar, travma mağduru çocuklarla çalışan uzmanların ikincil travmatik strese uğramalarının yaygın bir iş tehlikesi olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, travmatik insanlarla çalışan profesyonelin (%6- %26 oranında) ve %50 kadar çocuk refahı alanında çalışan uzmanların travmatik stres ya da bununla ilişkili olarak TSSB ya da vekâleten travmaya uğradıklarını göstermiştir. Travma yaşayan çocuklarla çalışan ve travmatik deneyimleri dinleyen herhangi bir uzman, ikincil travmatik stres riski altındadır.

Alanyazın incelendiğinde genç ve deneyimsiz çalışanların dolaylı olarak travmatize olma noktasında daha hassas ve risk altında olduğu doğrultusundaki görüşler ön plana çıkmaktadır (Betts Adams ve ark., 2001; Bober ve Regehr, 2006; Bride, 2004; Carmel ve Friedlander, 2009; Craig ve Sprang, 2010; Creamer ve Liddle, 2005; Cunningham, 2003; Çolak ve ark., 2012; Fullerton, Ursano ve Wang, 2004; Michalopoulos ve Aparicio, 2012; Nelson-Gardell ve Harris, 2003; Pearlman ve Mac Ian, 1995; Robinson, Clements ve Land, 2003; Sprang, Craig ve Clark, 2011; VanDeusen ve Way, 2006; Way, VanDeusen ve Cottrell, 2007; Way, VanDeusen, Martin, Applegate ve Jandle, 2004; akt. Gürdil, 2014: 30). Bu bağlamda çalışma deneyimi, meslekte geçirilen süre, mesleki bilgi, beceri ve değer repertuarı önem taşımaktadır.

Mesleki deneyimin yanı sıra, travmatik ve örseleyici olaylara **maruziyet düzeyi** de belirleyici bir faktördür. Maruziyet düzeyi meslek grupları ile ilişkili olarak farklı şekillerde incelenebilmektedir. Örneğin, arama-kurtarma çalışanlarıyla gerçekleştirilen çalışmalarda, ölüm ve yaralanma gibi travmatize edici olaylara ve olumsuz yaşantılara şahitlik etmek maruziyet düzeyine işaret ederken, travma mağdurları ile çalışan ruh sağlığı profesyonellerinde maruziyet düzeyi müracaatçılar ile geçirilen süre olarak ele alınmaktadır (Creamer ve Liddle, 2005; Baird ve Kracen, 2006; Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Hollender ve Simeon, (2004,389; akt. Kaya, 2015)'ın da ifade ettiği gibi travmatik olaylardan sonra bireylerin **iş ve yaşam koşulları** travmatik stres tepkileri geliştirmede belirleyici bir faktördür (Hollender ve Simeoni 2004). Dolayısıyla çevre ve yaşam koşullarının motive edici bir atmosfere sahip olması stres unsurlarını nötralize etmektedir.

İkincil travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkmasına etki eden diğer mesleki faktör **maruziyet biçimidir**. İkincil travma ile ilgili araştırmalar, danışanlarla doğrudan etkileşim yoluyla travmaya dolaylı olarak maruz kalmaya odaklanır. Çoğu çalışma, adli görüşmeciler (Starcher ve Stolzenberg, 2020) çocuk koruma hizmeti çalışanları (Bride, 2007) ve cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışan polis memurları (Hurrell ve diğ., 2018) gibi maruziyetin yoğun olduğu katılımcıları içermektedir (Rakestraw, 2021).

Travma mağdurları ile çalışan meslek gruplarının destek grupları, farkındalık çalışmaları, süpervizyon ve konsültasyon aracılığıyla desteklemenin önemi vurgulanmaktadır. **Eğitim ve süpervizyon desteği**, travmatik yaşam deneyimlerinin dolaylı etkilerini önlemede kritik bir değişkendir (Zara ve İçöz, 2015; Beer ve diğ., 2021). Nitekim süpervizyon desteğine erişmeme travmanın dolaylı etkilerine karşı hassas ve savunmasız hale getirmektedir.

Profesyoneller sorun alanlarına ilişkin yeterli bilgi ve donanıma sahip olamadıklarında ya da destek mekanizmalarına ulaşamadıklarında ikincil travmatik stres belirtilerine karşı hassas duruma gelmektedir. Özellikle mesleki bilgi ve beceriden yoksun olunması danışanlara yönelik empatik yanıtı etkilemektedir. Dolayısıyla empatinin uygun bir biçimde kurulamaması ikincil travma tepkilerini ortaya çıkarabilmektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018: 15).

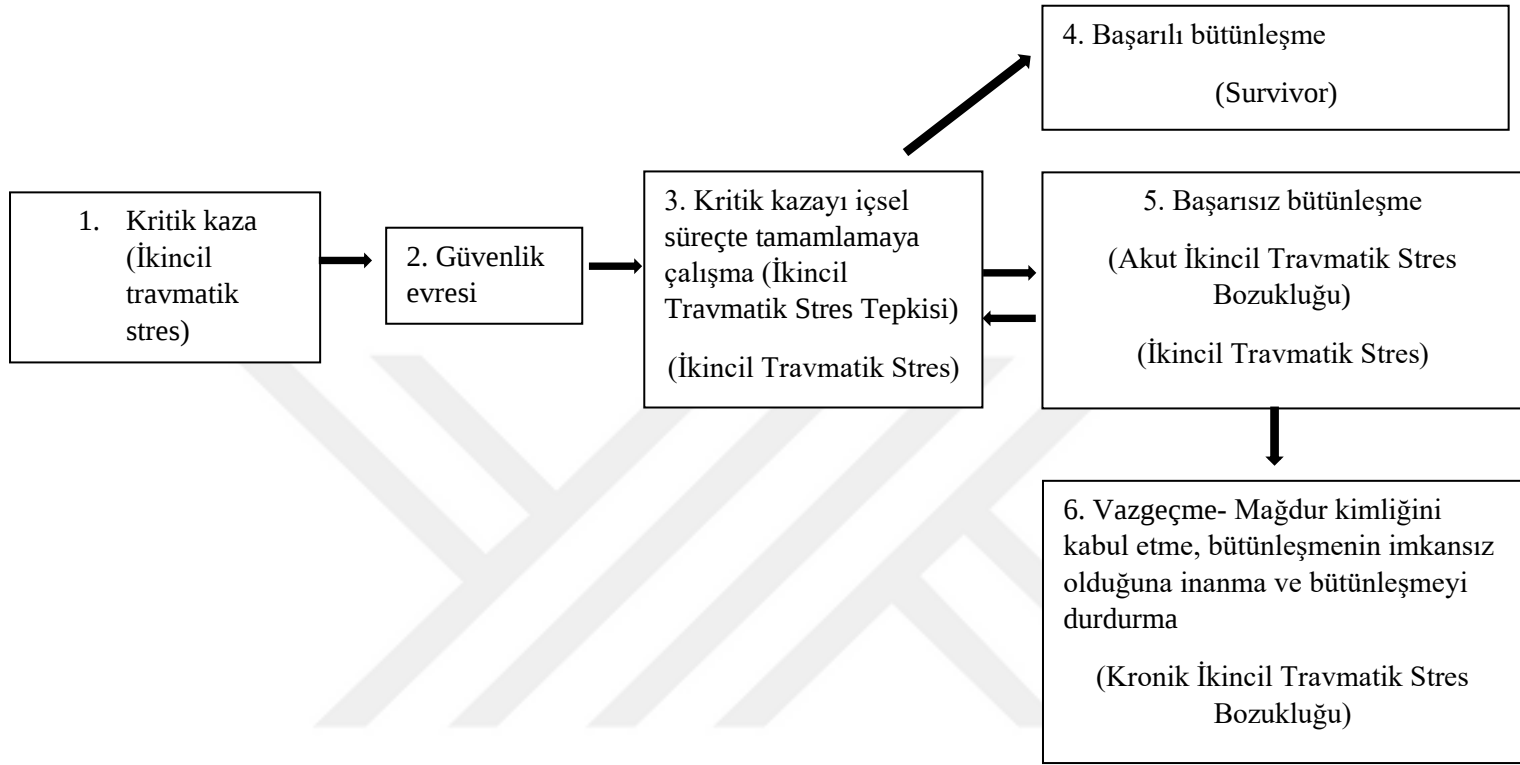
2.3.3. İkincil Travmatik Stresin Etiyolojisi

Harris (1995) travma çalışanlarının dahil oldukları kritik olayların sonuçlarını yönetme sürecinde çeşitli aşamalardan geçtiğini belirtmektedir. (Bkz. Şekil 2)

Başlangıç evresinde ikincil travma ile yüzleşme söz konusudur. Bu aşama, travma çalışanın kritik olayın ardından ortaya çıkan psikolojik tepkiyi yönetme girişimi ile ilişkilendirilmesi gereken bir dizi kasıtlı doğal davranış ve duyguyu kapsamaktadır. Travma çalışanı travmatik

olaya doğrudan maruz kalmadığı için yaşanacak etkilerin “ikincil” olduğu söylenmektedir. Bu noktada travmatik strese yol açan travmatik olaydan ziyade travmatik olayın sonuçlarıdır.

Şekil 2: İkincil Travmatik Stresin Etiyolojisi (Haris, 1995).



İkinci aşama güvenlik evresidir. Güvenlik dönemi, Horowitz (1976) tarafından travmatik olayın fiziksel olarak sona erdiği, ancak duygusal sonuçların kişinin benliğine entegre edilmeye devam ettiği zamanın bir açıklaması olarak ifade edilir. Bu aşama ikincil travmatik stres tepkilerinin başlangıcına işaret etmektedir. Üçüncü aşama, travma çalışanının ikincil travmatik stres tepkilerini anlamlandırmak adına zihinsel bir emek harcadığı süreci ifade etmektedir. Bu aşama travma çalışanının ikincil travmatik stresi başarılı bir şekilde bütünleştirerek duygusal hareketliliğe doğru ilerlediği için kritik konumdadır. Aksi durumda ise duygusal küntleşme yaşanabilmektedir. Bu noktada, önleme odaklı kriz müdahalesinin büyük fayda sağlayabileceği bir aşamadır.

Son aşama, entegrasyon aşamasıdır. Bu aşamada, travmatolog, travmanın anılarının, kritik olayın, sonuçların ve diğer ilgili konuların nasıl yönetildiğine bağlı olarak ikincil travmatik stresi başarılı ya da başarısız bir şekilde entegre etmektedir. Başarılı bir entegrasyon, travma çalışmasının, kritik olayın ve sonrasında, çok az veya hiç duygusal kalıntı olmadan benliğe etkili

psikolojik asimilasyon ve uyum sağlamasını gerektirir. Başarısız entegrasyon ise, ikincil travmatik stres bozukluğu ile sonuçlanmaktadır.

2.3.4. İkincil Travmatik Stresi Açıklayan Teorik Yaklaşımlar

İkincil travmatik stresi açıklamaya yönelik çeşitli teorik perspektifler ve yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu çalışmada Figley ve Kleber (1995) tarafından öne sürülen iki teorik perspektife ek olarak “dalga etkisi yaklaşımı” “kiazma etkisi yaklaşımı” ve “duygu bulaşması yaklaşımı” ele alınmaktadır.

Figley ve Kleber (1995) ikincil travmatik stresi açıklayan iki teorik perspektif öne sürmektedir. İlk teorik çerçeve tükenmişlik literatürü ile ilgilidir. Diğerisi ise, travmatik yaşantının merkezinde olan bireyle yakın ilişki ve etkileşim halinde olmanın travma mağduru ile benzer psikolojik olguların deneyimlenmesine neden olduğuna ilişkindir. Travma mağduru ile yakın olan bireyler travmatik bir deneyimin karakteristik unsurları olan yoğun güçsüzlük ve kontrol kaybı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte kişinin dünyaya ve kendisine yönelik sahip olduğu ve zarar gelmeyeceği yönündeki inançlarının yıkılması söz konusudur. Bu teorik çerçevenin merkezinde empatik bir yaklaşım bulunmaktadır. Bu nedenle travma mağdurları ile bir anlayış geliştirme gayretinin mağdur ve acısıyla özdeşleşmeye gereksinim duyulduğuna işaret etmektedir.

Söz konusu özdeşleşme travma mağdurları tarafından dile getirilen beş sorunun mağdur yakınlarını da kapsamasına sebebiyet vermektedir. Bu beş soru “ne oldu?”, “neden böyle oldu?”, “neden böyle davrandım?”, “neden o zamandan beri böyle davranıyorum?”, “bu tekrar olursa başa çıkabilir miyim?” sorularını içermektedir. (Figley, 1983; akt. Figley ve Kleber, 1995: 93; Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018). Mağdur yakınları davranışlarını değiştirmek için bu soruları cevaplandırmaya çalışmaktadır. Bu süreçte travmatik yaşam deneyiminin merkezindeki birey ile benzer duygular, geri dönüşler, uyku problemleri ve depresyon gibi semptomlar deneyimlenebilmektedir. Mağdurun travmatik deneyimlerini imgeleme ve semptomlara maruz kalma nedeniyle belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

İkinci teorik perspektif “enerji tükenmesi” olarak adlandırılmaktadır. Mağdur yakının sağladığı destek sonunda bitkin düştüğü, fiziksel ve duygusal olarak doğrudan travmatize olmuş birey ile karşılaşarak yıprandığı öne sürülmektedir (Figley ve Kleber, 1995). İkincil travmatik stresin nedenini ele alan bu perspektif travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan bireylere destek sağlama çabasının kişiyi yordugunu ve zamanla tükenmişliğe yol açtığını ileri sürmektedir. Örneğin, McCann ve Pearlman (1990) tarafından kaydedilen bu model, çocuk mağduriyetinden kurtulan yetişkinlerle çalışan terapistlerin dolaylı travmatizasyon fenomenini açıklamaktadır.

Erdener (2019)’e göre, ikincil travmatik stresi açıklamaya yönelik teoriler arasında “dalga etkisi yaklaşımı” ve “kiazma etkisi yaklaşımı” ve “duygu bulaşması yaklaşımı” da yer almaktadır.

Dalga etkisi yaklaşımına göre, travmatik olayların etkisi dalgalanma eğilimine sahiptir. Maruz kalan kişiden başlayarak yakın temas halinde bulunan herkese yayılma etkisi göstermektedir (Remer ve Ferguson, 1995: 407).

Kiazma etkisi yaklaşımı ise, travmatize olmuş bireylere yardım etmenin yardım eden bireyler üzerinde yol açtığı etkiyi açıklamaktadır. Bu teorik perspektifin odağında travmatik yaşantıların aile sistemi üzerindeki psikolojik etkileri yer almaktadır. Örneğin çocuğunun maruz kaldığı travmatik bir olayı öğrenen ebeveynler çocuktan daha çok stres yüklenerek travmatik stres yaşayabilmektedir. Söz konusu durum “Kiazma Etkisi” olarak kavramsallaştırılmaktadır (Figley, 1993). Nitekim travmatik olayların etkilerinin doğrudan maruz kalanların ötesine uzanması nedeniyle travma mağdurlarıyla çalışan profesyoneller ikincil travmatizasyon riski altındadır. Profesyoneller travmanın duygusal yükünü paylaşmaktadır.

Duygu bulaşması yaklaşımı travmatize edici bir olayın mağduru olan kişilerle kurulan iletişim ve etkileşim sonrasında kendiliğinde oluşmakta ve “birincil travmaya maruz kalmış bireyle duygusal bağın oluşmasını” ifade etmektedir (Peeples, 2000; Gündüz, 2020). Acının duygusal olarak deneyimlenmesi noktasında bir ittifak söz konusudur. Bu bağlamda ikincil travmatizasyonun oluşumu bu perspektif ile de açıklanabilmektedir.

Erdener (2019) ikincil travmatik stresin nedenini sosyal hizmet teori repertuarı bağlamında ele alarak ekolojik yaklaşım ile açıklamaktadır. Ekolojik yaklaşımın en temel özelliği bireyi “çevresi içinde birey” yaklaşımıyla ele almasıdır. Bireyin psikososyal bir varlık oluşu ve çevresi

ile dinamik bir etkileşim içinde olması bireyin çevrede meydana gelen değişimlerden etkilendiği anlamına gelmektedir. Bu nedenle travmaya birincil maruziyet bireyin sosyal destek sistemini dolaylı olarak etkilemektedir.

2.3.5. İkincil Travmatik Stres ile İlişkili Kavramlar

Travmanın travma mağdurlarıyla çalışanlar üzerindeki etkilerini tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmaktadır. Fakat terimlerin kullanımı literatürde farklı boyutlardan ele alınmıştır. Yakın geçmişte bu fenomen, başlangıçta şefkat yorgunluğu (Arvey, 2001; Bride, Radey, & Figley, 2007b; Chrestman, 1995; Dane, 2000; Figley, 1995a; Figley, 1995b; Jenkins & Baird, 2002) tükenmişlik (Freudenberger, 1974; Maslach ve Jackson, 1986, Jankoski, 2010; VanHook ve Rothenberg, 2009), karşı-aktarım (Freud, 1966; Figley, 1995a, Jankoski, 2010; Pearlman & Saakvitne, 1995a), dolaylı travmatizasyon (Jankoski, 2010; McCann & Pearlman, 1990b; Saakvitne & Pearlman, 1996) ve ikincil travmatik stres olarak karşılık bulmuştur (akt. Genovese, 2013; Rakestraw, 2021).

Rienks (2020)'in de belirttiği gibi sağlık hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri ve sosyal hizmet gibi “yardımcı” mesleklerde çalışanların psikolojik iyi oluşları üzerindeki olumsuz sonuçları tanımlayan kapsamlı bir literatür mevcuttur. Araştırmalar dolaylı travma, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres belirtilerine ve tezahürlerine odaklanmaktadır.

Hülasa, travma mağdurlarıyla çalışan kişiler travmatik olayların psikolojik etkilerini oldukça şiddetli ve derinden hissetmektedir. Bu bağlamda alanyazında “ikincil travmatik stres” “dolaylı travmatizasyon” “tükenmişlik” “merhamet yorgunluğu” “travmatik karşı aktarım” ve “empatik zorlanma” gibi kavramsallaştırmalarla anılan fenomeni çok yönlü ve derinlemesine analiz etme gereksinimi doğmaktadır.

Gökçe ve Yılmaz (2017)'in da ifade ettiği gibi yapılan çalışmalarda, yardım çalışmalarında görev alan arama-kurtarma çalışanları, itfaiye, emniyet, sağlık personeli, sosyal hizmet uzmanları ve avukatlar gibi meslek gruplarında görülebilen stres tepkileri tükenmişlik (burnout), üstlenilmiş travma (vicarious traumatization), şefkat yorgunluğu (compassion

fatigue), ikincil travmatik stres (secondary traumatic stress) gibi çeşitli kavramlarla (Tablo 5) ifade edilmektedir.

Tablo 5: Yaygın Travmatik Stres Terimlerinin Tanımları (Westphal, 2012).

Terim	Açıklama
Birincil travmatik stres	Potansiyel olarak travmatize edici bir olaya doğrudan maruz kalmak
İkincil travmatik stres	Birincil travmatik stresin başka bir kişi üzerindeki etkilerine tanıklık ederek ve içselleştirerek dolaylı maruz kalmak
Tükenmişlik	İş-yaşam alanları dengesiz olduğunda ortaya çıkan kademeli duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı duygusu
Şefkat yorgunluğu	Primer travmatik stresten etkilenen kişilerle uzun süreli veya tekrarlanan çalışma neticesinde empatik kapasitenin kademeli olarak azalması

2.3.5.1. Dolaylı Travmatizasyon

Son yirmi yılda ruh sağlığı uzmanları (Figley, 1985, 1988; Lifton, 1973; Horowitz, 1976; Van der Kolk, 1987) travmatize edici olaylara maruz kalmanın yarattığı psikolojik sonuçlara ilişkin benzeri görülmemiş bir eğilim göstermeye başlamıştır. Söz konusu ilgi mağdurlarla çalışan kişilerin mağdurların travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalmanın psikolojik sonuçları ile ilgili kapsamlı bilgi tabanı sağlamaktadır. Mağdurlarla çalışan kişiler, uzun süreli travmatik deneyimlere maruziyet sonucu yıkıcı ve acı verici derin psikolojik etkiler yaşayabilmektedir. Bu süreç ise “dolaylı travma” olarak adlandırılmaktadır (akt. McCann ve Pearlman, 1990; Oginska-Bulik ve diğ., 2021). Bu anlamda dolaylı travma “başkasının yerine deneyimlenen travma”nın kümülatif etkilerini içeren bir sürece işaret etmektedir.

Kavramsal tasarımı 1990 yılında McCann ve Pearlman tarafından yapılan dolaylı travmatizasyon “*hizmet alanın travmatik yaşantılarıyla empati kurmadan kaynaklanan bilişsel şema ve inanç sistemlerinde gerçekleşen dönüşüm*” olarak tanımlanmaktadır (Tuncay ve Oral, 2012; Orhan, 2020). Bu bağlamda dolaylı travmada, travmatize olmuş kişilerle mesleki çalışma yürüten ve yardım edenlerin psikolojik tepkileri merkezi bir konumdadır.

Dolaylı travma, yapılandırmacı kişisel gelişim teorisine dayanır. Bu teori, dolaylı travmadan kaynaklanan değişiklikleri yaygın, kümülatif ve kalıcı olarak tasvir eder. Dolaylı travmatizasyon yardımcı bir profesyonelin bilişsel şemasında kademeli, örtülü ve kalıcı değişiklikleri vurgulayan teori odaklı bir yapı olduğundan önemli çıkarımlar içermektedir (Middleton ve diğ., 2021).

Dolaylı travma deneyimini yansıtmak için terapötik dinamiğin bir parçası olan ve travmadan kurtulanlarla klinik çalışmaya özgü üç durum teorize edilmiştir. Söz konusu üç durum şunları içerir; (1) terapistin travmatik materyale empatik katılımı ve maruz kalması, (2) terapistin insan zulmünün gerçekliğine empatik katılımı ve maruz kalması ve (3) terapistlerin travmatik yeniden canlandırmalara katılımı ve tedavi sürecindeki travmanın unsurlarının yeniden canlandırması (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a; akt. Kadambi ve Ennis, 2004).

Kadambi ve Ennis (2004)'e göre, dolaylı olarak travmatize olmuş bireylerle çalışan yardım çalışanlarının çocukluk çağı ihmal ve istismarı gibi geçmiş yaşantısında çözülmemiş çatışmalarının olması arasında bağlantı vardır. Çocukluk yaşantısındaki ihmal ve istismar öyküsü danışanların travmatik anlatıları ile birleştiğinde dolaylı travmatizasyonu tetiklediği alanyazında ifade edilmektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018).

Son tahlilde, dolaylı travmatizasyonda çözüme kavuşturulamamış kişisel travmaların travma mağdurunun anlatımları ile tetiklenmesi ön plandadır. Kapsayıcı bir kavramsal tasarımı olan dolaylı travmatizasyon karşı-aktarım ve tükenmişlik kavramsallaştırmalarından farklılık taşımaktadır. Ortak nokta ise travmatik ve örseleyici yaşam deneyimine maruz kalan bireylerle profesyonel bir rolde uzun süreli temasın fizyolojik, psikolojik ve duygusal etkilerini içermesidir.

Molnar ve arkadaşları (2020)'nin çocuk refahı ve çocuk koruma profesyonelleri arasında dolaylı travmatizasyonu incelediği araştırmada kişilerin travmatik anlatılarına maruz kalmak, çocuk refahı ve çocuk koruma mesleklerinde çalışanlar için kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, koruyucu faktörlerin belirlenmesi ve kanıta dayalı müdahalelerin gelişimi ve değerlendirilmesi önemli bir adımdır.

2.3.5.2. Travmatik Karşı Aktarım

“Aktarım” ve “karşı-aktarım” kavramları Freud'un psikanalitik çalışmasında ortaya çıkan terimler arasındadır. Freud (1966), Psiko-analiz üzerine yaptığı derslerinde, analistlerin farkında olmadan, erken çocukluk deneyimleri sırasında ortaya çıkan yoğun libidinal duyguların analiste aktarılma sürecine dahil olduklarını savunmaktadır. Benzer şekilde, psikanalistler kendi çocuklukları sırasında oluşan libidinal duyguların analiz edilen kişiye aktarılmasına dahil olabilmektedir (Genovese, 2013). Bu anlamda travmatik karşı aktarım ve vekaleten travmatizasyon kıyaslandığında vekaleten travmatizasyon belirli bir süre boyunca çeşitli travma mağdurlarıyla çalışma neticesinde terapist üzerindeki kümülatif etkiyi ifade ederken, karşı aktarımın tek bir hastaya özgü olduğu belirtilmektedir (Van Minnen ve Keijsers, 2000: 190; Altan, 2020: 9).

Karşı-aktarım daha çok sosyal çalışma, psikiyatri ve psikoloji literatüründe ele alınan bir konudur. Tuncay ve Oral (2012: 163) karşı-aktarımı belirli bir vaka ya da terapötik ilişkiye özgü profesyonelin duygusal tepkisi olarak tanımlamaktadır. Danieli (1996; akt. Salston ve Figley, 2003)'nın belirttiği gibi travmatik deneyimler herhangi bir travmatik geçmişe “dokunursa” terapist kendini uzaklaştırabilir, anlatılan hikayenin yaşanabilirliğini sorgulayabilir ve somatik semptomlar yaşayabilmektedir.

Travmatik karşı aktarım, terapötik ilişki sırasında açığa çıkan bilinçdışı çatışmalar ve özdeşim kurma sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Terapistler travmatik ve olumsuz deneyimlerin paylaşıldığı terapötik süreçlerin merkezinde yer almaktadır. Dolayısıyla terapist bilinçdışı duygusal tepkiler geliştirebilmektedir. Bireyin çözülmemiş çocukluk travmaları ve terapi sürecinde gelişen empatik yaklaşım karşı aktarımda belirleyici konumdadır.

Karşı transferin herhangi bir terapötik ilişkinin bir parçası olarak düşünülse de, bu terim genellikle bir çocuk istismarı soruşturması sırasında bir çocuk refahı çalışanı ile kötü muamele gören bir çocuk arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılamamaktadır (Genovese, 2013). Travmatik karşı-aktarım en temelde terapötik ilişki sırasında açığa çıkan ve danışana yönelik duygusal tepkilere atıfta bulunmaktadır.

2.3.5.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik, “duygusal olarak zorlu durumlara uzun süreli katılımdan kaynaklanan fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu” olarak tanımlanmaktadır. Kronik duygusal ve kişilerarası stres faktörlerine karşı uzun vadeli psikolojik tepkilerdir (Hesse, 2002: 297; Passmore ve diğ., 2020). Maslach (1982: 32-39) tükenmişlik sendromunu, başa çıkılamayan stresin neticesi olarak ortaya çıkan, fiziksel ve psikolojik içsel kaynakların tutku boyutuna gelen bir başarıma arzusu ve çok çalışma sebebiyle bitip tükenmesi olarak tanımlamaktadır (akt. Işıkhani, 2017). Tükenmişlik tükenme, duyarsızlaşma ve başarı hissinin azalmasını içerebilmektedir (Fansher ve diğ., 2019).

Maslach ve Leiter (1997)’ın belirttiği gibi tükenmişlik yeni bir fenomen değildir. Tükenmişlik, insan hizmetleri, sağlık hizmetleri ve eğitim gibi insan odaklı mesleklerde çalışan profesyoneller için birincil önem taşıyan bir konudur. Günümüz terminolojisinde, bu meslekler yüksek temas içermektedir. Bu işlerin gerektirdiği özveri, uzun çalışma saatleri, aşırı iş yükü, duygusal ve fiziksel olarak zorlayıcı olması tükenmişlik riskini beraberinde getirmektedir.

Tükenmişlik kavramının alanyazına girişi 1974 yılında Herbert Freudenberger’in çalışmaları ile gerçekleşmiştir. Kavramın günümüzde kullanılan tanımı ise 1981 yılında Maslach tarafından yapılmıştır (Maslach ve Jackson, 1981; Çetinkaya Büyükbodur, 2018; Işıkhani, 2020).

Maslach, tükenmişlik kavramını “*işi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi*” olarak tanımlamaktadır (1982, akt. Işıkhani, 2006: 10). Lee ve diğerleri (2021)’ne göre, iş ortamındaki kişilerarası stresörlere bağlı olarak ortaya çıkan çok boyutlu bir psikolojik sendromdur.

Maslach tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması olarak belirttiği 3 şekilde ortaya çıktığını iddia etmektedir (Passmore ve diğ., 2020). Buna göre, işin bağlamı ve kişilerarası stresörlere maruz kalmak danışanlara karşı duyarsız tepkiler, öz yeterliliğin azalması ve psikolojik tükenme olarak karşılık bulmaktadır.

Tükenmişliği keşfedilmesi ve incelenmesi ilk kez sağlık ve sosyal hizmet alanlarında olmuştur. Bu alanlar, davranışsal ve psikolojik eylemlerin tükenmişliğe sebebiyet vermesinin gözlemlenmesine olanak sağlayan doğal ortamlardır. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarında

tükenmişliğin nasıl fonksiyonelleştiği somut olarak görülebilmektedir (Felton, 1998; Gillespie, 2000; Kalliath ve Diğr., 2000; Coyle ve Diğr., 2005; Lo, 2005; Mong ve Tam, 2005; akt. Işıkhani, 2017).

Tükenmişlik, uzun süreli çalışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkar ve iş gerginliği, idealizmin aşınması ve azalan başarı ve başarı duygusundan kaynaklanan duygusal tükenme belirtilerine odaklanmaktadır. İkincil travmatik stres ve tükenmişlik karşılaştırıldığında, ikincil travmatik stres ani ve uyarı olmadan mesleki stresten ziyade danışanların yaşadığı travmalarla ilgilidir. Tükenmişlik ise vaka yükü ve çalışma süresini içeren kademeli bir süreci işaret etmektedir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu her türlü mesleki çalışmada ortaya çıkabilir, ikincil travmatik stres ve dolaylı travma ise travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan kişilerle çalışmaya özgüdür (Sabin-Farel ve Turpin, 2003; Orhan, 2020).

Tablo 6: Tükenmişliğin Kaynakları (Barak, Nissly, & Levin; Maslach & Leiter, 1997; Shackelford, 2006; Shackelford 2012).

Zorlu ve otoriter yönetici, düşük akran ve yönetsel destek
Organizasyon yapısı ve disiplinde adaletsizlik
Evrak/bilgisayar işi miktarı
Spesifik olmayan iş tanımları
Yüksek vaka yükü
Kişinin başa çıkma becerileri ötesindeki ikilemler
Kural ve prosedürlerin uygulanması, politikalarda kontrol ve etki eksikliği
İletişim sorunları
Uzun çalışma saatleri

Özetlemek gerekirse tükenmişlik fiziksel ve ruhsal sağlık için yordayıcı bir faktördür. Ayrıca duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile psikolojik iyi oluş halini derinden etkilemektedir. Dolayısıyla travma yaşayan kişilerle çalışan ve travmatik deneyimleri dinleyen herhangi bir uzman tükenmişlik riski altındadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma bireyin iş doyumuna, mesleğine ve kendisine ilişkin inançlarını olumsuz etkilemekte ve öz-yeterlik anlayışında değişiklikler yaratmaktadır. Mesleki olarak örseleyici yaşantılara tanıklık etmek ve duygusal yükünü taşımak fiziksel, psikolojik, emosyonel ve tinsel tükenmeye neden olabilmektedir.

Tükenme durumu hayal kırıklığı, yorgunluk ve işten ayrılma karakterize olan bir durumdur. Tükenmişliğin asli nitelikleri enerji yitimi, motivasyon kaybı, başkalarına karşı olumsuz tutum ve geri çekilmeyi içermektedir. Bununla birlikte olumsuz kendilik algısı, ümitsizlik, fiziksel tükenme, çaresizlik, kronik yorgunluk, duygusal ve bilişsel tükenme tükenmişliğin özellikleri arasındadır (Baysak ve diğ., 2019: 37). Rodriguez-Rey ve arkadaşları (2019)'nın pediatrik yoğun bakım personeli ile yaptığı çalışmanın bulgularına göre katılımcıların %56'sının en az bir alanda (%36,20'sinde emosyonel tükenmişlik, %27,20'sinde duyarsızlaşma, %20,10'unda düşük kişisel başarı) tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır.

Passmore ve diğerleri (2020) ikincil travma ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi çocuk istismarı pediatri klinisyenleri üzerinden incelemişlerdir. Araştırmaya 151 kişi katılmıştır. Korelasyon analizlerine göre, ikincil travmatik stres ile tükenmişlik arasında güçlü pozitif ilişkiler vardır.

2.3.5.4. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk olarak acil servis hemşirelerinde tükenmişlikle ilgili tartışmalarla ilişkili olarak kullanılmış ve 1990'larda Charles Figley tarafından daha da geliştirilmiştir (Joinson, 1992; Federico, 2017). Merhamet, diğer insanların acılarını anlama konusundaki duygusal duyarlılık ve sorunlarını çözmelerine yardımcı olma konusundaki bileşik istekliliktir. Profesyonel yaşam kalitesi modeline göre, başkalarına yardım etmekle uğraşan profesyoneller travmatik bir olay yaşayan danışanlarla çalıştıkları için merhamet tatmini (olumlu yön) ve merhamet yorgunluğu (olumsuz yön) yaşarlar (Lee ve diğ., 2021).

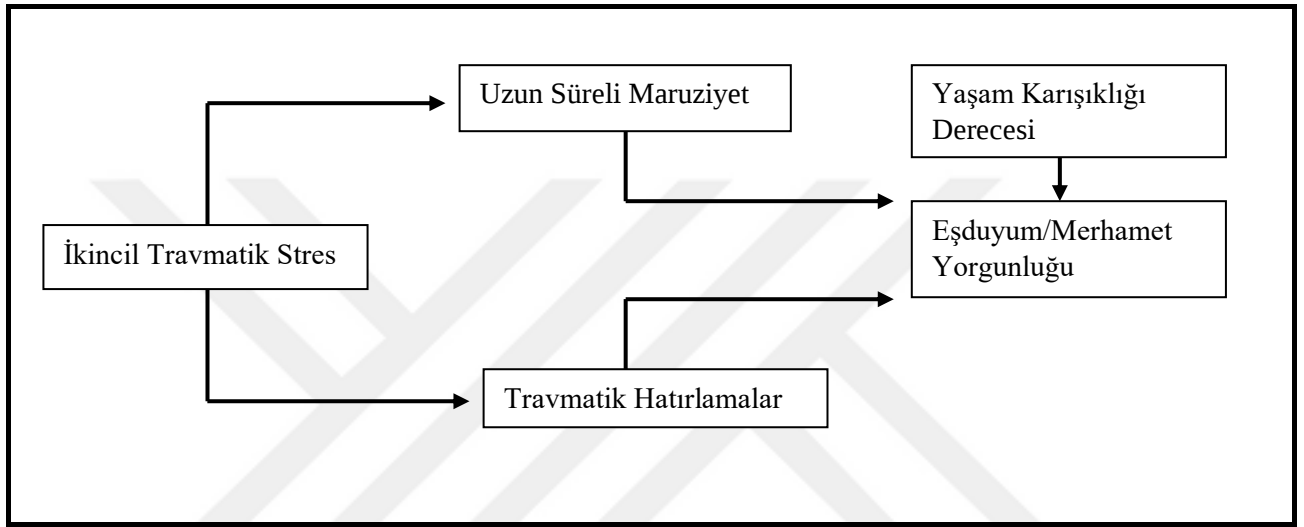
Circenis ve Millere (2011) ve Joinson (1992), merhamet yorgunluğunu, “ilginin bedeli” (cost of caring) olarak belirtmiş ve ikincil travmatizasyonun klinik tanımı, merhamet yorgunluğunun ise, deneyimi vurguladığını ifade ederek iki kavramın birbiri yerine kullanılmasının uygun olabileceğini belirtmektedir. Lee ve diğerleri (2021) ise merhamet yorgunluğunun bileşenlerini ikincil travma ve tükenmişlik olarak tanımlar.

Figley (1995), merhamet yorgunluğu kavramsallaştırmasını ayrıntılı bir şekilde ortaya koymuş ve kavramı; *“travmatik olayları yeniden yaşama, travmatik olayların hatırlatıcılarından kaçınma ya da sürekli uyarılma gibi bir ya da birden fazla yolla kendisini gösteren, kümülatif*

stresin/tükenmişliğin etkilerinin de eklendiği, bireysel ya da kümülatif travma hikayeleri ile ilgili bir gerginlik ve endişe durumu” olarak tanımlamıştır (Pehlivan ve Güner, 2018).

Figley’in merhamet yorgunluğu modeline (Şekil 3) göre, ikincil travmatik stres ilk aşamada ortaya çıkma potansiyeli taşımaktadır. Ancak bu aşamada merhamet yorgunluğu meydana gelmemektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018).

Şekil 3: Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 1995).



Figley (1995) merhamet yorgunluğunu tanımlamak amacıyla “etiological modeli” geliştirmiştir. Modele göre, empati ve duygusal güç travma mağduru ile etkili bir şekilde çalışmanın, terapötik ittifakın kurulmasının ve sürdürülmesinin ve empatik bir cevap verme noktası dahil olmak üzere etkili hizmet vermenin itici gücünü oluşturmaktadır. Bununla birlikte şefkatli ve empatik olmak birtakım maliyetleri de içermektedir. Bu modelde merhamet yorgunluğunu nedensel olarak ele alan on değişken yer almaktadır. Dolayısıyla merhamet yorgunluğuna neyin neden olduğuna, önleme ve tedavide neyin gerekli olduğu konusuna dikkat çekmektedir. Söz konusu değişkenler, empati yeteneği, empatik endişe, travma mağduruna maruz kalma, empatik tepki, merhamet stresi, başarı duygusu, çözülme, uzun süreli maruziyet, travmatik anılar ve yaşam kesintisi olarak sıralanmaktadır (Figley, 2002: 1436-1437; Kaya, 2015).

Sonuç olarak merhamet yorgunluğu, özellikle yardım edici meslek gruplarında ve bakım verenlerde bakım yükünün, mesleki stresin, terapötik ve empatik ilişkinin yordayıcı faktörler arasında olduğu duygusal ve zihinsel bir sendrom olarak ifade edilebilmektedir. Empatik

kapasite ve kurulan terapötik karşılaşmanın doğası merhamet yorgunluğunun gelişiminde önemlidir.

Stamm (1997) ikincil travmatik stresin merhamet yorgunluğu, dolaylı travma ve travmatik karşı aktarımı içeren çatı kavramsallaştırmayı temsil ettiğini ifade etmektedir. Rienks (2020)'e göre merhamet yorgunluğu, zaman içinde biriken ikincil travmatik stres, duygusal tükenme ve fiziksel semptomları içeren bir sendrom olarak tanımlarken, dolaylı travma kişinin benlik ve dünya hakkındaki görüşlerini değiştiren bilişsel değişiklikler olarak ayırt edilmektedir.

Daha yakın zamanlarda, merhamet yorgunluğunun tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin bir kombinasyonu olduğu varsayımında bulunulmuştur (Stamm, 2010) daha geniş anlamda “duygusal ve fiziksel tükenme ile karakterize edilen ve genellikle başkaları için empati kurma veya şefkat hissetme becerisinin azalmasına yol açan bir durum” olarak tanımlanmaktadır (The British Psychological Society, 2020; akt. Roberts ve diğ., 2021).

Coetzee ve Klopper (2010)'ın merhamet yorgunluğuna ilişkin kavram analizi araştırmasında kavramın oluşum süreci, *“hastalarla uzun süreli, devamlı ve yoğun etkileşim, kendi bilgi ve becerilerini kullanma (use of self) ve strese maruz kalma sonucu ortaya çıkan ve merhamet rahatsızlığı (discomfort) hafifletilmediğinde meydana gelen merhamet stresinden gelişen, ilerleyici ve kümülatif sürecin nihai sonucudur”* şeklinde belirtilmiştir. Alanyazındaki tüm çalışmaların ışığında Stamm (2002), Figley (2002), Coetzee ve Klopper (2010) ve Circenis ve Millere (2011)'nin modelleri bir araya getirilerek, oluşum süreci özetlenmiştir. Süreç yardım etme isteği, empati kurma ve merhamet gösterme ile başlayan uzun süreli ve şiddetli bakım verme durumunda ise ikincil travmatik stres ve tükenmişliğe yol açılması olarak belirtilir (akt. Pehlivan ve Güner, 2018).

İkincil travma, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve karşı-aktarım kavramları arasında birçok benzerlik olduğu söylenebilmektedir. Ortak risk faktörleri, özgül semptomlar ve travma deneyimi yaşayan bireylerle çalışmanın olumsuz etkileri benzer unsurlar olarak sıralanabilmektedir. Ancak travmatik karşı-aktarım tek bir terapötik ilişkiye özgü olabilirken, tükenmişlik travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalmayan kişilerle çalışma ile de görülebilen bir ruhsal tepkidir. Ayrıca kavramların duygusal, fiziksel, bilişsel ve ruhsal tepkilere yönelik vurgusu farklılaşmaktadır. Bununla birlikte söz konusu kavramların bir biri yerine kullanılabilecek kavramlar olarak yansıtılması literatürde karmaşa yaratmaktadır.

Pehlivan ve Güner (2018)'in de belirttiği gibi kavram karmaşasını önlemek için konu ile ilgili bilimsel çalışmaların artırılması önemli görülmektedir.

2.3.6. Konu İle İlgili Literatürde Yer Alan Araştırmalar

2.3.6.1. Uluslararası Düzeyde Yapılmış Araştırmalar

İkincil travmanın danışanların travmasına dolaylı olarak maruz kalma yoluyla geliştiği, cinsel istismardan kurtulan mağdurlarla çalışan psikoterapistler (McCann and Pearlman, 1990), sosyal hizmet uzmanları (Michalopoulos and Aparicio, 2012) ve çocuk refahı çalışanları (Sprang ve diğ., 2011) gibi çocuk odaklı mesleklerle gerçekleştirilen araştırmalarla kanıtlanmıştır (akt. Bridger ve diğ., 2020).

Oliveri ve Waterman (1993) tarafından, 21 klinisyen ile yürütülen 16 araştırmada okul öncesi dönemde cinsel istimara maruz kalan çocukların tedavisine katılım gösteren klinisyenlerin, çocukların tedavileri ile ilişkili olarak travma sonrası stres belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Cinsel saldırı mağdurları ile çalışmanın yol açtığı sonuçları polis memurları üzerinden inceleyen Martin ve diğerlerinin araştırması (1986), tecavüz mağdurları ve çocuk istismarı vakaları ile çalışmanın travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkmasında belirleyici bir rolü olduğunu aktarmaktadır (akt. Orhan, 2020).

Dane (2000)'ın yaptığı araştırmada çocuk refahı çalışanlarının duygu yüklü deneyimleri gözlemlmeleri ve dinlemeleri ile ortaya çıkabilecek stres ve ikincil travma durumunun anlaşılması hedeflenmektedir.

Nelson-Gardel ve Harris (2003), 166 çocuk refahı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı ile standart ölçek kullanarak ikincil travmatik stresin yordayıcısı olarak çocukluk istismarı öyküsünün varlığını araştırmıştır. Çalışma bulguları; birincil travma geçmişine sahip olan çocuk refahı çalışanlarının ikincil travmatik stres için artan risk altında olduğunu belgelemektedir.

Bride ve arkadaşları (2007), çocuk koruma hizmetleri çalışanlarında ikincil travmatik stresini incelemiştir. Özellikle, çocuk koruma hizmetleri profesyonellerinde ikincil travma seviyeleri ile kişisel travma öyküsü, akran ve idari destek, çocuk refahında istihdam edilmeye devam etme

niyeti, mesleki deneyim ve vaka yükünün boyutu arasındaki ilişki ele alınmaya çalışılmıştır. Katılımcıların %92'si anketten önceki hafta en az bir ikincil travma semptomu yaşadığını ve %59'unun aynı dönemde bir veya daha fazla ikincil travma semptomu yaşadığı saptanmıştır. Buna ek olarak, katılımcıların %34'ü, bir önceki haftada en az bir yeniden yaşantılama, üç kaçınma ve iki uyarılma semptomu yaşayarak işle ilgili TSSB (APA, 2000) için temel kriterleri karşılamaktadır.

Çocuk refahı çalışanlarında ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin yordayıcılarını açıklamak üzere bir başka araştırma Sprang ve diğerleri (2011) tarafından yapılmıştır. Çalışma 669 profesyonelden oluşan ulusal bir örneklemi içermektedir. Çocuk refahı çalışanlarının iş statüsü nedeniyle merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik riski altında olduğu ifade edilmektedir. Analizler sonucunda cinsiyet, etnik köken, kırsal veya kentsel bölgede yaşama ve dini faktörlerin ikincil travmatik stres düzeyini etkilediği belirtilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara dayanarak, çocuk refahı çalışanları için öz bakımı geliştirme stratejileri önermekte ve ikincil travmatik stres ve tükenmişliği ele alan travmadan haberdar bir çocuk refahı kurumunun temel unsurları açıklanmaktadır.

Genovese (2013), çocuk refahı alanında hizmet veren uzmanlar ile yaptığı niteliksel çalışması on altı çocuk refahı çalışanını kapsamaktadır. Çocuk refahı çalışanının deneyimlerini içeren veri analizlerinden çocuk refahı alanında çalışmanın öngörülemezliği, danışanlar, akranlar ve süpervizörlerle olan ilişkilerin etkileri ve çocuk refahı çalışmasının fiziksel ve duygusal sonuçları olarak üç ana tema ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, çocuk refahı çalışanları, ikincil travmatik stres belirtileri yaşadıklarını bildirmiştir, ancak bu stres öncelikle çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalmaları nedeniyle değildir. Görüşülen kişiler, istismar ve ihmal edilen çocuklara maruz kalmalarının kendileri üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu bildirirken, veriler suçlanma korkusunun, çelişkili iletilerin, süpervizör ve yöneticilerin destek eksikliğinin çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalmanın etkilerinin yerini aldığını göstermektedir.

McFadden ve diğerleri (2015)'nin ifade ettiği gibi çocuk koruma sosyal hizmeti çok stresli bir meslek olarak kabul edilir, yüksek iş hacmi ve personelin yetersiz tutulması ise büyük bir endişe kaynağıdır. Bu çalışma, sistematik bir literatür incelemesinin bir yansımasını aktaran altmış beş makalenin bulgularından türetilen temaları vurgulamaktadır. Çocuk koruma sosyal hizmeti alanında çalışan personelleri için 'Bireysel' ve 'Örgütsel' temalar altında kategorize

edilen toplam 9 tema belirlenmiştir. Bireysel olarak kategorize edilen temalar arasında kişisel kötü muamele geçmişi, çocuk refahı, başa çıkma, ikincil travmatik stres, merhamet yorgunluğu ve merhamet tatmini için eğitim ve hazırlık yer almaktadır. Örgütsel sınıflandırmada ise iş yükü, sosyal destek ve süpervizyon, örgütsel kültür ve iklim, örgütsel ve profesyonel bağlılık ve iş tatmini veya memnuniyetsizliği yer almaktadır.

Truter ve diğerleri (2018) Güney Afrika Çocuk Koruma sosyal hizmet uzmanları için dayanıklılığı teşvik edici uygulamaları incelemişlerdir. Araştırmaya kartopu örnekleme yoluyla seçilen derinlemesine görüşmelerin yapılacağı 15 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Sonuçlar, Güney Afrika çocuk koruma sosyal hizmet uzmanlarının genel refahının ve işlevselliğinin, iş baskısı, yetersiz mesleki destek, finansal gerginlik, çocuklarla çalışma ve agresif danışanlara maruz kalma gibi çocuk refahı alanına özgü zorluklar ve duygusal tükenme gibi çeşitli mesleki risk faktörleri tarafından tehlike taşıdığını ortaya koymaktadır.

Salloum ve diğerleri 2019 yılında, çocuk refahı çalışanları arasında travma bilgilendirilmiş öz bakım (TISC) ile tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve ruh sağlığı işleyişi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmaya 177 çocuk refahı çalışanı katılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda bulgular, tükenmişlik ve ikincil travma ile ruh sağlığı fonksiyonları arasındaki bağlantıya kişisel öz bakım faaliyetlerinin aracılık ettiğini belgelemektedir. Ayrıca, örgütsel kaynaklar ikincil travma ve ruh sağlığı ilişkisine aracılık etmektedir. Birtakım kişisel aktivitelere katılım ve iş-yaşam dengesine özen göstermeyi içeren öz bakım uygulamaları, çocuk refahı çalışanlarının ruh sağlığı için kritik öneme sahiptir. Olumsuz sonuçları nötralize etmek için travma konusunda bilgilendirme eğitimleri, süpervizyon ve desteğin rolüne ilişkin daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Rienks 2020 yılında çocuk refahı vaka çalışanlarında ikincil travma deneyimi ve başa çıkma stratejilerini ele alan bir araştırma yapmıştır. Üç eyalette çocuk refahı çalışanlarından alınan hem kesitsel hem de boyamsal veriler kullanılmıştır. Sonuçlar, vaka çalışanlarının %29,6'sının "şiddetli" aralıkta puanlamasıyla, nispeten yüksek düzeyde ikincil travmatik stres yaşadığını göstermektedir. İkincil travma deneyiminin tükenmişlik ile pozitif, örgütsel destek ve başa çıkma ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Molnar ve diğerleri (2020) çocuk refahı uzmanları arasında dolaylı travmatizasyon epidemiyolojisini içeren araştırma literatürünün bir incelemesini yapmışlardır. Araştırma

stratejisi, 1995'ten 2018'e kadar olan yayınların ilgili araştırma veri tabanları (PubMed, PsychInfo, PILOTS ve EBSCO) aracılığıyla incelediği sistematik bir uygulamadır. Dolaylı travmatizasyonun epidemiyolojisine dair çok aşamalı bir taramanın neticesinde toplam 39 makale dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, çocuk refahı ve çocuk koruma alanlarında çalışanlar için hizmet ettikleri kişilerin travmatik anlatılarına maruz kalmak kaçınılmazdır. Büyüyen araştırma tabanı, empatik çalışmanın yıkıcı etkileri önleme ve olumlu sonuçlarını teşvik etme potansiyelini göstermektedir. Bununla birlikte risk / koruyucu faktörlerin belirlenmesi ve kanıta dayalı müdahalelerin gelişimi ve değerlendirilmesi önemli bir adımı oluşturur.

Weiss-Dagan ve diğerleri (2022) istismara uğramış çocuklarla çalışan sosyal hizmet uzmanları arasında ikincil travmatik stres ve dolaylı travma sonrası büyümeyi incelemişlerdir. Araştırmaya 255 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Araştırma bulguları, istismara uğramış çocuklarla çalışan sosyal hizmet uzmanları arasında ikincil travmatik stres ve dolaylı travma sonrası büyüme düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Letson ve diğerleri (2019) Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde çok disiplinli ekip ortamında çalışan çocuk istismarı uzmanlarında şefkat memnuniyeti, tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin belirlenmesini hedefleyen bir araştırma yapmışlardır. Bunun yanı sıra mesleki stresin mesleki ve kişisel etkilerini anlamak ve uzmanların başa çıkma tepkilerini keşfetmek amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları Çocuk Savunuculuk Merkezi ortamında çalışan çok disiplinli ekibin tükenmişlik ve ikincil travmatik stres için daha yüksek risk altında olduğunu ortaya koymuştur. Bulgular, ikincil travma semptomlarının daha yaygın olduğunu ve daha yoğun müdahale gerektirebileceğini öne sürerek ikincil travmatik stresi önlemenin önemini vurgulamaktadır.

Beer ve diğerleri (2021)'nin yapmış olduğu araştırmada, Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde mesleki stresin çocuk refahı çalışanları üzerindeki etkisini anlamak için Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde merhamet yorgunluğu incelenmiştir. Çalışma, çocuk refahı çalışanlarının kişisel ve profesyonel olarak işle ilgili stres faktörlerinden etkilendiğini belirtmektedir. Mevcut araştırmalar, çocukların istismar geçmişlerini açığa vurmalarına tanıklık etmenin kümülatif etkilerinin, Çocuk Savunma Merkezleri ortamında tükenmişlik ve ikincil travmatik strese karşı savunmasız bıraktığını göstermektedir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde özellikle uluslararası literatürde çocuk refahı alanında çalışan meslek gruplarının ikincil travma durumuna ilişkin araştırmaların mevcut olduğu görölmektedir. Araştırmaların büyük bir kısmı çocuk refahı çalışanlarını, sağlık çalışanlarını ve ruh sağlığı uzmanlarını kapsadığı görölmektedir. İkincil travmatik stres düzeyini saptamak ise temel amaçtır.

2.3.6.2. Türkiye’de Yapılmış Araştırmalar

Ulusal alanyazın incelendiğinde ikincil travmatik stresi açıklamaya yönelik öncü araştırmalar olmakla birlikte araştırmaların sınırlı olduğu görölmektedir. Bu bölümde söz konusu araştırmalar sunulmaktadır. Araştırmaların birçoğunun sosyal hizmet uzmanları, sağlık çalışanları, arama-kurtarma çalışanı ve ruh sağlığı çalışanları gibi risk altında olan meslek mensupları ile ikincil travma düzeyini belirlemeye yönelik yapıldığı görölmektedir.

Travmatik olayların psikolojik etkilerinin doğrudan etkilenenlerin ötesine uzandığı giderek daha belirgin hale gelmektedir. Bu noktada mesleği gereği travmaya dolaylı olarak maruz kalan mesleklere ilişkin alanyazında çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; cinsel saldırı mağdurlarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin ele alındığı bir çalışmada sıklıkla görölen belirtinin dalıcı düşünce ve sinirlilik olduğu saptanmıştır (Choi 2011; akt. Kahil ve Palabıykoğlu, 2018).

Haksal (2007)’ın yaptığı araştırmada, acil servislerde çalışan sağlık personelinin ikincil travmatik stres düzeyleri, sosyal destek algısı, başa çıkma stratejileri ve disosiyasyon düzeyi açısından incelenmiştir. Araştırmaya acil servisten ve poliklinikten toplam 312 sağlık personeli katılmıştır. Bu araştırmanın bulgularına göre; poliklinik çalışanlarında travma sonrası stres düzeyi, disasyon düzeyi ve psikopatoloji acil servis çalışanları ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksektir. Genel olarak ikincil travmatik stres açısından yalnızca acil servis personeli çalışanlarının değil diğer tüm sağlık personelinin risk altında olabileceği, acil servis personeline algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu ve ikincil travmatizasyon ve psikopatoloji tepkileri gösterme bağlamında, kadınların erkeklere oranla daha fazla risk taşıdığı saptanmıştır.

Çolak ve arkadaşlarının (2012), “çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon” başlıklı çalışmasında çocuk cinsel istismarı olgularında

sorumlu meslek grubu mensupları olan adli tıp uzman ve asistanları, çocuk psikiyatrisi uzman ve asistanları ve sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal etkilenme durumları ele alınmıştır. Uygulanan ölçek sonucunda katılımcıların %50,9’unda travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin belirti saptanmış olup, %11,4’üne olası TSSB teşhisi konulduğu belirtilmektedir. Sonuç olarak çocuk istismarı ile çalışan meslek gruplarında tutum ve davranışlarda değişikliklerin olduğu, TSSB belirtilerinin gözlemlendiği, ikincil travmatizasyon ve bilişsel semptomların ilişkili olduğu saptanmıştır.

Gürdil (2014) araştırmasında travmatik yaşantılara müdahale eden yardım çalışanlarında dolaylı travma etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışma 150 kişi (sosyal hizmet uzmanı psikolog, ambulans görevlisi ve avukat) ile yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre, meslekte geçirilen süre üstlenilmiş travma boyutlarından olan kendine güven ve yakınlık şemalarında olumsuz etkiye sahiptir. Deneyimin dolaylı travma için koruyucu bir unsur olmadığı belirtilmektedir. Katılımcılar meslek grupları açısından incelendiğinde psikologların avukatlara, sosyal hizmet uzmanlarına ve ambulans görevlilerine kıyasla daha az travmatik stres riski altında olduğu aktarılmaktadır. Ayrıca vaka yükü ile dolaylı travma gelişimi arasında belirgin bir ilişki bulunamamıştır.

Tansel ve arkadaşları (2015)’nin “çocuk şube müdürlüğünde çalışan polis memurlarının ikincil travmatik stres düzeyleri” konulu çalışmasında Çocuk Şube Müdürlüğü Amirliğinde görev alan polis memurlarının ikincil travma tepkilerinin psikolojik sağlık, sosyal destek ve dünyaya ilişkin varsayımları ile bağlantısı incelenmiştir. 92 polis memuru ile yürütülen araştırmada kendilik algısı, sosyal destek, mesleki deneyim süreci ve yaşam hakkındaki inançların travma sonrası stres tepkilerini yordadığı belirtilmektedir.

Kahil (2016) tarafından travmatik yaşantıları olan kişilerle yardım ilişkisi içerisinde olan profesyonel ve gönüllü yardım çalışanlarının ikincil travmatik stres belirtileri incelenmiştir. Bu kapsamda 228 profesyonel ve gönüllü yardım çalışanına “İkincil Travmatik Stres Ölçeği” uygulanarak stres belirtileri çeşitli faktörler bağlamında irdelenmiştir. Analizler kapsamında gönüllü yardım çalışanlarının travmatik stres deneyimleri profesyonel yardım çalışanlarına oranla daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte daha uzun yıllar çalışanlar ve travmatik yaşam geçmişi olan çalışanların ikincil travmatik stres düzeyleri daha yüksektir.

Çetinkaya Büyükbodur 2018 yılında yaptığı araştırmasında 201 sosyal hizmet uzmanını içeren çalışma grubu ile psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik strese ve diğer değişkenlere ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Araştırma bulgularına göre; kendilik algısı ve sosyal yeterlilik ikincil travmatik stresi anlamlı bir biçimde yormaktadır. Çocuk refahı ile tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanlarının ikincil travmatik stres riskini arttırabileceği ifade edilmektedir.

Cinsel istismara maruz kalan çocuk vakalarını değerlendiren meslek çalışanları ile gerçekleştirilen bir dolaylı travmatizasyon araştırmasında katılımcılara “Kocaeli-Ruhsal Travma Kısa Tarama Ölçeği” ile “Kocaeli-Tutum ve Davranış Ölçeği” uygulanmıştır (Aker ve diğ., 2007; Çolak ve diğ., 2012). 289 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırma neticesinde elde edilen bulgulara göre katılımcıların %50,9’unda TSSB semptomlarının varlığı ve %11,4’ünde olası TSSB tanısı saptandığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte, olası TSSB teşhisi saptanan katılımcılar içerisinde, ileri yaşta olanlarda TSSB belirtilerinin düzeyinin azaldığı belirlenmiştir (akt. Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018).

Kaya ve diğerlerinin 2020 yılında yaptığı çalışmada sosyal hizmet alanında çalışan personellerin ikincil travmatik stres ve adil dünya inancını incelemektedir. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne bağlı kuruluşlardaki sağlık birimi, eğitim birimi, sosyal servis ve idari birim personellerinden oluşan 150 çalışan araştırmanın katılımcılarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları sosyal hizmet çalışanlarının uzun süre travmatik olaylara maruz kalması, ikincil travma gelişimine, işlevsellik yitimlerine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayacağı saptanmıştır.

Özkök (2020)’ün sosyal hizmet kurumlarında korunma gereksinimi olan çocuklarla çalışan bakım personeli ile yaptığı çalışmada ikincil travmatik stres, psikolojik dayanıklılık ve anksiyete düzeyi ilişkisinin anlaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın ikincil travmatik strese ilişkin bulgularına göre, çocuk sahibi olanlar ve üniversite mezunu olduğu belirlenen katılımcılarda ikincil travmatik stres ve kaçınma alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, ikincil travmatik stres kaçınma ve artan uyarılmışlık alt puanları düşük gelir düzeyine sahip olan katılımcılar için anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi bağlamında ise, üniversite mezunu katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyi daha yüksek saptanmıştır.

Orhan 2020 yılında yaptığı araştırmada, cinsel istismar mağduru çocukların çocuk izlem merkezlerinde adli görüşmesini gerçekleştiren çocuk gelişimci, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı unvanı olan adli görüşmecilerin ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve mesleki doyum düzeylerinde yordayıcı değişkenleri incelemiştir. 26 çocuk izlem merkezinde hizmet veren 106 gönüllü adli görüşmeci araştırmaya katılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, mesleki doyum ile yaş, meslekte geçirilen süre, cinsiyet, önceki kişisel travma yaşantısı değişkenleri, tükenmişlik ile eğitim düzeyi, yaş, vaka tartışmalarına katılma, yeterli seviyede fiziksel egzersiz yapma, dengeli ve sağlıklı beslenme, gerçekleştirilen adli görüşme sayısı değişkenleri, ikincil travmatik stres ile adli görüşmeci unvanıyla çalışma süresi, yeterli düzeyde fiziksel egzersiz yapma, sağlıklı ve dengeli beslenme değişkenleri, başa çıkma stratejileri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı düzeyde ilişki ve fark olduğu bulgularına rastlanmıştır. Katılımcılar daha çok, yönetsel, yasal düzenleme ve makro yönetsel sistem ile ilişkili sorun ve çözüm önerileri belirtmiştir.

Altan (2020)'a göre çocuk koruma servisi çalışanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %37'sinin TSSB semptomları geliştirdiği görülmüştür. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, müdahalede bulunulan olayın zorluğu ve çalışma süresi etkili değişkenlerdir.

Kalkan (2021)'ın yaptığı araştırmada sosyal hizmet alanında çalışma yürüten meslek elemanlarının empatik eğilim seviyeleri ve ikincil travmatik stres gelişimi arasındaki ilişkinin anlaşılması hedeflenmiştir. İkincil travma belirtilerinin çocuk koruma hizmetleri ve çocuk adaleti eğitimi çalışanlarında yaygın olduğu belirtilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, meslekte geçirilen süre ve yaş ikincil travmatik stres gelişiminde risk faktörleridir.

2.3.7. İkincil Travmatik Stresin Aşılmasında Önemli Bir Strateji: Başetme ve Koruyucu Etmenler

İkincil travmatik stres yardım çalışanları için “mesleki tehlike” olarak kabul edilmekte ve travma mağdurları ile çalışan profesyoneller üzerindeki etkiyi azaltmaya yardımcı olabilecek bazı koruyucu ve önleyici stratejiler bulunmaktadır. Örneğin, Catherall (1995) psikoeğitim, hazırlıklı olma ve planlama olmak üzere üç adımlı bir strateji önermektedir (Hendricks, 2012).

Yassen (1995; akt. Zara ve İçöz, 2015) ikincil travmatik stres sendromu için koruyucu faktörleri irdelerken sendromun önlenebilirliği noktasında üç adım öne sürmektedir. Travma mağdurları ile çalışma yürüten meslek gruplarının ilk evrede farkındalık ve öz bakım çalışmaları aracılığıyla eğitim almaları gerekli görülmektedir. İkinci adımda, profesyonellere destek grupları, süpervizyon ve konsültasyon aracılığıyla destek sağlanması gerekliliğinin önemi vurgulanmaktadır. Son aşamada ise, çalışanlara yönelik bilgilendirme çalışmaları bireysel terapi ve çeşitli uygulamalar ile kendilerini korumaya yönelik önleyici yöntemlerden bahsedilmiştir.

Rakestraw (2021) ikincil travmatik stresin aşılmasında koruyucu etmenleri örgütsel destek, çalışma ortamında iş birliği ve ekip çalışması, başa çıkma stratejileri ve dayanıklılık olarak belirtmektedir.

İkincil travmanın aşılması, bireyi, süpervizörleri ve örgüt politikalarını içeren önleme ve müdahale stratejilerine yönelik çok boyutlu bir yaklaşım ile mümkündür. Psikoeğitim, beceri eğitimi ve süpervizyon üçlüsü ikincil travmatik stresin oluşumunu önlemek için en kritik stratejilerdir. Öte yandan çalışanlar travmaya dolaylı olarak maruz kalmanın tehlikelerine yönelik bilgi ve farkındalık kazandıkça, hem riski azaltmak hem de ikincil travmatik strese karşı direncini artırmak için önleme stratejilerini araştırma ve yararlanma yetkisine sahip olmaktadır. Önleyici stratejiler arasında, öz bildirim değerlendirmeleri, çalışma ortamında öz bakım gruplarına katılım, vaka yükü dengelemesi, esnek zaman planlamasının kullanımı, öz bakım, hesap verebilirlik ve sosyal destek sisteminin kullanımını yer almaktadır. (NCTSN, 2011). Bu noktada ikincil travmatik stres gelişiminde koruyucu ve önleyici stratejiler;

- ❖ Psikoeğitim
- ❖ Klinik süpervizyon
- ❖ Devam eden beceri eğitimi
- ❖ Gayri resmi / resmi öz bildirim taraması
- ❖ İşyeri öz bakım grupları
(örneğin yoga veya meditasyon)
- ❖ Dengeli bir vaka yükünün oluşturulması
- ❖ Esnek zaman planlaması
- ❖ Öz bakım, hesap verebilirlik, arkadaş sistemi
- ❖ Kanıta dayalı uygulamaların kullanımı

❖ Egzersiz ve iyi beslenme

Pearlman & Saakvitne (1995) 'in ifade ettiği gibi, en başta yer alan ve en önemli adım, profesyonelin travma danışanları ile çalışırken ikincil travmatik stres gelişiminin sürecin bir parçası olarak normal olduğunu kabul etmesidir (akt. Yıldız, 2017). Hesse (2002) çalışmasında bu durumu şu şekilde aktarmaktadır; *“Bir travma terapisti müracaatçıların hikayelerini dinlerken ortaya çıkan acı duygularından dolayı utanırsa ya da bu duyguları inkar ederse, acısını ya da stresini azaltabilecek önlemleri almak olası değildir”* (Hesse, 2002).

Saakvitne ve Pearlman (1996; Pearlman & Saakvitne, 1995), ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmanın önlenmesi için önemli olan dört alan tanımlamıştır:

1. Profesyonel stratejiler (dengeli dosya yükü, erişilebilir denetim, planlı görev dağılımı)
2. Kurum stratejileri (yeterli serbest bırakma süresi, güvenli fiziksel alan, çalışan yardım programına erişim)
3. Kişisel stratejiler (sınırları belirlemek, kişisel bakım için zaman ayırmak)
4. Genel başa çıkma stratejileri (kendini geliştirme, bağlantı kurma)

Siegfried (2008)'ın belirttiği gibi yardım çalışanları için dengeyi korumak, stres yönetimi, egzersiz, aile ve arkadaşlarla vakit geçirmek ve kendine zaman ayırmak oldukça önemlidir. Pearlman, Saakvitne ve Yassen (1995) ikincil travmatik stresin semptomlarını hafifletmek ve başa çıkmak için meditasyon ve yoga, dini bir gruba aidiyet veya topluluk etkinliklerine katılma gibi ortak aktiviteleri önermektedir (akt. Hesse, 2002: 303). Dolayısıyla maneviyat anlam, umut ve farkındalık kazanmanın bir yolu olarak vurgulanmaktadır.

Travma yaşayan bireyler ile çalışan profesyonellerin kişisel travma öyküleri önemli bir yordayıcıdır (Rienks, 2020; Rakestraw, 2021). Dolayısıyla profesyonellerin travma geçmişlerini anlamaları ve duygularını dile getirebilmeleri oldukça önemlidir. Süpervizyon desteği, meslektaşlar ve kurum çalışanları ile kurulan bağ profesyonellerin bakış açısını ve dengesini korumasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda travmatik stresi önlemek ve yönetmek karşılıklı bir sürece işaret etmektedir.

İkincil travmatizasyon sürecinde sosyal desteğin belirgin bir etkisi vardır. Nitekim sosyal destek hissedilen sıkıntı durumunu azaltmaya yardımcı bir unsurdur. Oginska-Bulik ve diğerkleri

(2021)'ne göre sosyal destek, stres seviyesi ve deneyimlenen duyguları etkileyerek çarpık bilişsel şemaları düzeltebilmektedir.

Vang (2021)'a göre sosyal destek ikincil travmatizasyona karşı en güçlü koruyucu faktördür. Güçlü bir sosyal destek ağına sahip olmak ve bu ağı kullanmak, ikincil travmaya maruz kalmanın olumsuz etkilerini en aza indirmede önemli bir mekanizmadır (Bride, 2012).

Başa çıkma önlemi, öz bakım ve stresi azaltmak için yaygın stratejileri içerir. Stratejiler arasında farkındalık, sosyal destek, süpervizyon, dini/manevi uygulamalar ve öz bakım vardır (Rienks 2020). Olumsuz başetme mekanizmalarının kullanımı ise travma sonrası stres tepkilerine yol açmakla birlikte bu tür stratejilerin kullanılması ikincil travmatik stres deneyiminin bir tezahürü olabilmektedir.

Fogel (2015)'in yaptığı araştırma incelendiğinde baş etme stratejileri arasında şunlar gösterilmiştir;

- ❖ Süpervizyon
- ❖ İşi iş yerinde bırakmak
- ❖ Aile ve arkadaşlar ile faaliyet yapma ve zaman geçirme
- ❖ Meslektaşlar ile olumlu ilişkiler
- ❖ İlave destek

Fogel (2015) sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmaya nasıl tepki verdiklerini incelediği araştırmasında başa çıkmanın etkili yollarını beş ana tema olarak saptamıştır. İlk tema olan süpervizyon desteği, süpervizörle düzenli etkileşim halinde olmanın ve zor durumlarda konuşacak birinin olduğunu bilmenin destek sağladığını belirtmektedir. Katılımcılar ikincil travmanın etkilerini en aza indirmek için bir süpervizör ile iyi bir ilişkiye sahip olmanın önemini aktarmaktadır. Bu çalışmaya katılanlar, ikincil travmanın etkisini azaltmak için iş ve ev hayatı arasında bir sınır oluşturma'nın önemli olduğunu işaret etmektedir.

Tüm katılımcılar ikincil travmanın etkilerini en aza indirmenin bir yolu olarak iş dışında aile veya arkadaşlarla zaman geçirmenin öneminden bahsetmişlerdir. Bulgular aile ve arkadaşların yanı sıra meslektaşlarla olan ilişkilerin de çok önemli olduğunu göstermektedir (Fogel, 2015).

Psikolojik sağamlık etkeni, ikincil travmatik stres gelişiminden koruyucu faktörler arasında değerlendirilmektedir. Yakın zamanlarda ikincil travmatik stres çalışmalarına entegre edilen bir kavram olan duygusal ayrışma, danışan ve profesyonel arasındaki duygusal deneyimleri “benlik ve diğerinin farklılaşması” olarak ifade etmektedir. Bir bireyin duygusal ayrımı sürdürebilme kabiliyetinin, empatinin potansiyel olarak olumsuz etkilerine karşı koyabileceği öne sürmektedir (Bride, 2012; Orhan, 2020). Bu bağlamda uygun seviyede bir duygusal ayrımı korumak ve farklı beceri ve mekanizmaları geliştirmek profesyonelleri empatik katılımın olumsuz etkilerine karşı korumak için tesirli olacaktır.

Masson (2019) kurum ve kuruluşların, travma mağduru kişilerle çalışan profesyonellere destek ve gelişim imkanları sağlama hususunda aktif ve sorumluluk sahibi olmasını önermektedir. Bu anlamda psikolojik dayanıklılık konusunda eğitim sağlanması, dayanıklılık bilinci oluşturmak, öz-bakım ve başetme becerilerinin geliştirilmesi psikolojik dayanıklılığın inşasında önemli olduğu vurgulanır.

Göçmenlerle çalışan bir kuruluşun personelleri ile gerçekleştirilen eğitimlerde yetersiz personel sayısı, net olmayan görev tanımları, sosyal güvenlik önlemlerinden yoksun olma, motive edici pekiştireçlerin yetersizliği (ör., güven duyulması, takdir edilme vs.), süpervizyon imkanının sağlanmaması gibi unsurların zorluklarla başa çıkmayı güç hale getirdiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, dayanışma içinde çalışma, iş dışı sosyal faaliyetler ve sosyal destek sistemi ile etkileşim içinde olmanın baş etmede bireylere kolaylık sağlamaktadır (Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Çalık Var ve Çetinkaya Büyükbodur (2017)’un ikincil travmatik stres, boyutları ve ortaya çıkmasında etkili olan etmenleri sosyal hizmet perspektifiyle incelediği çalışmasında profesyonelleri travmadan koruyucu ve travma düzeyinde azalma etkisi yaratan stratejileri şu şekilde aktarmaktadır:

1- Travmatize olmuş danışan sistemi ile çalışan profesyonellerin görevleri gereği ortaya çıkma riski taşıyan ikincil travmatik stres ve diğer dolaylı olarak travmatize olma yolları ile ilgili üniversite eğitiminden başlayarak eğitim almaları

2-Profesyonel süpervizyon sisteminin oluşturulması

3-Kendi kendini güçlendirmenin lisans eğitiminden başlayarak profesyonellere içselleştirilmesi

4-Profesyonelin çalıştığı kurum ve kuruluş tarafından desteklenmesi

Bu stratejiler savunmasız müracaatçı sistemlerine hizmet sunan sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek gruplarının ikincil travmatik stres, dolaylı travmatizasyon, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu ile ilişkili risk faktörlerini ve belirtileri tanıyabilmeleri, koruyucu ve önleyici uygun stratejilerin oluşturulması açısından önem taşımaktadır.

2.3.7.1. Süpervizyon

Süpervizyon kelimesi Latince *super* (üzerinde) ve *videre* (izlemek, görmek) kelimesinden türetilmiştir. Bu nedenle, kalitesinden sorumlu bir başkasının işini izleyen bir süpervizör olarak tanımlanmaktadır. Süpervizyonun böyle bir tanımı, alaycı bir ifadeye, gizlice özel hayatı araştıran bir görünüşe yol açabilmektedir. Tanım, süpervizyonun idari yönünü, bir işin niceliksel ve niteliksel olarak kabul edilebilir bir düzeyde gerçekleştirildiğini görme endişesini vurgulamaktadır (Kadushin ve Harkness, 2014). Süpervizyonun ayrılmaz bir yönü de süpervizyon alanların işlerine yönelik duygusal tepkilerine odaklanması, işyeri stresine karşı tampon oluşturması ve refahı arttırmasıdır (akt. Knight, 2013; Salloum ve diğ., 2019).

Süpervizyonun psikoterapi tarihinde her zaman var olan bir kavram olduğu söylenebilmektedir. Psikoterapinin başlangıç noktası olan psikanaliz ve bu teorinin yaratıcısı, daha önce süpervizyon konusunu ele almıştır. Freud’a göre ilk olarak tıbbi uygulamalarda norm olan klinik çalışmanın süpervizyonu, vakayı, teşhisi ve ileri tedaviyi tartışmak anlamına gelmektedir. Böyle bir bağlamda, süpervizyonun aktif ilkesi, deneyim sahibi bir uzmanın bilgisini daha az deneyime sahip olanlara aktarmasıdır (Fernandez-Alvarez, 2015).

Bernard ve Goodyear (2004)’a göre süpervizyon; *“deneyimli bir meslek elemanından daha az deneyimli meslek elemanına/elemanlarına sunulan bir müdahaledir. Bu ilişki, değerlendirme içerir ve belirli bir zamana yayılmıştır. Aynı zamanda, deneyimsiz meslek elemanının/elemanlarının mesleki işlevselliğini geliştirme, danışanlarına sunduğu/sundukları*

profesyonel hizmetleri denetim altında tutma ve mesleğe yeni başlayacaklar için bir eleme süreci olma amaçlarına hizmet eder.” (akt. Meydan, 2014: 2)

Kadushin (2003; akt. Marie Hughes, 2010) süpervizyonu, “kişinin, kendi kimliği olsa bile, fikirlerinin ve pratiklerinin incelenmesi” olarak tanımlamaktadır.

Tony Morrison, 'Staff Supervision in Social Care (Sosyal Bakımda Personel Süpervizyonu)' adlı kitabında, süpervizyonun ‘iş birliğine dayalı ve kolaylaştırıcı bir süreç’ olduğunu örneklendirmektedir. Amaçları ise aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- ❖ Çalışanın etkinliğini geliştirmek
- ❖ Çalışanlara mesul olduğu kişilere sorumlu davrandığından emin olmak için uygun ve elverişli bir oturum sağlamak
- ❖ Çalışanı profesyonel bir kişi olarak geliştirmek ve destek sağlamak

Süpervizyon ayrıca Morrison'ın (1993) işaret ettiği daha klinik bir tanıma sahiptir:

“... bir çalışanın, belirli örgütsel, mesleki ve kişisel hedefleri karşılamak için başka bir çalışanla çalışmak için organizasyon tarafından sorumluluk aldığı bir süreç”

Süpervizyon, mesleğinde deneyim sahibi olan kişilerin (süpervizör) kendilerinden daha az deneyimli bireyleri denetim ve gözetim çerçevesinde mesleğe hazırlaması ve uygulama deneyimlerini zenginleştirmesinde personele destek sağlama (Bradley ve Kottler, 2001), “gözetim altında yetiştirme” şeklinde tanımlanabilmektedir (akt. Erkan Atik ve diğ., 2014). Klinik süpervizyon, meslek elemanlarında herhangi bir tükenmişlik belirtisini kabul etmek, doğrulamak, önlemek ve yanıt vermek ve müdahaleler sunmak için bir zamandır. Personelin kendi tetikleyicilerini ve duygusal tepkilerini tanımlayabilmesi, güçlü yanlarını değerlendirebilmesi ve öz-yansıtıcı olunabilmesi için süpervizyon sağlanmalıdır (Ingram, 2020).

Düzenli mesleki süpervizyon, ikincil travmatik stresten korunmada oldukça önemlidir. Whitt-Woosley diğerleri (2020)'ne göre ikincil travmatik stresin etkilerini azaltabilecek öz yeterlilik ve üretkenlik gibi koruyucu faktörlerin geliştirilmesi için travma konusunda bilgilendirilmiş eğitim ve süpervizyon desteği sunulmalıdır. Quinn ve diğerleri (2019) ise klinik süpervizör

tarafından sağlanan içten, anlayışlı ve kabul edici bir ortamın ikincil travma semptomlarını azaltan koruyucu bir faktör olduğunu belirtmektedir.

Tablo 7: Klinik Süpervizyonun Faydaları (Sloan, 2005).

- *Desteklendiğini hissetme (Farrington, 1995)
- *Daha az stres, tükenmişlik ve hastalık (Kopp, 2001)
- *Kişisel gelişim (Royal College of Nursing, 1999)
- *Mesleği bırakmaya daha az meyilli olmak (Bishop, 1998)
- *Kendine güvende artış (Dunn ve diğerleri, 1999)
- *Daha az izole edilmiş hissetme (Cook, 1996)
- *Klinik yeterliliklerin ve bilgi tabanının gelişimi (Nicklin, 1995)

Page ve Wosket (1994) sosyal hizmette süpervizyonun amacının 'öğretme, rehberlik etme, danışmanlık ve yönlendirme' etkinliği olduğunu ifade etmektedir. Brearer (1995: 93) da bu fikre ışık tutmaktadır: “*Süpervizyonun en önemli işlevlerinden biri, kaygıyı kontrol altına almak veya yönetmek ve işin gerektirdiği taleplerle başa çıkmaya yardımcı olmaktır*” (akt. Marie Hughes, 2010).

Süpervizyon ilişkisi, hem süpervizyon alan kişinin yeterlilik duygusunu güçlendiren hem olumlu danışan değişimine katkıda bulunan etkili psikoterapinin gerekli bir bileşenidir. Ayrıca ikincil travmatik strese karşı potansiyel bir koruyucu faktördür. Süpervizyon ilişkisini inceleyen araştırmalar, denetleyici çalışma ittifakının ikincil travma semptomlarını azalttığını göstermektedir (Quinn ve diğ., 2019).

Yapılan araştırmalar süpervizyon almanın çalışılan travma vakaları için koruyucu ve destekleyici bir faktör olduğunu göstermektedir (Neuman ve Gamble 1995, Pearlman ve Mac Ian 1995), Bununla birlikte, yardım çalışanlarının işyerlerinde başından geçen müspet deneyimleri ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan insanlara destek olmak ve duygusal yükü paylaşmakla gelen ödülleri birbirlerine sıkça dile getirmeleri ve onaylamalarının önemi (McCann ve Pearlman 1990) yadsınamayacak düzeydedir (akt. Zara ve İçöz, 2015).

Süpervizyona ilişkin yapılan tanımlamalar yardım çalışanlarında danışanlarla terapötik ittifak kurma ve danışmanlık alma noktasında merkezi bir konumda olan süpervizyonun önemini

vurgulamaktadır. Nitekim süpervizyon mesleki eğitim ve uygulamanın önemli bir bileşenidir. Dolayısıyla süpervizyon güvenli ve etik bir mesleki uygulamada ve ikincil travma gelişiminde koruyucu etkenler arasındadır.

Severson ve Pettus-Davis (2013)'ın cinsel suçlularla çalışan 49 şartlı tahliye memuru ve danışmanları ile yaptığı araştırmada cinsel suçluları denetlemekle ilgili sürekli ve artan bir stres düzeyini tanımlamışlardır. Şartlı tahliye memurları, cinsel suçun genellikle yüksek profilli ve manipülatif doğası, memurları, süpervizörlerine karşı aşırı derecede ihtiyatlı ve onlara güvenmez hale getirdiğini açıklamaktadır. Memurlar ayrıca, cinsel suçluların tekrar suç işlemesini önlemek için sosyal olarak empoze edilen kişisel bir sorumluluk hissetmenin yükünü de dile getirmektedir. Bu durum cinsel suçluları denetlemenin stresinin kendi fiziksel ve duygusal tepkilerinde ortaya çıktığını göstermektedir.

Travmatik yaşam deneyimlerini ilk elden dinleyen olmak ve travmanın duygusal yükünü paylaşmak duygusal zorlanmaya neden olabilmektedir. Dolayısıyla mesleki eğitim ve süpervizyon desteği travma mağdurlarıyla çalışan profesyoneller için koruyucu bir öge ve gerekliliktir.

Süpervizör desteği, işyeri stresi karşısında tampon oluşturmakta ve refahı teşvik etmektedir. 361 çocuk refahı profesyoneli ile gerçekleştirilen bir araştırmada, süpervizör desteğinin, iş-aile çatışması ve refah arasındaki ilişkiyi yönettiği, iş-aile çatışması ve tükenmişliğin etkisine karşı tampon görevi üstlendiğini aktarmaktadır (akt. Salloum ve diğ., 2019).

Bu noktada, travmatik yaşam deneyimi geçmiş olan danışanlarla çalışırken, sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer yardımcı profesyonellerin travmaya özgü bir süpervizörden gözetim istemesi idealdir (Whitfield & Kanter, 2014; akt. Berrios ve Zarate, 2020).

2.3.7.2. İkincil Travma İle Mücadele İçin Öz Bakım Stratejileri

İkincil travmatik stres ile mücadelede kendi ihtiyaçlarımızı anlamak ve uygun şekilde yanıt vermek son derece önemlidir. İş ve öz bakımı dengelemek de kritik öneme sahiptir. Travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklar ve aileler ile çalışmak birçok açıdan son derece

ödüllendirici olmakla birlikte, çocukların nasıl zarar gördüklerini anlatmalarını dinlemek zorlu bir süreçtir. Dolayısıyla paylaşılan yoğun duygusal yük tarafından bunalmış hissetmekten kaçınmak için, profesyonellerin rahatlatıcı ve eğlenceli buldukları aktivitelere katılmaları değerlidir. Hayata neşe, umut ve anlam getirebilecek duygusal olarak sağlıklı çocuklarla vakit geçirmek de etkili bir faktördür. Çocuk ruh sağlığı uzmanlarının, zihinlerini duygusal ve fiziksel olarak dinlendirerek kendilerine zaman ayırmaları gerekmektedir (Perry, 2014).

Salloum ve diğerleri (2019)'ne göre kişisel öz bakım uygulamaları tükenmişliğe ve ikincil travmatik strese karşı tampondur. İş dışında güçlü bir sosyal desteğe sahip olmak ve olumlu başa çıkma stratejileri kullanmak daha düşük ikincil travmatik stres ile ilişkilendirilmektedir.

İkincil travmatik stresle mücadele etmenin en temel yolu fiziksel sağlığa ve refaha odaklanmaktır (ayrıca bkz Şekil 4). Daha spesifik olarak, profesyonellerin beslenmelerine dikkat etmeleri, egzersiz yapmaları ve eğlenceli buldukları fiziksel aktivitelere katılmaları gerekmektedir. Bu anlamda psikolojik öz bakım kritik bir yer tutmaktadır. Psikolojik olarak kendinize iyi bakmak bir günlük tutmak, işinizle ilgisi olmayan kitapları okumak, spor etkinliklerine katılmak, tiyatroya veya bir sanat müzesine gitmek için zaman ayırmayı içerir. Duygusal öz bakım örnekleri ise arkadaşlar ve aile ile vakit geçirmek, hayatınızdaki önemli insanlarla iletişime geçmek ve duyguları kabullenmektir. Çalışma ortamında kendinize özen göstermek ve önemsemek de oldukça önemlidir. İşyerinde kendine özen göstermenin örnekleri: molalar vermek; verimli zaman ayırmak; danışanlarla ve çalışma arkadaşlarıyla sınırların belirlenmesi ve iş yükündeki görevlerin çeşitlendirilmesi olarak belirtilebilmektedir (Saakvitne ve Pearlman, 1996; akt. Perry, 2014).

Şekil 4: İkincil Travma ile Mücadele için Öz Bakım Stratejileri

İkincil Travma ile Mücadele için Öz Bakım Stratejileri			
Fiziksel	Psikolojik	Duygusal	İş yeri
İyi uyku Sağlıklı beslenme Dans Yürüyüş Koşu	Kendini yansıtmak Keyifli okumalar yapmak Hayır diyebilmek Gülümsemek Tenhalık	Sosyal destek Haykırış Gülmek Şükretmek Kendin ol Mizah	Aralar vermek Sınırları ayarlamak Akran desteği Süpervizyon Tatil kullanmak

Öz bakım, aile, duygusal ve ruhsal gereksinimler gibi yaşamdaki önemli alanlara zaman ayırarak kişisel ve profesyonel yaşam arasındaki sınırları belirlemek olarak tanımlanır (Newell ve MacNeil, 2010). Özbakım ve boş zaman etkinlikleri dolaylı travma riskini azaltmak için sıklıkla önerilse de, sosyal hizmet uzmanları bu tür faaliyetlere vakit ayıramamaktadır (Sprang, Ford, Kerig ve Bride, 2018). Kişisel düzeyde öz bakımın uygulanması, yoğun vaka yükü ile çalışan sosyal hizmet uzmanları için zordur (akt. Berrios ve Zarate, 2020).

2.4. SOSYAL HİZMET VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Sosyal hizmet uzmanları dezavantajlı ve incinebilir müracaatçı sistemleri ile çalışmaktadır. Müracaatçıların ekseriyetle olumsuz yaşam deneyimlerine ve örseleyici olaylara maruz kalması yardım ilişkisi içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının travmatik malzemeye dolaylı olarak maruz kalmasına sebebiyet vermektedir. Sosyal hizmet uygulamalarının travmatik yaşam deneyimleri olan müracaatçı sistemine yönelmesi ise bu riski beraberinde getirmektedir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu ve Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği sosyal hizmet mesleğini “*insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde*

sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslek”(IASSW,2001; IFSW,2001; akt. Duyan, 2012: 6) olarak tanımlanmıştır.

Sosyal hizmet uzmanları, kendileri veya başkaları için fiziksel veya psikolojik tehdit unsuru oluşturan ve korku ve çaresizlik tepkisi üreten olağanüstü bir deneyime maruz kalma olarak tanımlanan travma öyküsü olan danışanlarla sıklıkla karşılaşmaktadır (APA, 2013; akt. Levenson, 2017).

Sosyal hizmet uzmanları dünya çapında ekonomik ve kültürel zorluklarla birlikte yoksulluk, ihmal ve istismar, işsizlik, ayrımcılık ve engellilik gibi yaşamsal zorluklarla başa çıkma kapasitesi olumsuz etkilenen savunmasız nüfus gruplarına danışmanlık ve savunuculuk hizmeti vermektedir. Çeşitli sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çocuk, genç, yaşlı, engelli, aile ya da ekonomik olarak dezavantajlı müracaatçı sistemleri ile çalışmaktadır (Çalık Var ve Çetinkaya Büyükbodur, 2017; Işıksan, 2018). Bu bağlamda travmatik örselenmeleri olan bireylerle çalışmak sosyal uzmanlarında duygusal zorlanmaya yol açmaktadır.

Travma yaşantıları olan, yardıma gereksinim duyan, maddi veya manevi destek içerisinde olan ve örselenmiş bireylerden oluşan müracaatçı grupları ile çalışan sosyal hizmet uzmanları, bireylerin travmalarına tanık olmaktadır. Bu noktada, fiziksel veya psikolojik bağlamda zarar gören bireylerle çalışanların ve travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalanların yaşadıkları olumsuz duygulanımları ifade etmek için kullanılan ikincil travmatik stres kavramı sosyal hizmet uzmanları için risk etkeni oluşturmakta ve olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Kaya ve diğ., 2020).

Ekolojik perspektif bireyin çevre ile etkileşimine yaptığı vurgunun yanı sıra müracaatçı ile sosyal hizmet uygulamasının gerçekleştiği sorun alanlarının dinamik bir şekilde çevreyi de etkileşim alanına dahil ettiğini vurgulamaktadır. Şu halde, sosyal hizmet uzmanları yardım ilişkisi içerisinde müracaatçının travmatik malzemesine maruz kalmakta, sosyal işlevselliği olumsuz etkilemekte bir başka ifadeyle müracaatçı sistemi aracılığıyla bir dönüşüme uğramaktadır. Bu bağlam müracaatçının çevresi ile etkileşimi kadar sosyal hizmet uzmanlarının da çevresi ile etkileşimine atıfta bulunmaktadır (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Travma

mağduru bireylerle çalışan meslek mensuplarının bireylerin travmalarından etkilenmeleri olasıdır.

Koruyucu ve önleyici hizmetlerde yer alan sosyal hizmet uzmanları, toplumda savunmasız nüfuslardan müracaatçılara hizmet etmek ve refahlarını korumaya yardımcı olma noktasında hayati bir rol oynamaktadır. Genellikle travma yaşayan müracaatçılarla etkileşimin bir sonucu olarak, profesyonellerde tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve vekaleten travma yaşanması söz konusudur (Newell & MacNeil, 2010; akt. Singer ve diğ., 2020).

Sosyal hizmet uzmanları, rahatsız edici imgeler ve rüyalar ile müracaatçının yaşadığı travmatik olayı istemsizce yeniden yaşayabilmektedir. Müdahaleci düşünceler, kabuslar ve anksiyete yeniden yaşama semptomlarının kritik parçalarıdır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları müracaatçılarla ilgili sorun alan alanlarına yönelik uyarılardan kaçınabilir. Müracaatçılara karşı empati duygusunun kaybı, geleceğe dair ümitsizlik, çevrede olanlara karşı ilginin azalması ve insan ilişkilerinden kaçınma etrafında şekillenmektedir. Bununla birlikte uyku problemleri, irkilme tepkileri, konsantrasyon sağlama güçlüğü, abartılı kızgınlık ve öfke patlamaları şeklinde kendini gösteren aşırı uyarılma reaksiyonları ortaya çıkabilir (Cerney, 1995; Bride, 2007; Büyükbodur, 2018). Özetle belirti kümesi içerisinde bulunan yeniden yaşama, kaçınma ve artan uyarılma semptomları yaşanmaktadır.

Rayner ve arkadaşları (2020)'nın çalışmasında ikincil travma, ruh sağlığı çalışanlarının psikolojik refahını etkileyen dolaylı travma şekli olarak tanımlanmaktadır. Araştırmanın katılımcılarını 190 sosyal hizmet uzmanı ve psikolog oluşturmaktadır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların yaklaşık %30'unun ikincil travmatik stres teşhisi için kriterleri karşıladığı saptanmıştır. Kullanılan ölçeğe ek olarak sosyal hizmet uzmanları için "Empati Ölçeği" kullanılmıştır. Bulgular vaka yükünün, kişisel travma öyküsünün ve empatinin yordayıcı rolünü vurgulamaktadır. Ayrıca çalışma ikincil travmatik stres geliştirme riski olan ruh sağlığı çalışanları için "kanıta dayalı risk stratejileri" geliştirmenin önemine işaret etmektedir.

Çetinkaya Büyükbodur (2018)'un travmaya maruz kalan bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yaptığı çalışmada, sosyal hizmet uygulama alanları içerisinde çocuk refahı alanı ile tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanının sosyal hizmet uzmanları için daha yüksek düzeyde ikincil travmatik stres yaşanma riskine zemin hazırladığı aktarılmaktadır.

Sosyal hizmet, sıklıkla travma ve şiddet yaşayan müracaatçılara maruz kalınmasıyla ödüllendirici ve zorlu bir meslektir. Özellikle çocuk refahı ve çocuk koruma hizmetlerinde çalışma yürüten klinisyenler, çocuklar ve adölesanlar için risk değerlendirmesi, önleme ve güvenlik sağlama sorumluluğu taşımaktadır. Araştırma literatürü, çocuk istismarı ve ihmalini ele alan profesyonellerin bu alandaki çalışmalarının bir neticesi olarak olumsuz etki yaşayabileceğini vurgulamaktadır. (Armes ve diğ., 2020). Şu halde, çocuk refahı alanında çalışan profesyonelleri sosyal hizmet uygulamalarının tezahürü olarak ikincil travma geliştirme riski altındadır.

Nitekim Çalık Var ve Çetinkaya Büyükbodur (2017)'un da belirttiği gibi sosyal hizmet müdahalesinin yöneldiği sorun alanı ikincil travmatik stres gelişimini ve seviyesini etkilemektedir. Enstest ve şiddet mağdurları gibi hassas vakalar (Gomme ve Hall, 1995), ruh sağlığı (Dunkley ve Whelan, 2006) ve çocuk refahı alanı (Creamer ve Liddle, 2005) sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek grupları açısından ikincil travmatik stres yaşanmasının zeminini hazırlamaktadır. Bu tür vaka çalışmaları çaresizlik, demoralizasyon, içe çekilme ve anksiyete gibi mesleki yaşama dair riskler taşır.

Levin ve diğerleri (2011)' ne göre, psikiyatrik sosyal hizmet alanı ikincil travmatik stres açısından risk etkeni oluşturan sosyal hizmet müdahale alanlarından bir diğeridir.

Çocuk refahı alanının ikincil travmatik stres gelişimi için zemin hazırlayan bir sosyal hizmet alanı olmasının yanı sıra alanyazında ele alınışının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle araştırmada çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin mesleki deneyimlerinden yola çıkarak ikincil travmatik stres gelişimi ve risk faktörlerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu noktada, çocuk refahı alanında ikincil travmatik stres kavramının yerine ilişkin derinlikli bir kavrayış oluşturmak amacıyla ayrıntılarına inerek bu konu üzerinde durdurmakta yarar vardır.

2.5. ÇOCUK REFAHI ALANINDA İKİNCİL TRAVMATİK STRES

Travmatik bir yaşantı yalnızca travmaya maruz kalan kişiyi değil bu kişilerle ilişkide bulunanları da etkilemektedir. Örseleyici travmatik yaşantılar, mağdurun ailesi veya onunla

alışan meslek elemanlarını da etkilemektedir. Bu kapsamda ocuk refahı alanında çalışan profesyoneller çocukların yaşamış olduğu travmalardan dolayı olarak etkilenebilmektedir.

Araştırmalar, danışanların anlatılarına ve travma deneyimlerine sürekli olarak maruz kalmanın, çalışanların savunmasızlığına ve amaç duygusuna kaçınılmaz olarak etki ettiğine ve davranışların anlatılarıyla uyumsuz duygusal tepkiler için potansiyel yaratabileceğini ifade etmektedir (Saakvitne & Pearlman, 1996; Nelson-Gardell, & MacNeil, 2015; Dombo & Blome, 2016; Newell, akt. Borjanic Bolic, 2018).

ocuk refahı alanının özel talepleri, zorlukları ve duygusal yükü göz önüne alındığında, ocuk refahı çalışanları, bireye, çalıştıkları kurumsal iklime, birlikte çalıştıkları çocuklara ve ailelere zararlı olabilecek ikincil edinilmiş travmayla ilgili stres riski altındadır. ocuk refahı alanında, uzun yıllara dayanan iş deneyimi ve artan travma maruziyeti ise ikincil travma gelişimini tetiklemektedir (Armes ve diğ., 2020; Rienks, 2020).

Mesleki stresin bir biçim olarak belirtilebilen ikincil travmatik stres travma mağduru ile uzun süreli temasa kümülatif bir yanıt veya danışanların travmatik deneyimlerine yönelik tepkilerden kaynaklanır. Bu noktada Siegfried (2008) sosyal hizmet alanında yaygın olan ikincil travma kaynaklarını aktarmaktadır.

Sosyal hizmet uygulama alanında yaygın ikincil travmatik stres kaynakları şunları içerir:

1. Bir ocuğun veya yetişkin bir aile üyesinin çalışanın vaka yükü içerisinde ölümüyle yüzleşmek
2. İstismar / ihmal raporunun araştırılması
3. Çocukların travmatik olaylarla ilgili duygusal ve ayrıntılı açıklamalarına sık / kronik maruz kalma
4. Son zamanlarda ciddi bir yaralanma veya ölümle ilgili korkunç sahnelerin fotoğrafik görüntüleri
5. Ciddi kötü muamele, aile içi şiddet veya cinsel istismarın meydana geldiği ailelerle çalışmaya devam etmek

6. Ölen bir çocuğun kardeşleri de dahil olmak üzere, çocuk istismarından kaynaklanan bir ölümün ardından yas tutan aile üyelerine destek sağlamak.

Bu bağlamda sosyal hizmet mesleğinin temel uygulama ve sorun alanlarından olan çocuk refahı alanı ikincil travmanın oluşum riskini artırmaktadır. Çocuklar ile çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres açısından risk altında olması çocuk refahı çalışanlarında ikincil travmatik stres olgusunun derinlikli olarak incelenme gereksinimini doğurmaktadır.

Çocuk refahı alanında çalışmanın psikolojik mesleki tehlikelerinden üçü doğrudan travma, ikincil travma ve tükenmişliktir (Bride, 2007; Newell ve MacNeil, 2010; Pryce, 2007; akt. Shackelford, 2012).

İstismara uğramış ve ihmal edilen çocuklarla mesleki çalışma yürütmek oldukça zorlu bir süreçtir. Çocuk refahı uzmanları veya süpervizörü stresli koşullar altında genellikle genç danışanlarının ve ailelerinin travmatik stresini içselleştirir. İkincil travmatik stres olarak adlandırılan bu travmatik stres, çocuk refahı çalışma ortamını daha da zorlaştırmaktadır (Milner, 2016).

Çocuk refahı genel anlamda dezavantajlı konumda ve korunma gereksinimi içerisinde olan çocukların yaşamlarını geliştirmeye yönelik sosyal hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Friedlander, 1966; akt: Karataş, 1999, s. 33).

Çocuk refahı kavramının ele alınışı farklılık göstermektedir. Örneğin Güran-Koşar (1989) söz konusu sorun alanını “*aile ve çocuk refahı*” biçiminde ifade etmektedir. Aile ve çocuk alanlarının birbiri ile yakından ilişkili olduğunu, ayrılamayacağını ve bir arada düşünülmesinin gerekli olduğunu savunmaktadır. Çocuk refahı alanı ve hizmetlerini ise, “*çocukların mutlu bir yaşam sürdürmeleri ve yeteneklerini mümkün olduğunca en iyi şekle ilerletmelerini amaçlayan geniş bir alan*” olarak belirtmektedir (akt. Genç, 2019).

Sosyal hizmet mesleğinin başlıca alanlarından birisi çocuk refahı alanıdır. Söz konusu alanda sosyal hizmet uzmanı temel aktör konumunda olmakla birlikte farklı meslek grupları ile multidisipliner bir perspektifle çalışmak durumundadır. Sosyal refah alanında meydana gelen değişiklikler ile çocuk refahı bakım politikalarının, son on yıllık süreçte aile odaklı bir yaklaşımın benimsendiği, kurumsal bakım politikalarının ise ev tipi yatılı kuruluşlara doğru evirildiği

söyleyebilmektedir. Ayrıca çocuk refahının en önemli öğelerinden birisi şüphesiz çocuk koruma sistemidir (Söğütü, 2015).

Ülkemizde çocuk refahına yönelik hizmetler çeşitli kurum ve kuruluşlar aracılığıyla hizmet modelleri çerçevesinde sunulmaktadır. (ayrıca bkz. Şekil 5). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ülkemizde çocuk refahı alanında hem bakım hem de korunma temelli hizmet modelleri ile görev almaktadır. AÇSHB'nin çocuk refahı ve çocuk koruma hizmetleri ise kurum temelli ve aile temelli hizmetler olarak ikili bir tasnif içerisinde belirtilebilmektedir.

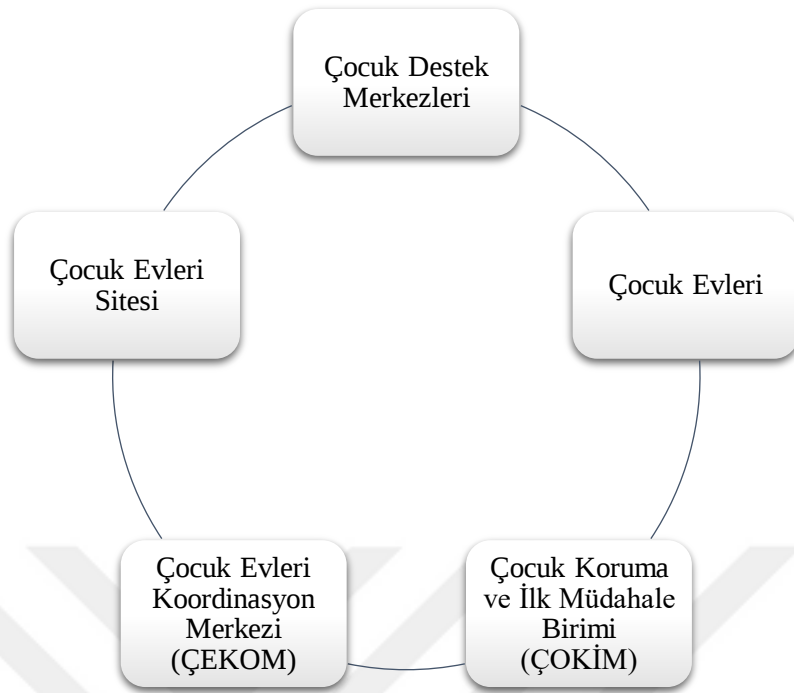
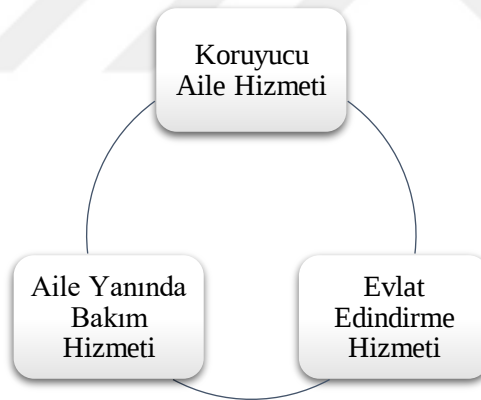
Günümüz itibarıyla çocuğa yönelik hizmet modellerinin tümünün koordinasyonu, “5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu” (ÇKK) ekseninde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı çatısı altında yer alan “Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü” (ÇHGM) tarafından yürütülmektedir. Bu noktada ülkemizde çocuk refahı alanı; eğitim, sağlık, adalet ve çocuk koruma hizmetleri olarak dörtlü bir yapıda değerlendirilmekte ve izlenmektedir (AÇSHB, 2021).

Aşağıdaki tabloda AÇSHB Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2019 yılı Aralık ayı verileri yer almaktadır. Tablo 8’de görüldüğü gibi kurum temelli hizmetler çocukların bakımı ve korunması için kurumlarda verilen ev tipi modeller bulunmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ile çocukların öncelikle aile ortamında desteklenmesi, aile yanında bakımın mümkün olmaması durumunda ise çocukların ev tipi yatılı sosyal hizmet modellerinde psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmaktadır.

Tablo 8: AÇSHB Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2020 Yılı Aralık Ayı Verileri

Kuruluşlar	Kuruluş sayısı	Bakılan çocuk sayısı
Çocuk Evleri Sitesi	111	6.181
Çocuk Evleri	1.193	5.956
Çocuk Destek Merkezleri	65	1.387
Toplam	1.369	13.524

Bakanlığın verdiği bakım hizmeti çerçevesinde 2020 yıl sonu verilerine göre 1.193 Çocuk Evi, 111 Çocuk Evleri Sitesi ve 65 adet Çocuk Destek Merkezi bulunmakta ve bu kurumsal bakım modellerinden 13.524 çocuk psikososyal bakım hizmeti almaktadır (AÇSHB, 2021).

Şekil 5: Kurum Bakım Modelleri**Şekil 6:** Aile Odaklı Hizmet Modelleri

Çocuk refahı ve koruma alanı koruyucu ve önleyici hizmetler, aile odaklı hizmet modelleri ve kurumsal bakım hizmetleri olarak yapılandırılmıştır. Çocuk refahı alanında aile odaklı hizmetler ya da uygun sosyal hizmet bakım modellerine hazırlamak temel önem taşımaktadır. Işıkhani (2010: 7; akt. Söğütü, 2015) aile yanında desteklenen bakım modellerini SHÇEK aracılığıyla sağlanan önemli hizmet modelleri şeklinde değerlendirmektedir.

Ülkemizde kurumsal temelli bakım hizmetleri uzun bir geçmişe sahiptir. Cumhuriyet öncesi dönemde başlayan süreç kurumsallaşma politikaları ile çocuk koruma kavramının temellerini atmıştır. 2018 yılı itibarıyla çocuk refahı alanında hizmetlerin koordinasyonu Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Aşağıda çocuk refahı alanında hizmet sunan kurum bakımı hizmetlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Çocuk Evleri; Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 05.10.2008 tarihli “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çocuk evlerine ilişkin hususları düzenlemektedir. Çocuk evleri her ilin sosyokültürel olarak çocuk yetiştirmeye uygun yerleşim alanlarının seçilerek 5 ila 8 çocuğun sosyal bir yapı içerisinde korunma ve bakımlarının desteklendiği ev tipi modeldir.

Çocuk Evleri Sitesi; 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’nda “*korunma ihtiyacı olan çocukların bakımlarının sağlandığı aynı yerleşke içerisindeki birden fazla ev tipi sosyal hizmet biriminin yer aldığı kuruluş*” olarak ifade edilmektedir. Çocuk evleri sitesi, sevgi evleri hizmet modelinin yerini almıştır.

Çocuk Destek Merkezleri; çocuk refahı alanında psikososyal bakım hizmeti sunan bir sosyal hizmet kuruluşudur. Çocuk Destek Merkezleri suça sürüklenen, suç mağduru olan ve sokakta risklere karşı karşıya kalan çocuklara bakım ve korunma sağlayan merkezlerdir. Farklı ihtisas alanları çerçevesinde hizmet sunumu gerçekleştiren merkezler temel olarak psikososyal destek hizmeti sunmaktadır. Keçe (2018)’nin de ifade ettiği gibi “Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri”(KBRM) ve “Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri”(BSRM) Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde tek çatı altında toplanmıştır.

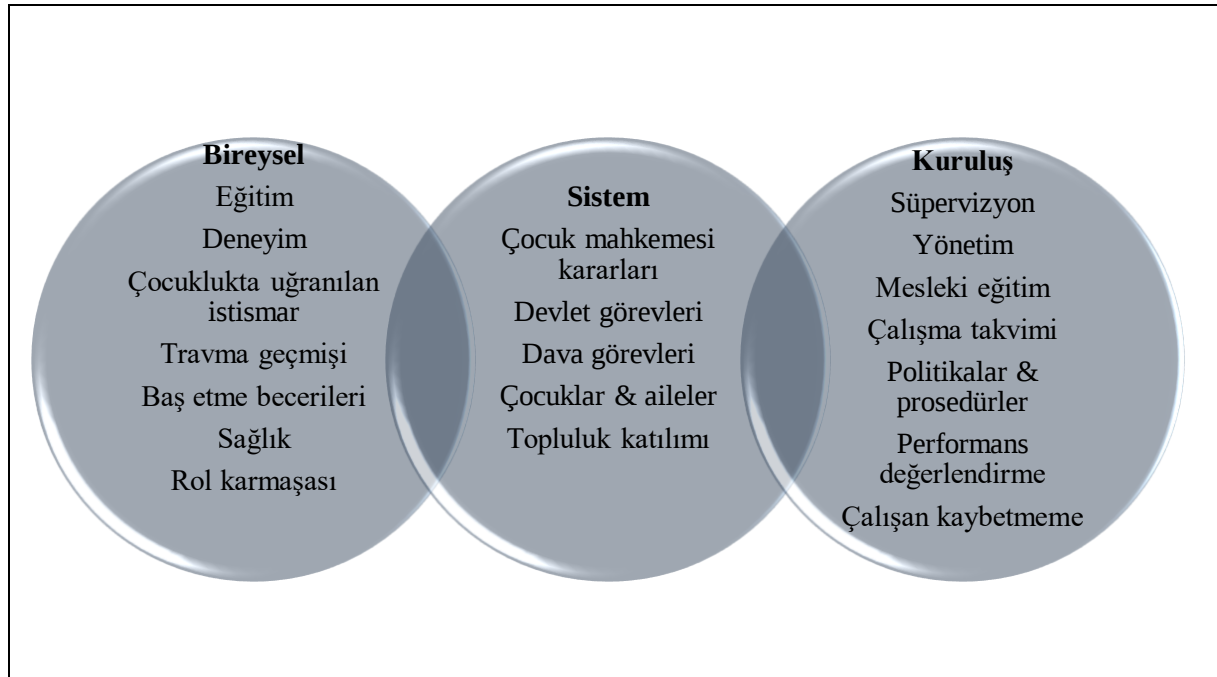
Araştırma ve uygulama literatürü, çocuk refahı uzmanlarının ihmal ve istismar edilen çocuklar ile kurulan günlük temas nedeniyle ikincil travmatik stres semptomları gelişimi için risk altında olduğunu aktarmaktadır (Horwitz, 1998; Bell ve diğ., 2003; Bride ve diğ., 2007).

Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller işlerinin bir gereği olarak psikolojik travma etkilerini yaşayabilmektedir (Horwitz, 1998). Çocuk koruma merkezi profesyonelleri, çocukların yaşadıkları istismardan kurtulmaları ve sonrasında iyileşmelerine, travmadan korunmalarına doğrudan müdahale ve aracılık etmektedir. Çocuk koruma merkezinde görev alan profesyoneller kriz çalışanları ve psikoterapistlere benzer bir şekilde mesleki kariyerleri

süresince günlük bir dizi travmatik deneyime doğrudan maruz kalmaktadır (Cornille ve Meyers, 1999).

Richard Lazarus, stres araştırmaları tarihsel sürecinde “değerlendirme etkisi” kavramsallaştırması ile stres kavramına katkıda bulunmuştur (Cooper & Dewe, 2004). Söz konusu kavram, “kişinin başa çıkma yetisini tüketen veya aşan taleplerin bilişsel algısı veya değerlendirilmesi” ile ilgilendiğinden, stres teorisi için kritiktir. Lazarus ek olarak, bu sürecin irdelenmesini kişi-çevre paradigması ile özetlemektedir. Çevresi içinde kişi (PIE) kavramsallaştırmasını anlamak sosyal hizmet mesleği ve disiplini için önem taşımaktadır. (Zastrow & Kirst-Ashman, 1990). Şekil 7’den görülebileceği gibi, çocuk refahı çalışanları için çevrelerindeki stres kaynakları birden fazla alandan gelen birbiriyle ilişkili stresörlerden oluşmaktadır. Booth (2009), bilişsel davranışçı kuram perspektifi açısından ortaya çıkan üç ana aşamayı ana hatlarıyla ifade etmektedir: (a) bireyin başına gelen olayı özümlediği birincil değerlendirme evresi, (b) olayın sebep olduğu stresörü hafifletmek için herhangi bir şey olup olmadığına karar verdiği ikincil değerlendirme ve (c) bireyin stresli olayla fiziksel ve psikolojik açıdan ilgilendiği başa etme aşaması (akt. Federico, 2017).

Şekil 7: Çocuk Refahı Çalışanlarını Etkileyen Stresle İlişkili Faktörlerin Trikotomisi (Üç Bileşenli Modeli)



Çocuk refahı hizmetleri çalışanları, ikincil travmatik stres için risk altında olduğu gerçeğine rağmen bu popülasyonda ikincil travmatik stresi inceleyen az sayıda çalışma yayınlanmıştır. Çocuk refahı çalışanlarının, mental rahatsızlıklar nedeniyle ayaktan tedavi hizmeti alan danışanlar için kaydedilenlerden daha az, ancak genel popülasyonun üzerinde bir düzeyde ruhsal sıkıntı seviyesine sahip olduğu saptanmıştır (Cornille ve Meyers, 1999).

Yapılan çalışmalarda daha uzun görev süresi ve çalışma saatleri ile yüksek ikincil travmatik stres seviyeleri ile ilişkilendirilmektedir. Çocuk refahı ve ikincil travma ilişkisini ele alan bir diğer çalışma iki eyalette bir ikincil travmatik stres eğitim programının değerlendirilmesinde katılımcı olan çocuk koruma çalışanları, süpervizörler ve yöneticiler de dahil olmak üzere 166 çocuk refahı personeli ile bir çalışma gerçekleştiren Nelson-Gardell ve Harris (2003) tarafından rapor edilmiştir (Bride ve diğ., 2007). Nelson-Gardell ve Harris (2003)'ün araştırması 166 çocuk refahı çalışanını kapsamaktadır. Araştırma bulguları, çocuk refahı çalışanlarında kişisel birincil travma geçmişi ve çocukluk çağı ihmal ve istismarının varlığı ile ikincil travma açısında artan risk altında olduğunu bağlantılandırılmıştır.

İkincil travmatik stres çocuk koruma çalışanları, çocuk savunucuları ve adli görüşmeciler gibi istismara uğramış çocuklar ve aileler ile çalışan profesyonellerin yaşadığı kümülatif bir etkidir. Çocuk refahı alanın duygusal talepleri ve tekrar tekrar travmatik ifadeler duymak strese neden olmaktadır (Walsh ve diğ., 2018).

Borjanic Bolic (2018)'ün çalışmasında sosyal yardım merkezleri, koruyucu aile ve evlat edinme kurumları, yatılı bakım programları ve çocuklar ve gençler için sığınma evlerinde görev yapan çocuk refahı uzmanlarında ikincil travmatik stres ve dolaylı travmanın mevcut olup olmadığı nicel araştırma deseni ile irdelenmektedir. Araştırmanın örnekleminin 135 çocuk refahı uzmanından oluştuğu çalışmada bulgular, dolaylı travmatizasyon ve ikincil travmanın bu popülasyonda mevcut olduğunu saptamıştır.

2.5.1. Çocuk Destek Merkezleri

Çocuk Destek Merkezleri, çocuk refahı alanında önemli bir konumda olan ve psikososyal bakım hizmeti sunan bir sosyal hizmet kuruluşudur. 2005 yılında yürürlüğe giren “Çocuk

Koruma Kanunu” çocuk refahı alanında köklü değişiklikler yaratarak yeni ihtisas kuruluşlarının oluşmasına zemin hazırlamıştır. Keçe (2018)’nin de ifade ettiği gibi söz konusu kanun “korunma ihtiyacı olan çocuk” kavramına ilişkin derinlikli bir kavrayışa olanak tanıyarak suça sürüklenen, suç mağduru ve sokakta yaşayan çocuk kavramsallaştırması ile yeni bir perspektif getirmiştir.

Bu doğrultuda suça sürüklenen çocuklara yönelik “Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri”(KBRM), suç mağduru çocuklar için “Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri”(BSRM) kurulmuştur. Bu kuruluşlar, 29.03.2015 tarihli Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde tek çatı altında toplanmıştır (Keçe, 2018).

Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği’ne göre, Çocuk Destek Merkezleri;

“Suça sürüklenmesi, suç mağduru olması veya sokakta sosyal tehlikelerle karşı karşıya kalması sebebiyle haklarında bakım tedbiri veya korunma kararı verilen çocuklardan; psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu tespit edilenlerin, bu ihtiyaçları giderilinceye kadar geçici süre ile bakım ve korunmalarının sağlandığı, bu süre içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü; çocukları mağduriyet, suça sürüklenme, yaş ve cinsiyet durumuna göre ayrı ayrı yapılandırılan veya ihtisaslaştırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarını” ifade etmektedir.

Çocuk Destek Merkezleri, bakanlık tarafından belirlenen farklı ihtisas alanları kapsamında çocuklara hizmet vermektedir. Bu ihtisas alanları; suça sürüklenen çocuklara yönelik merkezler, suç mağduru çocuklara hizmet veren merkezler, madde bağımlısı olan çocuklara yönelik merkezler, sokakta yaşayan çocuklara yönelik merkezler, gebe çocuk ve çocuk annelere yönelik açılan merkezler ve refakatsiz sığınmacı çocuklara hizmet sunan merkezler olarak belirtilmektedir.

Farklı ihtisas alanları çerçevesinde hizmet sunumu gerçekleştiren merkezler temel olarak psikososyal destek hizmeti sunmaktadır. Psikososyal destek hizmetleri, çocukların bireysel farklılıkları ve ihtiyaçları dikkate alınarak oluşturulan ve psikososyal destek programı çerçevesinde yürütülen mesleki müdahale süreçlerini içermektedir. Bu bağlamda çocukların bireysel farklılıklar ve gereksinimlerini göz önüne alarak spesifik ve bireyselleştirilmiş gereksinimler vurgulanmaktadır. Bu vurgu kuşkusuz sosyal hizmet değer repertuarının önemli bir bileşeni olan “her bireyin biricikliği” ilkesini yansıtmaktadır.

Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği'ne göre Çocuk Destek Merkezlerinde üniversitelerin sosyal hizmet, psikoloji, çocuk gelişimi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, öğretmenlik ve sosyoloji alanlarında lisans eğitimi bölümlerinde mezun olan ve mesleki müdahale süreçlerini yürüten profesyoneller görev almaktadır.

Buran (2019)'ın belirttiği gibi, Çocuk Destek Merkezinde görev alan profesyoneller, erken yaşta suç olgusuyla tanışan, suça sürüklenerek koruma ve bakım gereksinimi içerisinde olan, suç teşkil eden bir fiili işlemesi sonucu suç mağduru olan, çeşitli sebeplerle evden ayrılarak yaşamını sokakta sürdüren, madde bağımlılığı tedavisi gören, erken cinsel deneyim neticesinde hamile kalan ve bebek sahibi olan çocuk anneler ve refakatsiz sığınmacı çocuklar ile çalışmaktadır. Bahsi geçen bağlamda profesyoneller, travmatik yaşam deneyimleri olan çocuklar ile mesleki bilgi beceri ve değer repertuarı kapsamında çalışmalar yürütmektedir. Dolayısıyla travmatik bir yaşantıya tanıklık etmek ikincil bir travmatizasyon yaşanmasına yol açabilmektedir. İkincil maruziyet ise olayı yeniden yaşama, kaçınma ve uyuşukluk ve artan uyarılma gibi olumsuz belirtiler ile kendini göstermektedir.

2.5.1.1. Merkezlerin Açılması ve İşleyişi

Suç mağduru ve suça sürüklenen çocuklar 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nda tanımlanmakta ve örseleyici yaşam deneyimleri nedeniyle dezavantajlı bir grubun içerisinde değerlendirilmektedir. Çocuk Destek Merkezlerinde korunma ihtiyacı olan çocuklara psikososyal destek hizmeti sağlanmaktadır. Suça sürüklenen ve suç mağduru olan çocuklar için farklı bir hizmet modelinin geliştirilmesinin altında iki asli amaç vardır. Bunlardan ilki; başka nedenlerle kuruma gelmiş olan çocukların suç ve istismar olguları ile karşı karşıya kalmasını önlemektir. Bu sebeple Çocuk Destek Merkezleri, diğer çocuk evleri sitesi ve çocuk evleri gibi kurumsal temelli bakım modellerinden ayrı bir kuruluş olarak planlanmış, yalnızca suça sürüklenen veya cinsel istismar mağduru olan çocukların bir arada kalması hedeflenmiştir. Çocuk Destek Merkezlerinin bir diğer hedefi ise; psikososyal destek hizmetini içeren mesleki müdahale süreçleri ile çocukların travmatik ve örseleyici yaşam deneyimleriyle başa çıkma becerilerini geliştirmek, toplumsal bütünleşme ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır (Eroğlu ve Demiröz, 2020).

Merkezlerin açılabilmesi için, merkezin açılacağı ilin birtakım nitelikleri dikkate alınmaktadır. Göç ve nüfus yoğunluğu, vaka durumu, sağlık ve eğitim hizmetlerinin yeterliliği ve ulaşım koşulları dikkate alınan hususlar arasındadır. Merkezlerin kapasitesi 20 ila 40 kişilik olarak planlanmıştır. İlaveten refakatsiz çocuklar için açılan merkezlerin en fazla 80 kişilik kapasite de olması ilke edinilmiştir. Merkezin fiziki yapısı, ortamı ve çocuklar için oluşturulan yaşam alanları, merkezlerde sunulan hizmetin niteliği ve çocukların gelişimsel gereksinimlerinin ön planda tutulması, çocukların sanatsal ve kültürel, sportif ve sosyal etkinlikleri gerçekleştirebilecekleri şekilde planlanması ön görülmüştür (Keçe, 2018).

2.5.1.2. İhtisas Alanları

Modern çocuk koruma sistemi ve refahı alanında önemli bir unsur olan Çocuk Destek Merkezleri en çok 40 çocuk kapasitesini içerecek şekilde planlanmıştır. Söz konusu planlama dâhilinde çocukların yaşam alanları olan binalar villa tarzı olarak belirlenmiş ve her villada en fazla 10 çocuğun kalması istenmiştir. Bu anlamda, koruma ve bakım hizmeti verilen çocukların maruz kaldıkları olumsuz yaşam deneyimlerinin ve travmaların sağlıklı bir şekilde atlatılması gayesiyle Çocuk Destek Merkezleri özel ihtisas birimlerine ayrılmıştır (Buran, 2019).

Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği'ne göre Çocuk Destek Merkezleri çocukların yaşadığı mağduriyet, suça itilme, yaşamı sokakta geçirme, madde bağımlılığı ve refakatsiz çocuklar gibi alanlarda cinsiyet, yaş grupları ve ihtiyaçlara göre ihtisaslaştırılmıştır. Merkezlerin ihtisas alanları şöyledir;

- a) Suça Sürüklenen Çocuklara Yönelik Merkezler,
- b) Suç Mağduru Çocuklara Yönelik Merkezler,
- c) Madde Bağımlısı Çocuklara Yönelik Merkezler,
- d) Sokakta Yaşayan Çocuklara Yönelik Merkezler,
- e) Gebe Çocuk ve Çocuk Annelere Yönelik Merkezler,

f) Refakatsiz Çocuklara Yönelik Merkezler,

2.5.1.2.1. Suça Sürüklenen Çocuklara Yönelik Merkezler

Suça sürüklenen çocuklara yönelik Çocuk Destek Merkezleri, *“kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiil işlediği iddiası ile hakkında soruşturma ve kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuklardan”* 5395 sayılı kanun hükümleri gereğince hakkında tedbir kararı verilen çocuklara hizmet vermektedir. Bu kapsamda psikososyal desteğe gereksinim duyduğu belirlenen çocukların psikolojik, duygusal, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını ve temel gereksinimlerini belirleyerek müdahalede bulunmak, aile ve yakın çevre veya sosyal hizmet bakım modellerine hazırlamak hedeflenmektedir (Keçe, 2018). Türk Ceza Kanunu çerçevesinde hakkında soruşturma ve kovuşturma başlatılan çocukları içermektedir.

Suç alanında ihtisaslaşan merkezlerde temel amaç, çocuk yaşıta suç olgusu ile tanışan çocukların suç davranışından uzaklaşması, aile, çevre ve toplumla uyumlu bir birey olarak sosyal işlevselliğini sağlamaktır (Buran, 2019).

2.5.1.2.2. Suç Mağduru Çocuklara Yönelik Merkezler

Mevzuatta tanımlanmış suç unsuru olan bir fiilin işlenmesi sonucu mağdur olan, psikososyal destek ve korunma gereksinimi olan çocuklara hizmet verilmektedir. Merkezlerde suç mağduru olan çocukların temel gereksinimlerini karşılamak, gerekli profesyonel mesleki müdahaleler gerçekleştirmek, aile veya diğer sosyal hizmet bakım modellerine hazırlamak için psikososyal müdahaleler yürütülmektedir.

Suça sürüklenen çocuklara hizmet veren merkezlerde temel hedef çocukları suç olgusundan uzaklaştırarak sosyal rehabilitasyon ve toplumsal bütünleşmenin sağlanması iken suç mağduru çocuklar için hizmet veren merkezlerde nihai amaç güvenli davranış biçimleri kazandırılarak

çocuğun her türlü riskten koruması ve suç unsurunun mağduru olmamasının önlenmesidir (Buran, 2019).

2.5.1.2.3. Sokakta Yaşayan Çocuklara Yönelik Merkezler

AÇSHB tarafından, sokakta çalışan/çalıştırılan çocukların tespitleri yapılarak uygun sosyal hizmet modellerinden faydalanmalarının sağlanması amacıyla ülkemiz genelinde oluşturulan mobil ekipler tarafından alan taramaları gerçekleştirilmektedir. Çocukların sokakta yaşama/çalıştırılma veya dilendirilmesinin tespit edilmesi halinde sebeplerinin araştırılması; yapılan araştırma sonucunda çocuk ve ailesinin uygun görülen sosyal hizmet modellerine ve yardımlarla ilişkilendirilmesi sağlanmaktadır (AÇSHB, 2020a; AÇSHB, 2021).

Eylül 2020 itibariyle AÇSHB bünyesinde çalışan mobil ekipler tarafından sokakta çalıştırılmaya zorlanan, dilendirilen ve eğitim hakkı elinden alınan 21.305 çocuk hakkında çalışma yürütülmüştür.

Bununla birlikte “12 Haziran Dünya Çocuk İşçiliği ile Mücadele Günü” kapsamında ülke genelinde çocuk işçiliği ile mücadeleye dair kolektif farkındalık çalışmaları yürütülmektedir. Çocuk işçiliğinin yıkıcı etkilerine karşı farkındalık oluşturmak ise temel hedeftir.

Sokakta sosyal risk ve tehlikelere maruz kalması nedeniyle haklarında bakım kararı veya korunma tedbiri verilen çocuklar arasında psikososyal destek ihtiyacı tespit edilmesi halinde hizmetler Çocuk Destek Merkezlerince yürütülmektedir. Merkezlerde çocukların geçici olarak bakım ve korunmaları sağlanmakta, süreç içerisinde aile, çevre ve toplumla etkileşimlerinin düzenlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Keçe, 2018).

Sokakta sosyal risklere karşı hayati bir mücadele içerisinde olan çocukların sosyal hizmet müdahalesi ile erken tanınması önem taşımaktadır. Gerçekleştirilen mesleki çalışmalar hakkında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinde bakım tedbiri kararının gerekli olduğu tespit edilen çocuklar ivedilikle kurum bakımı altına alınmaktadır.

“Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Biriminde” yürütülen çalışmalar sonucunda çocuğa uygun sosyal hizmet kurum bakımı modeli belirlenir. Psikososyal destek ve sosyal rehabilitasyon gereksinimi tespit edilen çocukların tertibi Sokakta Yaşayan Çocuklara Yönelik Çocuk Destek Merkezlerine gönderilir. Söz konusu merkezlerde temel amaç çocukların ailesi ve sosyal çevreleri ile zayıf ya da kopuk etkileşimlerini yeniden düzenleyerek sosyal yaşantılarının bir düzene koyulması ve aile yaşantısı yerine yeniden sokağın yeğlenmesinin önüne geçilmesidir. Bu noktada sokakta yaşayan, çalıştırılan veya dilendirilen çocuğun ailesinin ekonomik yoksulluk içerisinde olmasının rolü varsa aileye sosyal yardım hizmeti sunulması yoluyla çocuğun ihmal ve istismar edilmesinin önüne geçilebilmektedir (Buran, 2019).

2.5.1.2.4. Gebe çocuklar ve Çocuk Annelere Yönelik Merkezler

Gebe çocuk ve çocuk annelere yönelik Çocuk Destek Merkezleri, yaşanan travmatik ve erken cinsel deneyim ardından gebe çocuk ve çocuk annelere koruma ve bakım hizmeti sağlamaktadır. Erken yaşta anne olan çocuk ve bebeğinin biyopsikososyal gereksinimlerinin karşılanması için gerekli mesleki çalışmalar yapılmaktadır.

Gebe çocuklar hakkında mahkeme tarafından sağlık tedbiri kararı verilmesi talep edilmektedir. Çocukların merkeze kabul edilmesinin ardından gerekli güvenlik ve sağlık önlemleri alınmaktadır. Gebe çocukların Çocuk Destek Merkezlerinde doğum sonrası bir yıl süresince kalma hakkı bulunmaktadır. Çocuk anne ve bebek arasında ilişkinin kurulması, psikososyal destek ve sağlık hizmeti verilmesi ve yaşanan travmanın etkilerinin nötralize edilmesi için bu süre ihtiyaç doğrultusunda uzatılabilmektedir. Ayrıca doğan bebeğin nüfusa kaydı yapılarak bebek hakkında bakım tedbiri kararı alınmaktadır. Merkezlere gebe çocuklar ile üç yaşını doldurmamış bebeği olan çocuk annelerin kabulü gerçekleştirilmektedir (AÇSHB, 2021).

Çocuk anne ve gebe çocuklara yönelik merkezlerde Anka Çocuk Destek Programı uygulanmaktadır. Programın nihai amacı çocukların bireysel farklılıkları ve gereksinimleri göz önüne alınarak *“kişilik gelişimlerinin sağlanması ve yaşadıkları travmaların etkilerinin ortadan kaldırılması”*dır. Program içeriğinde bireysel, aile ve grup çalışmalarına ilaveten hamilelik süreci, bebek bakımı ve anneliğe hazırlık konuları yer almaktadır (Keçe, 2018).

2.5.1.2.5. Refakatsiz Çocuklara Yönelik Merkezler

6458 sayılı ve 04/04/2013 tarihli Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 3. Maddesinin birinci fıkrasının (m) bendinde *“Refakatsiz çocuk: Sorumlu bir kişinin etkin bakımına alınmadığı sürece, kanunen ya da örf ve adet gereği kendisinden sorumlu bir yetişkinin refakati bulunmaksızın Türkiye’ye gelen veya Türkiye’ye giriş yaptıktan sonra refakatsiz kalan çocuğu ifade eder.”* şeklinde ifade edilmiştir. Refakatsiz çocuklar söz konusu kanunda özel ihtiyaç sahibi olan bireyler kategorisinde yer almaktadır.

Refakatsiz çocuklar ülkelerinde can güvenliğinin olmaması, iç savaş, ebeveynlerinin öldürülmesi, silahlı çatışma, çocuk asker olma sorunu, yoksulluk, iş bulma umudu, daha iyi sağlık ve eğitim olanaklarına erişim amacıyla Avrupa’ya geçiş için Türkiye’ye düzensiz göç yolu ile ulaşmaktadır (Keçe, 2018).

İl Göç İdaresi Müdürlükleri tarafından refakatsiz çocukların iltica/sığınma başvuru değerlendirmeleri ve kayıt işlemlerinin bitirilmesi ile Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerine iletilmektedir. Kurum ve kuruluşlarda koruma altında olan ve “Uluslararası Koruma Başvuru Sahibi Kimlik Belgesi” bulunan refakatsiz çocuklar için statü ve yüksek yarar belirleme mülakatları, İl Göç İdaresi Müdürlükleri ile Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği temsilcileri aracılığıyla eş zamanlı bir biçimde yapılmaktadır (Keçe, 2018).

Son tahlilde yetişkin bir refakati olmadan düzensiz göç yolu ile ülkemize gelmek durumunda kalan çocuklar bu alanda ihtisaslaşmış çocuk destek merkezlerinde bakım ve koruma altına alınmaktadır.

2.5.1.2.6. Madde Bağımlısı Çocuklara Yönelik Merkezler

Merkezlere uçucu, çözücü ve uyuşturucu madde bağımlısı olan, hakkında bakım tedbiri verilen ve bağımlılıkları ile ilişkili tıbbi rehabilitasyonu ve tedavisi tamamlanan çocuklar kabul

edilmektedir. Tıbbi tedavisi sağlanan çocukların sosyal rehabilitasyonlarının sağlanması amaçlanmaktadır (Keçe, 2018; Buran, 2019).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde tıbbi boyutun tamamlanmasının ardından 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu koruyucu ve destekleyici tedbirler gereğince Çocuk Destek Merkezlerine kabulleri sağlanmaktadır.

Keçe (2018)'nin de belirttiği gibi, madde bağımlısı olan çocukların tıbbi rehabilitasyon ve tıbbi tedavilerinin tamamlanmasının ardından ihtisaslaşmış 13 Çocuk Destek Merkezi çocukların sosyal kaygılarının sağlanması amacıyla psikososyal destek hizmeti sunmaktadır.

Bu çerçevede; bakım ve korunma gereksinimi olan madde bağımlısı çocukların kısa ve uzun erimli tedavi sonrası sosyal kaygı süreçleri yatılı bir şekilde Çocuk Destek Merkezlerinde gözetilmektedir.

1. Çocuk Destek Merkezleri ülke çapında ihtiyacı karşılayacak biçimde ihtisaslaştırılmıştır. Söz konusu merkezler Amatem ve Çamatem bulunan illerde Sağlık Bakanlığı ile koordineli bir çalışma yürütmektedir.

2. Sosyal kaygı mekanizmasının desteklenmesi ve güçlendirilmesi sürecinde gereksinim duyulan fiziksel düzenlemelerin sağlanması stratejisinin hayata geçirilmesi kapsamında; Sosyal kaygı programını uygulamaya geçirecek merkezler için gereksinim duyulan fiziksel yapılar öncelikli olarak Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarından, son adımda her iki seçeneğin mümkün olamadığı durumunda kiralama aracılığıyla temin edilmiştir.

3. Çocuk odaklı hizmet verme perspektifi olan Çocuk Destek Merkezleri hizmet binalarının fiziki yapıları iyileştirilmiş, psikososyal destek hizmetinin ön planda tutulacağı yeni hizmet binaları oluşturulmuştur (Keçe, 2018).

Son tahlilde, Çocuk Destek Merkezlerinde nihai amaç çocukların sosyal rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Bu süreçte çocuklara uygun yaşam alanları oluşturarak suça sürüklenen, suç mağduru olan ve sokakta yaşayan çocukların iyilik hallerini sağlayacak şekilde sürdürebilecek şekilde rehabilite olması ve toplumla bütünleşmesi amaçlanır. Psikososyal destek ve rehabilitasyon hizmeti detaylı ve çözüm odaklı olduğu için bu süreç oldukça nitelikli anlayışla hizmet üretimini gerektirmektedir.

Keçe (2018), Çocuk Destek Merkezlerinde çeşitli bileşenlerden oluşan “Anka Psiko-Sosyal Çocuk Destek Programı” uygulandığı belirtir. Söz konusu program; çok faktörlü yaklaşım ve müdahaleyi hedefleyen “Bireysel İhtiyaç ve Risk Değerlendirme Formu” (BİRDEF), Grup Çalışmaları, Bireysel Danışmanlık, Aile Çalışmaları, Destekleyici Ortam Bileşenleri, Destekleyici Personel İçin Yaklaşım İlkeleri, Krize Müdahalede Kurumsal Yaklaşım öğelerini içermektedir. Anka Çocuk Destek Programı ile çocukların bireysel farklılıkları, geçmiş yaşantıları ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak pozitif tutum ve davranış değişikliği sağlanması, travmatik yaşam deneyimlerinin neden olduğu örselenme ve davranış bozukluklarının sağaltımı, aile ve sosyal çevre ile uyum sağlaması hedeflenmektedir.

2.5.2. Çocuk Refahında İkincil Travmatik Stres: Çok Düzeyli Önleme ve Müdahale Stratejileri

Çocuk refahı uzmanları, ikincil travmatik stres açısından risk unsuru oluşturan durumlara kronik olarak maruz kalmaktadır. Ön safhalarda çalışan profesyoneller çoğu kez kişisel güvenliklerine yönelik tehditlerle karşı karşıya kalmakta, çocuğu ebeveyninden ayırmak ve ebeveyn haklarını sona erdirmek gibi son derece üzüntü yaratan durumlara tanıklık etmektedir. Çocuk refahı profesyonellerinin görevlerinin bir kısmı çocuk istismarı iddialarını araştırmak, çocuk istismarı ve ihmalinin açık ve bazen korkunç detaylarını ortaya koymak ve belgelemektir (Hendricks, 2012).

Alanyazın incelendiğinde sık sık kriz yaşayan, yüksek riskli, saldırgan veya intihara meyilli davranışlarda bulunan, kronik problemleri olan, iyileşme gösteremeyen ve özellikle travma geçirmiş çocuklarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yüksek risk altında olduğu görülmüştür (Simiano ve diğ., 2019; Pirelli ve diğ., 2020). Veriler, çocuk koruma hizmeti çalışanlarının ikincil travmatik stres ve tükenmişlik geliştirme açısından en yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (akt. Ingram, 2020).

Çocuk refahı alanında çalışan meslek elemanları, mesleki görevleri ve çalışma koşulları nedeniyle ikincil travmatik stres olarak adlandırılan dolaylı etkilenme deneyimi yaşayabilmektedir. Dolaylı olarak bir etkilenme durumu ise duygu, düşünce ve davranış

dünyasına yansımaları ile mesleki tatmini olumsuz etkilemekte duygusal zorlanmaya neden olmaktadır. Bu kapsamda, ikincil travmatik stresten etkilenen profesyonellere yönelik önleme ve etkin psikososyal müdahale stratejilerine gereksinim doğmaktadır.

Tablo 9’da, on yılı kapsayan bir çalışmaya yanıt veren 666 çocuk refahı çalışanının semptomlarının bir temsili yer almaktadır (Pryce ve diğ., 2007). Çocuk refahı çalışanları, travma sonrası stres ve ikincil travmatik stresin yanı sıra tükenmişlik belirtilerini de aktarmaktadır.

Tablo 9: Çocuk Refahı Çalışanlarında Bulunan Dolaylı Travmaya Maruz Kalma Belirtileri: İkincil Travmatik Stres (Pryce, Shackelford, & Pryce, 2007).

Anımsama, rüyalar, anksiyete / fiziksel tepkiler	Duygusal uyuşma
Düşüncelerden veya duygulardan kaçınma	Umutsuzluk
Faaliyetlerden veya durumlardan kaçınma	Kalıcı uyarılma
Bellek boşlukları	Uyumakta ve uykuda kalmakta güçlük
Müdahaleci düşünceler, olayın istemsiz hatırası	Sinirlilik veya öfke patlaması
Danışanın refahı ile az ilgilenme, birden fazla danışanla meşgul olmak	Konsantrasyon zorluğu
Yabancılaşmış hissetmek	Hipervijilans ve abartılı irkilme tepkisi
İşe hapsolmuş hissetmek	Faillere karşı şiddet düşüncesine sahip olmak

Sonuç olarak çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller çocukların yaşamış olduğu travmalardan dolaylı olarak etkilenebilmektedir. Dolayısıyla çocuk refahı çalışanları ikincil travmatizasyon açısından yüksek risk altındadır. Bu noktada koruyucu unsurlar ve stres tepkileriyle baş etme stratejileri önem taşımaktadır.

Bu noktada Catherall (1995) psikoeğitim, hazırlıklı olma ve planlama olarak ifade ettiği üç adımı öne sürmektedir

İkincil travmatik stres ile ilgili psikoeğitim, profesyonellerin uygulama alanına girerken hazırlıklı olmalarına yardımcı olmak için lisans ve yüksek lisans eğitim düzeyinde sosyal hizmet eğitim programlarına dahil edilmesini içerir.

Hazırlıklı olma etmeni, işe alınma sürecinde travma çalışmasında potansiyel riskleri ve işin doğası hakkında gerçekçi beklentileri aktarmaya ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini değerlendirmeyi sağlamak amacıyla işe alım esnasında bilgi vermeyi içerir. (Pearlman & Saakvitne, 1995b). Stres veya kriz zamanlarında proaktif olarak başetme becerilerinin kullanılması için göreve yeni başlayan personele başetme becerilerinin aktarılması gerekmektedir.

Planlama adımı bireysel çalışanlar ve ajanslar tarafından başlatılmalıdır. Bu adımda çalışanları gelecekte travmaya maruz kalmanın olumsuz etkilerine hazırlamak ve bu etkileri azaltmak amacıyla öz bakım planları ve destek sistemlerinin geliştirilmesi ön plandadır. Koruyucu ve önleyici hizmetlerin yalnızca kriz zamanlarında değil, aynı zamanda kronik olarak travmaya maruz kalmanın kümülatif etkilerini dikkate alarak sürekli olarak gündemde tutulması, destek sistemlerinin geliştirilmesi ve proaktif bir planlama yapılması gereklidir.

Dolaylı travmatizasyon, çalışanları birden fazla yolla etkiler. Bu nedenle, dolaylı olarak travmaya maruz kalan profesyoneller, hem danışanlarına hem de diğer iş sorumluluklarına odaklanmalarını engelleyebilecek komplike ve karmaşık semptomlarla karşı karşıya kalmaktadır. Danışanların travma hikayelerine ve deneyimlerine devamlı olarak maruz kalmak sosyal hizmet uzmanının incinebilirliğini ve amaç duygusunu kaçınılmaz olarak etkiler. Araştırmaların bazıları, sosyal hizmet uzmanlarının hemen hemen tüm uygulama ortamlarında doğal afetler, kişilerarası şiddet ve savaş dahil olmak üzere travma mağdurlarıyla çalıştığını vurgulamaktadır. Buna ek olarak , çocuk refahı çalışanları arasında dolaylı travmanın mevcudiyetini aktaran önemli araştırmalar vardır, fakat odak noktası, konunun bireysel düzeyde ele alınmasıdır. Bireysel öz bakım stratejileri ile ilişkili literatürün aktardığı öneriler ise şunları içerir: (akt. Dombo ve Blome, 2016).

- ❖ daha iyi iş-yaşam dengesi keşfetme (Hendricks, 2012)
- ❖ fiziksel olarak aktif olma (Trippany, White Kress ve Wilcoxon, 2004)
- ❖ yaratıcı faaliyetlerde bulunma (Newell ve MacNeil, 2010)
- ❖ din veya maneviyata odaklanma (Ausbrooks, 2011)
- ❖ farkındalık ve meditasyon stratejilerini benimseme (Dombo ve Gray, 2013)

Saakvitne ve Pearlman (1996; akt. Hendricks, 2012), ikincil travmatik stres olgusunda farkındalık, denge ve bağlantının önemini vurgulamaktadır. Farkındalık, kişinin kendi “travma

haritasını”, tetikleyici faktörleri ve travma ile çalışmanın kişinin yaşamı ve bakış açısı üzerindeki etkisini bilmeyi içerir.

Denge, bireyin kendi duygusal tepkilerini deneyimlemesine, iş ve bireysel yaşam arasında sağlıklı sınırlar kurması ve sürdürmesine, ulaşılabilir amaçlar belirlemesine, zaman yönetimi becerilerini koordine etmeyi ve olumsuz başa çıkma becerileri konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olmayı ifade eder.

Bağlantı, mesleki olarak izolasyondan uzak durmak, arkadaş ve meslektaşlardan gelen geri bildirimleri talep etmek ve dinlemek, bilgi edinmek için destek sistemleri ve fırsatları araştırmak, yeni beceriler edinmek ve yetkinlik inşa etmek için eğitim kazanmaya çalışmak ve kişinin maneviyatla bağlantıyı sürdürmesi anlamına gelmektedir.

Riskli çocuklar ve ergenler ile çalışan bakım profesyonelleri ikincil travmatik stres ve merhamet yorgunluğu riski altındadır. Danışanların toplumun en savunmasız üyeleri arasında olması psikolojik müdahale ve destekleyici bakım sunan profesyonellerin çocuklar ile kurduğu empatiyi derinleştirmektedir. Öte yandan, merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stresi sınırlamada etkili olduğu gösterilen belirli kişi merkezli stratejiler bulunmaktadır. Stratejiler arasında iş ve ev hayatı arasında net sınırlar koymak, bilinçli farkındalık geliştirmek, tutarlı öz bakım kalıpları oluşturmak ve hem kişisel hem de profesyonel olarak izolasyondan kaçınmak için sosyal destek grupları yer almaktadır. Araştırmalar, öz-şefkatin ikincil travmatik stres, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğe karşı koruyucu olabileceğini öne sürmektedir (Beaumont ve diğ., 2016; Durkin ve diğ., 2016; akt. Hopwood ve diğ., 2018). Son araştırmalar, bakım profesyonellerinin daha iyi stratejiler ve öz farkındalık geliştirmelerine yardımcı olmayı içeren dayanıklılık destek programlarının klinik strese karşı korunmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir.

Letson ve diğerleri (2019)’nin Çocuk Savunuculuk Merkezlerinde çalışan çocuk istismarı uzmanlarıyla yaptığı çalışmanın sonuçları, travmatize olmuş popülasyonlarla çalışan profesyonellere en uygun olan belirli öz bakım tekniklerinin önemini vurgulayan önceki çalışmaları tamamlamaktadır. Mevcut literatürde açıklanan özel teknikler arasında ise düzenli süpervizyon, ekip halinde çalışma, travmaya özgü eğitimlere katılma ve vaka yükünü dengeleme yer almaktadır.

Hatipoğlu (2017)'nin yapmış olduğu araştırmada, çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarıyla çalışan çocuk refahı profesyonellerinin psikososyal etkilenme deneyimleri ele alınmıştır. Araştırma sonuçları kapsamında çocuk refahı alanının zorluğu ve çalışmak için içsel motivasyona gereksinim duyulduğu aktarılmıştır. Bu sonuç odağında meslek elemanlarının sınırlarını, güçlü ve zayıf yönlerini bilmeleri ve kendilerini tanımları gerektiği ortaya konmuştur. Bununla birlikte, vakaların travmatik etkileri nedeniyle mesleki eğitimlerin yaygınlaştırılması, kurum ve alan değişimi ve özlük haklarının güçlendirilmesi gibi düzenlemeler önerilmektedir.

Özkul (2019)'un psikososyal destek elemanları ile yaptığı araştırmaya kamu veya özel sektörde çalışan 146 psikososyal destek çalışanı katılmıştır. Araştırma bulgularına göre; çocuk refahı ikincil travmatik stres düzeyinin en yüksek olduğu alanlar arasındadır. Bu bağlamda çalışma alanlarına özgü güçlendirme ve eğitim politikalarının oluşturulması önerilmektedir.

Borjanic Bolic (2018) çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller ile yaptığı çalışmasında sosyal politika yapıcılar, hizmet direktörleri, süpervizörler ve doğrudan alanda çalışan profesyoneller için ikincil travmatik stres ve vekaleten travmatizasyonun çocuk refahı iş gücünü ve olası sonuçlarına etkisini bilmenin önemli olduğunu aktarmaktadır. Ayrıca eğitim, örgütsel destek ve süpervizyonun travma konusunda önleme yaklaşımları arasında yer aldığı belirtilmektedir.

Baugerud ve diğerleri (2018)'ne göre örgütsel ve psiko-sosyal faktörler kişisel işleyişi etkileyerek ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin azaltılmasında ve önlenmesinde etkiye sahiptir. Kötü muameleye maruz kalan çocuklarla çalışan meslek grupları için sosyal destek eksikliği (Kim ve Stoner, 2008) ve azalan iş doyumunu izlenimi (Craig ve Sprang, 2009) gibi psiko-sosyal unsurlar önemli görünmektedir, çünkü çocuk refahı alanında çalışma genellikle yüksek düzeyde duygusal katılım gerektirir.

Fansher ve diğerleri (2019) şüpheli çocuk istismarı ve ihmali vakalarında, potansiyel olarak mağdur olan çocuklarla çalışan adli görüşmecilerin işlerinin doğası gereği stresörlere maruz kaldıklarını ifade etmektedir. Travmanın dolaylı etkilerini önleme noktasında ise çocuk ihmali ve istismarı alanıyla ilgisi olmayan dış hobiler ve faaliyetler gibi yardımcı başa çıkma tutumlarından söz edilmektedir. Önleme ve müdahale stratejileri arasında egzersiz yapma, okuma, açık havada olma, kısa geziler, gönüllülük, din ve maneviyat yer almaktadır. Orhan

(2020) rotasyon usulü çalışmanın çocuk refahı çalışanlarında ikincil travmatik etkileri azaltacağını belirtmektedir. Bu bağlamda profesyonellerin ruh sağlığının korunması, ikincil travmatik strese karşı önleme programları ve terapötik destek gruplarının oluşturulması oldukça önemli olmaktadır.

İkincil travmatik strese yönelik çok boyutlu önleme ve müdahale stratejileri bağlamında baş etme mekanizmaları oldukça önemlidir. Bu bağlamda profesyonel destek ve birileriyle paylaşma, destekleyici ekip çalışması, zihin boşaltımı için özel vakit ayırma ve sosyal etkinlikler, iş doyumu ve geri bildirimler istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarla çalışan profesyonellerde ikincil travmatik stresi önlemek için kritiktir. Ayrıca çocuk koruma sisteminin bir unsuru olan profesyonellere yönelik destekleyici bir uygulama ihtiyacı doğmaktadır (Albayrak ve Cankurtaran, 2020).

Mağdur çocuklarla çalışanlar arasında iç ve dış destek kaynakları başa çıkmanın ayrılmaz bir parçasıdır. Araştırmalar, paylaşılan deneyimler, mizah anlayışı, bilgilendirme oturumları, vaka paylaşımları ve genel tavsiyeler gibi meslektaş desteğinin ikincil travmatik stresi önleme ve müdahale stratejileri arasında en çok kullanılan destek olduğunu yansıtmaktadır. İş yeri dışında, arkadaşlar ve aile ile güçlü bir destek sistemine sahip olmak, egzersiz ve maneviyat (Hesse, 2002; Killian, 2008) gibi olumlu başa çıkma stratejilerine katılmak tükenmişlik (Brady, 2017) ve genel psikolojik sıkıntı (Davidson ve Moss, 2008) potansiyelini azaltmaktadır (Fansher ve diğ., 2019).

İkincil travmatik stresi önleme ve müdahale stratejilerinin risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelmesi önem taşımaktadır. Can (2020)'a göre insani yardım çalışanları ve ruh sağlığı uzmanlarına yönelik kültürel değerlere ve mesleki şartlara göre planlanan, koruyucu ve önleyici yapılandırılmış müdahaleler ve psiko-eğitimler ile risk etmenlerini ortadan kaldırabilmektedir.

Özetle, çocuk refahı alanında ikincil travmatik stresi önleme ve müdahaleye yönelik çeşitli stratejilerin ön plana çıktığı görülmektedir. Çocuklarla gerçekleştirilen psikososyal sağaltım ve rehabilitasyon sürecinin duygusal yükü, sürekli maruziyet, vakaların empatik yükümlülüğü ve düşük iş tatmini profesyonelleri ikincil travmatik stres karşısında savunmasız kılmaktadır. Bu kapsamda çocuk refahı profesyonellerini, risk faktörlerine karşı güçlendirici ve travmanın dolaylı etkilerini önlemek ve yönetmek için etkili başa çıkma becerilerini geliştirici uygulamalar işlevsel olmaktadır.

BÖLÜM 3

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, öznelere, veri toplama araçları, veri toplama süreci ve verilerin çözümlenmesi gibi unsurlar hakkında bilgi verilmektedir. Araştırma süreci ve hangi yöntemle gerçekleştirildiği yönündeki bilimsel temeller açıklanmış; bu bağlamda bu kısım 7 temel başlık altında kapsanacaktır;

1. Araştırmanın Modeli
2. Araştırmanın Öznelere
3. Veri Toplama Yöntemleri ve Araçları
4. Veri Toplama Süreci
5. Verilerin Analizi
6. Etik Hassasiyetler
7. Süre ve Olanaklar

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Erbay (2011)'ın belirttiği gibi araştırmacılar, yöntem belirlenme sürecinde pozitivist ekolün uzantısı olan niceliksel yöntem, yorumsamacı yaklaşımın uzantısı olarak belirtilebilecek niteliksel yöntem ya da nitel ve nicel araştırma deseninin birlikte kullanıldığı karma yöntem arasında tercih yapmaktadır. Bu tercihte konuya göre en uygun yöntemin hangisi olduğuna karar vermek önem taşımaktadır.

Bu araştırma Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyonellerin mesleki deneyimlerinden hareketle ikincil travmatik stres deneyimlerine, travmatik stresle ilişkili risk oluşturan etmenlere ve yaşadıkları güçlüklerle başetme stratejilerine sosyal hizmet disiplini temelinde bakmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda araştırmacı, Çocuk Destek Merkezinde çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerini sayısal verilerle ele almaktan ziyade derinlemesine betimleme yapma ve bireyleri kendi gerçeklikleri içinde analiz etme gereksinimi taşımaktadır.

Dolayısıyla ikincil travmatik stres deneyimini olayın öznesi olan Çocuk Destek Merkezinde çalışmış profesyonellerin mesleki deneyimleri üzerinden anlamak için araştırmada nitel yöntem tercih edilmektedir. Krysik ve Finn (2013: 40-43)'e göre nitel araştırma, insan deneyiminin anlamlarına ilişkin daha derinlikli bir kavrayışı amaçlayan yorumsamacı ya da anlatı geleneğinden beslenen araştırma paradigmasıdır. Nitel araştırma deseninde bireylerin olaylara ilişkin algılamaları ve öznel bakışı ön plandadır.

Kümbetoğlu (2019: 34)'nın da belirttiği gibi, niteliksel araştırmada en önemli adım araştırma süreci içerisinde araştırmanın yanıt aradığı soruların ve cevabın niteliğinin ortaya koyulmasıdır. Dolayısıyla araştırma stratejisini sorunun tipi belirler. Bu noktada niteliksel araştırmanın amacı, *“anlamak, araştırma faaliyetinin sonucu gerçekliği olduğu gibi tanımlamak olduğundan, niçin sorusundan çok, ne ve nasıl sorularına odaklanmaktadır.”*

Araştırmada sosyal hizmet araştırmasında yaygın olarak kullanılan nitel yöntemlerden olan fenomenolojiden (olgubilim) yararlanılmıştır. Creswell (2013: 77-81)'e göre fenomenolojik çalışma, *“birkaç kişinin bir fenomen veya kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamını tanımlar.”* Fenomenolojik araştırmada araştırmacılar fenomeni deneyimleyen kişilerden veri toplar ve ortaya bütüncül bir betimleme koyar. Betimleme ise “neyin”, “nasıl” deneyim edildiği ile ilgidir.

Patton (1990; akt. Spencer-Carver; 2008)'un da belirttiği gibi, Edmund Husserl fenomenolojik yaklaşımın öncüsü olarak kabul edilmektedir. Fenomenoloji Husserl'in *“Biz yalnızca deneyimlediğimiz şeyi bilebiliriz”* şeklindeki temel inanca dayanmaktadır. Husserl'e göre insanlar, duyuusal deneyimler ve anlamlar hakkında yorum yaparak olguları açıklamaktadır. Bu araştırma aracılığıyla Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimi ekseninde öznel deneyimlerinin keşfedilmesi amaçlanmıştır.

Patton (1990; akt. Spencer-Carver; 2008; Erükçü Akbaş, 2018: 58)'un aktarımında yer alan *“doğrudan alıntı yapma, araştırılan öznenin temel algılarını, deneyimlerini, düşüncelerinde olan şeyi, dünyayı algılama yollarını, derin duyguları alabilmenin temel kaynağıdır”* ifadesi ile doğrudan alıntılar yapmanın kolaylıkları aktarılmaktadır. Araştırmada doğrudan alıntı yaparak Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyonellerin duygu, düşünce ve deneyimlerine yer verilmiştir.

Fenomenolojik önermeye göre, emin olunabilecek tek fenomen bilinçtir. Dünya hakkındaki tüm bilgi ve deneyimlerimiz bilinç aracılığıyla oluşur ve bu oluşum sürecini irdelemenin usulü, dünyaya ilişkin bütün bilgimizi “paranteze almaktır” (Marshall, 1999: 241). Fenomenolojinin mimarı Husserl'in sloganlaşmış sözlerinden olan, *“Şeylere dönelim; yeniden.”* çağrısı ise bu önermenin bir yansımasıdır. Bu cümlecik, şeylerin, bizlere empoze edildiği için sorgulanmasını, bakış açımızı şekillendiren öğrenilmiş bilgileri yeniden incelemek, bir başka deyişle “kültürümüzü ayrıca alarak” şeylerin asıl görünümüne bakma çağrısını aktarır (Wolff 1997:499). Bu anlamda, fenomenolojik yaklaşımın birçok niteliksel araştırmanın metodolojisine yansıdığı belirtilmektedir (akt. Öktem, 2004).

Araştırmada üç aşamadan oluşan yarı yapılandırılmış bir form kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme için hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formunun birinci aşamasında profesyonellerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci aşamada çocuk refahı alanında çalışma deneyiminin, bir diğerinde ise travma sürecini yaşayan çocuklarla yoğun ilişkiler yaşayan ve bu travmaların etkisinin ortaya çıkarılmasını amaçlayan sorular bulunmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖZNELERİ

Bu araştırmanın öznelərini, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Çocuk Destek Merkezlerinde çalışmış sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar oluşturmaktadır. Araştırmanın özneleri, Çocuk Destek Merkezlerinde görev yapmış profesyonellerden araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler arasından seçilmiştir.

Araştırma öznelere ulaşmada amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Creswell (2013)'e göre amaçlı örneklem, niteliksel araştırma yönteminde kullanılan bir kavramdır. Araştırmanın merkezi fenomenin anlaşılmasına yönelik bilgi sağlayabilecek olguların seçilmesi esastır. Dolayısıyla, amaçlı örnekleme çeşitlerinden kartopu örnekleme yoluyla Çocuk Destek Merkezinde çalışma deneyimi olan profesyonellere ulaşılmıştır. Ankara ve İzmir ili özelinde çocuk refahı alanında deneyimli meslek elemanları aracılığıyla Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyoneller ile bağlantı kurulmuştur. Bu doğrultuda araştırmacı, travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışan profesyonellerle gerçekleştirdiği görüşme sonrasında bir diğer görüşme için bağlantı kurarak tekrarlayan bir süreç izlemiştir.

Araştırmanın amacına göre belirlenen katılımcıların araştırmaya dahil olmaları tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma katılımcılarını Çocuk Destek Merkezinde en az bir yıl çalışma geçmişine sahip olan sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar oluşturmaktadır. Kişilerin fiziksel, psikolojik ve duygusal hazırlıkta olma durumu araştırmacı tarafından Çocuk Destek Merkezi profesyonelleri ile gerçekleştirilen ön görüşmedeki gözlem ve kişilerden edinilen bilgiler yoluyla belirlenmiştir. Öte yandan, özellikle araştırma konusunun etik hassasiyetleri göz önünde bulundurularak, araştırmanın, bireylerin fiziksel, psikolojik ve duygusal yönlerden zorlu süreç içerisinde olduğu bir dönemde uygulanmasının da sakıncalı olduğu düşünülerek psikiyatrik tedavi öyküsünün varlığı, psikolojik destek sürecinde olunması, katılımcıların görüşmeye engel alabileceğini düşündüğü herhangi bir sağlık sorununun (kalp sorunları, panik atak vs. gibi) olması ve çocuk refahı alanında en az bir yıl mesleki deneyimin olması uygulama için koşul olarak belirlenmiştir. Bu sonuç odağında, araştırmanın dışlama faktörleri meslekte geçirilen süre, psikolojik iyilik hali ve sağlık sorunları bağlamında şekillenmektedir.

Araştırmanın öznelere, Çocuk Destek Merkezlerinde çalışmış, çocuk refahı alanında çalışma deneyimi en az bir yıl olan, psikolojik destek süreci içerisinde olmayan ve görüşmeye engel olabileceği düşünülen herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan 27 – 60 yaşları arasında bulunan 21 kişi olarak belirlenmiştir.

3.2.1. Öznelere İlişkin Sosyo-Demografik Bilgiler

Niteliksel araştırma deseninin kullanıldığı bu çalışmada Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimine sahip profesyonellere ilişkin tanıtıcı bilgiler önem taşımaktadır. Bu sebeple araştırmanın bu kısmında araştırmanın öznelere tanıtıcı sosyo-demografik nitelikler sunulmaktadır.

Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler sosyal hizmet disiplinin ve mesleğinin temel ilkelerinden olan gizlilik esası çerçevesinde yürütülmüştür. Etik hassasiyetler çerçevesinde, araştırmaya katılan profesyonellerin gerçek isimleri gizli tutularak gizlilik vurgusu defaten belirtilmiştir. Öznelere tanıtıcı sosyo-demografik nitelikler ise tabloda mevcuttur.

Araştırmaya katılan 21 profesyoneli tanıtıcı sosyo-demografik bilgiler tabloda yer almaktadır. Öznelere çoğunluğunu (13) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan çocuk refahı profesyonellerinin yaş dağılımı 27 – 60 arasındadır. 13'ü kadın 8'i erkek toplam 21 kişi olan profesyonellerin çoğunluğu (15) evli ve çocuk sahibidir. Profesyonellerin mesleki dağılımına bakıldığında, 11 kişinin sosyal hizmet uzmanı, 10 kişinin ise psikolog olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Öznelere Tanıtıcı Bilgiler

Katılımcılar	Yaş	Medeni Durum	Çocuk	Eğitim Bilgileri	Mesleki Deneyim Süresi	Çalışma Alanları
Martı	60	Evli	Var	Lisans Sosyal Hizmet	30	-Çocuk Refahı -Yaşlı Refahı -Kadın Çalışmaları
Turna	29	Bekar	Yok	Yüksek Lisans Sosyal Hizmet	5	-Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet -Çocuk refahı
Kırlangıç	37	Evli	Var	Lisans Psikoloji	13	-Engellilik -Kadın Çalışmaları -Çocuk Refahı -Yaşlılık
Suna	35	Evli	Var	Lisans Psikoloji	12	-Engellilik -Çocuk Refahı -Kadın Çalışmaları
Saka	27	Evli	Yok	Lisans	2	-Sosyal Refah Hizmetleri

				Sosyal hizmet		-Çocuk Refahı
Kartal	47	Evli	Var	Lisans Sosyal hizmet	15	-Çocuk Refahı -Gençlik Hizmetleri -Yaşlılık -Engellilik -Aile Refahı
Ardıç	34	Evli	Var	Yüksek Lisans Psikoloji	11	-Çocuk refahı
Anka	56	Evli	Var	Lisans Sosyal hizmet	33	-Yaşlılık -Çocuk Refahı
Hüma	38	Bekar	Yok	Yüksek lisans Psikoloji	16	-Engellilik -Yaşlılık -Çocuk Refahı
Sumru	31	Evli	Yok	Lisans Sosyal hizmet	7	-Çocuk refahı
İncirkuşu	31	Evli	Yok	Lisans Psikolog	7	-Yaşlılık -Engelli -Sosyal Refah Hizmetleri
Çalıkuşu	40	Bekar	Var	Lisans Sosyal hizmet	4	-Çocuk refahı
Balaban	39	Bekar	Yok	Yüksek lisans Psikoloji	7	-Çocuk refahı
Kuğu	34	Evli	Var	Yüksek lisans Psikoloji	10	-Çocuk refahı
Kumru	29	Evli	Var	Lisans Sosyal hizmet	5	-Çocuk refahı
Serçe	37	Bekar	Yok	Lisans Psikoloji	15	-Engellilik -Yaşlılık -Kadın Çalışmaları -Çocuk refahı
Albatros	47	Evli	Var	Lisans Sosyal hizmet	20	-Çocuk refahı
Keklik	57	Evli	Var	Lisans Sosyal hizmet	19	-Yaşlılık -Engellilik -Çocuk Refahı
Güvercin	33	Bekar	Yok	Lisans Psikoloji	10	-Çocuk Refahı
Kuzgun	52	Evli	Var	Lisans	25	-Yaşlılık -Çocuk Refahı

				Sosyal hizmet		-Tıbbi Sosyal Hizmet
Ebabil	35	Evli	Var	Doktora Psikoloji	11	-Yaşlılık -Çocuk Refahı -Sosyal Refah Hizmetleri

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmanın amaçlarına uygun olacak şekilde araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikler ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları hakkındaki bilgiler aşağıda sunulmaktadır:

- a) **Sosyo-demografik Veriler:** Araştırma öznelinin yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu ve aile kompozisyonuyla ilişkili sorular yer almaktadır.
- b) **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Çocuk refahı alanında çalışma ve ikincil travmatik stres deneyimi ile ilişkili veriler araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış form ile sağlanmıştır.

Greasley ve Ashworth (2007; akt. Özdemir, 2010), derinlemesine görüşmeyi araştırma konusu ile ilgili kişilerle belirli bir amaç doğrultusunda konuşma yapılması olarak tanımlamaktadır. Kümbetoğlu (2019: 72-73)'na göre, derinlemesine görüşme günlük konuşmadan farklı olarak görüşmecinin konuşmayı yönlendirerek sorumluluk aldığı, sorularla zenginleştirilen, görüşülen kişinin kendisini rahatça ve doğrulukla ifade edebileceği bağlamın yaratılabilmesidir. Niteliksel araştırma tekniklerinden olan derinlemesine görüşmeler, sosyal dünyadaki birçok olgu, ilişkinin görünümü ve sürecin özüne inmeyi, ayrıntılarını kavramayı ve holistik bir değerlendirmeyi mümkün kılan bir tekniktir.

Öktem (2004: 67), insanların kendi yaşamları ile ilgili bilgi elde etmenin en iyi yolunun, onlara kendi terimlerini kullanarak kendilerini ifade etmelerine izin verecek şekilde soru sormak aracılığıyla gerçekleştirileceğini ve bunun da nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan

derinlemesine görüşmeler ile sağlanabileceğini ifade etmektedir. Kuş (2012: 87)'un da aktardığı gibi derinlemesine görüşme tekniği araştırma katılımcılarının bakış açılarını, anlam dünyalarını, duygu ve düşüncelerini derinlemesine anlamayı olanaklı kılar.

Derinlemesine görüşmeler Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimine sahip olan profesyoneller ile gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde ikincil travmatik stres deneyimleri sosyal hizmet disiplini çerçevesinde irdelenmiştir.

Profesyonellerin mesleki deneyimleri, ikincil travmatik stres ve sosyal hizmet disiplini perspektifinde ele alındığından, görüşmelerde Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin bakış açıları ve deneyimlerini irdelemeye yönelik sorulardan faydalanılmıştır. Görüşme yönergesinde, profesyonellerin sosyo-demografik nitelikleri, mesleki ve ikincil travmatik stres deneyimine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ekte yer almaktadır (EK: 4).

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular, araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Görüşme formunda, görüşmecileri tanımaya yönelik sorulara, çocuk refahı alanında çalışma ve ikincil travmatik stresin deneyimlenmesine ilişkin sorulara, mesleki yaşantılarında güçlükler ve baş etme yollarını keşfetmeye yönelik soruları içermektedir. Bu sorulardan yola çıkarak İzmir ve Ankara ili özelinde Çocuk Destek Merkezinde çalışmış profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimleri sosyal hizmet disiplini perspektifinde ele alınmaya çalışılmıştır. Çocuk Destek Merkezlerinin ihtisas alanları bakımından orantılı bir dağılım göstermesi nedeniyle araştırma İzmir ve Ankara ili özelinde gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmanın sonunda, örselenmiş çocuklarla çalışan Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerinin incelenmesi ve süreç içerisinde yaşadıkları deneyimlerden yola çıkarak yaptıkları çalışmalardan etkilenme düzeylerinin açığa çıkartılması ve yaşadıkları sorunlara yönelik mesleki düzlemde önerilerde bulunulması ve dolaylı travmatizasyonu sosyal hizmet perspektifi ile değerlendirerek alanyazına katkıda bulunulması öngörülmektedir.

Travmatik yaşantısı olan bireylere müdahale eden profesyonellerin yaptıkları çalışmadan etkilenme düzeylerini odak alan çalışmaların sosyal hizmet literatüründe sınırlı olduğu

görülmektedir. Bu olguyu aydınlatmak ve mesleki doyumu artırmak için koruyucu ruh sağlığı ve müdahale programlarına katkı sağlamak öngörülen son noktalardandır.

3.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Bu araştırmada, Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyoneller örneğinde ikincil travmatik stres deneyimini anlamak için derinlemesine görüşmelerden yararlanılmıştır.

Araştırmada verilerin toplaması yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulama aşaması, Ankara ve İzmir ili Çocuk Destek Merkezlerinde çalışmış 27-60 yaş arası 21 profesyonel ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu ve kuruluş müdürlerinden alınan izinler doğrultusunda 2021 yılı Aralık ve 2022 yılı Ocak ayında Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimine sahip olan profesyonellerden gönüllü olanlar ile çalışmalara başlanmıştır. Alanyazın taraması sonucunda ve araştırmanın amaçları doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşmelerin yarı yapılandırılmış hale gelmesi sağlanmıştır. Dolayısıyla bu araştırmada çocuk refahı örneğinde ikincil travmatik stres ilişkisini anlamak için derinlemesine görüşmelerden yararlanılmıştır.

Çocuk Destek Merkezinde çalışma deneyimi olan profesyonellerin ikincil travmatizasyon sürecini nasıl deneyimlediği, ikincil travmatik stresle ilişkili risk etmenlerine ve bu noktada baş etme stratejilerinin nasıl şekillendiğini çocuk refahı ve ikincil travmatik stres kavramsallaştırması içinde anlamada etkili sonuçlara erişebilmek açısından derinlemesine görüşme tekniğinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın katılımcıları ile COVID-19 Pandemisi sebebiyle çevrimiçi yollardan destek alınarak gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür.

Araştırmanın öznelere ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde öncelikle katılımcı ve araştırmacı arasında güven ilişkisinin kurulabilmesi hususu dikkate alınmıştır. Bu bağlamda araştırmacı tarafından araştırmanın konusu ve amacı, katılımın gönüllük esasına dayandığı,

görüşme sonucu elde edilen bilgilerin yalnızca araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacağına bilgisi verilmiştir. Derinlemesine görüşmeler esnasında görüşmelerin kayıt altında alınması konusunda katılımcıların onayı alınmıştır. Katılımcıların araştırma hakkında derinlikli bir kavrayış edinmesi için bilgilendirilmiş onam formu (Ek: 3) hazırlanarak görüşmelerden önce söz konusu formlar öznelere tarafından imzalanmıştır.

Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyoneller ile yapılan görüşmeler doygunluk noktasına erişilinceye kadar sürdürülmüştür. Nitel araştırma literatüründeki genel kanı, araştırmanın amaçlarına ulaşmak için gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde katılımcı sayısı ve görüşme süreci kısıtlaması olmadığı yönündedir. Diğer taraftan kültürel formları ve öznel deneyimleri anlamayı hedefleyen araştırmaların *“ortalama birer saat süren ve en çok 25-30 katılımcı ile yapılacak derinlemesine görüşmelerle”* sağlanabileceği ileri sürülmektedir. Bu anlamda, ikincil travmatik stres deneyimi yaşayan profesyoneller ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin *“istenilen bilgi derinliğine ulaşıldığı ortak görüşüne varıldığında sonlandırılacak biçimde”* (Johnson, 2001: 113; Tuncay, 2009: 53) iletilmesi hedef alınmıştır.

3.5. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI

Niteliksel araştırma ile ilgili aktarılan açıklamalarda nitel veri analizinde verilerin indirgenmesi, azaltılması yada sınıflandırılmasının gerekli adımlar olduğu belirtilmektedir (Miles ve Huberman, 1984; 1994; Creswell, 1994; Krueger, 1994; 1998; Catterall ve Maclaran, 1997; akt. Kuş, 2012: 158).

Niteliksel analiz, Kümbetoğlu (2019: 152)’nin belirttiği gibi veri oluşturma süreci ile beraber örülen bir süreci işaret etmektedir. Analiz, çeşitli veri kaynaklarından oluşan veri yığının ilmek ilmek çözümlendiği bir süreçtir. Niteliksel veri analizinde kavramlar, fikirler ve temalar metnin defalarca okunmasının ardından oluşmaktadır. Nitel veri analizinde açık kodlama metodolojisinden yararlanılmıştır.

Derinlemesine görüşmeler süresince araştırmaya dahil olmayı kabul eden Çocuk Destek Merkezlerinde çalışma deneyimi olan profesyonellerin iznine tabi olmak suretiyle ses kaydı alınması sağlanmıştır. Ses kayıtları araştırmacının görüşmeler boyunca alacağı gözlem notlarına dayanarak deşifre edilmiştir. Deşifrelerin bitmesini takip eden süreçte nitel veri analizine yardımcı olacak MAXQDA nitel veri analiz programından yararlanılarak verilerin

ana temaları ve alt temalarının belirlenmesi süreci izlenmiştir. Son olarak oluşturulan ana temaların ve alt temaların çıktılarına dayanarak var olan veriler araştırmanın amacı bağlamında yorumlanmıştır.

Araştırmanın uygulama aşamasında ses kayıt cihazı ve not tutma aracılığıyla kayıt altına alınan derinlemesine görüşme verileri yazılı dökümler haline geçirilmiştir. Araştırmacı tarafından araştırmanın amaçlarına uygun olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış form ile edinilen gözlem notları veri analiz sürecinde değerlendirilmiş ve kolaylık sağlamıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi ile toplanan veriler araştırmacı tarafından işlenmiş ve çözümlenmiştir. Verilerin çözümlenmesinde verilerin yazılı dökümler haline getirilip düzenlenerek analize hazırlanması ve tematik analize tabi tutulması süreci izlenmiştir.

Niteliksel verilerin analizi sonucunda toplamda 4 ana tema ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan ana tema ve alt kategorilere dair bilgiler ise Tablo 11’ de sunulmaktadır.

Tablo 11: Temalar ve Alt Temalar

Temalar	Alt temalar
1. Çocuk Destek Merkezi Profesyonellerinin Çalıştığı Vakalar ve Travmatik Deneyimler	Cinsel İstismar Mağduru Çocuklar
	Refakatsiz Çocuklar
	Madde Kullanımı
	Psikopatolojik Vakalar ve Zihinsel Engellilik
	Kayıp ve Yas / Ebeveyn Terki
2. Çocuk Refahı Alanında Çalışmak	Rol ve Sorumluluklar
	İş Doyumu
	Profesyonelleri Güçlendiren Unsurlar
	Profesyonelleri Güçsüz Kılan Unsurlar
3. Travmatik Yaşam Olaylarına Maruz Kalan Çocuklarla Çalışma Deneyimi ve Kişisel Yansımaları	Vakaların Duygusal Yükü
	Çocuk Refahı Alanında Çalışmanın Kişisel Yansımaları

	Profesyonellerin Baş Etme Stratejileri
4. Psikososyal Destek Hizmetleri ve Gereksinimler	Süpervizyon
	Kurum ve Kuruluşlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon
	Rotasyon Talebi
	Eğitim Desteği
	Koruyucu ve Sağaltıcı Ruh Sağlığı Hizmetleri

3.6. ETİK HASSASİYETLER

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne gönderilen araştırma önerisi ile araştırmanın yürütülmesine ilişkin izin alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 18.12. 2021 tarih ve E-35853172-300-00001926084 sayılı yazısı ile araştırma etik açıdan uygun bulunmuştur (EK: 2).

Görüşme yapılan profesyonellere, araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında gerekli bilgiler verilmiş, Aydınlatılmış onam formu (EK: 3) ile izinlerinin tamamlanmasının ardından araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Katılımcılardan derinlemesine görüşmeler sürecinde ses kayıt cihazı kullanımı için onay alınmıştır.

Çalışmada deneyimlerini aktaran her bir Çocuk Destek Merkezi profesyonelinin gerçek isimleri gizli tutularak kimliklerinin gizli tutulması ve mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi bağlamında ve gizlilik esasında yürütülmüştür. Her özneye takma isimler verilmiştir. Veriler etik hassasiyetler çerçevesinde toplanmıştır.

3.7. SÜRE VE MALİYETLER

Araştırma Şubat 2021- Mart 2022 tarihleri arasında Ankara ve İzmir’de tamamlanmış olup, araştırmanın verileri ise 19 Aralık 2021 ve 31 Ocak 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizi ve araştırma raporunun olgunlaşması Şubat 2022 döneminde tamamlanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesinde gereksinim duyulan tüm maliyet araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır.



BÖLÜM 4

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın amaçları doğrultusunda verilerin toplanması, çözümlenmesi ve yorumlanması sonrasında elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular 4 ana tema çerçevesinde sunulmaktadır. Bu ana temalar:

- a) Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin çalıştığı vaka türleri ve travmatik deneyimler
- b) Çocuk refahı alanında çalışmak
- c) Travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışma deneyimi ve kişisel yansımaları
- d) Psikososyal destek hizmetleri ve gereksinimler olarak sıralanabilmektedir.

A)Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin çalıştığı vaka türleri ve travmatik deneyimler: Çocuk refahı alanında kritik bir kuruluş olan Çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyonellerin ikincil travma deneyimleri temel olarak karşı karşıya kalınan travmatik vakaların duygusal yükü ve yoğun şekilde maruz kalmanın çeşitli zorlanmalara neden olduğu yönündedir. Bu konu araştırmada çocuk destek merkezi profesyonellerinin karşılaştığı vakalar ve dolaylı olarak maruz kalınan travmatik deneyimler olarak ele alınmıştır.

B) Çocuk refahı alanında çalışmak: İkincil travmatik stres deneyiminde travmatik durumlara maruziyet düzeyinin bir risk faktörü teşkil ettiği ve önem taşıdığı anlaşılarak ilk ana tema çocuk destek merkezi profesyonellerinin karşı karşıya kaldığı vakalar, ikinci ana tema ise dolaylı maruziyet ve mesleki faktörlere ilişkin elde edilen bulgular doğrultusunda çocuk refahı alanında çalışmak olarak belirlenmiştir.

C) Travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışma deneyimi ve kişisel yansımaları: Sürekli olarak travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmanın iş doyumu, duygusal zorlanma ve ikincil travma semptomları bağlamında tetikleyici unsurlar olduğu görülmüştür. Bu nedenle travmatik yaşam deneyimine sahip çocuklarla çalışma deneyimi ve kişisel etkileri üçüncü ana tema olarak ortaya çıkmıştır. Üçüncü ana tema altında profesyonellerin, örseleyici ve travmatik olaylara maruz kalan çocuklarla profesyonel bir rolde uzun süreli bir temasın etkileriyle baş etme stratejileri ele alınmıştır.

D) Psikososyal destek hizmetleri ve gereksinimler: İkincil travmatizasyon riski altında olan çocuk refahı profesyonellerine ilişkin psikososyal destek, süpervizyon ve koruyucu ruh sağlığı çalışmaları önem kazanmaktadır. Ben nedenle psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının ikincil travmatik stres deneyimlerini ve bu travmatizasyonu yordayan risk faktörlerine ilişkin derinlikli bir kavrayışa gereksinim duyulmaktadır. Bu konu araştırmada psikososyal destek hizmetleri ve gereksinimler ana teması olarak yer almaktadır.

4.1. ÇOCUK DESTEK MERKEZİ PROFESYONELLERİNİN ÇALIŞTIĞI VAKALAR VE TRAVMATİK DENEYİMLER

Çocuk Destek Merkezinde çalışan profesyoneller örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmaktadır. Söz konusu vakalar, çalışılan çocuk destek merkezinin ihtisas alanı çerçevesinde değişiklik göstermekle birlikte şiddetli ve iç içe geçmiş sorunları içeren travmatik yaşam deneyimlerini içermesi bakımından koşutluk barındırır. Bu konu araştırmada çocuk destek merkezinde çalışan profesyonellerin yönettiği vakalar arasında karşılaşılan travmatik deneyimler, çalışmakta güçlük çektikleri vaka türleri ve en çok etkilendikleri vaka ekseninde ele alınmıştır. Dolayısıyla bu analiz başlığının alt temaları cinsel istismar mağduru çocuklar, refakatsiz çocuklar, madde kullanımı, psikopatolojik vakalar ve zihinsel engellilik, aile kaybı ve ebeveyn desteği olmayan vakalar olarak yer almaktadır.

Profesyonellerin verdiği yanıtlar, çocuk refahı alanında karşılaşılan vakaların travmatik yaşam olaylarını içermesi ile travmaya ikincil olarak bir maruziyet durumunun oluştuğuna işaret etmektedir. Örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocukların kuruluşa geliş nedenlerinin ardında ardışık travmaların varlığı, vaka yönetim sürecinin zorluğu ve vakaların empatik yükü Turna'nın şu ifadesi ile netleşmektedir.

“Çünkü hem çocuk destek merkezinde hem de diğer alanlarda fark etmez çalışırken hep dezavantajlı grupla karşı karşıyız ve böyle hep aslında sistemle bir mücadelemiz de var aynı zamanda dolayısıyla yorulduğum bunaldığım bazen böyle çaresiz hissettiğim çok şey oldu. Bazen böyle şey diyorum işte, Bir duvar ustası olsaydım 2 saat sonra 3 saat sonra 5 gün sonra işim biterdi ve yaptığım şeyi görebilirdim. Ama sosyal hizmette böyle olmuyor. Bazen 5 gün değil 5 ay hatta uzun yıllar sürebiliyor yaptığımız işin sonucunu görebilmek. Çünkü sürekli işte belli bir noktaya geliyoruz müdahale planında tekrar başa dönüyoruz, tekrar devam ediyoruz, o inişler çıkışlar mesleğimizde çok fazla ama bütüne baktığımda böyle geri dönüp ya iyi ki dediğim gerçekten çok mesleki anlamda tatmin olduğum, mutlu olduğum çokça anla ve vakayla karşılaşıyorum.” (Turna, K, 20, SHU).

Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller risk altındaki çocuklarla çalışmaktadır. Yaşantılarında pek çok sorunun kesiştiği ve travmatize edici deneyimlere maruz kalan risk altındaki çocuklarla çalışmak profesyoneller açısından da duygusal zorlanmaya neden olmakta ve ikincil travmatik stres açısından risk etmeni oluşturmaktadır. Çalışmada karşı karşıya kalınan vaka türleri şu şekilde paylaşılmıştır:

“İstismar, çok yoğun uyuşturucu madde bağımlılığı olan çocuklar, aile desteği olmayan çocuklar, yani genelde benim çoğu vakamda aile desteği neredeyse sıfır.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Ağırlıklı olarak son yıllarda cinsel istismar birinci sırada yer alıyor. Eee istismarın diğer alanlarından gelen çocuklarda var. Suça sürüklenme olabiliyor. Madde olabiliyor. Çocuk işçiliğinden çok nadir olarak geliyor. Suça sürüklenen çocuklarımız oluyor, madde öyküsü olan çocuklarımız oluyor. Genel olarak istismar vakaları yani. Çok az da olsa sosyal sorunlardan ekonomik nedenlerden gelen çok nadir çocuğumuz oluyor.” (Albatros, E, 47, SHU).

“Bizim alanımız gereği daha çok cinsel istismar mağduru çocuklarla karşı karşıyız. Ama bunun yanı sıra davranış bozukluğu, ruh sağlığı bozuk olan çocuklarla da çalışıyoruz yani vakalarımız çok fazla.” (Anka, K, 56, SHU).

“Cinsel istismar. Madde kullanımı. Fiziksel istismar. Sokak yaşantısı.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Yani şey cinsel istismar, aile içi ihmal ve madde kullanımı...” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“karşılaştığımız vakalar çok kompleks vakalar. Tek bir sorunla karşımıza çıkmıyorlar. Evden kaçma vakası bir anda cinsel istismar madde suça sürüklenme gibi birçok boyutu barındırabiliyor.” (Albatros, E, 47, SHU).

Bilgin ve Yetimoğlu (2018), tarafından yapılan araştırmada “Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimleri” (ÇOKİM)’ne kabul edilen çocukların birime geliş nedenleri ve yararlandıkları sosyal hizmet müdahaleleri ortaya koyulmuştur. Araştırma bulgularına göre, çocukların birime teslim edilme nedenleri arasında cinsel istismar, evden kaçma ve aile içi şiddet en sık neden olarak saptanmıştır. Birime gelen çocukların gösterdiği riskli davranışsal ve duygusal nitelikler ise uyuşturucu madde kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, evden kaçma, kendine zarar verme, intihara teşebbüs ve intiharı düşünmedir. Dolayısıyla profesyoneller, çocuk destek merkezlerinin ihtisas alanı ekseninde kompleks vakalarla çalışmaktadır.

“Cinsel istismar mağduru çocuklar... sokak alışkanlıkları olan sokak çocukları, madde bağımlısı olan çocuk, sadece evinden kaçan kaçma problemi olan çocuk da geliyor.. birçok farklı alanlardan mağdur olmuş çocuklar.” (Kartal, E, 47, SHU).

“Uzun yıllar çalışmam sebebiyle hemen hemen her alanda yani travmatik olan her öyküyle karşılaşmış olabilirim. Yani enstest ilişki, cinsel istismar, erken yaşta evlilik, sonrasında evden kaçma ve davranış bozukluğu haline gelen durumlar, aile içi şiddet, psikolojik şiddet, ebeveyn yoksunluğu, çocuk istismarı ve istismar çeşitleri, onun dışında refakatsiz çocuklar yani bunların hepsiyle çok sık çalıştım” (Sumru, K, 31, SHU).

“Çocuk destek merkezinin ihtisas alanları genelde 4 başlıkta içeriyor 4 başlığı içeriyor. Madde kullanımı olan çocuk, sokak yaşantısı olan çocuk, suça sürüklenen çocuk ıı bi de istismar mağduru çocuk yada istismar faili çocuk ondan 4 alanda hizmet veriyor” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

4.1.1. Cinsel İstismar Mağduru Çocuklar

Çocuk destek merkezlerinde profesyonellerin karşı karşıya kaldığı vaka türü en temelde istismar ve ihmal ekseninde şekillenmektedir. Cinsel istismar vakaları, aile içi ve aile dışı maruziyet olarak profesyonellerin sıklıkla çalıştığı vaka türünü oluşturmaktadır. Bu nedenle istismar veya ihmalin meydana geldiği çocuklarla ve ailelerle çalışmanın ve bu süreçte çocukların fiziksel ve ruhsal olarak zarar görmesine şahit olmanın etkileri profesyonellerin vaka örneklerinde yer edinmiştir. Bu bağlamda katılımcılara yönetilen vakalar arasında daha çok hangi travmatik deneyimler ile karşılaşıldığı sorulmuş ve şöyle paylaşmışlardır:

“Yani cinsel istismar alanında çalıştığımız için tabi ki birinci olarak istismar. hani bunun türlerine girersek ağırlıklı olarak aile dışı cinsel istismar. Aile içi cinsel istismar da yaşıyor ama daha çok aile dışı olanlar. Bide fiziksel şiddet öyküleri, boşanmış aile, yani aile bölünmesi, ebeveyn kaybı hani bunlarla ilgili travmalara da sık şahit oluyoruz.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“Aile içi cinsel istismar. Enstest vakalar. Hoş onla bazen çalışmak daha kolay oluyor, aile hemen tutuklanıp içeri girdiği için ama çocukla çalışması çok zor oluyor.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“...beni en çok etkileyen gene gerçekten hani bu cinsel istismar noktasında çok etkiliyor hani süreç sonrasında kendimi kötü hissediyosun falan olaylardan dolayı” (Saka, K, 27, SHU).

“Daha çok istismar... yani aile içi aile dışı daha çok istismar.” (Keklik, E, 57, SHU).

Albayrak ve Cankurtaran (2020)'a göre, çocuk refahı alanında çalışılması en güç olan alanlardan birisi çocuk ihmal ve istismarıdır. Molnar ve diğerleri (2020) ise çocuk refahı ve çocuk koruma uzmanlarının istismar ve ihmal nedeniyle travmatize olmuş çocuklarla çalıştığını ve travmatik hikayelere maruz kaldığını belirtmektedir. Profesyonellerin aktarımları ise bu kanıyı yansıtan örneklerdir.

“Yani istismar mağduru ile çok fazla karşılaşıyoruz zaten, aile içi yada aile dışı bu tür travmaları var. Eee onun dışında yani fiziksel istismarın dışında ihmal edilmiş çocuklar da çok fazla. Yani bu ihmal edilme derken şey de olabiliyor, hani çocuk çok fazla ilgileniyo gibi görünüp aslında ilgilenilmeyen çocuklar da var. Yani her dedikleri yapılp ama gerçek anlamda çocukla zaman ayrılmamış oturupta, o türde ihmal edilen çocuklarla da karşılaşıyoruz. Yani hepsinin ortak özelliği ailede ihmale uğramış çocuklar, özellikle ilgi sevgi açısından ihmal en önemli şey. ikincil travmalarda işte istismar aslında birincil olarak bize böyle geliyolar ama istismarın yanında bu ihmal de çok fazla çalışıyoruz.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“...cinsel istismara uğramış ve aile içi, abi babadan ve anne- baba asla bunu... yani çocuğa inanmıyorsa. Çocuğa karşı sürekli işte sen bizim ailemizi dağıttın, sen bizim ailemizi mahvettin, sen biz mahvettin gibi... her ne kadar biz çocukla ailenin ilişkilerini sınırlandırsak da çocuk aileden de kopamıyor. Aileyle görüşmelerinde yapılan tek bir cümle çocuğu başa döndürüyor. Ya bizi en çok zorlayan vakalar bunlar. Çünkü çok fazla... yani gerçek istismarı yaşamış küçük yaşta ve uzun süreli istismar görmüş çocuklar psikolojik olarak çok dağılmış oluyolar, ve kendilerini toplayamıyorlar, kendilerine zarar verme olayı onlarda da fazla oluyor.” (Anka, K, 56, SHU).

“Yani aile içi istismar vakaları oluyordu. Veya işte yakın çevre istismarı. Daha çok bu vakalarla karşılaşıyorduk...” (Kuzgun, E, 52, SHU).

Örseleyici ve travmatize edici bir aktivite olan çocuğun cinsel yönden istismarı yıkıcı etkileri ile istismarın yaşandığı andan itibaren başlayarak uzunca bir süreye yayılmaktadır. Bununla birlikte travmatik etki yalnızca travma mağduru çocuk ile sınırlı kalmamaktadır. Dolayısıyla meslek elemanları tanık olma veya bilgi edinme yoluyla dolaylı etkilenme deneyimi yaşayabilmektedir. Cinsel istismar mağduru müracaatçı grupları ile çalışan profesyonellerde asabiyet, üzüntü, depresyon ve vakalara sıklıkla maruz kalma sonucunda tükenmişlik sorunları ortaya çıkmaktadır (Hatipoğlu, 2017). Profesyoneller etik hassasiyetler çerçevesinde etkisinde kaldıkları cinsel istismar vakalarını şöyle paylaşmışlardır:

“İsim vermiyorum. Aile içi cinsel istismar, enstest bir vaka var. ... bölgesine mal olmuş... Aynı zamanda borderline kişilik özellikleri gösterip aynı zamanda bipolar kişilik özellikleri örtüşen bir vakaydı. İntihar eğilimi, kendi cinsine yönelim, halüsinasyonlar, personele zarar vermesi, çevresine zarar vermesi, ailenin çok ihtisaslı olupta vakaya çok müdahale etmesi, babadan istismar olması, beni çok zorlamıştı. Hatta doğum gününü bile unutmam çocuğun, reşit olduğu tarihi kutlamıştım. Çünkü bizden baya bir geçmişti bu vaka bize gelmişti başka bir kuruma gitmişti. Ama vakayla vedalaşarak çocuğu ben kendim

götürmüştüm her şeye rağmen. Hatta burdayken hatırlıyorum çok kez dilekçe vermiştim. Bu vakayı benden alın, artık beni aşıyor, ilişkimiz bozuldu, bir adım dahi ileri gidemiyorum diye. Asla unutacağım bir vaka değil ama vaka bana çok şey öğretti bu alanda.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“kaç yaşındaydı çocuk valla 12 yaşında mıydı 13 yaşında mıydı neydi. 30 küsur yaşındaki bi adamın süreli tecavüzüne maruz kalmış bi çocuk vardı. O mesela çok travmatikti benim için yani. Yani o mesela onu unutmam yani. Ki İlk kabul de çalıştığım dönem. Bunlardan yıllar önceki dönem. O mesela beni çok olumsuz etkiledi.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

*“A vakası, aile içi cinsel istismar... işte babadan, abiden, amcadan belki birden fazla aile bireyinden istismar gören, şiddet gören evden kovulan, istismar gördüğünde istismarı istismarın başka kişilere söylememesi konusunda tehdit, ölüm tehdidine varan ve bu şekilde gördüğü istismarı, cinsel istismarı yıllarca saklayan, korktuğu için işte bana zarar verebilirler diye. Ve o yıllarca sakladığı halde hamile kalması sonucunda istismarın ortaya çıktığı ve bu şekilde yakınlarından ailesinden uzaklaşmak durumunda kalabilen ve **hayata devam edebilmesi için ismi değiştirilen, doğum yeri değiştirilen ve bütün hayatı silinen...** yeni bir sayfa açılan ve yeni bir isim... yeni bir adla bir kişi olarak hayata başlaması ve böyle bir hayat kurması yani beni etkileyen bir vaka. Yani çok vaka var bu anlattığım gibi bizi etkileyen aile içi cinsel istismar. Aile içi cinsel istismarlar maalesef bizi en çok etkileyen, bizi en çok zorlayan ve çocukların yaşamında travma bırakan vakalar olarak görülmüyor. Yani bu anlattığım vaka maalesef travmatik bir vaka. Şu anda zaten ismi soy ismi değiştirilmiş, yaşadığı şehir değiştirilmiş, tamamen yeni doğan bir kişi gibi bir hayat sürülüyor. Tabi bu hayat onu ne oranda mutlu edecek yada hayata uyum sağlayabilecek mi yada tamamen kaybolacak mı yada o çocuğu kazanabilecek miyiz? Bu maalesef bir soru işareti.” (Martı, E, 60, SHU).*

Öznelerin yıllar önce çalıştıkları cinsel istismar vakalarının duygusal yükünü hala taşıdıkları gözlemlenmiştir. Kırangıç ve İncirkuşu’ nun vaka paylaşımı, cinsel istismar vaka yönetimi sürecinde çocukların yaşadıkları karşısında hissedilenleri ve kabullenemeyişi içermektedir.

“Yani tabi isim falan vermeden şöyle anlatabilirim. Şehirde söyleyemiyim ben farklı farklı şehirlerde çalıştığım için. 9 yaşında bir erkek çocuğunu sarı peruk, mini etek, topuklu ayakkabılarla yoldan almıştık yani otobanda fuhuş yaparken yakalamıştık. Yani yakalamıştı polisler. Bende hani yaşı itibariyle erkek yurduna hani ... de gelemeyecek, erkek yetiştirmeye gitmesi lazım yuvaya. Ama çocuk erkek kıyafeti giymeyi kabul etmiyordu. O kadar kötüydü ki üzerindeki kıyafetler böyle fosforlu fistolu etekler ya böyle çok kadınsı yani hani ben bir kadın olarak giymeyeceğim tercih etmeyeceğim derecede açık, iddialı hani çok feminen kıyafetlerdi. Ve çocuk aşağı yukarı 30 kiloydu. Yani boyu da 1.30 falan gibi düşün çocuk yani bildiğimiz oğlan çocuğu, 9 yaşında daha. Fiziksel olarak da çocuk. Yani beni çok çok etkilemişti. Yani onunla birlikte olan erkekleri düşününce, o duran arabaları falan böyle düşününce yoğun bir toplumsal öfke duyuyorsun. Nasıl yani, hani bu çocuk yani... bunu birisi öyle giydirmiş koymuşta insanlar nasıl o arabayı durdurup bu çocuğu alabiliyorlar diye hala böyle şey yaparım yani, çok küçüktü insanlardan böyle nefret etmeme falan sebep oldu. Senelerdir unutmam belki 10 sene geçti üzerinden. Şimdi çocuk belki reşit olmuştur yani. Çok böyle yormuştu beni çok üzmişti. Uzun zaman onu atlatamadım...” (Kırangıç, K, 37, Psikolog).

*“Evet, ben öz babasının cinsel istismarı nedeniyle gebe kalan ve gebeliği 32. Hafta da fark edilen ve çok ileri bir gebelik olduğu için sonlandırılması mümkün olmayan ve **kardeşini doğurmak durumunda kalan** bir çocuktan çok etkilendim. Burada etkilendiğim kısım*

şuydu detaylarını anlatabilirim. Birincisi, çocuğun ne yazık ki babasıyla ilişkisini yani çocukluğundan beri çok uzun yıllardır buna maruz kaldığı için babasıyla ilişkisinde bu yaşadığını çok garipsememesi, normalleştirmiş olması, acı olan bir nokta buydu. Yani çünkü biz çocuğu koruma altına aldığımızda bize hani biz babasına çok tepkili olacağını beklerken babasıyla konuşmak istedi, sesini duyabilir miyim dedi. Babası cezaevine girdiği için üzüldü ve hatta onunla empati yani... ama o şeker hastası, ne yiyecek ki, bişey yiyemez, yapamaz ki cezaevinde gibi kendi durumundan çok önce babasına üzüldü. Çünkü hani babasının ona çok ciddi bir kötülük yapmış olduğunu neredeyse farkında değildi...” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

Passmore ve diğerleri (2020)’nin çocuk istismarı pediatri klinisyenleri ile yaptığı araştırma bulguları, klinisyenlerin istismara uğramış çocukların yaşadığı travmalarla sürekli olarak karşılaştıklarını aktarmaktadır. Bu durum ise travma sonrası stres bozukluğuna benzer semptomları içeren bir sendrom olan ikincil travmatik stres riskine zemin hazırlamaktadır.

Buraya kadar aktarılan anlatılarda, profesyonellerin cinsel istismar vakalarının, özellikle aile içi cinsel istismar vakalarının etkisi altında kaldığı ve unutamadıkları vaka olarak ifade ettikleri görülmektedir. Öznelerin anlatıları, cinsel istismar vakalarının duygusal yükünün ve cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışmanın ikincil travmatik stres geliştirmede risk unsuru taşıdığını göstermektedir.

4.1.2. Refakatsiz Çocuklar

Uluslararası göç hareketlerinde sürecin dramatik yüzü ve hassas gruplarından birini de çocuklar oluşturmaktadır. Atasü Topçuoğlu (2014) refakatsiz göçmen çocukların 2007 yılından bu yana karşılaşılan göç grupları arasında yer aldığını belirtmektedir. Aileleriyle birlikte göç eden çocukların yanısıra refakatsiz çocukların göç sürecinde, farklı dinamikler etkili olmakta ve çocuk koruma sistemi içerisinde farklı bir konumda değerlendirilmektedir. Bu noktada koruyucu ve destekleyici tedbirler kapsamında bu alanda ihtisaslaşmış çocuk destek merkezleri ön plana çıkmaktadır.

Göç süreci, yerinden edilme ve aileden ayrı düşme gibi travmatize edici yaşam olaylarına maruz kalan refakatsiz çocuklar, zorunlu göç deneyiminin en korunmasız grubudur. Bu açıdan refakatsiz çocuklarla çalışan profesyonellerin çoklu ve ardışık travma biçimleri ile karşı karşıya olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Turna’nın refakatsiz çocuklarla çalışma deneyimi,

çocukların göç öncesinde, sırasında veya sonrasında yaşadıkları travmatik olayları ve profesyonellerin çoklu ve ardışık travma biçimleri ile çalışma sürecini yansıtmaktadır.

“Yani şimdi daha çok ben refakatsiz çocuklarla çalıştığım için, göç sürecinde yaşanan travmatik deneyimlerle çok karşılaşıyorum tabi. Göç öncesinde yaşanan bazı travmalar olabiliyor, işte sevdiklerinin, yakın çevrelerinin kaybı gibi savaş, saldırı gibi travmatik yaşam deneyimleri olabiliyor. Göç sırasında yine ailelerinden ayrılma, ailelerinden ayrı düşme, istismara maruz kalma gibi durumlar olabiliyor. Göç sonrasında da zaten uyumlanmayla başlayan uyum sorunlarının olduğu dışlanmanın vesaire hat safhada olduğu travmatik yaşam deneyimleri oluyor çocuklarda. aslında bir çoklu ve ardışık travmalar biçimiyle çocuklar karşımıza geliyor burada ama yoğunluğu aileden ayrılma, ayrı düşme, savaş, şiddet ve istismar diyebiliriz.” (Turna, K, 29, SHU).

“Bu tarz kuruluşlarda şey de var göçmen çocuklarda var. Eee düzensiz göçmen çocuklarda var.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

Refakatsiz çocuklarla çalışma deneyimi ağırlıklı olarak ebeveyn kaybı, kayıp ve yas, yalnız kalma, savaş ortamına tanıklık etme ve göç sonrası uyum problemleri gibi sorunları içermektedir. Refakatsiz çocuklarla çalışan profesyoneller göç öncesi, süreci ve sonrasında yaşanan travmatik yaşam deneyimlerine tanıklık etmektedir.

İnsan Hakları Komisyonu’nun alt komisyonu olan Mülteci Hakları Komisyonu tarafından hazırlanan Göç ve Uyum Raporu’nda 2018 yılı itibariyle Türkiye’de Çocuk Destek Merkezleri’nde toplam 288 refakatsiz çocuğun olduğu belirtilmektedir (Beyazova, 2020). Zorunlu göç sürecine dolaylı olarak maruz kalan profesyoneller tarafından, etik hassasiyetler çerçevesinde aktarılan vaka sunumu ile refakatsiz çocuklarla çalışma deneyimi netleştirilmiştir.

“Ailesinden ayrı düşmüş olan bir çocuğumuz vardı mesela. Göç sırasında aileden ayrı düşmüştü ve onun o yaşadığı travmatik süreçte birebir onunla çalıştım. Ve olay çok yeniydi, çok ajiteydi, aileyi çok özliyordu. Bununla ilgili artık hani psikososyal birtakım sorunları vardı. Uyku problemleri vardı davranış problemleri vardı, uyum problemi vardı. Bilişsel çarpıtmaları oluşmuştu. Ve bütün bunları yeniden tesis edebilmek çok zordu. Bir taraftan aileden ayrı düşmüştü, aileyi de bulmaya çalışıyordum. Ve sizden bir şey bekliyor çocuk. Hocam aradılar mı bugün, bugün şöyle oldu mu? İşte haber geldi mi? Her gün böyle gelip bir şey soruyor ve sizin vereceğiniz cevap çok önemli. Aileyi kesin bulacağım işte merak etme aileni bulacağız, diyemiyorsun çünkü aile ölmüş de olabilir hayatta olmaya da bilir. Ya da işte aileni bulamayacağız diyip kestirip de atamıyorsun. Verdiğin cevap çocuğu tekrar bir krize de sokabilir. Bu tarz yaşam deneyimlerine sahip olan çocuklar artık hani her şeyi bırakıp geldikleri için, kaybedecek hiçbir şeyleri olmadığı ve hayattan beklentileri olmadığı için öz kıyımına da yatkın olan çocuklar oluyor genelde. Böyle bir zorlayıcı vakam vardı ama vakanın sonunda çok güzel aşamalara geldik. Psikososyal sağaltım sürecinde o müdahaleleri bire bir devam ettirdik. Dil öğrendi, bir müzik aleti çalmayı öğrendi, örgün öğretime başladı artık hani neredeyse mezun olacak. Aileyi bulduk. Aileyle birleştirdik hatta, başka bir ülkedeydi ailesi, aile birleşimini sağladık. Tabi bütün bunlar birkaç ay içerisinde olmadı. 2 yıl süren bir mesleki çalışmaydı. 2 yıl boyunca aileyi bulduktan sonra bir de aile ile çalışma süreci başladı. Çünkü aile de çocuğu istiyor ve ailede de farklı

davranış problemleri oluşuyor. Bazen öfkeli oluyorlar. yani sistem el vermiyor aileyi buluşturmaya. belli bir sürenin olması gerekiyor çünkü uluslararası politikalar da devreye giriyor. Ama aile işte çocuğumu göndermiyorsunuz diye bazen o şeyi size yansıtabiliyor. Bazen çocuk siz hocam yapmıyorsunuz falan deyip size de yönlendirebiliyor bunu. Bazen birbirlerine karşı yönlendirebiliyorlar. Aile diyor ki işte sen gelmek istemiyorsun, ilgilenmiyorsun. O (çocuk) diyor ki siz beni sevmiyorsunuz, istemiyorsunuz yanınıza gibi farklı bilişsel çarpıtmalar, yansımalar olabiliyor. Yönlendiriyorlar duyguları bu sefer. O noktada tabi uzun vadede sağlam ve sağlıklı bir çalışma yapabilmek, bunu tahsis edebilmek gerekiyor. İyi yapılandırılmış bir çalışmayla güzel bir aşamaya geldik. Ama işte o süreç beni çok etkiliyordu. Ben şunu düşünüyordum. Ben bu yaşında ailemi çok özliyorum hala ve onları istediğim zaman görebiliyorum, yanlarına gidebiliyorum. Ve bu çocuk ailesinin nerde olduğunu bile bilmiyor. Hadi öğrendi bunu için sevindi ama yanlarına gidemiyor ve böyle günler geçiyor. Her gün sizden bir şey bekliyor. Elinizdeki imkanlar çok kısıtlı, evet zorluyorsunuz sosyal hizmet uzmanları olarak bizim böyle de bir damarımız var. Yani hani uğraşıyoruz da uğraşıyoruz, ya olmuyor bu iş deyip çekilip de bırakmıyoruz. Hakikaten mücadele ediyoruz. Tüm sistemleri işin içerisine sokmaya çalışıyoruz ama yine de zaman alıyor. Tabi zaman algısı çocuklarda biraz farklı işliyor. O yüzden beni de çok etkileyen bir vaka olmuştu bu süreçte.” (Turna, K, 29, SHU).

Göçmen çocuklarla yürütülen mesleki müdahalenin oldukça zorlu ve çok faktörlü bir süreci kapsadığı profesyonellerin ifadelerinde açıkça görülmektedir. Dil sorunu, ebeveyn kaybı, öngörülemez bir sürecin varlığı, uluslararası politikaların devreye girmesi ile bürokratik işlemlerin uzun süreci beraberinde getirmesi refakatsiz çocuklar ve meslek elemanları açısından travmatik bir duruma işaret etmektedir.

4.1.3. Madde Kullanımı

Profesyoneller ile yapılan görüşmelerde, travmatik ve zorlu olarak nitelendirilen vaka türleri arasında maddeye yönelme, madde kullanımı ve madde bağımlılığının yer aldığı görülmektedir. Madde bağımlısı çocuklarla çalışmanın multidisipliner bir çalışmayı gerektirmesi, vaka yönetimde sağlık sisteminin büyük bir rol alması ve tedavi sonrası nüksetme riski ise bu sürecin zorluğunu oluşturmaktadır.

Ewer ve diğerleri (2015)'nin alkol ve madde bağımlısı bireylere hizmet sunumu gerçekleştiren 412 profesyonelle yaptığı çalışmada katılımcıların %19,9'unun ikincil travmatik stres kriterlerini karşıladıkları belgelenmiştir. Profesyoneller, kuruluşa teslim edilen ve madde kullanım problemi olan çocuklarla sosyal rehabilitasyon süreci yürüttüklerini aktarmaktadır.

Johansen ve diğerkleri (2019) madde bağımlılığı terapistleri arasında ikincil travmatik stresin yaygınlığını incelemişlerdir. Araştırma bulguları, madde bağımlılığı terapistlerinde ikincil travma semptomlarının yüksek bir prevalansı olduğunu göstermektedir.

“Ben madde kullanan çocuklarla çalışırken zorlandığımı düşünüyorum. Çünkü burada biraz daha yetersiz hissediyorum. Disiplinlerarası bir çalışma gerektirdiğinden sadece sosyal hizmet modeli yada psikososyal destekle bir noktaya gelinemediğinden ben burada çok zorlanıyorum.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

“Madde kullanımı da zaten patolojinin bi ayağı olduğu için çocuğun ruhsal bozukluğu olduğu için madde.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Cinsel istismar ve madde kullanımı, maddenin kötüye kullanımı.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“...madde kullanımından dolayı tanı almakta zorlanan çocuklar var yani tam teşhis ve tanı konulamayan çocuklar var.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“...madde kullanımı olan yada davranış problemi olan çocuklarda zaman zaman kuruluşumuzda oluyor. İki şu an net suç geçmiş olmıyan madde kullanımı yada davranış problemleri sebebiyle kurumda kalan çocuklar var. Hepsi erkek benim çalıştığım erkek. 13-18 yaş.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

“Uyuşturucu madde bağımlısı gençler ve suça sürüklenen çocuklar.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Madde kullanımı ve suça sürüklenmiş çocuklar.” (Kumru, K, 29, SHU).

“ciddi ileri boyutta madde bağımlıları zorluyor bir de davranım bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğu gibi...” (Güvercin, E, 33, Psikolog).

Karaaslan (2017) tarafından yapılan çalışmada aile içi sorunlar, aileyi rol model alma, arkadaş çevresinde yaygın kullanım, sosyal hayatta ve boş zamanlarda tatmin edici faaliyetlerden yoksun olmak bağımlılığın temeli olarak gösterilmektedir. Bu bağlamda madde bağımlılığında psikososyal etmelerin belirleyici konumu tıbbi ve sosyal rehabilitasyon sürecini zorlu hale getirmektedir. Dolayısıyla kalıcı değişim yaratma ve tedavi sonrası geri dönüşlerin önlenmesi adına yürütölen mesleki müdahale süreçleri çok faktörlü bir süreci gerekli kılmaktadır.

“Kızımız 14 yaşında ... ilçelerinden birinde yaşıyor. Lise öğrencisi, 9. Sınıf öğrencisi. Bu çocuğun baba yani engelli diyim, bir ayağı kesilmiş, anne ev hanımı, köyde yaşıyorlar. Bu çocuk okul çevresinden yanlış kişilerle tanışıyor ve evden kaçıyor. Yani çok da güzel çok da tatlı bir çocuk ama yani hani dışarda işte uyuşturucu çetesiyle tanıştığını, ya bu çeteyle beraber çetenin liderine aşık olduğunu, onunla sevgili olduğunu işte bu çetenin uyuşturucu çetesinin nerelerde konakladığını, nasıl insanlara ulaştığını, ya o kadar normal bir şekilde

anlattı ki bize. Biz hepimiz böyle hepimiz dediğim vakanın danışmanı ve müdür yardımcım hani çocuğu dinlerken gerçekten çok şaşırdık...” (Anka, K, 56, SHU).

Anka'nın anlatısı madde kullanımının ve sosyal rehabilitasyonun psikososyal boyutlarına örnek oluşturmaktadır. Bağımlılığın bir çok faktörü içermesi psikososyal müdahale ve rehabilitasyon sürecinde profesyonelleri zorlamakta ve risklere karşı korumasız kılmaktadır.

Madde bağımlılığı ile çalışmanın özel bir bilgi temelini ve eğitimi gerektirdiği profesyoneller tarafından paylaşılan genel bir görüştür. Disiplinlerarası müdahale gerektirdiği için sosyal hizmet müdahaleleri yetersiz kalabilmektedir. Gaznick ve Judd (2020)'un da belirttiği gibi psikososyal tedavi, bağımlılık döngüsünü kesintiye uğratmayı amaçlayan bir dizi yapılandırılmış ve yapılandırılmamış müdahalelerden oluşur. Bu tedaviler bilişsel, davranışsal, motivasyon, farkındalık, karşılıklı destek, psikodinamik ve sistem temelli yaklaşımları içerir. Dolayısıyla profesyoneller bu travmatize edici sürecin bir parçası olarak gerçekleştirdikleri mesleki müdahale süreçlerinden etkilenebilmektedir.

*“İu en zorlandığım vakalar maddeyle ilgili aslında daha çok zorlanıyoruz çünkü maddeyle ilgili kurum olarak çocukla en azından iletişim kurarken dahi sorun yaşıyorsunuz. Çözüm üreteceğimiz nokta yok. Çünkü sahanın çok ötesinde daha böyle özel bi alan. Özel eğitimler gerektiren bi alan. **Madde bağımlısı bi çocuğu idare etmekle birlikte onunla çalışmak da çok zor...**” (Albatros, E, 47, SHU).*

“Ya bizim en çok zorlandığımız vakalar öncelikle çok nadir de olsa tamam kuruluşumuz madde kullananlara yönelik bir kuruluş değil ama bazen vakalar iç içe giriyor. Yani çocuk cinsel istismara uğramış ama aynı zamanda da madde deneyimi de olmuş. Madde kullanan çocuk... ve çok zorlanıyoruz biz. Yani çocuk dışarda, burdan kaçıp yanlış çevreye girip hem istismara uğrayıp hem madde kullandıysa bu çocuğu toparlamamız gerçek anlamda çok fazla zorluyor bizi. Ve hani sadece kurum olarak bahsetmiyorum ÇAMATEM var bu çocuklara yönelik madde bağımlısı çocuklara yönelik hizmet veren. Yani ordan aldıkları tedavi sonucunda da tekrardan başa dönmeleri çok kolay oluyor. Hani bizi en çok zorlayanlar bunlar.” (Anka, K, 56, SHU).

“...düzenli kalan çocuklarımız arasında madde kullanımı yok. Olsa muhtemelen en büyük problemimiz o olurdu. Tedavi olması çok zor bir problem.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

Özneler tarafından paylaşılan ifadeler, madde bağımlılığı ile çalışma sürecinde çevresel faktörlerin etkisi, tedavi boyutu ve mesleki anlamda özel eğitim gerektirmesi ile sürecin zorluğunu netleştirmektedir.

4.1.4. Psikopatolojik Vakalar ve Zihinsel Engellik

Çocuk destek merkezinde çalışan profesyonellerin karşı karşıya kaldığı vakalardan bir diğeri de psikopatolojik rahatsızlıklar ve zihinsel engelli çocuklarla yürütülen vakalardır. Profesyoneller psikiyatrik bozukluk öyküsü veya hafif düzeyde zihinsel yetersizlik durumunun olduğu vakalar ile çalışmanın zorluklarını ve güvenlik açısından tehdit oluşturduğunu aktarmaktadır.

*“ağır patolojik bozukluk var... şöyle mesela **en son tüm vidaları söküp yuttu. Hala vidayla kaçakta aranıyor.** Bu basiti... işte koca langirt masasını aldı böyle üstümüze attı. Yani langirt ağırdı çok bize doğru şey yapamadı ama yani o an gayri ihtiyari siz orda bi şey olsanız langirt üstümüzdeydi. Ne bileyim işte kapıyı kırıyor şunu söküyor. Bunu size atıyor yani o an acımıyor size. Hani size zarar verdiğini düşünmüyor size zarar vermek istiyor zaten...”* (Suna, K, 35, Psikolog).

“Ya beni en çok zorlayan şeyler böyle normal altı zekası olan çocuklar. Sınırlı, donuk zeka yada zihinsel engelli çocukların travmalarıyla çalışmak beni zorluyor çünkü o çocuklarda ilerleme kaydetmek çok zor. Çocukların algısı çok düşük, yaşadıkları olaylar çok travmatik yani zihinsel kapasite düştükçe yaşadıkları olaylarda sanki daha travmatik oluyor çünkü daha savunmasızlar, kendini koruma becerisi daha az. Yani hani kompleks travmalar falan böyle... bir de üstelik çalışma yapıyorsun çocuğun bundan faydalanma şeyi de çok düşük. Hani ilerlemiyor, algı oluşturmıyosun, farkındalık oluşturmıyorsun falan çok yıpratıcı olabiliyor. Ya mesleki açıdan da çok zor ilerliyor. Beni en çok zorlayan onlar.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Profesyonellerin ifadelerinden anlaşılabacağı üzere psikiyatrik bozukluk öyküsü ve zihinsel engelliğin varlığı vaka yönetimini oldukça zorlu bir sürece dönüştürmektedir. Bunun nedeni ise, sosyal rehabilitasyon çerçevesinde yürütülen mesleki çalışmaları uygulama ve farkındalık oluşturma zorluğudur.

“Travma sonrası stres bozukluğu hepsinde var zaten. Sonrasında... en çok bipolar görüyorum. Daha doğrusu bipolar özellikler gösteren tanı koyamıyoruz çünkü, küçük yaşta olduğu için. Davranış bozuklukları karşıt gelme davranışı ergenlik nedeniyle var. Kendine zarar verme zaten var. Suisit girişimler var. Bir de borderline kişilik özellikleri gösterenler var. Sınırdaki.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“Psikiyatrik destek alan çocuklarımız yani çoğu zaten var olan bize dosya olarak gelen çocukları psikiyatrik tedaviye gönderiyoruz... Davranış bozuklukları çok yoğun oluyor. Genelde tanı olarak da zaten bi çoğuna davranış bozukluğu tanısı konuyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“En temel tabi problem karşıt gelme bozukluğu yada anti sosyal kişilik bozukluğu oluyor. ...Bazı çocukların sosyal fobileri var. Yani bu kurum dışına çıktıkları zaman iletişim kurmakta zorluk çekiyorlar, çekiniyorlar.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

Profesyoneller zihinsel engeli yada psikopatolojik semptomları bulunan çocuklarla yürütülen psikososyal müdahalelerden sonuç almanın oldukça zor olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşları itibarıyla psikiyatrik tanı konulamamasına rağmen çocuklarda psikiyatrik sorunların zemin hazırladığı tepkilerin gözlemlendiği aktarılmaktadır. Karşıt gelme bozukluğu ise en temel problem olarak belirtilmektedir.

“aynı zamanda zihinsel engeli olup aynı zamanda bipolar yada borderline kişilik özellikleri gösteren çocuklarla çalışmak çok zor... hiçbir sonuç yok. Yani sonuç alabileceğiniz bir durum değil.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“zihinsel yada mental retardasyon düzeyi yüksek olan çocuklarla çalışırken zorlanıyoruz çünkü onlar bizi anlamada güçlük çektiğini görüyoruz. Bir de kendine zarar veren çocuklarla çalışmada zorlanıyoruz. Ki burda da bu tip çocukların zaten kesinlikle psikiyatriye götürülüp bir ilaç kullanmaları yada bazen yatılı bir tedavi görmeleri bile sağlanıyor. Bu vakalar bizi özellikle son yıllarda bu tür vakalar arttığı için zorlanıyoruz. Bundan bazen çocuğun düzeyine inemiyorsun, çocuk izin vermiyor yada algılaması izin vermiyor. Bu türlü vakalar maalesef bizi zorluyor.” (Martı, E, 60, SHU).

“...gözlemlerimden dolayı hemen hemen hepsinin altında yatan psiko-patolojik nedenler mevcut. Yani depresyon, anksiyete onlar kesinlikle zaten hani çok hani su yüzüne çıkan şeyler ama bipolar duygu durum bozukluğu olanımız da vardı. Borderline kişilik bozukluğu vardı. Yani o ergenlik de işler biraz karıştığı için hani onları tam teşhis konması hastanelerde zaman alıyor ama hani gözlemlerim bu şekilde.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“Özellikle öfke kontrolü ve davranış sorunu olan çocuklar en ufak bi sıkıntı da yada duygu durum bozukluğu diyelim yani mesela -pardon isim vericektim- ben o çocukla günde 5 kere 6 kere konuşmak zorunda kalıyorum çünkü durdurabilmek için kriz anında daha çok önerdiğim yöntemleri yapmak yerine bana gelmeyi tercih ediyor. Fiziksel anlamda o beni çok yoruyor...” (Hüma, K, 38, Psikolog).

Söz edilen aktarımlara bakıldığında psikiyatrik öykü veya zihinsel engellilik durumunun varlığı mesleki rehabilitasyon sürecinde profesyonelleri çözümsüz bırakmaktadır. Psikiyatrik öyküye eşlik eden kendine zarar verme davranışı, karşıt gelme davranışı ve zihinsel yetersizliğin zemin hazırladığı farkındalığın oluşturulamadığı kompleks vakalar Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin zorlandığı vakalar arasında ön plana çıkmaktadır.

4.1.5. Kayıp ve Yas / Ebeveyn Terki

Türkiye çocuk koruma sisteminde, çocuğun bakımı ve korunmasına ilişkin mevcut hizmet modellerine bakıldığında genel olarak aile yanında destek ve kurum bakımı olarak temel sosyal hizmet modelleri bulunmaktadır.

Ailenin parçalanması nedeniyle çocuğun maruz kaldığı ihmal, ailesinin çocuğa sağlıklı ve güvenli bir ortam sunamaması, aile ya da yakın çevre tarafından çocuğa istismar uygulanması, ebeveyn vefatı ardından bakım gereksiniminin karşılanamaması, ailenin ekonomik yoksunluk yaşaması gibi hususlar çocuğun, çocuk koruma sistemi hizmet modellerinden herhangi birine dahil edilmesine yol açmaktadır (Duyan, 2010; akt. Sadak ve Yıldırım, 2020). Profesyoneller, ebeveyn kaybı veya ebeveyn terki gibi travmatik deneyimlerle çalışmanın duygusal yükü nedeniyle süreci yönetmekte güçlük çektiklerini belirtmişlerdir.

“Hangi tür vakalarla... kayıp ve yas ile çalışırken çok zorlanıyorum. Hakikaten çünkü genelde gelen çocukların kayıp ve yası daha çok yeni oluyor kuruluşa geldiklerinde. Dolayısıyla bir sosyal destek mekanizması olmadığı için ya da diğer aile üyeleriyle kaybetmediği hayatta olan diğer aile üyeleriyle görüşme şansı olmadığı için çünkü refakatsiz çocuk, onlarla çalışırken bu süreci yönetirken çok zorlanıyorum.” (Turna, K, 29, SHU).

“Duygusal anlamda beni zorlaştıran vakalar şöyle oluyor. Gerçekten birçok aile yakını olupta teslim edemediğimiz kurum bakımında kalmak zorunda kalmış ama kurum bakımını bir türlü kabullenemeyen çocuklar. Onların yalnızlıkları, hani bununla gerçekleştirmeleri yüzleşmeleri, bu durum beni gerçekten çok yoruyor.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

*“Aile desteği olmayanlarda genelde yani çünkü destekleyici bi şey sunmadığın zaman çocuk daha çok kayıp gidiyor. Yani biz varız diyoruz, bizim amacımız orda aile desteği. İnanın ben şöyle ailelerle de çalıştım. Devletin tabi ki istihdam hakkı var verebildiği şeyler var çocuklara. İşte iç çamaşırı vesaire. Biz sağlıyoruz ama bazen çocuk ailesinden gelen bi şeye ihtiyaç duyuyor. **Ölse... ben bunu bizzat kendim duydum beni arayıp söyledi bunu ölsün ben mezarının yerini biliyim ama beni onun için aramayın diyen vakalar gördüm.** O yüzden de bu travmalarımın dolayısıyla gerçekten aile desteği olmayan bazı çocuklar beni gerçekten üzüyor. Hani ben o desteği sağlamaya çalışsam da ben anne babası olmadığım için yeterli tatmin duygusunu sağlayabiliyo muyum sağladığımı düşünmüyorum.”* (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Burdaki çocukların en temel travmatik deneyimleri ailenin terk etmesi. 11 aile anne babası vefat eden çocuk sayısı oldukça az daha çok ailesi tarafından terk edilen çocuklar var. Terk edilen yada hani bakılamaz durumda olan ihmal edilen bazı çocuklar var ama çocukların temel travmatik deneyimi ailesi tarafından terk edilmek oluyor. 11 bir yada iki tane ailesini kaybetmiş çocuk var. Onların da yine aileyi kaybetmek temel travması.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

“Düzensiz, parçalanmış aileden gelmiş bi çocuk... uyum sorunu yaşıyor.” (Kartal, E, 47, SHU).

Bilgin ve Yetimoğlu (2018)'nin Çocuk Koruma İlk Müdahale ve Değerlendirme Birimleri (ÇOKİM)'ne teslim edilen çocukların birime gelme nedenleri ve yönlendirildikleri sosyal hizmet modellerinin ortaya koyulması amacıyla yürüttükleri araştırmanın sonucunda, çocukların aile kompozisyonları ve ilişkileri hakkında bulgular aktarılmıştır. Teslim edilen çocukların aile kompozisyonu ve ilişkileri değerlendirildiğinde, 52 (%65,8) çocuğun çekirdek aile, 20 (%25,3) çocuğun tek ebeveynli aile yapısında olduğu ve 6 (%7,6) çocuğun üvey anne/babası olduğu; 47 (%59,5) çocuğun anne ve babasının birlikte yaşadığı, 22 (%27,8) çocuğun anne ve babasının boşandığı yada ayrı yaşadığı, 5 çocuğun (%6,3) anne-babasından en az birinin vefat ettiği, 7 çocuğun (%8,9) ebeveynleri ile ilişkilerinin sağlıklı olduğu, 66 çocuğun (%83,5) çatışmalı aile ilişkileri olduğu ve 6 çocuğun (%7,6) ebeveynleri ile seyrek ilişkisi olduğu bulunmuştur.

Balaban ve Sumru'nun etik hassasiyetler çerçevesinde aktardıkları vakalar, ebeveyn kaybı yaşayan ve ebeveyn desteğine gereksinimi olan çocuklarla çalışan profesyonellerin dolaylı olarak maruz kaldıkları süreci ve risk etmenlerini örneklendirmektedir.

“...annesi, babası tarafından öldürülen çocuk. Çocuğun annesi babası tarafından öldürülüyor. Küçük yaşlardayken çocuk 4 yaşındayken falan. Baba cezaevinde. Hatta o öldürülmede dayının da galiba parmağı var yani annenin kardeşinde. Yani bu çocuğun hem babasıyla iletişimi var hatta görüşüyorlar görüşme günleri gidiyor vesaire baba tarafıyla görüşmesi var. Ama annesine karşı çok büyük sevgisi var doğal olarak. Çocuğun o konuda yaşadığı karmaşa beni her zaman şaşırtıyor ve etkiliyor diyebilirim. Annesini öldüren bi babası var ama babasından tam kopamıyor annesini de unutamıyor. İtı böyle arada kalmış bir durum var. Benim herhalde en çok aklımda kalan vaka budur.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

*“...mesleğe başladığım böyle iki yada üç aylık falan uzmanım,... ilinden kaçıp gelmiş bi çocuk vardı. Ve oralarda tabi töresel ve geleneksel yapı çok daha farklı ve sert olduğu için çocuk aile dışı hiç tanımadığı birinden cinsel istismara uğramıştı. Ve biz... çocuk bu durumu kimseyle paylaşmamıştı aile üyelerinden. Çünkü bu durumu paylaştığında çocuğun haklı yada haksız durumu direktman haksız, kız çocuğu o yapmıştır noktasında yargılanacağını bildiği için...bize teslim edildi. Babasına inanılmaz seven ailesini çok seven bi çocuktü. Ama sırf bu istismara uğradığı için ailesine bu durumu anlatamıyordu ve çok korkuyodu...can güvenliği riski olduğu için çocuğun, aile bireyleriyle birebir ve yüz yüze görüştürmeyi sağlayamadık.... **Babamı görmeden bu hayatta ölmek istemiyorum, ne olursa olsun buna hazırım, babam beni işte memleketine gittiğinde bu olaydan dolayı vursa da yeter ki o öldürsün ama ben babamı görmek istiyorum** diyodu sürekli... O vakayı asla unutmam mesela. Benim için yeri çok ayrı.”* (Sumru, K, 31, SHU).

Ebeveyn terki veya ebeveyn kaybı yaşayarak sosyal rehabilitasyon sürecine dahil olan çocuklarla çalışan profesyoneller, çocukların bu süreçle yüzleşmesinden etkilenmekte ve vakanın empatik yükünü taşımaktadır. Çocuğun yaşadıklarını anlayabilme ve acısıyla özdeşim

kurma çabası profesyoneller için zorlayıcı bir süreçtir. Bu durumda ise çocuğun örseleyici yaşantısına dolaylı olarak maruz kalarak ikincil travmatik stres yaşanabilmektedir. Kahil ve Palabıyıkoglu (2018)'na göre, travmatik bir yaşantının varlığı meslek elemanlarını özdeşlemeye itmektedir. Özdeşleme durumu ise uzun vadede bir yük haline gelmektedir.

4.2. ÇOCUK REFAHI ALANINDA ÇALIŞMAK

Bu bölümde profesyonellerin çocuk refahı alanında çalışması ile bağlantılı olarak derinlemesine görüşmelerde aktardıkları bulgulara yer verilmiştir. Çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyonellerin çocuk refahı alanında çalışmaktan kaynaklı rol ve sorumlulukları, iş doyumu ve çocuk refahı alanında çalışmanın bireyi güçlendiren ve güçsüz kılan unsurları bu analiz başlığının alt temaları olarak belirlenmiştir.

Çalıkuşu, çocuk refahı alanında çalışmayı “top metaforu” ile açıklamaktadır. Çocukların ve profesyonellerin çocuk koruma sistemi içerisinde zorunlu bir sirkülasyona dahil olduğu, bu sirkülasyonun bir döngü haline gelerek profesyonellerin yürüttükleri sosyal rehabilitasyon sürecini sınırlandırdığı aktarılan metafor ile ortaya koyulmaktadır.

“ana okullarında falan bi oyun olur, böyle bi top olur topu kişiler işte bi müzik çalar, müzik durduğunda kimin elinde kalırsa bizim iş o iş. Yani hani ben hep öyle anlatıyorum maalesef. Belki garip gelebilir ama bizim iş o. mesela bana geliyor çocuk ben nereye atacağımı şaşırtıyorum tırnak içinde söylüyorum... gönderiyorum, o nereye atacağını şaşırtıyor. Onun da farklı saikleri var tabi... Onun dışında çocuklar çok zorluyo gerçekten çok zor bir çocuk profili var. Giderek de zorlaşıyor. Yani yaşları çok küçük olmasına rağmen yaşlarının çok çok üstünde davranışları var. O yüzden de bu top hikayesi oluyo. Ve çok da aslında muazzam işler yapmadığınızı görüyorsunuz, bunu zaten ilerleyen zamanlarda görüyorsunuz, çünkü o çocuk size geliyor geliyor bi daha geliyor. Yani bu hafta mesela 4. Kez yaklaşık 1 yıl içerisinde 4. Kez gelmiş çocuğumla ilgilendim...” (Çalıkuşu, K, 40, SHU).

4.2.1. Rol ve Sorumluluklar

Örseleyici ve travmatik yaşam olaylarına maruz kalan çocuklarla çalışmak profesyonellere pek çok rol ve sorumluluk yüklemektedir. Profesyoneller çocukların yaşadığı travmatik deneyimleri paylaşmakta ve deneyimlerine ortak olarak daha çok sorumluluk üstlenmektedirler. Wesley ve diğerleri (2020)'ne göre çocuk refahı uzmanları bakım altındaki çocukların ve ailelerinin deneyimlerinde merkezi bir rol oynar. Bakım altındaki çocukların refahını güvence altına almak ve müdahale etmek ise çocuk refahı profesyonellerinin temel sorumluluğudur.

Çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin rol ve sorumlulukları ulusal mevzuatla belirlenmiştir. Söz konusu ulusal düzenlemeler 5395 sayılı “Çocuk Koruma Kanunu” “SHÇEK Genel Müdürlüğü Çocuk Evleri Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ve “Çocuk Destek Merkezi Yönetmeliği” olarak sıralanabilmektedir. Araştırmaya katılan profesyoneller rol ve sorumluluklarını şöyle paylaşmıştır.

“Yani kuruluştaki şimdi bizim tabi ki hepimizin birer grubu var. Yani en 10 kişilik çocuk grubu. Onların bütün işleri bizden sorgulanıyor. İşte onların bireysel görüşmeleri, grup görüşmeleri, aile takipleri, psikolojik yapıları, psikiyatrik takipleri, sağlıkla ilgili sorunları varsa sağlık servisine yönlendirmeler, çocuğun sosyal girişimi, çocuğun ailesiyle olan iletişimleri, çocuğun bizle idareyle ve kendi aralarında olan iletişimleri ve diğer çalışan personelle iletişimleri hepsinin düzenlenmesi bizler tarafından sağlanıyor.” (Martı, E, 60, SHU).

“Yani belirli travmaları görülen çocuklara danışmanlık çerçevesinde rol ve sorumluluklarımız var.” (Kartal, E, 47, SHU).

“...kuruluştaki rolüm psikolog olarak çalışıyorum unvan olarak. Eee sosyal servis rolümün dışında aynı zamanda anka programı var onun uygulayıcısıyım. Artı bakanlığın eğitici eğitimi olursa dışarda ben gidiyorum. Bu yeni katılımcılara eğitim aktarıyorum öyle bi rolüm var. Bi de sosyal servis görevi olarak da şu an 8 tane aktif çocuk dosyası takip ediyorum. Ne demek oluyor? A dan z ye çocuğun tüm özlük dosyasını tutuyorum. Ayrıca işte bu özlüğün içinde işte neler var. Çocuğun günlük kuruluş içinde yaptığı faaliyetlerin raporlanması. Çocuğun mahkemeye olan süreçlerinin koordinasyonu yazıyo. Ayrıca varsa çocuğun aileyle olan süreçlerini koordine etme. Buna yönelik bi de rehabilitasyon kısmı var.” (Ebabel, E, 35, Psikolog).

“Ve ben mesleki olarak sosyal hizmet uzmanı olarak çocuğun ilk kriz ilk müdahale ve ilk vaka yönetimi yapan kişiyim.” (Sumru, K, 31, SHU).

Profesyonellerin rol ve sorumlulukları çocukların kuruluşa geldiği ilk andan itibaren başlamaktadır. Her profesyonel sayısı değişiklik gösteren çocuk dosyası takip etmektedir. Yürütülen danışmanlık ve rehberlik sürecinin çerçevesini kuruluşlarda uygulanmakta olan psikososyal destek programı belirlemektedir. Söz konusu sosyal rehabilitasyon süreci, çocuğun

psikososyal sağlatım sürecine dahil edilmesi, bireysel görüşmeler, grup çalışmaları, aile ilişkileri, eğitim ve sağlık süreci ile iş birliği gibi konuları kapsamaktadır. Bu nedenle profesyoneller, tüm vaka yönetimi sürecinde çocukların yaşadıkları travmatik deneyimi onunla paylaşmakta ve deneyimine ortak olmaktadır.

“çocukların danışmanlığını yapıyorum orada. Şöyle çocuk kuruluşa geldiği andan itibaren çocuğun danışmanlık ve rehberlik sürecinin tamamını biz takip ediyoruz. Yani kuruluşa uyum süreci, oryantasyon süreci, sonrasında çocuğun o psikososyal sağaltım sürecine dahil edilmesi, mesleki görüşmelerin yapılması, grup çalışmalarının yapılması, arkadaşlarıyla uyum sürecinin desteklenmesi, tüm bunların dışında bireysel görüşmeler ve grup çalışmaları devam ederken belli bir süre sonra çocuğun artık mesleki eğitime dahil edilmesi ya da örgün öğretime katılması gibi süreçlerde milli eğitimle okulla iş birliği çalışmalarının yapılması...” (Turna, K, 29, SHU).

Bunun yanında, travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışan profesyoneller, sosyal rehabilitasyonun uzum erimli bir sürece yayıldığını ifade etmektedirler. Çocukların kuruluşa gelmesi ile başlayan süreç reşit olması ile sonlanabilmektedir. Dolayısıyla uzun bir süre profesyonel rolde çocuklarla etkileşim içinde olmak psikolojik ve duygusal yönden profesyonelleri etkileyebilmektedir.

*“Çocuk zaten il müdürlüğünden il müdürlüğü tarafından nakil yapılıyor, geliyor. Kabulünden başlayıp şey çocuk reşit olup veya rehabilitasyon süreci sonlanana kadar onunla ilgili çalışmalara devam ediyosun. Aileyle ilişkileri, eğitim ilişkileri ve orda şey çocukla birebir çalışmalarımız oluyor...**Resimci resim yapar asar. Benim tablomda bir yere gittiğimde çalışan çocuğumu görmek. Doyumumu o sağlıyor.**” (Kuzgun, E, 52, SHU).*

“Rol ve sorumluluğum bireysel görüşmeler, aile görüşmeleri, sosyal inceleme, vaka takibi, vaka değerlendirmesi, çocuklarla sosyal etkinlikler aynı zamanda, sosyal beceri kazandırmaya yönelik planlar yapma, sosyal etkinliklerin takibi.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“güven ilişkisi kuruyoruz. Çocuğun şikayetçi olduğu hususları daha rahat dile getirebilmesi için onunla güven ilişkisi kuruyoruz ve bilgi almaya çalışıyoruz çocuktan. Biz çocuğun tarafında yer alarak onun yüksek yararına olacak hizmet modelini belirlemeye çalışıyoruz.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

Genç (2019)'in de belirttiği gibi Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin “danışman” olarak yerine getirecekleri görevler yönetmeliklerle çerçeveslendirilmiştir. “Çocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği” 25. maddesinde danışman meslek elemanlarının görevleri ayrıntılı olarak tanımlanmaktadır. Öznelerin anlatıları, bu görevler dışında yerine getirmek durumunda kaldıkları ekstra sorumlulukların olduğunu yansıtmaktadır.

“Yani burda tam bir klinisyen gibi çalışmıyoruz aslında. Burdaki **çocukların aynı zamanda ablalarıyız, öğretmenleriyiz, gerektiğinde hemşireleriyiz, çocukların her şeyleriyiz** diyebilirim. Bu anlamda biraz yorucu. Evet yaklaşım olarak çocuklarla iletişim kurarken aldığımız psikoloji eğitiminin yada aldığımız eğitimin klinik yaklaşımını sergiliyoruz. Ama tabi ki bunu profesyonelce sürdürmek bazen sıkıntı oluyor, çünkü ben çocuğun harçlığını veren kişi de benim, yani çocuğun harçlık takibini ben yapıyorum.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Kuruluştaki... yani kuruluştaki şöyle söyleyim meslek elemanı olarak hizmet veriyoruz evet. Ama meslek elemanın dışında da çok **fonksiyonel meslek elemanı** olarak da çalışıyoruz maalesef. Yeri geldiğinde güvenlik personeli, yeri geldiğinde bakım annesi olarak aktif olarak çalışmak zorunda kalıyoruz.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Yani kuruluştaki psikologluk dışında her şeyi yapıyorum. yani işte etkinliklere katılmak, işte aile telefon görüşmelerini yapmak, ailelerle görüşme yapmak, çocuklarla hani bi şekilde grup çalışmalarında günaydın çalışmalarında yer almak, işte onların 5395 gereği dosyalarının takibini yapmak, işte sosyal incelemelerini aile izin vesaire. Ödülü de veren benim cezayı da veren benim gibi bir süreç olduğu için ANKA dan kaynaklı. Psikolojik görüşme dışında işte olay çıktığında kavga çıktığında çocuk kendine zarar verdiğinde personele zarar verdiğinde onu sakinleştirmek, işte darp yemeye rağmen de bizde.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

Mesleki ve kurumsal mevzuatın sorumlu kıldığı rol ve sorumluklara ek olarak çalışılan müracaatçı grubunun çocuk olmasından kaynaklı birtakım sorumluluklar bulunmaktadır. Profesyonellerin anlatılarında yer alan ilaç takibi, harçlık verme ve okula devamlılığı sağlama gibi örnekler ile durum netleştirilmektedir.

“...çocukların danışmanlığını yürütüyorum. Bu danışmanlık biraz böyle bi üst görev gibi yani diğer görevlileri yönlendirmeyi içeriyor yada kendimin yapması gereken bazı görevlerde var. İu yani çocukların bi miktar yaşam koçluğunu yapıyorum diyebilirim. Yani hayatıyla alakalı bazı yönlendirmeler, yapılacak bazı evrakların tamamlanması okula devamlılığının sağlanması gibi işleri yönetiyoruz yada diğer arkadaşlara da yardımcı olmaya çalışıyoruz. Bakım elemanları, hemşire gibi arkadaşlara da yönlendirme de bulunabiliyoruz.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

Profesyoneller ile yapılan görüşmelerde, özellikle erkek meslek elemanlarının kuruluştaki rol, sorumluluk ve işlevlerine yönelik değerlendirmelerinde “baba rolü” vurgusu ön plana çıkmıştır. Burada önemli nokta, cinsiyet konusunun profesyoneller ve çocuklar tarafından mesleki müdahale sürecinde belirleyici bir unsur olarak görülmesidir:

“erkek olunca baba rolünde oluyosun hem meslek elemanı yani yeri geliyor idareci pozisyonundasın yeri geliyor baba yakınlığıyla sorunlarını dinliyorsun aynı zamanda meslek elemanı birçok rolün birleşimi yani.” (Kuzgun, E, 52, SHU).

“ben 57 yaşındayım. Yerine getirdiğim rol ve sorumluluklar çocuklara bi baba figürü diyebiliriz yani. Yani bi babanın çocuğa nasıl davranışı varsa o şekilde tabi profesyonel olarak davranıyoruz.” (Keklik, E, 57, SHU).

“...çocuğun özetle ergenin kitaplarda olmayan işte bu çocuklarda gördüğümüz davranışlarda veli olarak anne baba olarak dikkat etmemiz gerekiyor. Yönlendiriyor.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

Profesyonellerin cinsiyetleri ile kuruluş içerisindeki üstlendikleri roller ve yerine getirdikleri mesleki müdahale süreçlerinden etkilenme deneyimlerinin bağlantılı olduğu söylenebilmektedir. Profesyonel bir rolde çocuklarla çalışan kadın meslek elemanı olmak bir takım zorlukları beraberinde getirmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri ile bağlantılı olarak bakım sorumluluğunun kadınlarla bağdaştırılması çocuk refahı alanında bir kadın olarak yer alma noktasında ekstra roller yükleyebilmektedir. Bu bağlamda profesyonellerin rol ve sorumluluklarına yönelik anlatılarında “annelik” vurgusunun ön plana çıktığı görülmektedir.

“Kişi başına düşen daha az vaka olmalı. 9 tane çocuk. Şu an ben 9 tane doğum yapmış anne gibiyim. Kolay olmuyor. 19 tane 29 tane çocuğun yarattığı zorluğu yaratıyor.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

*“Yeri geldiğinde güvenlik personeli, yeri geldiğinde **bakım annesi** olarak aktif olarak çalışmak zorunda kalıyoruz.”* (Kuğu, K, 34, Psikolog).

Balaban ve Kuğu’nun anlatısı bakım sorumluluğunda annelik vurgusuna örnek oluşturmaktadır. Kadın profesyonellerin “bakım annesi” olarak aktif sorumluluk alması gerektiği ifade edilmiştir.

“Kendi evime kendi çocuğuma kendi aileme ayıracak çok fazla ne enerjim kalıyor ne zamanım kalıyor. Yükümüz çok fazla vakalarımız çok fazla hani gerçekten kurumu aşan şeyler bunlar.” (Anka, K, 56, SHU).

“...bi kaygı korku içerisindeyim açıkçası ben. Bende çocuk sahibi olduktan sonra daha fazla bunu yaşamaya başladım.” (Kumru, K, 29, SHU).

“bu yaşta bunları yaşamamaları gerekiyor. Çünkü kendi kızım da var hani bu yaştaki çocukların bunları yaşamamaları gerekiyor...” (Suna, K, 35, Psikolog).

Profesyonellerin aktarımlarında da görüldüğü gibi, çocuk refahı alanında annelik ve meslek elemanı rollerinin kesişimi profesyonellerin rol ve sorumlulukları üzerinde ekstra bir yük oluşturmaktadır. Örneğin, İkincil travmatik stres düzeyi ve cinsiyet bağlantısını inceleyen araştırmalarda kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek seviyede ikincil travmatik stres yaşadığı ortaya koyulmuştur (Haksal, 2007; Yeşil ve diğ., 2009; Yeşil, 2010; Kılıç ve İnci, 2015; Yanboluoğlu, 2019).

4.2.2. İş Doyumu

Çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyiminde iş doyumu önemli bir yere sahiptir. Profesyonellerin mesleki doyumlarına ilişkin algılamaları çoğu zaman travmatik yaşam deneyimlerinin zorlanmaya neden olduğu ve iş doyumunu olumsuz etkilediği yönündedir. Bu durum meslekte geçirilen süre açısından farklılıklara sebep olmaktadır. Literatürde ise çocuk koruma hizmetleri ve sahada çalışan meslek elemanlarının gözünden mesleki motivasyon ve iş doyumu (Tanğlay, 2009), iş doyumu (Işıksan, 2000) ve çalışma yaşamında mesleki zorlukların (Berkün, 2010) odak alındığı çalışmalar mevcuttur.

Öznelere verdiği yanıtlar çocuk destek merkezinde çalışmanın iş doyumunu olumsuz etkilediğine işaret etmektedir. Yıldız (2017) yapmış olduğu araştırmada, travmatik yaşantılara dolaylı olarak maruz kalmanın profesyonellerin iş yaşamından aldığı mesleki doyumu ve verimliliği düşürdüğünü, fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hallerini zayıflattığını aktarmaktadır.

“Şöyle aslında bu travmatik yaşam deneyimleri bende evet bir zorlanma yaşamama neden oldu benim. Ama şöyleydi daha çok. Şimdi refakatsiz çocukla çalışırken çocukların yaşam deneyimlerini bilmiyorsunuz. İlk görüşme yaptığınızda hep bunu söylüyorum çocuk geliyor ve çok fazla böyle çocukla ilgili bilgi sahibi olabileceğimiz elimizde yeterli evrak, belge, rapor olmuyor. İlk görüşmede çocukla bu aşamaya gelebilmek mümkün değil. Ve Nasıl desem anlattığı şeyler aslında çok da böyle benim ya da bizlerin hazırlıklı olduğu şeyler değil çünkü.” (Turna, K, 29, SHU).

“İşte doyurmuyor çünkü o deneyimleri bize de yaşıtıyolar. Biz burda sürekli şiddete maruz kalıyoruz. Darpa maruz kalıyoruz. Tehdite maruz kalıyoruz, hakareti saymıyorum. Her gün hani sürekli küfür yiyoruz da onu saymıyoruz bile artık.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Valla olumsuz etkiliyor açıkçası yani. Olumsuz... her anlamda olumsuz.” (Kumru, K, 29, SHU).

“İş doyumunu tabi ki olumlu etkilemiyor. Tabi bizler de yıpranıyoruz.” (Kartal, E, 47, SHU).

Wang ve diğerleri (2020) ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile ilişkili faktörleri düşük iş tatmini ve daha fazla çalışma saati olarak belirtmiştir. Kırlangıç'ın aktarımı, iş doyumu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres bağlantısına bir örnektir. Travmatik

bir yaşantının varlığı ve mesleki tatminin sağlanmaması bir süre sonra tükenmişlik yaşanmasına neden olabilmektedir.

*“Yani iş doyumunu tabi olumsuz etkiliyor. Çok yoruluyoruz. Yani hem beyinen yoruluyoruz hem ruhen yoruluyoruz. Hem fiziksel olarak yoruluyoruz. **Bir süre sonra zaten tükenme başlıyor** yani tükenmişlik başlıyor.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).*

“İş doyumunu yok zaten. İş doyumunu diye bir şey yok.” (Güvercin, E, 33, Psikolog).

“geçmiş yıllara baktığımda iş doyumum daha çok tükenmişlik seviyesindeydi şu an daha ayarlayabiliyorum.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

Gündüz (2020)’ün sosyal hizmet merkezlerinde travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan bireylerle çalışan meslek elemanları ile yaptığı araştırmada, çalışma alanından kaynaklı ikincil travmatik stres düzeyinin yüksek olduğu, bununla bağlantılı olarak iş doyumunu ve mesleki tatminin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir.

Erdener (2019)’e göre travmatik olaylarla çalışan profesyoneller travmatize edici durumdan dolaylı olarak etkilenmektedir. Travma sonrası stres seviyesi arttığında ise yaşam doyumunu ve iş doyumunun azaldığını öne sürmektedir.

“Aslında bu benim üzerinde çalıştığım bi akademik çalışma. Eee travmatik stres, tükenmişlik ve yaşam doyumunu çalışmıştım. Daha tabi yayınlamadım, daha yayına geçmedi. Şöyle, ilk defa kız çocuklarıyla çalışıyorum ben, görüşmeniz de bu bağlamda iyi oldu. Eee tam da travmanın içindeyim aslında. Normalde erkek çocuklarında şeylere alışkındım işte babanın erkek çocuğa istismarı, annenin erkek çocuğa istismarı, erkek çocuğun erkek çocuğa istismarı gibi süreçleri biliyorum. Ama burda eee yani çocuk anne kavramını ilk defa yaşıyorum.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“...ama bi noktadan son aynı şeyleri tekrar yaşamak yada ne bileyim bi aile istismarından bahsediyosunuz baba gelip size mahkeme devam ederken beni niye görüştürmüyosunuz diyebiliyor. Yada hani çocuk gerçekten hem babasıyla görüşmek istiyor hem de travmayla yüzleşmek zorunda, sürekli bu ağır durumla karşılaşmak yıpratıyor gerçekten, bi noktadan sonra. hani ben evet profesyonel yaklaşıyorsunuz ama ben kendi içimde çok da hani böyle hobi yapmak, uğraşlarla uğraşmanın yeterli geldiğini düşünmüyorum, tükendiğimi hissediyorum artık yani.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

*“Çünkü şöyle **acaba daha kötüsüyle karşılaşabilir miyim? Diyosun. Ama bi bakıyosun daha kötüsüyle karşılaşıyosun.** Ve gerçekten yani hani istismarlarda aile içi aile dışı hiç fark etmez çocuğun bakış açısı falan hani KMÇ de gördüğün gibi değil, üniversite eğitimi gibi değil, yetmediğini de hissediyosun. Tamam 3. Yılda şey diyosun tamam ben bu çocukla çok güzel çalışıyorum her şey yetiyor, yani daha deneyimli böyle, kendini böyle güvende hissediyosun ama sonrasında kendin yıprandığın için kendini korumaya çalışıyosun.” (Hüma, K, 38, Psikolog).*

Erbay ve Aslan (2017)'ın çocuk evlerinde çalışan çocuk evi sorumluları ve bakım personeli ile yaptığı nicel araştırmada çalışma yaşamıyla ilgili problemlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Çalışma süresi ve vaka sayısındaki artış ise mesleki doyumu azaltmaktadır.

“ilk başlarda mesleğe yeni başladığım dönemlerde bunun bana çok büyük artılar kattığını düşünürdüm ki hala öyle her bi vaka her bi öykü her bi çocuk her bi aile... bi kere mesleki olarak size mutlaka bi şeyler katıyor. Ama bi o kadar da götürüyor. Ne anlamda, bi kere ne kadar profesyonel davranırsanız da, ki çocukla görüşme de aileyle görüşmede profesyonel olmak zorundasınız. Ama o sınır çizgileri bazen değişebiliyor, kayabiliyor. Bunun yanı sıra hani bi süre sonra sürekli olarak yani sonuçta uğraştığımız kesim çok riskli, bahsettiğim durum zaten söylemiştim cinsel istismar, evden kaçma, erken yaşta evlendirilme, dilendirilme, satılma, bi de aslında travmatik olayların tümünde birleştiği için mesleki doyuma ve her vaka sizi ne kadar tatmin etse de psikolojik olarak sizi bi o kadar yıpratıyor.... Ve bu yönde çok fazla psikolojik olarak artık yorulduğumu fark ediyorum bireysel olarak.” (Sumru, K, 31, SHU).

Profesyonellerin bu ifadelerinde örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmanın iş doyumu ve mesleki tükenmişlik üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu açıdan profesyonellerin çocuklarla gerçekleştirdikleri mesleki müdahale süreçlerinin anlaşılması gerekmektedir. Profesyoneller, yoğun travmatik yaşantılarla çalışmaktan kaynaklı olarak fiziksel ve psikolojik yorgunluk, duygusal zorlanma, tükenmişlik ve ikincil travma yaşamaktadır.

4.2.3. Profesyonelleri Güçlendiren Unsurlar

Çocuk refahı alanında çalışma deneyimi profesyonellerin kişisel ve mesleki yaşantılarına ilişkin güçlendiren ve güçsüz kılan birtakım unsurları içermektedir. Öznelerin anlatılarında, mesleki tatmin duygusu, deneyim kazanma, psikolojik dayanıklılığın artışı, vaka yönetimi ve krize müdahalede gelişme güçlendiren temel unsurlar olarak yer almaktadır.

“Mesleki anlamda müthiş bir deneyimdi. Yani şu anda çalıştığım yerde de o sahayı biliyor olmanın çok fazla artısı var, ona göre karar veriyor olabilmek önemli, saha gerçekten müthiş bir deneyimdi. Bireysel olarak aslında beni güçlendirdi. Bazen böyle çok yoruldum, yıkıldım, bittim, tükendim gibi düşünsem de geri dönüp baktığımda geçen zamanın bütünü beni çok güçlendirmiş. Bi kere çocuklardan çok şey öğrendim, onların dayanıklılığı, onların dirençleri benim de yoluma ışık oldu gerçekten....Onların hayata bakış açısı, hayata tutunma çabaları... mesleki anlamda da bireysel olarak da beni çok çok güçlendirdi, daha dayanıklı biri olmamı sağladı zannediyorum ki.” (Turna, K, 29, SHU).

“Yeri geliyor kaçıyor kendine zarar verme davranışları var hani o davranış değişikliğini yaratmak zaman içinde zamana ihtiyaç var. O süreci tamamlayana kadar çok yorucu oluyor. Çalışması zor bir alan ama çalışma sonucunda hedeflediğin şeye ulaştın mı doyunda çok yüksek yani.” (Kuzgun, E, 52, SHU).

Travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışan profesyoneller tinsel pratiklerdeki değişimi güçlendirici bir unsur olarak ifade etmektedir. Çocukların yaşadıkları olumsuzlukları paylaşmak ve travmatik deneyime ortak olmak, profesyonellerin “şükür mekanizmalarını” artırmaktadır. Şükrederek karşı karşıya kalınan travmatik yaşantılar anlam zeminine taşınmaktadır.

*“Güçlendiren unsuru **şükretmeyi** öğreniyosun kesinlikle (gülüyor). Yani şükürler olsun hani o hayatları görünce bi mesela bağımlı bi çocuğun hani iyi bi noktaya geldi mesela o mesleki tatmin duygusu olumlu yönde tetikliyor.”* (Kuğu, K, 34, Psikolog).

*“benim **şükür mekanizmamı** çok artırıyor. Yani nasıl bir insan örüntüsü var, ondan sonra nasıl hayatlar var, neler yaşıyor nerelerde gibi bir döngüye çok dahil olduğum için benim şükür mekanizmam artıyor ve kendimi çok daha iyi hissediyorum.”* (Çalikuşu, K, 40, SHU).

Çocuk refahı alanında zorlayıcı vakalarla çalışmak mesleki anlamda deneyim kazandırması açısından önemlidir. Bu noktada, travma yüklü vakalarla çalışma süresi travmaya verilen ikincil tepkiler karşısında belirleyici bir konumdadır. Kazanılan deneyim ile psikolojik dayanıklılığın arttığı ve duyarlılığın azaldığı profesyoneller tarafından aktarılmaktadır. Özetle, deneyim güçlenmenin belirleyici bir öğesidir.

“avantajlı tarafı da çok zor vakalarla çalışınca ciddi bir deneyim kazanıyorsunuz. Yani hani daha görece kolay diyelim yada görece daha az travmatik yaşantısı olan çocuklarla çalışmak hem mesleki anlamda daha kolay geliyor hem de daha başarılı oluyoruz. Daha az yıpratıyor bizi. Çünkü deneyimlisin. Kazanımları yüksek...bir taraftan da psikolojik dayanıklılığın artıyor. Çok fazla şahit olunca duyarlılığımız azalıyor. Daha eşliğimiz yükseliyor.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“Yani evet deneyim kazandırıyor. Hayata bakış açısını değiştiriyor...” (Kumru, K, 29, SHU).

Martı, mesleğe yeni başlayan profesyoneller açısından kazanılan mesleki ve yaşam deneyimini güçlendirici dinamikler olarak aktarmaktadır. Vakaların kattığı tecrübe bilgisi benzer vakalarla karşılaşma noktasında kolaylık sağlamaktadır.

“Şimdi eğer olaya bardağın dolu tarafından bakarsak, özellikle mesleğe yeni başlayan arkadaşlara kesinlikle bir güç katıyordur. Kesinlikle yaşam deneyimi kazandırıyor. Ve o çalışma esnasında özellikle bende mesela ilk çalışmaya başladığımız dönemde

göremediğimiz o oluşumları yada önceden hissedilmez duyguları hissediyoruz... Şimdi biz bu meslek elemanları, yani bu işi yapan olarak çok böyle paylaşmayı düşünmeyiz. Çünkü o vaka bizim beynimizin bir tarafında kalır ve o benzer vakalar gelince o vakanın bize kattığı tecrübe bilgisi ile o vakada uygulamaya çalışırız.” (Martı, E, 60, SHU).

“Çok uzun süre için bu alanda sahada çalışınca, çocuklarla çalışınca ben erkek çocukları, kız çocukları bebekten tutun 18 yaşa kadar ve üstüne kadar 20 yılımı sürekli bu alanda yaşadığım için artık etkilediği minimum düzeydedir diyebilirim en fazla yani.” (Albatros, E, 47, SHU).

Weiss-Dagan ve diğerleri (2022), istismara uğramış çocuklarla çalışmanın sosyal hizmet uzmanları için olumlu ve olumsuz etkilerinin olabileceğini belirtmektedir. Bu etkilerden bazıları ikincil travmatik stres ve dolaylı travma sonrası büyüme olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bu iki olgu için etkili olan bazı faktörler vardır. Deneyim, rol stresi, sosyal destek, profesyonel olarak çocuk istismarına maruz kalma ve maruz kalma düzeyi gibi kişisel ve mesleki faktörler ise güç ve güçsüzlük kavramsallaştırmalarına zemin hazırlamaktadır.

Çocuklarla çalışmak iş yaşamında ve mesleki müdahale sürecinde aktif rol almayı gerekli kılmaktadır. Çocukların sürekli bir gelişim, değişim ve dönüşüm süreci içerisinde olması değişen gereksinimleri de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla değişen gereksinimler ve çocukların maruz kaldıkları travmatik deneyimler nedeniyle tepkisel davranışlarda bulunma durumları işleyen ve aktif bir algılama gerektirmektedir. Keten (2017) aile ve çocuk refahı alanında uzman kişilerin aktif olarak problemlere karşı koruyucu ve önleyici hizmet sunumunun önemli olduğunu ifade etmektedir. Profesyonellerin anlatılarında, “aktif” “dinamik” “değişim” ve “gelişim” kavramları güçlenme sürecinin dinamikleri olarak yer almaktadır.

*“Bir çocuk bir çocuktur diye yoluma devam ediyorum. Öyle de olduğuna inanıyorum, çok umutluyum o yüzden. **Umudumu tazeliyor her geçen gün** bu alanda çalışıyor olmak. Çocukla çalışmanın en güzel yanı da bu sanıyorum. Çok gelişime açık, seni de geliştiriyor. Gelişen şeyleri de gördükçe umudunu da tazeliyor.” (Turna, K, 29, SHU).*

“Bir kere çocuk destek merkezlerinde çalıştıkça algılarınız çok açık oluyor. Yani her an her yerden bir olay olabilir ve o olay olursa hemen müdahale etmeniz gerekiyor. Dolayısıyla çok sessizlik olduğunda hemen gözünüz pencerede, dışarda, kapıda, bir yerde... hani çok boyutlu düşünmeniz gerekiyor.” (Turna, K, 29, SHU).

“Önce güçlü olanı düşünürsem, bi kere sürekli aktif olmak zorundasın. Gençlerle çalıştığın için, onların ilgi alanlarını takip etmek zorundasın. Bu seni güçlü kılan bi taraf olabilir. Onların dinlediği müzikler olsun, sosyal medya kullanımı olsun, her şey. Yani onlara ayak

uydurmak zorundasın birazcık bu bi noktada seni güçlendirebiliyor. Bana gerçi güçsüz tarafı da olabiliyor yetişemiyorum hızlarına çünkü.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Daha dinamik daha aktif kendi yaratıcılığını ön plana çıkarabiliyorsun.” (Kuzgun, K, 52, SHU).

Hüma’nın anlatısı, çocuk refahı alanının güçlendirici unsurlarını yaşlı refahı alanı üzerinden örneklendirmektedir. Çocukların yüksek enerjileri profesyonellere de yansımaktadır. Öte yandan, çocuklarla yürütülen sürecin sonunda somut değişimin görülmesi güçlendirici bir unsurdur. Dolayısıyla çocuklarla yürütülen dinamik ve değişime açık olan süreç olumlu duygular, motivasyon ve mesleki doyum gibi güçlenme deneyimine işaret etmektedir.

“Enerjisi yüksek. Yani daha önce ben huzurevinde de çalıştım. Çocukların her ne kadar böyle çok öfke kontrolü yaşasalar kendilerine zarar verseler depresyonda da olsalar, iyi oldukları zaman gerçekten o bir enerjileri var. Hayat enerjileri var. Bu sana yansıyor. Değişim olasılığı daha yüksek çocuklarda. Yani o değişmeyi çocuk gerçekten istiyorsa hazırsa değişim görebiliyorsun. Bu aslında hem senin enerjini yükseltiyor hem de mesleki doyumunu sağladığı için sana mutluluk veriyor.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Güçlendiren, yaşamda olabilecek olan olasılıkları görüyorsunuz çok fazla olasılık olabileceğini görüyorsunuz bunlar iyi. Olasılıkları bilmek iyi yani görüp önlem almaya çalışıyorsunuz. Koruyuculuk anlamında da. Ebeveyn olarak da demokratik bir aileden geldiğim söylenemez ama. Demokratik bi aile tipi uygulamaya çalışıyorum çocuğumla ilgili. fakat yani mesleki bu gelen şeyler tecrübeler çok da demokrasiğe gerek olmadığı yönünde. Bu şekilde yani olumlu mu bakarız bilmiyorum ama olumlu diyebiliriz.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

Öznelerin sosyal hizmet müdahale alanları arasında en zorlu alanı çocuk refahı olarak nitelendirdikleri saptanmıştır. Örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmak bu alanın temel zorluğunu oluşturmaktadır. Travmatize olmuş çocuklar, aileler, koruyucu ve destekleyici tedbirler kapsamında iş birliği kurulan mezzo ve makro sistemler ile çalışmak profesyoneller için zorlu süreci içermektedir. Nitekim söz konusu süreç içerisinde kazanılan deneyim güçlendirici bir unsura dönüşmektedir.

Müracaatçı ve sorun alanın aktif dinamik yapısı, müracaatçı sistemi aracılığıyla profesyonellerin düşünce, duygu ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Öznelerin ifadelerinde görüldüğü üzere, toplumun en zorlu kesimiyle çalışmak diğer sosyal hizmet uygulama alanlarında da başarılı bir çalışma yaşamına olanak sağlayan güçlendirici bir etkidir.

“güçlendiren kısmından başlayım ben. Yani toplumda çodem de çalışan bir meslek elemanı bir idareci her alanda çalışabilir. Çünkü o kadar çok toplumun en zorlu kesimiyle

çalışıyorsunuz. O yüzden bu alanda çalışanlar toplumun her kesiminde çalışabilir. Ve gerçekten güçleniyosun yani hani toplumdaki tehlikeleri daha birebir görüyorsun riskleri görüyorsun, yani bizim tek şeyimiz bu kazancımız. Yani toplumda gerçekten burda çalışan insanlar dışardaki her türlü olaya hazır hissediyor kendisini.” (Anka, K, 56, SHU).

“Her türlü vakayla bu çödemlerde karşılatığımız için her alanda tecrübe kazanmış sayılırsınız bi bakıma. Çünkü sadece çocukla değil ailelerle de bir şekilde temas halinde olduğunuz için toplumsal anlamda çalışırken de artıları olacaktır.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Mesela bazen insanların, yetişkinlerin, duyduğunda bile baş etmekte çok zorlandığı bazı deneyimleri göğüs geren çocuklarla karşılaşıyorsunuz. Hani çocuk bunları bizzat yaşamış üstesinden gelmiş bir şekilde bununla başa çıkmış, bu insana şöyle bi ders veriyor yani, bu çocuk bu halde bununla başa çıkıyor, daha bu yaşta, bizim bu kadar bundan etkilenmeye aslında hakkımız yok. Bizim de en az bu kadar dirayetli olup bu çocuğa yardımcı olmalıyız. Bu belki güçlendiren bir unsur olabilir.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

“Bireyi güçlendiren unsurları şu bi kere bir sürü vakayla karşılaşıyorsunuz. Bu vakalarda şey işte neler yanlış gitmiş ne yapılmış onları görüyorsun” (Kuzgun, E, 52, SHU).

*“Şöyle... vaka görme açısından aslında deneyim oluyo yani bide hani şöyle bi tabir varya işte. **Ölümü gösterip sıtmaya razı etmek.** Hani o yüzden böyle mesleğin en zor kısmında çalışıyorsun ki hani diğer kısımlarda çalıştığında hiçbir şey dokunmaz yani.” (Saka, K, 27, SHU).*

Profesyoneller, çocuk destek merkezlerinde çalışmanın vaka yönetimi ve krize müdahale konusunda katkı sağladığını aktarmıştır. Çetinkaya Büyükbodur (2018)’un belirttiği gibi sosyal hizmet müdahalesi ekseriyetle kriz durumlarına yöneliktir. Profesyoneller ise bu kriz durumlarında aktif biçimde çalışmaktadır. Dolayısıyla travmatik malzemeye yoğun bir şekilde maruz kalmak krize müdahalede tecrübe kazandıran bir etkidir.

Çocuk koruma sistemi içerisinde önem taşıyan hususlardan biri vaka yönetimidir. Vaka yönetimi, çocuğun yüksek yararı ilkesi bağlamında temel hususları barındıran bir süreç ve çalışmadır (Barker, 1995; Bilgin, 2020). Profesyoneller çocuk destek merkezlerinin vaka yönetiminde deneyim ve gelişim sağladığını belirtmektedir. Bu anlamda vaka yönetimi, travmatik ve yoğun çalışma temposundan olumlu olarak etkilenmektedir.

“vaka yönetimi konusunda ve kriz yönetimi konusunda ciddi anlamda tecrübe kazandırıyor.” (Sumru, K, 31, SHU).

“Güçlü kılan unsurları dediğim gibi vaka yönetimi ve kriz yönetiminde artık profesyonel anlamda çok iyi noktaya gelebiliyorsun. Birçok insanın yıllarca tanık olamadığı vakalara bir ay içinde bile tanık olduğun şeyler oluyor. Krize müdahale yönetebiliyorsun, ebeveyn çocuk ilişkisini yönetebiliyorsun, buna bazı noktalarda dokunup insanların hayatlarını

değiştirebiliyosun. Bu noktalarda ciddi anlamda kendini geliştiriyosun.” (Sumru, K, 31, SHU).

“İkincisi krize müdahale, krize müdahaleyi en iyi öğrendiğimiz yerlerden birisi kesinlikle Çocuk Destek Merkezleri. O an bir kavga çıkabilir, çocuğun başına bir şey gelebilir, herhangi bir kriz çıkabilir ve o noktada verdiğiniz tepkiler çok önemli oluyor. Çünkü bir çocuk değil 40 tane çocuk oluyor çocuk destek merkezlerinde ve her birini yönetmeniz gerekiyor. Ve sizin orada bir vakada o krizi yönetememeniz büyük bir kaosa neden oluyor ya da çocuklarda büyük bir örselenmeye neden olabiliyor. O yüzden kriz yönetimini çok iyi bilmek gerekiyor. Ve çodem bunu çok iyi öğretiyor diye düşünüyorum.” (Turna, K, 29, SHU).

Krize müdahale ve vaka yönetimi, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin bilgi ve beceri repertuarının temel bileşenlerindendir. Yıldırım (2016)’ın da belirttiği gibi krize müdahale süreci koordine, sistemli ve profesyonel bir mesleki uygulamayı gerektirmektedir. Dolayısıyla Çocuk Destek Merkezlerinin krize müdahale konusundaki öğretisi tüm mesleki sürece güçlendirici bir faktör olarak yansımaktadır.

“Bunun içinde bizim için en önemli olan krize müdahale. Hani acil durumlarda nasıl davranmaları gerektiği. Ciddi anlamda burda çalışan yani çoğu personel artık bu işi kavradı diyebilirim.” (Anka, K, 56, SHU).

“Çodem de çalışmak mesleki kariyer açısından gerçekten önemli. Mesleki tatmin, uzun soluklu çalışmak, vaka yönetimi, kriz yönetimi... çünkü oraya gelen çocukların hepsinde çok travmatik öyküler var.” (Sumru, K, 31, SHU).

Son tahlilde, çocukların dinamik doğası bu alanda çalışan profesyonellerin güçlenmesine dolaylı olarak olanak tanımaktadır. Bu dinamik ve yoğun travmatik süreç profesyoneller için deneyim, psikolojik dayanıklılık, vaka yönetimi ve krize müdahale noktalarında potansiyel güç kaynaklarıdır.

4.2.4. Profesyonelleri Güçsüz Kılan Unsurlar

Profesyoneller örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmanın çeşitli güçsüzleştirme tehditlerini içerdiğini ifade etmişlerdir. Profesyoneller, travmatize edici deneyime ikincil maruziyetten kaynaklı aşırı hassasiyet geliştirme, çaresizlik hissetme, kontrol kaybı, çocuklar için yapılabileceklerin kısıtlı olması ve işbirlikçi kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği gibi hususları güçsüzleştirici dinamikler olarak tanımlamaktadır.

“Güçlü ve güçsüz... çok fazla travmaya şahit olduğumuz ve işte bire bir içinde olduğumuz için kendi özel hayatımızdaki travmalarla baş ederken daha ağır yaşıyoruz. Çünkü insanın bir limiti var o limit doluyor. Sen kendinle ilgili yaşadığın bir travmatik olayda çok zorlanıyorsun yani çünkü depolarını doldurmuşsun, artık yer kalmamış. Daha ağır geçiyoruz yani bir vefat olayında ne bileyim bir sevgilinden ayrılсан, kocanla sorun yaşasan, bir hastalık durumu olsa falan... gerçekten bizim için çok yıpratıcı oluyor. Sanki o tüm attığımız yani atlattığımızı sandığımız travmatik olayların hepsi geri dönüyormuş gibi. Hepsinin duygusunu yaşıyormuşşun gibi, daha yoğun yaşıyoruz ve bu çok yıpratıcı bence” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Profesyoneller, olumsuz yaşam deneyimlerine sürekli olarak şahit olmanın güven problemi yarattığı, insanlara ve olaylara karşı şüpheli yaklaşma durumunun oluştuğu ve kontrolde olma isteğine yol açtığını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla güven problemi, şüphecilik ve kontrol takıntısı güçsüzleştirici dinamikleri oluşturur.

Salston ve Figley (2003)’in de belirttiği gibi, travmatik olaylara maruz kalan profesyonellerde kendisinin ve çevrenin güvenliği konusunda aşırı hassasiyet, kontrolü yitirme hissi ve dünyanın güvenli ve adil bir yer olduğu inancının kaybı gibi artmış uyarılma tepkileri görülebilmektedir.

“şu anki duygum olumsuz etkileyeceği yönünde. Çünkü çok fazla olumsuz yaşam deneyimine şahit olmak ve bunlara neredeyse her gün maruz kalmak biraz kişiler arası güven problemi yaratabiliyor. Biraz toplumun geneline olan inancımızı zedeliyor.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

“şüphe oluşuyor aslında, kendi hayatına, kendi hayatındaki insanlara bile şüpheli yaklaşma durumu söz konusu aslında... Çok fazla şüphe aslında kötü bi özellik olarak da şüphe oluşturdu bende. Diğer insanlara karşı da. Güven problemi oluşturdu.” (Kumru, K, 29, SHU).

“Güçsüz kılan... daha kontrolcü olabiliyorsunuz. Eee böyle basit, normal insanlar için basitmiş gibi gözükən şeyler hakkında siz farklı düşünceleriniz olabiliyor. Örnek vermek gerekirse mesela bi bardak, cam bir bardak da çay içtiğimizi düşünelim, öyle yapıyoruz. Bu bile mesela bi tehlike unsuru oluyor. Ondan sonra bi maskenin teli bile bir tehlike unsuru. Bu tarz noktalar da daha ince düşünmeye başlıyorsunuz” (Çalikuşu, K, 40, SHU).

“Güçsüz kılan... güçsüz hissettiren yanları var. çünkü çocuğun şimdi çok olumsuz şeyler yaşadığına şahit oluyorsunuz, çok olumsuz koşullarda yaşadığını, aile üyelerinin, ona bakımverenlerin çok uygunsuz kişiler olduğunu yani, birçok uygunsuzluk çocuk adına üzücü olan birçok şey görüyoruz ve bazen bu çocuğun kendi sosyal gerçekliğini değiştirmediğimizi, değiştiremeyeceğimizi fark etmek, bu çocuk için yapabileceklerimizin kısıtlı olduğu durumuyla yüzleşmek biraz insana güçsüz hissettiren bir şey.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

Baker (2012; akt. Kaya, 2015)’ın travma terapistleri ile yaptığı araştırmada, travma mağduru bireyler ile çalışırken dinlemek dışında bir şey yapılamadığı durumlarda terapistlerin kendilerini çaresiz hissettikleri aktarılmıştır. Profesyoneller özellikle olayı ilk duyduğu andan

itibaren çaresiz hissettiklerini, bu çaresizliğin ise bireyi güçsüz kılan bir unsur olduğunu belirtilmektedir.

“Bireyi güçsüz kılan işte o olayı ilk duyduğun anda ki şeyler illaki çaresiz hissediyorsun ilk anda.” (Keklik, K, 57, SHU).

“Çaresizlik bireyi güçsüz kılan bi yönü bence. Hani bizim en büyük şeyimiz burda çaresizlik... boşa çabalama hissi.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Güçsüz kılan kısmı ise ağır bir yük. Hani bu ağır bir yükten kastım zihinsel anlamda rahatlamakta zorlandığım zamanlar oluyordu geçmişte. Kendi kendime kalmak istediğim, ilişkilerime yansımayan, çoğu zaman yeni bir vakadan sonra modum düşüyordu.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“Özel hayatımızda daha az tahammüllü insanlar olduğumuzu düşünüyorum. Yani kendim için öyle olduğumu düşünüyorum. Özel hayatta devam eden hayatımızda daha az toleranslı daha yüksek stresli olduğumuzu düşünüyorum.” (Güvercin, E, 33, Psikolog).

Sosyal hizmet alanlarında kurumsal desteğin eksikliği, makro seviyede kurumsal yapıların ve sosyal politikaların oluşturulamamış olması, işbirlikçi kurumlar arasında koordinasyon eksikliği gibi çalışma yaşamındaki olumsuzlukların ikincil travmatik stres yaşanması açısından risk etmeni oluşturduğunu, bununla birlikte meslek elemanlarının psikolojik dayanıklılıklarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilmektedir (Çetinkaya Büyükbodur, 2018). Öznelere verdiği yanıtlar, disiplinlerarası bir çalışmayı gerektiren sosyal rehabilitasyon sürecinin bir boyutunda yaşanan aksama ile sürecin sekteye uğradığı sonucunu görünür kılmaktadır.

*“Maalesef şey şöyle bi problem var. Bu tür kuruluşlarda işbirlikçi kuruluşlarla aktivitelerin önemli olduğunu düşünüyorum ben. Şimdi bir ayaktaki sekme bizi maalesef elimizi kolumuzu bağlıyor. Yani bu noktada biz sıkıntılar yaşıyoruz. Belki bu noktalarda da sağlam bi ilerleme kat edersek aslında çocuklara... ne bizlerde bu duygular oluşacak ne bu çocuklar da bazı kayıplara neden olacağız. Yani örnek veriyorum... Rehabilitasyon çalışmaları yapmalıyız ama benim rehabilitasyon çalışmalarından önce yapılması gereken buna **psikiyatrik müdahale**. O psikiyatrik müdahale yapılsa belki benim yaptığım iş beni daha çok tatmin edicek.”* (Kuğu, K, 34, Psikolog).

Çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyoneller kendi çocukları için endişelenmektedir. Bu durum profesyonellerin kişisel yaşantılarında güçsüzleşme tehdidi yaratmaktadır. Bu bağlamda profesyonellerin çocuklar ile kurdukları empati ilişkisinin sonuçları kendi çocukları hakkındaki düşüncelerine yansımaktadır. Sabin-Farel ve Turpin (2003)’e göre terapötik ilişki içinde kurulan empati ilişkisi, travmatik stres semptomlarının ortaya çıkmasında önemli bir etkidir.

“Yani şu noktada söyleyim kendi çocuğum için mesela endişe duyuyorum. Yani kendi çocuğum ilerde kimlerle karşılaşacak nasıl olacak hani derler ya hep iyi insanlarla

karşılaştın diye o endişem yoğun oluyor yani mesela. Kendi içinde sadece kendi çocuğum için değil ailem, çevremdeki sevdiğim insanlar için hani bazen çevrenin de böyle halklar genişliyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Yani şimdi kendi çocuğumu kimseye emanet edemiyorum en başında. Üç yaşında bir oğlum var hani 2 saat bile bir yere bıraksam yani içim pırpır oluyor. İşte başına bir şey mi geldi acaba diye... Asla ve asla yabancı birisiyle bırakamam. Yani asla... 5 dakika bile bırakamam.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Salston ve Figley (2003), travmatik yaşam olaylarına ikincil maruziyet sonucunda adil dünya inancından sarsılmalar görülebileceğini aktarmıştır. Serçe'nin anlatısı ise bu duruma ilişkin bir örnektir.

“yani insanlara güven duymak da zaten şu dönemde zorlanıyorum. Çocuk sahibi değilim, ilerde çocuk sahibi olursam yani bilemiyorum ben onu dışarı fala çıkartabilir miyim çok emin değilim yani. Yani insanlar kötüdür, kötü niyetlidir algısı çok arttı yani bu alanda ister istemez arttı yani göre göre...” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“...kendi çocuğumuz var. Eee daha yeni doğdu. İşte 5-6 aylık. Yani üstü açık kalsa uyuyamıyoruz aklınız onda kalıyor. Yada öksürdüğü zaman bişey olur diye Sabaha kadar bekliyoruz. Bunu birebir böyle empatik düşünce yaptığınız zaman zor oluyor yani o iki bebeği düşünmek çok zor geliyor. Öyle bir şeyi var şu an travma anlamında etki olarak o var. Eve gidince düşündüğüm bu var.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“...biz aşırı travmatik olduğumuz için kendi hayatımızda da hani benim de bi kız çocuğum var. Ve bi kaygı var... Bizim düşüncemizde sanki herkes bunu bu kadar hani ulaşabilecek yada benim çocuğumda mesela okula başlarsa sanki direkt madde ye gidicek yada ne bileyim o ortamın içince giricek. Çünkü hayatın her yerindeler.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Hani kendi çocuğuma haksızlık yapmış gibi hissediyorum ...Eve geldiğimde sabrım kalmamış olabiliyor.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“Çocuğum olduktan sonra özetle çocuklarda davranış problemleri yada eşimle olurda ayrılırsam çocuğa karşı yaklaşımım nasıl olmalı gibi sorular sormaya başladım. Bu bağlamda olumlu şeyler alıyorum yani en azından boşanmamam gerekiyor yada çocuk boşansan da nasıl bir tavır sergilemelisin bu önemli.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

Profesyonelleri güçsüz kılan bir diğer konu “çocukluk ve “masumiyet” vurgusu üzerinedir. Çocuk kavramı üzerine yüklenen anlamların kuruluştaki çalışma deneyimi ile sorgulandığı görülmektedir. Profesyoneller, çocuk koruma sistemi içerisinde çocuklarla ilgili başka bir dünyayı gördüklerini ifade etmişlerdir.

*“İlk aklıma gelen şeyi söyleyim mi? Açıkçası şöyle **çocukların masumiyetini birazcık daha kaybettiğini düşünüyorum.** En olumsuz şey bu. Yani gerçekten istismar mağduru olan az çocukla çalışıyoruz aslında. Ama tabi bu çocukların şey olduğu anlamına gelmiyor, suçlu yada ne biliyim hani davranış problemleri yüzünden onları hani suçlamak burda işimizi yapmamak anlamına gelmiyor. Ama hani **bu kurumda çalışmadan önce kafamda daha***

masum bir çocuk imajı vardı. Ama burda o çocukların masumiyeti gitti. Olumsuz olarak onu söyleyebilirim.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Açıkçası ben yani çocuk kavramının da genel olarak değişmesi lazım en azından tartışmaya açılması lazım ama. Genelde böyle çiçek böcek dağıtmalı eğitimler oluyor. Çocukla çok iyidir, çocuklar müthiştir, çocuklar harikadır çerçevesinde eğitimler oluyor. Ama bizim sahada gördüğümüz şeyler genelde o çerçevede değil. Bu kurum çocuklarla ilgili başka bi dünyayı gösterdi.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

*“Bir de tek problem herhalde **Çocuk kavramındaki o aşırı masumiyet vurgusunun** yarattığı suçluluk olabilir. Eee kendimize anlatmamız çok mümkün olmayınca yani çocukların alenen suçlu olduğu, hatalı olduğu fakat o masumlar zırhını giyip bizim konduramayacağımız şeyler.”* (Balaban, E, 39, Psikolog).

Çocuk kavramındaki masumiyet vurgusunun sarsılması profesyonelleri güçsüz hissettiren bir durumdur. Nasby ve Kihlstrom (1986)’a göre, travmatik olaylara doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalma neticesinde bireyin zarar görmeyeceği yönündeki inancı, adil bir dünyada yaşadığı inancı ve kişisel olarak kabul edilebilir olduğu inancı olumsuz yönde bozulabilmektedir. Meslek elemanlarının bilişlerinde meydana gelebilen bu çeşit bozulmalar ise vekaleten travmatizasyon şeklinde kavramsallaştırılmaktadır (akt. Haksal, 2007).

*“...çocuk temellendirdiği her şeyin altında tamamen saf çıkar ilişkisinden yola çıkabiliyor. Dolayısıyla bu **saf çıkarı da korumak adına çocuk yalan söyleyebiliyor**. Bu olumlu bi şey aslında yani, nasıl olumlu yani tüm işte atıyorum mesela işte çocuk diyor tacizde bulunduğunu söylüyor mesela, onu çodem deneyimini getirdiğim zaman algılayabiliyorum. Bazen bunun imkanı mı imkansız mı hem akademik desteklerle hem bu tecrübelerden...”* (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Öyle bir üzüntüm şeyim olmuyor artık bu çocuk imajına karşı. Çünkü burda çok şey görüyoruz...Daha geçen gün şu telefon ipiyle beni boğmaya kalktı.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Bazen çocuklara bakış açımızı da değiştirdiği oluyor. Dolayısıyla yani belki sağlıklı bir çocukla ebeveyn ilişkisi, belki çocukla akran ilişkisi, yolunda giden bir ilişki olduğunda dahi biz onun altında acaba buradan bir istismar öyküsü var mı? Şeklinde bir değerlendirme ister istemez oluyor. Yani ben artık mesela bir çocuğun, eskiden böyle bir farkındalığa sahip değildim, bir çocuğun bir toplu taşımada bir yetişkinin kucağında otururken gördüğümde bununla ilgili bir değerlendirmem olmazdı yani bunu normal bulurdum ama hani çocuğun bir yetişkinin kucağında oturuyorken görmem yada hani böyle fazla fiziksel temas olduğuna şahit olmam beni mesela rahatsız eder. Farklı bir değerlendirme mekanizması devreye giriyor orda artık bende. Ben ama bunu olumsuz değerlendiriyorum.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

Öznelerin anlatılarında görüldüğü gibi, çocuk refahı alanında çalışmanın bireyi güçsüz kılan dinamikleri çeşitlilik göstermektedir. Bu durum hem kişisel yaşamlarını hem de mesleki doyumu olumsuz yönde etkilemekle birlikte ruh sağlığı sorunlarına zemin hazırlamaktadır. Öte

yandan travma yaşayan çocuklarla çalışan profesyonellere yönelik önleyici, koruyucu ve sağaltıcı psikososyal destek hizmetleri ve ikincil travmatik stresle başetmeyle ilişkili gereksinim duyulan unsurlar ön plana çıkmaktadır.

4.3. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARINA MARUZ KALAN ÇOCUKLARLA ÇALIŞMA DENEYİMİ VE KİŞİSEL YANSIMALARI

İkincil travmatik stres bağlamında, travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışma deneyimi ve yol açtığı kişisel etkiler öznelere anlatıları ile ortaya çıkmaktadır. Travma yüklü vakalarla çalışmak bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal alanına ve ilişki ağlarına meydan okur. Söz konusu çalışma deneyimi profesyonellerde duygusal zorlanmaya neden olmakta ve kişisel refaha yönelik olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu nedenle bireyler çeşitli baş etme stratejileri geliştirmektedirler. Bu sonuç odağında, bu analiz başlığının alt konularını ikincil travmatik stresin bireysel düzlemde değerlendirilmesi oluşturmaktadır.

4.3.1. Vakaların Duygusal Yükü

Çocuk refahı alanında çalışmak profesyonellerin düşünce, davranış, tutum ve duygularında dönüşümler yaratan bir deneyimdir. Bu bölümde Çocuk Destek Merkezinde çalışan profesyonellerin travma yüklü vakalarla çalışması ile bağlantılı olarak ortaya çıkan duygusal tepkilere yer verilmiştir.

Van Dernoot (2009)'e göre, “korumanın” temel bir parçası çocuklara sürekli olarak en iyi bakımın sağlanmasını ve onlara yardım etmeyi taahhüt eden meslek elemanlarının sağlığı konusudur. İkincil travmatik stres, bireyin bir başkasının travmatik deneyimini ilk elden dinleyen olduğu durumda duygusal zorlanmaya neden olmaktadır.

*“...çok üzüldüğüm anlar oluyordu. Mesela bazen böyle çocukla konuşuyorum ama karşınızda böyle ağlıyor, masalara vuruyor. **Karşınızda hüngür hüngür oturan ağlayan bir çocuk var ve o kadar haklı ki ağlamakta** bazen böyle karşısına geçip senin de onunla*

oturup ağlamak istediğin zamanlar oluyor. Gerçekten oturalım beraber ağlayalım çünkü yapacak bir şey yok. Yani her şeyi yaptık olmuyor ama tabi öyle bir durumda sergilemiyoruz. Orda profesyonel olmamız gerekiyor, ağlarsak bu sefer çocukta başka sorunlara da sebebiyet verebiliriz. Aa ben çok acınacak bir haldeyim baksana hoca da ağlıyor ya da ağlayarak bak ben birçok şeyi de yaptırabiliyorum gibi farklı bilişsel çarpıtmalara da yol açabiliriz. O yüzden orda profesyonel bir duruş sergileyip işte çocuğu sakinleştirip, empatik geri bildirimler verdikten sonra çocuk odadan çıkınca oturup böyle benim de masalara vurup ağlamak istediğim çok zaman oluyordu.” (Turna, K, 29, SHU).

Turna'nın anlatısında, vakaların duygusal yükünün bir kitap alıntısı ile örneklendirildiği görülmektedir. Çocukların birçok açıdan örseleyici olaylar yaşaması ve travmaya maruz kalmış olması profesyonelleri duygusal yönden etkimektedir. Vakaların duygusal boyutta nasıl içselleştirildiği profesyonellerin ifadelerinde görülmektedir.

“Köpek gibi büyütülmüş çocuk kitabında Doktor Pery diyor ki: bu çocuklar her türlü açıdan marjinalize edilmiş, sosyal destek sistemi ellerinden alınmış ve bize elimizdeki araçlarla düzeltmemiz için gönderilen ama düzeltemeyeceğimiz çocuklar diyor. O cümleyi okuduğumda böyle altını artık öyle bir çizmişim ki o hışımla. Çünkü ben de tam olarak öyle hissediyordum. Elimizdeki araçlar çok sınırlı ve birçok açıdan bu kadar örseleyici şeyler yaşamış, bu kadar travmaya maruz kalmış çocukların bize bir şekilde gönderilmiş olmasına çok üzülüydüm.” (Turna, K, 29, SHU).

“bazen gerçekten çok üzülüyorum. Yani ne noktadan ne noktaya geldiklerini gözünüzle görünce bu gerçekten insan da böyle şey yapıyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

Profesyoneller sürekli karşılaştığı vakalar karşısında endişeli, üzgün ve yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Sexton (1999; akt. Lérias ve Byrne, 2003) ise yaptığı araştırmada, travmaya dolaylı bir biçimde maruz kalanlarda kaygı, anksiyete, keder ve üzüntü görülebildiğini aktarmıştır.

“Şöyle söyleyim, bizim burda sürekli karşılaştığımız yani bizim vakalarımız bağımlılığı olan ve genelde suça sürüklenen çocuklar olduğu için endişelerim anksiyetem genelde daha olumsuz tetikleniyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Beni olumsuz etkiliyor, bazen kendimi yetersiz hissediyorum. Hani Bu çocuklara ne kadar yardımcı olabildiğim konusunda bi çaresizlik duygusuna kapılıyorum. Bazen onlar adına üzüldüğüm için, empati yaptığım için yani salt bir üzüntü duyuyorum.” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

Saka'nın anlatısı, vakaların duygusal yükünün yanında profesyonelleri zorlayan bir başka yöne işaret etmektedir. Çocuklarla gerçekleştirilen bireysel görüşmelerde açığa çıkan yoğun duygusal ortamda profesyonel bir duruş sergileyip, çocuğu sakinleştirmek için empatik geri bildirim vermek önceliklidir.

“çok yoğun çalışıyorum ve hani o olaylar da zaten seni kötü etkiliyor. Düşünüyorsun böyle hani üzülyosun felan. tamam profesyonellik felan tabi ki var da insansın yani sonuçta. Duyduğun şeye de ister istemez üzülyosun. tabi ki çocuğa belli etmiyorsun.” (Saka, K, 27, SHU).

“Bi tane mesela zorla evlendirme vardı. Onu asla unutmam, yıllar geçse de unutmam. Görüşmedeki hissiyatım... o vakam mesela, o hissiyata bürünüyorum direkt...” (Çalıkıuşu, K, 40, SHU).

MacEachern ve diğerleri (2019)’nin de ifade ettiği gibi, psikososyal destek sağlayan meslek elemanları genellikle travmanın duygusal yükünü paylaşmakta ve bireylerin yaşadığı acımasız koşullara tanıklık etmektedir. Yaşanılan duygusal etkiler ise çaresizlik, öfke, depresyon, izolasyon, paranoya ve aşırı uyarılma gibi bir dizi semptom üretebilmektedir.

Meslekte çalışma süresi, vakaların duygusal yükü ile başa çıkma açısından önem taşımaktadır. Çalışma süresinin artması vakaların duygu yükünden ve travmatik stresten koruyucu bir etkindir. Konuyla ilişkili alanyazın deneyimsiz ve genç meslek elemanlarının ikincil travma konusunda daha hassas olduğunu göstermektedir (Gürdil, 2014: 30).

“mesela ilk zamanlarda bi cinsel istismar vakası geldiğinde mesela gözlerim dolduğu zamanlar oluyordu, etkilendiğim zamanlar oluyordu, böyle duygularımın işe yansıdığı vakalar oluyordu ama şimdi mesela onu çok net kontrol edebiliyorum.” (Sumru, K, 31, SHU).

“8 sene içerisinde hiç unutmadığım birkaç olay var, birkaç vaka vardı. Onları hatırlayınca midem de böyle karıncalanma hissediyorum. Ama normal günlük hani her zamanki danışmanlığında olan çocuklarla ilgili yani işte öfke duymuş olabilirim, üzülmüş olabilirim, vakanın şeyine göre bazen hayal kırıklığına uğradığımız oluyor. hayal kırıklığı çaresizlik hani bunları hissettiğimiz gibi bazen de işte vakayla çok empatik yaklaşım sempatiye kayınca öfkelenebiliyoruz. Annesine kızıyoruz babasına kızabiliyoruz. Çocuğa kızabiliyoruz kendimize kızabiliyoruz. Sisteme kızabiliyoruz. Genel olarak öfke de çok yoğun yaşıyorum. Bazen çaresizlik ve hayal kırıklığını da çok yoğun yaşıyorum.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Öznelerin anlatılarında da görüldüğü üzere çocukların travmatik yaşam deneyimlerine dolaylı olarak maruz kalmak ve sosyal rehabilitasyon süreci içerisinde bir yardım ilişkisi kurmak profesyoneller üzerinde duygusal zorlanmaya neden olmaktadır. Figley (2002)’e göre, travma yaşayan kişiler ile çalışan profesyoneller kişi ile kurdukları eşduyum ve empati sonucunda travma mağdurunun iç dünyasına girmeye çalışır. Bu iç dünyaya girilmesi ile endişe, korku ve aşırı stres ile yüzleşilmektedir.

“Şimdi... bi kere duygusal olarak yorucu, mesleki olarak yorucu çünkü mesleki olarak görüştüğün o çocukla zaten o çocukla güven ilişkisini sağlayabilmek için o çocukla yakın

temas da bulunuyosun. Bire bir görüşme sağlıyorsun, empati yaptığın noktalar oluyor.... ne kadar profesyonel yaklaştığını düşünsek de öyle olsak da süreci öyle yönetsek de bizi kesinlikle yıpratıyor, duygusal olarak da yoruyor yani.” (Sumru, K, 31, SHU).

“Evet hala hissediyorum. Hala tamamlanmamış bir şeyler var...” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“tabi ki hani psikolojik olarak ben de bi yıpranma hissediyorum kendimdeki yeni başlamama rağmen. Hani çok üzüldüğüm noktalar oluyor. Öyle olunca modun düşüyo. Böyle şey yapamıyorsun zaten kurumda herkes öyle. Yani mesela düşünsene bi çocuk geliyor ve sürekli senin kapının önünde bağıyor. Ağlıyo, işte çılgınlık atıyo...” (Saka, K, 27, SHU).

“Yani duygusal anlamda o çocuğun o suçluluk hissi işte annem niye babamı tercih eder hissi, bu duygusal anlamda bitiriyor diyebilirim. Yani o çocuğun yerine kendini koyduğunda o çok yorucu geliyor.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

Çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin çocukların maruz kaldıkları muamele karşısında hissettikleri duygular öfke ve çaresizlik olarak da çıkabilmektedir. Bu öfkenin temelinde ise çocukların toplum içerisinde örselenmesi, maruz kaldıkları durumun normalleştirilmesi ve adil dünya inancının sarsılması vardır.

“duygularım, çok öfkeliydim. Yani hani çocuğun durumuna, çocuğun kendisine değil tabi ama çocuğun içinde bulunduğu duruma. Yani çocuğu cinsel olarak sömüren o insanlar o arabaların durması çocuğun o hali o perişanlığı o yüzündeki masumiyet yani beni çok öfkeliendirdi. Ya İnsanların nasıl bu kadar zalim olabileceğine... tamam hani senelerdir zaten cinsel istismarla çalışıyorum ama, ya bu ergende değil çok çok küçük yaşta ve yani hani o halde görmek beni çok çok üzmüştü. Sayısız insanın hani istismarına maruz kalması, bunun normalleştirilmesi bununla ilgili sıkıntı yaşamaması hani herhangi bir üzüntü yada bununla ilgili yanlış bir şey görmemesi, farkındalıkların olmaması falan beni çok derinden etkilemişti. Yani o zaman...ağlamıştım falan eve gidince, çok üzülmişim çünkü. Beni baya yıpratmıştı.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“...Ve nasıl bu dünya da çocuklar bu kadar kötülüğe maruz kalıyorlar kısmında gerçekten böyle kendi adıma yoğun duygular yaşadığım anlar çok oldu hala da oluyor.” (Turna, K, 29, SHU).

“...beni çok olumsuz etkilemişti yani ben baya böyle şey olmuşum yani o çocukla ilgili. Hani kötü hissetme nedenim de dünyadaki o kötü insanların düşündükçe o öfkem belirliyordu benim böyle insanlarda var. İşte biz bu insanlarla da bir arada yaşıyoruz dedikçe o öfkemi dengelemede sıkıntı yaşıyodum.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Bazen gerçekten yani ailelere olan duygum çok yoğun, son dönemde yani çocukla çalışmaya başladıktan sonra kadınlarla çalışırken erkekleriydi, çocuklarla çalışırken de ailelere karşı çok ciddi öfkem var ve sisteme öfke duyuyorum. Yani gerçekten sisteme öfkeleniyorum, bu çocukların suçu yok aslında onları bu duruma getiren sisteme öfkeleniyorum.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

Çocuklarla yürütülen sosyal rehabilitasyon sürecinde doğan duygusal tepkilerden bir diğeri çaresizliktir. Çocukların duygu yüklü anlatımları ve yaşam deneyimleri karşısında profesyonellerin kısıtlı imkanlara sahip olması çaresizlik hissedilmesine neden olmuştur.

“Ya bazen çok çaresiz hissediyorum... gerçekten bazen aşırı çaresiz hissediyorum. Ve böyle bilmiyorum nedense çok duygulandım şu anda bir şeyler anlatırken. Çocuklar yaşadığı travmaya anlatırken elimizden bazı noktalarda hiçbir şey gelmiyor gibi hissediyoruz ya. Evet elimizde çok fazla yöntem var metot var kuram var ama o çocuk onu yaşadı. Yani yaşamış onun yaşadığı şeyleri ekarte edemiyoruz tabi ki. Ama bazen böyle toparlanmadan önce bunu çocuğa hissettirmiyorum tabi ki o aradaki çizgiyi çizemediğimi düşünüyorum. Ama kendi içimde çok çaresiz hissettiğim, çok kırıldığım noktalar oluyor hakikaten.” (Turna, K, 29, SHU).

“Çaresizliği çok fazla hissediyorum. Yani sadece çocuğun kabullenmesi yönünde çalışma bi yapıyosun o çaresizliğin beni tükettiğini hissediyorum...” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Hayal kırıklığına uğramış ve yalnız bırakılmış hissediyorum.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

Davinson ve Neale (1997; akt. Kaya, 2015) travmatik olaya dair izlerin travmatize edici olayın duygusal acısını tekrar getirdiğini söylemektedir. Kişi bir izolasyon biçimi olarak duygusal (emosyonel) kaçınma yaşayabilir. Bununla birlikte kişide psikik uyuşma, taşlaşma, duygusal anestezi gibi duygusal tepkileri hissedememe ve yaşayamama görülebilmektedir. Profesyonellerin anlatıları, travma yüklü vakalara maruz kalma süresi ile duygusal tepkiler gösterme arasında bağlantı olduğunu vurgulamaktadır.

Meslekte çalışma süresi ile bağlantılı olarak ilk yıllarda vakaların duygusal yükünü taşıdıkları, zamanla vakaların empatik yükümlülüğünde ve duygularda törpülenme olduğu profesyoneller tarafından aktarılmıştır. Çocuk refahı alanında deneyimli olan profesyonellerin vaka ile kurdukları duygusal bağın ve tepkilerin daha kontrollü olduğu gözlemlenmektedir.

*“Açıkçası bi şey hissetmiyorum. İlk yıl yani aslında şöyle mesleğindeki çalışma yılımla bu çok ilişkili bi duygu oldu. İlk yıl ilk iki yıl da ben çok duygulandım. Etkilendim böyle düşündüm ama sonra **ya profesyonelleştik ya tükendik...** Şu an mesela işi yaparken hissettirmiyorum yani his beslememem gerektiğini düşünüyorum. Bu bağlamda hani görüşmeler de yada öncesinde çocukla ilgili ekstra bi şey duygu anlamında çıkmıyor. Sadece ne yapabilirim odaklanmaya çalışıyorum. Yada şu ana kadar ne yapıldı da olmadı ona bakmaya çalışıyorum. Dosyalardan yada çocuğun kendisinden. O anlamda hani iyisini yapmaya çalışıyorum. hani dediğim gibi duygu yok.”* (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Bizi nasıl hissettiriyor, yani ilk başları konuşacak olursak bi nevi karşılaştırma belki yapabiliriz. İlk başlarda tabi çok daha bu kadar vaka görmediğimiz için daha etkiliyodu diyebiliriz. Ama şimdilerde hep aynı vakalar daha doğrusu özel vakalar okul ağırlıklı gelen rehberlik servislerinin yönlendirdiği özel, özellikle şu okulların açılması ile inanılmaz artan bir vaka sirkülasyonu...” (Çalıkuşu, K, 40, SHU).

“Duyguları törpüliyor baya... ıı oldukça törpüliyor...sonra zamanla duygular bi şekilde törpüleniyor. Duygularımızı bi tarafa bırakıyoruz ben buna kişisel olarak en azından iyi yaptığımı düşünüyorum. Çok fazla etkilenmem.” (Albatros, K, 47, SHU).

“...bir süre sonra alıştıyorsunuz. Normal geliyor yada işte yaşarken çok etkilenmiyorsunuz yani.” (Keklik, E, 57, SHU).

“Artık hiçbir şey hissetmiyorum hiç etkilenmiyorum. İlk sene etkileniyordum 2. sene azaldı 2. seneden sonra 3. 4. sene de baya azaldı.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

Son tahlilde, yoğun duygu yüklü travmatik olaylara tanıklık etmek profesyonellerin duygusal alanında derin izler oluşturabilmektedir. Çalışılan vakaların duygusal boyutta içselleştirilmesi ve vakaların empatik yükü profesyonellerin aşırı endişe, kaygı, öfke, üzüntü ve çaresizlik yaşanması ile sonuçlanmaktadır. Öte yandan travmatik olaylara sürekli maruziyet duygusal küntlük yaşanması ile de sonuçlanabilmektedir.

Gürdil (2014), travma mağduru kişilere yardım etmeyi içeren meslek elemanları için sürecin zorlu ve stresli olmasının yanısıra manevi anlamda da ödüllendirici olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda meslek elemanları mesleki doyumun ve manevi hazzın eşlik ettiği olumlu duygular yaşamaktadır. Profesyoneller, psikososyal sağaltım sürecinin tamamlanması ve çocuklarda somut değişimin görülmesi sonucunda mutlu hissettiğini belirtmişlerdir.

“Yani şimdi çocuklarla çalışırken çocuk da değişim yaratmak o travmatik deneyimi üstünden atması devam etmesi rehabilitasyon süreci daha sonraki süreç memur olup işe yerleşmesi motivasyonumu artırıyordu yani kendimi daha mutlu hissediyordum.” (Kuzgun, E, 52, SHU).

“...Ben en zor alanda çalıştığım için bir sürü vaka gördüğüm için daha mutlu oluyorum. Olumsuz tecrübem yok...” (Kuzgun, E, 52, SHU).

“sizin yaptığınız mesleki çalışmaların neticesinde o çocuğun dil öğrendiğini, meslek edindiği, psikososyal sağaltımın sağlandığı, artık o biyopsikososyal olarak kendi ayakları üzerinde yere basan bir genç olduğunu görebilmek müthiş bir duygu. Galiba en büyük mesleki tatminim de bu, tabi bu çok kolay olmuyor yıllar sürüyor bazen.” (Turna, K, 29, SHU).

Anka ve Serçe'nin anlatısı, sosyal hizmet uygulama alanları ve bu alanlarda çalışılan vakaların duygusal yükünün karşılaştırmasını içermektedir. Bu anlamda, çocuk refahı alanında severek çalışmak sürecin zorluğunu ve vakaların duygusal yükünü milimize etmektedir. Profesyoneller diğer müracaatçı gruplarına kıyasla çocuklarla çalışmayı sevdiğini, çocuklarla çalışma sürecinin besleyici olduğunu aktarmaktadır. Profesyoneller, çocuklarla çalışırken kendilerini iyi hissettiklerini belirtmişlerdir.

“mesela çocuk alanında değil de yaşlı alanında çalışsaydım daha mı iyi olurdu. Veya daha mı mutlu olurdum. Kadın alanında çalışsam daha mı mutlu olurdum. Daha mı az travmayla karşı karşıya kalırdım. Kendime daha mı çok zaman ayırırdım diye. Evet yaşlı alanında çalışsam kadın alanında çalışsam bi başka alanda çalışsam kendime ayıracak daha çok zamanım olabilirdi. Bu kadar yani hayatımı doldurmazdı ama şu var ki ben çocuk alanını seviyorum. Yani sevdiğim için zorda olsam yani çocuk alanında çalışmaların daha güzel sonuçlar verdiği...” (Anka, K, 56, SHU).

“Yani dediğim gibi ben seviyorum çocuklarla çalışmayı. Yani o anlamda kendimi daha onlara odaklandığım zaman kendimi besleyebiliyorum.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

Bir çocuğun hayatına dokunmak ve değişim için vesile olmak profesyonellerin kendi işlevlerini olumlu olarak değerlendirmelerini sağlamaktadır. Niceliksel değerlendirmelerden bağımsız olarak çocukların psikososyal sağaltım sürecini tamamlayarak bağımsız bir yaşama adım atmaları profesyonellere mutluluk ve umut aşlamaktadır.

“ama işte ben birazcık kişisel anlamda da ufak şeylerle mutlu olmasını seven bi insan olduğum için bahsettiğim bu ilgilendiğimi söylediğim 500 vakanın atıyorum 5 inde bile bir mutlu olmak beni doyurabiliyor.” (Çalikuşu, K, 40, SHU).

“Bir kız çocuğu kurtarabilerseniz toplumda 100 kız çocuğu kurtarırsınız çünkü zincirleme dağılıbiliyor. Çünkü oda bir bölge de yaşıyor bir mahallede yaşıyor yada bir okula gidiyor, gittiği okuldaki diğer arkadaşlarına kötü örnek olabiliyor...” (Martı, E, 60, SHU).

“Bir kere umutluyum.. bu alanda çalıştığım için umutluyum. Çünkü evet bazen böyle görüşmelerde çocuklarla çalışırken çok kötü olayların, travmatik şeylerin yaşandığını görüyorum. Çok çaresiz hissediyorum doğru. Ama olayın bütününe baktığımda en azından bu çocuklar var, zaten vardı. En azından ben şu anda onlarla çalışıyorum ve bir kişi olarak bir şeylerin dönüşümüne vesile olabilirim.” (Turna, K, 29, SHU).

Bununla birlikte, vakaların duygusal yükü, yaşanan olumsuzlukların paylaşımı ve çocukların deneyimine ortak olmak, yıkıcı olaylara maruz kalan çocuklarla çalışan profesyonellerin kişisel refahı üzerinde birtakım etkilere yol açmaktadır.

4.3.2. Çocuk Refahı Alanında Çalışmanın Kişisel Yansımaları

Travma geçirmiş bireylerle çalışma rolü bağlamında, travma ve buna bağlı problemlere ikincil olarak maruz kalmanın çeşitli riskleri içerdiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Özellikle çocuk refahı ve koruyucu bakım sistemleri alanı, ikincil travmatik stres ve tükenmişlikle ilgili deneyimler gibi travmaya dolaylı maruz kalmanın yaygın olduğu bir meslek olarak saptanmıştır

(Bride, Jones ve Macmaster, 2007; Nelson-Gardel ve Harris, 2003; akt. Whitt-Woosley ve diğ., 2020).

Bu alt tema altında, çocuk refahı alanında çalışmanın kişisel refaha olan etkilerinin neler olduğu sorusuna cevap aranmıştır. Profesyonellerin anlatılarında, ikincil travmatik stres ile bağlantılı olarak çocuk refahı alanında çalışma deneyiminin psikolojik, duygusal, sosyal, zihinsel ve somatik boyutlarda birtakım kişisel etkilere neden olduğu gözlemlenmiştir.

“Somatik yakınmalardan ziyade stres yükümü çok fazla artırıyor. Onun dışında işe gelmeme hissiyatı var. Acaba bugün gene kim kavgaya edecek? Gene hangi çözümsüz vakayla uğraşıcam. Gerçekten uyanıyorsunuz kalkıyorsunuz ama işe gelmemek için yataktan kalkmama isteğini çok fazla hissettiğim oluyor. Şu 1-2 aylık süreçte bu böyle. 5 yıllığı da buna dayanarak söyleyebilirim zaten. 1 yıl öncesinde de böyle değildi. Ciddi anlamda stres kaynağı var.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Şöyle mutlaka benim kendimde bireysel olarak hissettiğim şey, bi kere artık daha gergin ve sinirli bi insan olduğum. Eskiye nazaran nasıl diyim böyle günlük motivasyonum ve günlük enerjim çok daha yüksek bi insanken burada çok uzun süre çalışmanın ve yıpratıcı süreçler içinde yer almanın bendeki etkisi bir gerginlik, artık daha gergin bi insanım iki daha sinirli bi insan olduğumu düşünüyorum ve böyle daha detaycı bi insan olduğumu da düşünüyorum. Çünkü aileye ve çocuğa bir şeyi, bir kelimeyi, bir olayı yada bi açıklamayı birden çok kez o kadar çok yapıyorsunuz ki bizim meslek de, çünkü aile tatmin olmuyor çocuk tatmin olmuyor olsa bile senden farklı bi cevap alacağını düşünerek birden çok kez aynı soruyu sorabiliyor.” (Sumru, K, 31, SHU).

“Bu deneyimler bizim yaşantımıza olumlu oranda yada bir katkı sağlama noktasında tartışılır. Kimi bana olumlu katkı yaptı der, kimi beni hayattan soğuttu diyebilir. Kimi artık ben kendimi tanıyamıyorum ya da kendi kendimle baş başa kalamıyorum...” (Martı, E, 60, SHU).

Profesyoneller travma mağduru çocuklarla çalışmanın kişisel refaha olan etkilerini stres yükü, gerginlik ve mental yorgunluk olarak belirtmektedir. Bu noktada travmatik öykülerin içselleştirilerek kişisel refaha olumsuz etkiler yarattığını söylemek mümkündür. Stamm (2005) birey ve toplum refahını artırma amacıyla insanlarla yüz yüze iletişim halinde olan ve yardım ilişkisinde bulunan meslek gruplarında stres, tükenmişlik ve yorgunluk gibi problemlerin görüldüğünü belirtmiştir (Genç, 2019).

“...yaşadığın o travmatik öyküler o kadar hayatınıza içselleşiyor ki maalesef bu gerçekten sizin hayatınızı da olumsuz etkiliyor.” (Kuğu, E, 34, Psikolog).

“Diğer alanlardan bu alan en zoru... yani sosyal hizmetin diğer alanlarından yaşlı, engelli falan en zor alan bu alan diye biliyorum. İster istemez olayın etkisinde kalyosun, dalgın oluyosun falan. Evdekilerinde morali bozulması diye anlatamıyorsun.” (Keklik, E, 57, SHU).

“yani bende travma yaşadığım için onların travmalarını anlamıyorum artık. Hani ilk başta onların travmalarına üzüliyorum ama daha sonra onların travması beni travmatik seviyeye soktuğunda anlamıyorum.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Gerçekten çocuk destek merkezi ve bağlı birimlerde insanlar o kadar çok tükeniyor ki hani mental olarak bunu yani, çodem de çalışanlarda sende fark edeceksin gerçekten bi süre sonra bu senin sosyal yaşantına, özel yaşantına, kimlik değişimine falan ben çok net bunu söyleyim yani. Evet yıpratıyor... gerçek anlamda yıpratıyor.” (Sumru, K, 31, SHU).

Travmatik vakaların profesyoneller üzerinde yarattığı etkiler yoğun stres yükü, gerginlik hissi, motivasyon kaybı, kendine yabancılaşma ve işe gitmede isteksizlik olarak görülmektedir. Jones (2001)’un sosyal hizmet uzmanlarıyla gerçekleştirdiği derinlemesine görüşmelerin sonucunda, sosyal servislerdeki uzmanların travma sonrası stres tepkileri, sürekli işten kaçınma isteği ve işe devamsızlık, mutsuzluk ve rutinleşmiş bir şekilde her hafta hastalık izinleri almak olarak sıralanmaktadır. Bu durum, çoğu sosyal hizmet uzmanında fiziksel ve duygusal tükenmişlik yaşandığını görünür kılmıştır.

Kaya (2015: 34-35) kalp atışında ve solunumda hızlanma, tansiyon problemleri, sindirim sistemi problemleri, titreme, üşüme ya da terleme, kas ağrıları ve baş ağrıları gibi somatik belirtilerin görülebileceğini aktarmaktadır. Profesyonellerin anlatılarında, saç dökülmesi, mide sorunları, halsizlik ve yorgunluk, baş ağrısı ve işe gitmede isteksizlik gibi kişisel yansımalar ön plana çıkmaktadır. Kartal ve Ebabil ’in anlatısı, psikosomatik göstergeleri yansıtan çarpıcı bir örnektir.

*“Evet, ilk iki yıl doğru. İlk iki yıl saçlarım çok döküldü, midemde reflü şeyi tanısı aldım, gastrit oldum. Şu bu... yorgunluk, halsizlik tamamen vardı. Hiç işe de gitmek istemiyordum. Ve ilginç **ergen hastalığı** diye bir şey olduğunu düşünüyorum yani kimse beni anlamıyor, işte siz ne iş yapıyorsunuz demeye başladığım yıllardı ilk 2 yıl. Sonra tabi onun bi iş olduğunu ayırma varınca saçlarım düzeldi (güliyor), midem düzeldi, işe gidip geldim. Şu an daha iyiyim yani. Bunu kıyas edebiliyorum ruh sağlığı durumumu da kıyas edebiliyorum. Şu an daha iyi.”* (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Ben mesela bu mesleğe, bu göreve başlamadan önce hiç bi hastalığım yoktu. Şimdi şeker hastasıyım. İşte kolesterol sorunun var. Ve insülin kullanan bi şeker hastasıyım. İşte hesabını sen yap... Bizi ne kadar etkiliyor.” (Kartal, E, 47, SHU).

“İu yani çocuklar çok fazla şey anlatıyorlar gün içinde ve çoğu gergin şeyler yada bi şey ifade etmeyen şeyler oluyor. Tabi Baş ağrısı olabiliyor somatik olarak en fazla bunu söyleyebilirim. Eve gittiğimde başım ağrıyor. Ama bu belki her çalışan insanın başına gelen bi şeydir.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

“Valla strese bağlı bazı psikosomatik rahatsızlıklarım oldu. İlaç da kullandım. Hatta bununla ilgili, çok uyum sağladığımı söyleyemem. Ama vücudum bi psikosomatik tepki vermiş oldu tabi.” (İncirkuşu, E, 31, Psikolog).

Figley (1995; akt. Yanbolluoğlu, 2019) ikincil travmatik stresin psikolojik tepkilerini travmatik olaya ilişkin işaretleri hatırlama, zihinde canlandırma ve olayla ilişkili rüya görme olarak sıralar. Kahil ve Palabıyıkoglu (2018) ise, travmatize olmuş birey ile yakın iletişim ve empati kurulması sonucunda travma mağdurunu gözlemleyerek ve olayı zihinde canlandırarak birincil travmaya özgü belirtilerin gösterilmeye başladığını belirtmektedir.

Profesyonellerin anlatılarında travma mağduru çocukların aktardıklarından etkilenecek anımsama, zihinde canlandırma, rüyalarda görme ve olayı zihinde defalarca irdeleme gibi ikincil travmatik stresin 3 temel belirtisi içerisinde yer alan yeniden yaşantılama belirtileri gösterdikleri gözlemlenmiştir.

*“Benim fiziksel sıkıntılarım olmuyor. Ama **rüyalarım girdiği oluyor**. Yani rüyalarım girip mesela işte yada böyle bazen hani eve gittiğim zaman akşamları oturuyorum işte ben bugün naptım işte şunu yaptım bunu yaptım şunu eksik yaptım mı işte olumsuz bir olay olduysa neden bu kriz çıktı. Mesela bunu sorguluyorum... Ama bazen de fiziksel ağrı olarak değil **zihinde canlanma** şeklinde oluyor.”* (Kuğu, K, 34, Psikolog).

*“Uykuda işte özellikle ben uyku sorunları yaşıyordum, rüyamda görüyordum. Yatağa girmeden önce kafamın içinde dönüyor. Yani hani işte o olanlar, ne yapabilirim falan diye. Düşünerek yattığım da... Yatağa girip de hani gözümü kapatıp yatamıyordum. Bir miktar hani düşünüyordum. Düşünerek yattığım için rüyamda görüyordum falan...ilk zamanlarımda özellikle uykularımda falan **rüyalarım giriyordu**. Yani aşırı bir kilo vermişim böyle başatmak benim için çok zor olmuştu. Ama bir 6 ay sonra falan mesleki şeyle de biraz edindiğimiz becerileri de kullanarak kendimi korumayı öğrendim.”* (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Kişisel etkiler, ikincil travmatik stresle ilgili olarak profesyonellerin danışanlarının travmatik ve stresli materyaline tepkisini ifade eder. Korku duyguları, uyku bozuklukları, rahatsız edici düşünceler ve görüntüler gibi semptomları ve travmatik olayı hatırlatan durumlardan kaçınmayı içermektedir. (Stamm, 2005; akt. Mantelou ve Karakasidou, 2019).

Vakaların iş dışı zamanlarda düşünölmeye devam etmesi uyku sorunları, rüyalarda görme ve zihinde canlandırma gibi etkileri beraberinde getirmektedir. Mesleğin ilk zamanlarında vakalar üzerinde daha çok düşünöldüğü gözlemlenmiştir. Çocuk refahı alanında kazanılan tecrübe ile vakalar hem dosya hem de zihinsel olarak sonlandırılmaktadır. Profesyonellerin anlatıları söz konusu duruma örnektir.

“Refah alanımı nasıl etkiliyor? Eskiden değerlendirmek istersem eğer daha çok fazla vaka üzerinde düşünüyordum. Şu an daha tecrübe ettikçe vakayı netleştirip çözöüp masama koyabiliyorum. Ama daha önceleri hep zihnimde dolanırdı bu, tekrarlardı. Şu anda zihnimde tekrarlamıyor.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“mücadele ederken onun etkisi psikolojik olarak oluyor. Fiziksel olarak çıkıyor. Rüyalarım girme konusunda da evet giriyor. İlk zamanlar da da mesleğin ilk zamanlarında daha fazla oluyordu.” (Kumru, K, 29, SHU).

“...imgeleme diye bi şey varya. Hani o durumu direkt olayı hatırla şöyle bi olay olmuş dediğin an gözünün önüne geliyor çocuk hani. Öyle olunca ister istemez o çocuğun o anki ağlamaları, işte ruh hali, psikososyal durumu her şeyi senin gözünün önüne geliyor tabi bi anlık böyle seninde modum düşüyor üzüliyorsun falan.” (Saka, K, 27, SHU).

Killian (2008)’ın 20 klinisyen ile gerçekleştirdiği yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda, klinisyenlerin uyku problemleri, duygu durumlarında ani değişimler, odaklanma sorunu, bedensel belirtiler ve artan endişe yaşadıkları belgelenmiştir.

Çocuk refahı alanında çalışmanın kişisel etkileri profesyonellerin anlatıları ile detaylandırılmış ve desteklenmiştir. Özetle, örseleyici ve travmatik yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışmak profesyonellerde ikincil travmatik stres ile bağlantılı tepkilerin gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Travma yüklü vakaların etkisi ile zihinsel ve somatik tepkiler görülebilmektedir.

4.3.3. Profesyonellerin Baş Etme Stratejileri

Çocuk refahı alanında örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışan profesyoneller çeşitli stresörlere maruz kalmaktadır. Travmatik olaylar karşısında baş etme stratejileri ise yetersiz kalmaktadır. Bununla birlikte dolaylı olarak maruz kalmaktan kaynaklanan stres kaynakları ile başa çıkmada etkili stratejiler ön plana çıkmaktadır. Bu bölümde Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin çocukların travma yüklü yaşam deneyimlerine maruz kalması sonucunda ikincil travmatik stres gelişimi ve semptomları ile baş etme stratejileri ele alınmıştır.

Baş etme stratejileri literatürde temel olarak problem odaklı ve duygusal odaklı baş etme stratejileri olarak tasnif edilmektedir. Folkman ve Moskowitz (2004) problem odaklı baş etme stratejilerini, doğrudan strese neden olan problemlere odaklanılarak bu problemleri ortadan kaldırmaya yönelik somut çözüm yollarından yararlanılması olarak tanımlar. Duygusal odaklı baş etme ise, strese neden olan özellikler sonucu hissedilen duygusal gerginliğe odaklanmaktadır. Stratejiler, duygusal rahatlamaya yönelik davranışları içermektedir.

Albayrak ve Cankurtaran (2020)'ın çocuk ihmali ve istismarı alanında çalışan profesyonellerle yürüttüğü araştırmada baş etme stratejilerini, birileriyle paylaşımda bulunma ve profesyonel destek, destekleyici ekip çalışmaları, sosyal etkinlikler ve zihin boşaltımı için zaman ayırma, mesleki tatmin ve geri bildirimler olarak detaylandırmıştır.

Profesyonellerin çocuklarla gerçekleştirdikleri mesleki çalışmalar sonucunda dolaylı olarak maruz kaldıkları ikincil travma ile baş etme stratejilerine ilişkin aktarımlarına bakıldığında iş dışı zamanlarda zihni rahatlatıcı aktivitelere ve sosyal etkinliklere vakit ayırma, aile ve meslektaşlarla paylaşımda bulunma ve destekleyici eğitimler alma olduğu görülmektedir.

Profesyoneller, ikincil travmatik stres ile baş etmek ve belirtilerini azaltmak için çeşitli baş etme stratejileri geliştirilmektedir. Profesyonellerin “kendini yabancılaştırmak” “yok saymak” “önemsememek” ve “tiye almak” gibi kavramsallaştırmaları baş etme stratejileri hakkında önemli ipuçları içerir.

“Yani biraz kendimi yabancılaştırmaya çalışıyorum. Yani Hani bu benim işim, para kazanıyorum yani maaş karşılığı yaptığım bir iş. Benim mesleğim psikologluk yani sen psikologsan...istismar mağdurlarıyla engellilerle yaşlılarla neyse yani normal dediğimiz hani tırnak içinde o insanlarla bizim işimiz yok zaten. Normal dışı olanla çalışıyoruz. Kendimi böyle telkin ediyorum. Yani senin para kazandığın yer profesyonel bir ilişki kurman lazım diye. onun dışında deşarj olmak için iş dışında arkadaşlarımla görüşürüm. Eğlenceli bir şeyler yapmaya çalışıyorum çocuğumla ilgileniyorum.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“işte bazen tiye almak, bazen önemsememek, bazen işte önemseme durumuna gelirsek kendimizi yenilememiz lazım... Ya da bazen kendi aramızda fıkralar anlatırız, bazen kendi aramızda nedensiz gülebiliyoruz, nedensiz bazen futbol maçı tartışırız. Bazen film, bazen müzik, bazen odada müzik açıp oynamaya başlarız. Rahatlamak için bazen çay içip böyle bazen havadan sudan konuşabiliriz. Yani bazen de birbirimize takılırız. Çünkü koşullarımız bu, yani başka bir şansımız yok” (Martı, E, 60, SHU).

*“Çok hayal kuruyorum. Benim en önemli baş etme yolum bu, hayal kuruyorum. **Hayata hep pencerenin güneşli tarafından bakmaya çalışıyorum.** Alamadığım terapiyi kendi kendime yapıyorum.” (Kartal, E, 47, SHU).*

Partlak Günüşen ve diğerleri (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada, ikincil travmatik stres ile başa çıkmak için çeşitli stratejiler kullanıldığını belirtilmektedir. Araştırma bulguları, yaşanan derin duyguları dengelemek için kullanılan başa çıkma stratejilerini, kaçınma, sosyal destek arama, mesleki ve sosyal yaşamı dengeleme ve tinsellik olarak ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, profesyonellerin anlatılarında “mesleki ve sosyal yaşamı dengeleme” stratejisi ön plana çıkmaktadır.

“Bence ben mümkün mertebe kuruluştan çıktığımda arabaya bindiğimde diyorum ki artık ben yeni bir X... olarak aile hayatıma, sosyal hayatıma devam etmek istiyorum diye düşünüyorum yani. Ki ertesi gün tekrar yeni X... olarak gideyim diye.” (Martı, E, 60, SHU).

“...İşi iş yerinde bırakıyorum hafta sonları kaliteli zaman geçiriyorum ailemle. Yani rahatlatıcı faaliyetleri deşarj oluyorum stresimi atıyorum.” (Kuzgun, E, 52, SHU).

“Mümkün mertebe iş yaşamımla sosyal yaşamımı ayırıyorum. Bu konuda çok dikkat ediyorum. İş dışında yani iş derken çalıştığım alanla ilgili mümkün mertebe hayatımın dışında irtibat kurmamaya çalışıyorum”. (Albatros, E, 47, SHU).

“İşte yok sayarak değerlendiriyoruz yani. Yoksa o travmaları içimize alırsak hani bizim için de şey değil ama olabildiğince minimize edip yaşamımıza devam ediyoruz. Hani burayı burda kapatmaya çalışıyoruz...” (Suna, K, 35, Psikolog).

Öznelerin ifadelerinde de görüldüğü üzere işi iş yerinde bırakarak iş ile ev arasında bir sınır oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda iş yerindeki travmatik olayların etki alanını sınırlandırma ve duygusal olarak adaptasyon sağlama durumu söz konusudur. Fogel (2015) de benzer şekilde işi iş yerinde bırakma, aile, arkadaş ve meslektaşlarla iş dışı konularda paylaşımlarda bulunma gibi mesleki ve kişisel yaşam arasında sınır oluşturmanın ikincil travmatik stres etkilerini en aza indirdiğinden bahsetmektedir.

Profesyonellerin anlatılarında, zihin boşaltımı için zaman ayırmak etkili bir baş etme stratejisi olarak belirtilmektedir. İş dışı zamanlarda öncelikleri değiştirerek spor, nefes egzersizi, psikodrama gibi sosyal etkinliklerle kendine zaman ayırmak ise kullanılan stratejiler arasındadır.

“Valla bi kere stresi azaltıcı faaliyetlerde bulunacaksın...” (Kuzgun, E, 52, SHU).

“çocuklara söylediğimiz şeyler işte. Bazen bi 10 dakika nefes almak için mesela görüşme odasına kendim geliyorum. 10 dakika bi Nefes egzersizi yapıyorum. Onları deniyorum.... Evde işte kendimle, ne bileyim puzzle - bulmaca yaparım, işte kendime zaman ayırmak...” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“öncelikle davranışsal baş etme de şey var. Bunun bide fiziksel yorgunluğu da oluyor. Davranış olarak da gene bi spor yaparım. Yüzmeye çok gidiyorum, koşmaya çok gidiyorum. Bazen ne için koştuğumu bilmiyorum ama koşmak iyi geliyor...” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Burdan gittiğimde farklı şeyler yapmak. Hayatıma daha çok sosyal etkinlik koymak. Kendim için bir şeyler yapmak, yani bu alan dışında. Onlar çok iyi geliyor. Kendim için farklı alanlar oluşturmak. İkinci sıraya koymak. Çünkü Çodem de çalışan kişiler için çodem her zaman birinci sırada oluyor maalesef çünkü 7-24 telefonumuz açık. Evdeyken bile müdahale ediyosunuz bazı şeylere. Ve Bu olmak durumunda yatılı kurumlarda. Bunu daha iyi ayırıştırabiliyorum artık ve hani bu alan iş hayatım her zaman 2. Planda olmalı diye de

bazen kendime hatırlatıyorum. Daha önceliklerinizi değiştirmek açıkçası, daha çok baş etmemi sağlıyor.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

İş dışı aktivitelerin başa çıkmada önemli olduğunu söylemekte beis yoktur. Partlak Günüşen ve diğerleri (2018)’nin araştırmasında katılımcılar, iş dışı aktivitelerin başa çıkmada önemli olduğunu aktarmışlardır. Çoğunluk sinemaya gitmek, kitap okumak, arkadaşlarla vakit geçirmek gibi sosyal aktivitelerin kendilerini rahatlatıldığını belirtmiştir. Bu şekilde, tekrar çalışmaya başlayana kadar hem fiziksel hem de duygusal olarak kendilerini dinlenmiş ve iyi hissederek işe geri döndüklerini ifade etmişlerdir.

Profesyoneller iş dışı zamanlarda anlamlı meşguliyetler ve aktiviteler ile dolaylı travmanın etkilerinden uzak durmaya çalışmaktadır. Bu durumu yansıtan bir örnek ise Serçe’nin anlatısıdır.

“...İşte kendim yoga yapmaya çalışıyorum. Zaten psikodrama eğitimim var. İşte grubumuzla bir araya geliyoruz zaman zaman, spor yapıyorum yürüyüş yapıyorum. Yani Burayı burda bırakıyorum aslında yani hani şeyin farkındayım mesela işte bi yere gidiyorum hani işten aranabiliyorum falan ama o an telefon konuşmasını yapıp normal hayatıma devam ediyorum. Eskiden devam edemezdim ama artık yani 15 yıl olunca bi şekilde onu sürdürmenin de anlamı yok. Kendime bakım vermeye çalışıyorum yani. Kendi kendime hani sosyal çevreyle beraber bu desteği almaya çalışıyorum diyebilirim.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin başa çıkmalarını kolaylaştıran bir diğer baş etme stratejisi maruz kaldıkları travma yüklü deneyimler sonucunda hissettikleri duyguları, ikilemde kaldıkları konuları ve mesleki müdahale süreçlerini birileriyle paylaşmadır. Paylaşımda bulunulan kişiler ise çoğu zaman meslektaşlar ve ailedir. Bu sonuç odağında, meslektaşlarla kurulan güçlü bir terapötik ilişki ve ekip çalışması kritik bir öneme sahiptir.

Profesyonellerin çoğu, ailelerinden ve meslektaşlarından gelen psikososyal desteğin travmatik stresle baş etmelerini kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Partlak Günüşen ve diğerleri (2018)’nin de belirttiği gibi profesyoneller en iyi meslektaşları tarafından anlaşıldıklarını düşünmekte ve deneyimlerini arkadaşlarıyla paylaşarak kendilerini teselli ettiklerini belirtmektedirler.

“Benim en büyük sosyal destek sistemim galiba meslektaşlarımla oluyor. Çevremdeki meslektaşlarım ya da böyle çevremiz de böyle farklı STK’larla farklı iş birliği yapmamız gerektiğinde buralarda arkadaşlarınız olduğunda da hem bu bize bir sosyal destek mekanizması oluşturuyor hem de o iş birliğini güçlendiriyor. Daha hızlı işliyor işler daha hızlı pashıyoruz birbirimize takip etmesi, olayı yönetmesi daha kolay oluyor...” (Turna, K, 29, SHU).

“Duygusal baş etmede de yani şöyle özellikle çevrede aile hemen en yakın şeyin o oluyor duyguyu aktaracağın kişiler oluyor. Bunu Nasıl yönlendireceğim konusunda aile büyüklerinden tecrübelerinden bilgi topladım.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Başetme mekanizmalarım, yani daha çok arkadaş arasında yani çok güzel bi grubumuz var. Sohbet ondan sonra işte vaka paylaşımı birlikte vaka değerlendirmesi, ondan sonra ve bi çocuk için tıkanıp yerlerde destek alman işte napabilirim, şöyle şöyle bi vakam var.” (Çalikuşu, E, 40, SHU).

Profesyoneller aile üyeleri ve meslektaşlarla paylaşımda bulunmanın travmatik olaylara ikincil maruziyetin güçsüzleştirici etkilerini azalttığını belirtmiştir. Bu bağlamda kuruluş ortamındaki çalışma arkadaşlarıyla kurulan ilişkiler ve ekip çalışması oldukça önemli bir konumdadır. Meslektaşlarla kurulan olumlu ilişkiler, hem iş birliğini güçlendirme hem de sosyal destek sistemi oluşturması ile problemlerle başa çıkılabilmesi açısından önemlidir.

Albayrak ve Cankurtaran (2020)’a göre, çocuk istismarı alanında çalışan profesyonellerin deneyimlerinin duygusal, bilişsel ve davranışsal açıdan çok boyutlu yansımaları olabilir. Deneyimlerini biriyle paylaşmak baş etmeyi kolaylaştırır ve rahatlama sağlar. Profesyonellerin anlatıları, bu durumu yansıtmaktadır.

“kuruluş içindeki arkadaş ilişkilerimiz gayet iyi. Açıkçası o arkadaş ilişkilerinin iyi olması çok şey kolaylaştırıyor. Birbirimize destek oluyoruz birbirimize yardımcı oluyoruz. Birbirimizi eğlendirebiliyoruz. O nedenle işin yarattığı güçlükleri kendi aramızda kendi imkanlarımızla azaltıyoruz.” (Balaban, E, 39, Psikolog).

“Çodem de çalışmanın zorlukları gerçekten çok fazla. Ama şu var ki önemli olan hani alanı bilmek, yani işi bilmek çocukları tanımak, yani bu alandaki edindiğimiz tecrübeler, bir de çodem de çalıştığımız meslek elemanı arkadaşlarla diğer çalışanlarla ekip çalışmasını sağlayabilmek yani çodemün yükünü ben tek başıma taşıyorum kesinlikle, yani meslek elemanı arkadaşlarımızın hepsiyle bu yükü paylaşıyoruz. Ve ekip çalışması çok güzel kurumumda oturmuştur.” (Anka, K, 56, SHU).

“...hani kendi içimizde kendi destek mekanizmamızı kuruyoruz hani arkadaşlar iyi, ortam iyi bazen kendi kendimize aşırı gülip eğleniyoruz.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Meslektaşlarım vardı. Meslektaşlarım dışında yok yani maalesef.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“Sosyal desteğimiz maalesef yok. Biz bunları ancak kendi çevremizde arkadaşlarımızla, yani oda aynı kurumda çalıştığımız meslektaşlarımızla paylaşıyoruz.” (Anka, K, 56, Psikolog).

Profesyoneller için aile desteği baş etme stratejileri açısından yararlı olmakla birlikte birtakım güçlükleri içermektedir. Etik hassasiyetler ve gizlilik ilkesi paylaşma noktasında sınır

oluşturmaktadır. Öte yandan vakaların travmatik yükünü aile üyelerine de yüklememek için paylaşmamayı tercih etmektedirler.

“Yani iş arkadaşlarım. Meslek elemanı arkadaşlarım. Ben çok bu konuları ailemle konuşmayı bıraktım yani bu alanda çalışırken gerek yok yani, onlara da bu öyküleri vermeye.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“...iş de bizimle birlikte eve geliyor ister istemez yansıyor. mesela eşim asla anlattığım bir şeyi dinlemez. Yani işle ilgili konuşmama izin vermez. O kendini böyle koruyor. Herhangi bir problemi ya şu da şöyle oldu falan dediğimde evde konuşmayalım bunları der. İyi mi kötü mü bilmiyorum bazen konuşmaya ihtiyacım oluyor yani çünkü deşarj olmam lazım” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Alanyazındaki araştırmalar, süpervizyon ve hizmet içi eğitim alan meslek elemanlarının daha düşük düzeyde ikincil travmatik stres yaşadığını desteklemektedir. Bu doğrultuda ikincil travmatik stresi önlemek ve belirtilerini azaltmak için eğitimin önemi vurgulanmaktadır (Çakmak ve diğ., 2009; Baysak, 2010; Çolak ve diğ., 2011; Zara ve İçöz, 2015; Kılıç ve İnci, 2015; Pak ve diğ., 2017; Yanbolluoğlu, 2019). Farkındalığı artırıcı eğitim programları sunmak ve yardım mesleklerinde ikincil travmatik stresi kabul etmek, psikolojik sağlığın korunmasına yardımcı olmakta ve işle ilgili stres nedeniyle meslekten ayrılmaları önleyebilmektedir (Kellogg ve diğ., 2018). Profesyoneller çocuklarla gerçekleştirdikleri çalışmalar öncesinde, sırasında veya sonrasında aldıkları eğitimleri destekleyici bir unsur olarak aktarmaktadır. Dolayısıyla hizmet içi eğitimler bu noktada önem taşımaktadır.

“Valla kendi baş etme stratejilerimi hiç düşünmemiştim. Yani ben hangi stratejileri kullanıyorum dememişim aslında yani böyle bir soruyla yüzleşmiş oldum şu an da. Genelde şey yapıyorum mesela beni çok zorladığı için işten sonra kendime farklı şeyler, hobiler bulmayı tercih ettim. İşte ne bileyim bir hobi edineyim ki bu beni çok da yıpratmasın çünkü devam ediyor sürekli, arka planda bir şeyler çalışmaya. İşten sonra bunları konuşmamaya gayret ediyorum. Tabi bazen konuşup paylaşma ihtiyacı duydum ama genelde kendime sınır koymam gerekiyor çünkü konuşunca bitmiyor. Daha çok konuşmak istiyorsun bunları o yüzden işte ne bileyim bir dansa gideyim, aman spor yapayım, kendime farklı alanlar tanıyım istemişim. Bir de eğitimlere sığındım dediğim gibi ilk başta çok fazla eğitim alıp böyle hem kendimi de güçlendirmeyi kendimde bazı şeyleri fark etmeyi sevdim, tercih ettim. Hem de bu öğrendiğim şeylerin mesleki hayatta çocuklara da oldukça faydalı olduğunu gördükçe buna doğru iyice yöneldim. Artı Şey diyorlardı çok eğitim fazla eğitim alıyorsun yorulmuyor musun? İşten çıkıyorsun bir de eğitim alıyorsun, halbuki o eğitimler beni dinlendiriyordu. Ruhsal olarak da bana iyi geliyordu, o yüzden bu kadar kaçış noktam gibi bir şey oldu aynı zamanda.” (Turna, K, 29, SHU).

“Duygu anlamında da yani düşünce olarak şey değişti okumayla çıkmaya yada okuduklarımı paylaşma yolunu buldum. Bunun da en iyi yolu öğrenciler. Üniversite öğrencilerim beni çok çekmişlerdir o anlamda. Sosyal psikoloji dersi anlatıyordum, orda baya bu konulara girdik alakasızdı ama girdik yani onlar bile anlamadı niye girdik bu konuya. Girmiş olduk.” (Ebabel, E, 35, Psikolog).

Özetle, profesyonel bir rolde çocuklarla temas halinde olan çocuk destek merkezi profesyonellerinin baş etme stratejilerine bakıldığında alanyazındaki bulguları desteklediği görülmektedir. Profesyonellerin baş etme stratejilerine bakıldığında somut mekanizmaların eksikliği ve bireysel boyutta başa çıkma tarzları geliştirmeye çalıştıkları görülmektedir. Bu noktada koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri ve başa çıkma becerileri kuşkusuz önemli bir konumdadır.

4.4. PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİ VE GEREKSİNİMLER

Bu ana tema altında çocuk destek merkezlerinde çalışan profesyonellerinin hizmet, politika, süpervizyon ve eğitim gibi psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmeleri ve gereksinimleri ele alınmıştır. Öznelerin anlatıları ile şekillenen alt temalar ise süpervizyon, rotasyon isteği, kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon, eğitim, koruyucu ve sağaltıcı ruh sağlığı hizmetleridir.

Cohen ve Wills (1985)'e göre bireyler stresörler karşısında dört temel desteğe gereksinim duymaktadır; araçsal destek, duygusal destek, eşlik etme ve bilgi desteği. Gürkan ve Yalçınır (2017) ise ikincil travmatik stresten korunmak için etkili olan yöntemleri düzenli mesleki süpervizyon, sosyal destek, destek ve psikodrama grupları, kurumsal danışmanlık, stres azaltıcı programlar, hizmet içi eğitim, destekleyici ekip ruhu ve konsültasyon olanakları sağlama olarak sıralar. Dolayısıyla çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin travmatik stresten korunması için psikososyal destek hizmetleri ve gereksinimler ön plana çıkmaktadır.

4.4.1. Süpervizyon

Profesyoneller süpervizyon desteğini, ikincil travmatik stresten koruyucu bir etken ve gereksinim olarak aktarmaktadır. Çocuklarla gerçekleştirilen çalışmalar öncesinde, sırasında veya sonrasında süpervizyon desteğine gereksinim duyulduğu ifade edilmektedir.

Collins-Camargo ve Antle (2017)'e göre çocuk refahı alanı travma merkezli bir odak belirlemelidir. Hizmet verilen çocuklar genel olarak bir travma yaşamıştır ve sisteme dahil olmanın kendisi çocuklar ve aileleri için travmatize edicidir. Ön safhalardaki çalışanlar ve yöneticiler bu travmalara ve işle ilgili zorluklara maruz kalmaktadır. Dolayısıyla süpervizyona

yönelik travma bilgili bir yaklaşımın açık bir şekilde ifade edilmesine, uygulanmasına ve etkisine ilişkin araştırma ihtiyacı vardır.

“...Onun dışında süpervizyon zaten yok. Herkes kendi kendinin süpervizörü olmuş durumda. Yani süpervizyon olsa falan deneyimli meslek elemanlarından. Yani süpervizyon diyince gidip üniversiteden hoca falan da getirmesinler yani.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

“Kesinlikle süpervizyon almamız gerekiyor. Yani ben bu konu da çok hani olması gerektiğini düşünüyorum. Evet olması gerekiyor ama bunun da gerçekten ideal koşullarda olması gerekiyor. Yani birbirimizden çekinmiyoruz. Bi de bu konular da var. Hani kamu görevi yürütüyoruz. Yani birbirimizi yargılamayacağımız kendimizi gerçekten o hani süpervizyon verecek kişiye güvene bileceğimiz, yani bizi sıkıntı yaratmayacak çünkü zaten biz burda güvencesiz hissediyoruz...” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“Süpervizyonda olmalı mesela ben eğitime gittim geçen hafta, yani o kadar memnun kaldım ki eğitimden. Çözüm odaklı terapi, krize müdahale yöntemi yani çözüm odaklı terapi, travma ve krize müdahale eğitimlerine gittim. O kadar memnun kaldım ki yani mesleki gelişimime o kadar artı kattı ki bakış açımı o kadar güzel değiştirdi ki. Bu tür eğitimlerin artırılması temennisi içerisindeyim yani. İnşallah da arttırırlar.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“maalesef yok. Ama gerçekten ihtiyaç var çünkü o zaman çok daha şey, tabi bunun üstünden 3 yıl geçti. İlk zamanlardaki vakaydı bu. 3-4 ayın içerisindeki, ee o zaman daha çok ihtiyacım olmuştu diye düşünüyorum. Beni şimdi bile hala etkiliyorsa o zaman daha çok etkilemiştir.” (Çalıkuşu, K, 40, SHU).

Badger (2001; akt. Kanno ve Giddings, 2016)’e göre, artan destek sistemleri tavsiyelerine rağmen birçok travma çalışanı kendilerine psikososyal destek sağlayan yeterli düzeyde haftalık süpervizyon alamamaktadır. Bu eksiklik ise, travmatik stresten kaçınmak için danışanlarla sağlıklı sınırların nasıl sürdürülebileceği gibi kritik başa çıkma becerilerinin aktarılmasına engeldir.

Standardize edilmiş bir süpervizyon sistemi gereksinimi profesyoneller tarafında aktarılmaktadır. Öznelere anlatılarında, özellikle göreve yeni başlayan deneyimsiz meslek elemanlarının çocuklarda ikinci bir örselenmeye neden olma riskine karşı desteğe ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmektedir. Dolayısıyla oldukça hassas vakalarla çalışırken doğabilecek riskleri bertaraf etme noktasında standardize edilmiş bir süpervizyon sistemi önem taşımaktadır.

“Var tabi.. şu anda yani bizim kuruluşlarda süpervizyon eğitimi. Çünkü şu var, özellikle bu mesleğe yeni başlayan yada çocuk destek merkezine yeni başlayan arkadaşlar şu anda mesela işte bizlerden kimse yoksa deneyimli, kendi kendilerine çözmeye çalışıyorlar. Çözerkende maalesef birçok çocuğun hayatı olumsuz yönde etkileniyor. Yada birçok çocuk kaybedilebiliyor. İşte bakanlık bunu ara ara 2 yıl öncesinde pandemi olmadan önce bu

süpervizyon eğitimleri yaparak bunu doldurmaya çalışıyordu. Ama şu anda bu online eğitimle yapılmaya çalışılıyor.” (Martı, E, 40, SHU).

“Yani süpervizyon ve olmazsa olmaz gereken şeylerden birisi, yani süpervizyon olmuyorsa da akran desteği gerçekten yani bu sitemin içerisinde yok belki ama akran desteği ile şimdilik biz kendi aramızda bunu birbirimize Tahsis edebiliriz diye düşünüyorum. Ama keşke standardize edilmiş bir süpervizyon sistemi olsa da herkes bu kadar özel kurumlarda, bu kadar önemli vakalarla çalışırken daha bilinçli çalışabilse yani ben de mesleğe ilk başladığımda çok zorlandım. Gerçekten vakaları yönetirken ne yapmam gerektiği ile ilgili böyle elimi kolumu nereye koyacağım ile ilgili bilemediğim anlar bile oldu.” (Turna, K, 29, SHU).

“Eee kurumlardaki en azından kendi içinde bi rehberlik düzenlemesi süpervizörün, süpervizyon sisteminin oturtulması gerekiyor.” (Albatros, E, 47, SHU).

Quinn ve diğerleri (2019) sosyal hizmet uzmanları ve danışmanlarının ikincil travma geliştirme riski altında olduğunu belirtmektedir. Klinik sosyal hizmet uzmanlarına yönelik kesitsel ankete dayalı yaptıkları çalışmanın bulgularına göre, süpervizyon desteği, gelir düzeyi ve vaka yükünün klinik sosyal hizmet uzmanları arasında ikincil travma gelişimini etkileyen belirgin faktörler olduğunu göstermektedir.

“(Süpervizyon) tabi ki de, tabi ki de... hepimizin ihtiyacı var, zaten çok zor bi yerde çalışıyoruz, çok zor bi süreç yönetiyoruz, hepimizin ihtiyacı var. Çünkü bu sadece mesleki olarak değil bizlerden sonra bireysel olarak da sizi yıpratana ve tüketene bi noktaya varıyor yani bu iş. O yüzden kesinlikle hepimize lazım ve en büyük eksiklerden biri.” (Sumru, K, 31, SHU).

Profesyonellerin bu ifadelerinde de görüldüğü üzere, travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmak meslek elemanları için bir risk unsuru teşkil etmektedir. Bu risk ile baş etme, kendi bireysel dayanıklılıklarını koruma ve zorlu psikososyal sağaltım sürecini yönetme noktasında profesyonel süpervizyon desteği bir psikososyal destek ihtiyacı olarak ön plana çıkmaktadır.

Profesyoneller çocuklarla yürüttükleri sosyal rehabilitasyon süreçleri içerisinde oluşan kriz anlarında ve vakanın çıkmaza girdiği durumlarda çıkış noktası ve baş etme bağlamında süpervizyon desteğine gereksinim duymaktadır.

Beddoe ve diğerleri (2014) çalışma ortamında çeşitli stresör ve talepler karşısında kendilerini dayanıklı olarak niteleyen profesyonellerin algısını araştırmak amacıyla 27 katılımcı ile gerçekleştirdiği nitel araştırmanın bulgularına göre; görüşme formunda yer almamasına rağmen tüm katılımcılar dayanıklılığın arttırılmasında süpervizyon desteğinin önemli bir rolü olduğu

vurgulanmıştır. Güzel ve Selcik (2017)'in 12 sosyal çalışmacı ile yaptığı derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmelerinden elde edilen verilere göre, kurumsallaşmış bir şekilde süpervizyon desteği verilmesi önerilmektedir (Genç, 2019). Yapılan araştırmalarda süpervizyon desteğinin gerekliliği vurgulanmıştır.

“....Biz şu noktada hani o kriz anında ne yapabileceğimizi dair, yada ne biliyim hani şu an çocuk bu durumda diyip arayıp şu an ne yapayım diyebileceğim kimse yok. Yani hani süpervizyon evet, bireysel görüşmeyi hani onlarda kriz anında farklı farklı şey yapıyorlar, ne bileyim işte şunu yap bunu yap ama o uymuyor hani. Gelsin bana gösterson. Ben de diyim ki aa evet öyleymiş diyim. Süpervizyonu o noktada hissediyorum. Biri gelsin bana şu an desin ki, şu an burda hiç buraya girmiyecen şunu yapcan şunu yapcan dese, belki biz bilmiyoruz.” (Suna, K, 35, Psikolog).

“Ama mesleki anlamda süpervizyon alabileceğimiz kimse yok. Şu olmalı dediğimiz, Mesela psikiyatrist mutlaka, yani bir doktor olmak zorunda bize bazı vakalarda çıkış noktasına destek olmak için bir psikiyatrist olmak zorunda.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

Ingram (2020)'a göre, klinik süpervizyon aynı zamanda profesyonellerin danışanlarla olan deneyimlerini yansıtmaları, iş streslerini, zorluklarını ve duygusal olarak suçlayıcı doğasını tartışmaları için önemli bir fırsat sağlamaktadır.

“...mesleki anlamda da süpervizyon tabi ki var. Bunu başımıza hani bi mesleki olarak geldiğinde şeyi yok, tabi ki nasıl baş edeceksin? Şunu biliyorum mesela madde bağımlılığı ayrı bi uzmanlık alanı. Yada cinsel istismar ayrı bi uzmanlık alanı. Tamam suça sürüklenme, sokak yaşantısının olması onlar şey temel düzeyde lisans düzeyiyle bişey yapabiliyosun. Baş edecek mekanizmayı hocalar öğretiyor. Ama şeyde hiç yok. Madde kullanan çocukla bireysel görüşme yapalım, depresyonda olanla da ben görüşüyorum okul kariyer ihtiyacı olanla da ben görüşüyorum, madde de ben görüşüyodum. Oluyodu o zaman. Tabi ki süpervizyon kesinlikle var.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

Öznelerin anlatıların görüldüğü gibi, süpervizyon mesleki müdahale ve sosyal rehabilitasyon sürecinin önemli bir bileşenidir. Profesyoneller özellikle çocuklarla çalışmaya yeni başladıklarında ve mesleki müdahale sürecindeki kriz anlarında süpervizyon desteğine gereksinim duyduklarını aktarmaktadır.

4.4.2. Kurum ve Kuruluşlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon

Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin vaka yönetimi sürecinde ihtiyaç olarak nitelendirdikleri bir diğer nokta iş birlikçi kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyondur.

Vaka yönetiminin multidisipliner bir çalışmayı gerekli kılması bu süreçte farklı kurum ve kuruluşların iş birliğini gerektirmektedir.

Çocuk Koruma Kanunu bağlamında verilen koruyucu ve destekleyici tedbirlerin çocuğun yüksek yararı ilkesi doğrultusunda uygulanabilmesi için tedbirlerin sacayaklarını oluşturan kurum ve kuruluşların iş birliği içinde olması esastır. Çocuk destek merkezi profesyonellerinin de içerisinde yer aldığı çocuk koruma sisteminin işleyişi sistemin tüm üyelerinin eşgüdümüne bağlıdır. Profesyonellerin anlatıları, kurum ve kuruluşlarla iş birliği ve koordinasyon gereksinimi yansıtan örneklerdir.

“...sağlam sirkülasyona ihtiyacımız var çocukların rehabilitasyon süreci için. Fakat bir ayakta sekme olursa maalesef bu diğerlerini de olumsuz tetikleyebiliyor. Bu yüzden de endişe duyuyorum, yani geleceğe dair çok fazla endişe duyuyorum.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“...geniş çaplı bir çalışma yani bu çalışmanın basit kurumsal yada sadece bakanlık düzeyinde olabilecek bir şey değil. Hani ben bi fuhuş çetesini çökertemem, yada ben bi madde temin eden kişileri çökertemem yani. Ama çocuk da buna kolay ulaşılabilir olduğu için benim o çocuğu ordan almam çok zor. O ortam ona her türlü şeyi sağlıyor. Barınma sağlıyor, kafasını okşuyor, sevgi sağlıyor para sağlıyor özgürlük sağlıyor.” (Suna, K, 36, Psikolog).

Buz ve Ayyıldız (2020) çocuk koruma hizmetlerinde çalışan meslek elemanlarının işin doğası gereği bazı meslek grupları, kurum ve kuruluşlar ile yakın iş birliği içinde çalışması gerekirken bu iş birliğinin pratikte gerçekleşmediğini aktarmaktadır.

Profesyoneller, çocuklarla yürüttükleri sosyal rehabilitasyon süreci içerisinde sirkülasyona ihtiyaç olduğunu düşünmektedirler. Çocuklarla gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları, bakım ve korunma dışında eğitim, sağlık ve adalet sistemleri ile de temas halinde olmayı gerekli kılmaktadır. Profesyoneller ise çocuklarla bu sistemler arasında bir köprü rolü üstlenmektedir. Bu noktada işbirlikçi kurum ve kuruluşlarla koordinasyon sağlayan somut çözüm önerilerine gereksinim duyulduğu görülmektedir.

“Valla olsaydı iyi olur dediğim işbirlikçi kuruluşların olması yani işbirlikçi kuruluşlarla şöyle sistemi oturtmak gerekiyor. Bunun içinde bütün bakanlıkların bir araya gelmesi gerektiğini düşünüyorum ben yani. Hani tek bir bakanlığa ağırlık verilmemesi gerekiyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“...Çünkü aile gibi davranmanın çoğu şeyi çözeceğini düşünüyoruz çözüyo da bazen, ufak sorunları çözebiliyor ama bence travma da yaratıyor. Bu kurumların çocuklar üzerinde de travma yarattığını düşünüyorum açıkçası ben, genel olarak bakacak olursak. Kurumların

yapısının daha aile bakanlığı altında değil de istismarın daha sağlık bakanlığı altında daha profesyonel kişiler tarafından çalışılması gerek biraz daha.” (Ardıç, K, 34, Psikolog).

“...Günümüz şartlarında hayata tutunmak ve değişen koşullara uyum sağlamak için rehberlik şart. Bunu bizler her ne kadar aile bakanlığında sağladığımız sağlamaya çalıştığımızı iddia etsek de hani il müdürlüğü bünyesinde eee yapılan hizmetlerle bu tam anlamda sağlanabildiğini açıkçası düşünmüyorum. Bu da belki sağlamaz ama kesinlikle ailelerin desteklenmeye akabinde işte çocukların bizlerin herkesin uı bir danışacak farklı bir kişinin kişilerin neyse olması şart.” (Çalıkluşu, K, 40, SHU).

Örneğin madde kullanım sorunu olan çocuklarla çalışmak vaka yönetimine sağlık boyutunun da eklenmesini gerekli kılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyonunun tamamlanması ile sosyal rehabilitasyon sürecinin başlaması mümkün olmaktadır. Öte yandan sağlık boyutunda yaşanan bir aksaklık tüm rehabilitasyon sürecine ket vurmaktadır. Bu nedenle çocuk refahı alanında çocuğun yüksek yararının esas alındığı bütüncü bir yaklaşım hakimdir. Bulut ve Yeşilkayalı (2020)’nın belirttiği gibi madde kullanımının önlemesine yönelik programlar bireyi mikro, mezzo ve makro açıdan etkileyen sistemleri içerisinde ele alarak çevresi içerisinde bir bütün olarak değerlendirmektedir. Önleme ve tedavi sacayakları multidisipliner bir yapıdadır.

“Yada hani sağlık anlamında bi yerde tıkanıp da ne yapacağımıza dair kimse bana bir şey vermiyor. Sağlık benim bi ayağım, ben bu ayaktan eksikim..” (Suna, K, 35, Psikolog).

“...milli eğitimle, sağlık müdürlüğüyle diğer kamu kurumlarıyla hepsiyle iletişim halindeyiz. Çocuk şubeyle, kaymakamlıkla, kaymakamlarımız destek olur. Hani Sürekli bizim çocuklarımız... çünkü burası 30 çocuklu bir aile. Çocukların her türlü ihtiyacı var. Eğitim ihtiyacı var, sağlık ihtiyacı var, kendilerini güvende hissetmeye ihtiyaçları var, tüm kamu kurumlarıyla ilişkilerimiz çok iyi.” (Anka, K, 56, SHU).

Madde kullanım sorunu olan çocuklarla çalışan profesyoneller için psikososyal sağaltım sürecinin önemli bir boyutunu sağlık sistemi oluşturmaktadır. Sağlık tedbirinin etkin uygulanması ve tıbbi rehabilitasyon sürecinin tamamlanması sağlık sisteminin işleyişine bağlıdır. Suna’nın anlatısı ise bu duruma bir örnektir.

“sağlık ayağında bu çocukların gerçekten hani yatılı şimdi madde diye geliyor çocuk buraya madde tedavisine gidiyor. Değil, hani patolojik yani psikolojik anlamda psikiyatrik anlamda gerçekten yatılı zorunlu yatılı bir tedavi olması lazım. Hani şey gibi çocuk hadi bi suç işledi çıksın gibi değil. Yada hani yer yok yani Ege de ... var mesela şey yatılı. Ya 9 kapasitesi var ergenlerde tüm egeye hizmet ediyor. Şu anda da kapatmışlar pandemiden dolayı. Yer yok. Ama yani çocuk şimdi düzenli bi ilaç kullanmıyor, kullanıyor 2 gün sonra bırakıp kaçıyor o ilacı içmiyor, geliyor baştan alıyoruz. Bi daha 3 hafta kullanıyor gene kaçıyor. Ben o çocuğa veremiyorum ayaktan tedavi yani. Zorunlu bu çocuğun yatırarak 2 ay 3 ay bi tedavi olması lazım. Ondan sonra kurum devreye girmeli...” (Suna, K, 35, Psikolog).

“...bu tarz kurumlardaki zorluklardan bazıları şu. Aslında sadece bakanlık olarak aile bakanlığının işi olmayan diğer bakanlıkların girmesi gerektiği roller var. Örneğin çocukla ilgili bir işlem yaparken çocuk koruma kanunun yetmediği. Yada Türkiye de bunun işlemediği alanlar var. Bunu biliyoruz mesela bu alanda sağlık bakanlığının da devreye girmesi gerekir. Sağlık tedbirinin iyi yönetilmesi lazım. Milli eğitim bakanlığının girmesi gerekiyor işte eğitim tedbirinde. Bunu biliyoruz ki tamam biz istiyoruz ama hakkıyla yerine gelmiyor yani. Dolayısıyla bu beni şeyde çok zorluyor yani benim burda rehabilite ettiğim, ettiğimi düşündüğüm çocuğu aileye teslim ederken geri gelme ihtimali anlamında beni çok zorluyor.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“milli eğitimle okulla iş birliği çalışmalarının yapılması tabi dolayısıyla refakatsiz çocuk oldukları için devam etmekte olan kimlik ve kayıt işlemleri var. il göç idaresi ile bu çalışmaların yapılması, sağlık sürecinin takip edilmesi gibi süreçleri devam ettiriyorum. Tabi adli bir süreci varsa adli süreçlerin takip edilmesi, duruşmalara katılmak işte avukatlarla görüşmek, iş birliği yapmak.” (Turna, K, 29, SHU).

Profesyonellerin aktarımlarında da görüldüğü gibi, çeşitli kurum ve kuruluşlarda çocukların gereksinimlerini karşılamayı hedefleyen birçok program bulunmaktadır. Etkili bir sosyal hizmet müdahale sürecinde ise tüm bu kurum ve kuruluşların iş birliği önemlidir. Dolayısıyla profesyonellerin iş birlikçi kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içinde çalışmaları için gerekli yasal ve politik düzenleme gereksinimi doğmaktadır.

4.4.3. Rotasyon Talebi

Rotasyon, dönme, döndürme ve yer değiştirme anlamlarında kullanılan Fransızca kökenli bir kavramdır. Mesleki rotasyon ise, meslek elemanlarının iş çeşitliliğini artırmak ve motivasyon sağlamak amacıyla çalışanları sistematik olarak benzer nitelikleri taşıyan başka görevlere geçirmek olarak tanımlanır (Saylık ve Polatcan, 2016). Çocuk Destek Merkezi profesyonelleri, çocukların travmatik yaşantılarına sürekli olarak maruz kalmanın olumsuz etkilerine karşı mesleki rotasyona ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Çodemlerde çalışma süresi bence çok uzun yıllar olmamalı, yani ben öyle düşünüyorum. Çünkü belli bir süre sonra insan yıpranıyor, yenilenmek, tazelenmek istiyor.” (Turna, K, 29, SHU).

Kanno ve Giddings (2016)’e göre rotasyon sistemi çalışanların ruh sağlığını korumaya yönelik bir stratejidir. Rotasyon sistemi, travmaya maruz kalmanın meslek elemanları arasında adil olmasını sağlamak ve travma çalışanlarına adil ve makul bir vaka yükü sağlamak için

kullanılmalıdır. Ampirik kanıtlar, daha yüksek sayıda travmatize olmuş danışanlara veya materyallere maruz kalan profesyonellerin daha yüksek düzeyde travmatik stres yaşadığını göstermektedir (Chrestman, 1995, 1999; Simonds, 1996; Brady ve diğ., 1999; Pinsley, 2000; Creamer, 2002; Meyers ve Cornille, 2002; Wee ve Myers, 2002; Kanno, 2010; Robinson-Keilig, 2014; Ewer ve diğ., 2015).

Orhan (2020)'nın cinsel istismar mağduru çocuklarla adli görüşme süreci yürüten profesyonellerle yaptığı araştırmada katılımcılar, rotasyon usulü çalışmanın travmanın dolaylı etkilerini azaltacağını düşünmektedir. Öte yandan rotasyon usulü hizmet sunabilecek işgücüne ulaşmanın zorluğu söz konusudur.

“yani bu tarz kurumlarda çalışan personellerin kesinlikle rotasyona ihtiyacı var. Yani başka bi kuruma geçip geçici de olsa o yükü azaltıp yine işine döneceği bi düzen kurulsa çok rahatlarlar o zaman.” (Ebabel, E, 35, Psikolog).

“uzun süre bu alanda çalışmak çok yorucu, zaman zaman revize edilmeli, belli periyotlarla değiştirme olmalı...” (İncirkuşu, K, 31, Psikolog).

“çok fazla uzun çalışılmaması gerektiğini düşünüyorum. Yani 5 sene ama üstüne çıkmamak lazım. Kendi psikolojik sağlığımızı korumak için. Ama hani deneyim kazanmak için de bir görmek lazım hani o da değerli bir alan herkesin bi çalışıp görmesi lazım diye düşünüyorum. Bu alanda da biraz bulunmak faydalı oluyor mesleki açıdan hem insani açıdan duygusal açıdan bizim kendi gelişimimiz açısından önemli.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Çetinkaya Büyükbodur (2018) belirli aralıklarla yapılacak mesleki rotasyon uygulamalarının profesyonellerin psikolojik dayanıklılıklarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir.

“Valla şunu söylüycem ısrarla yani burda kurumlarda rotasyon yapılmalı diye düşünüyorum. 5 yıl belki evet olabilir 5 yıldan sonra herkes bu kurumu tanımalı diye düşünüyorum. Böyle kurumları daha doğrusu. Bu sefer de biz anlatıyoruz çevredeki kişilere arkadaşlarımıza başka kurumlarda çalışanlara mesela acıyarak bakıyorlar yazık size işte kolay gelsin, Allah kolaylık versin diye ama aynı pozisyondayız aslına bakarsanız. Hani onlar burayı görseler... yani görmeliler yani o zaman daha iyi. Dediğiniz gibi bende şu an farklı bi alana geçsem daha iyi yapabileceğimi düşünüyorum çünkü burda artık piştik. Köreldiğimiz kadar ayrıyeten piştik de burda durduğumuz için. Çok fazla vaka gördüğümüz için. Bu şekilde. Rotasyon şart diyorum.” (Kumru, K, 29, SHU).

Alanyazında bu konuya ilişkin araştırmalara bakıldığında, Woo ve Kim (2021)'in bölgesel travma merkezlerinde çalışan hemşirelerde ikincil travmatik stresle ilgili faktörleri belirlemeyi amaçlayan araştırmasında, iş rotasyonu arzusu beş temel faktörden biri olarak aktarılmaktadır.

Araştırma sonucunda, iş rotasyonuna ihtiyaç duyan profesyonellerde ikincil travmatik stres, rotasyon yapmak istemeyenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Ingram (2020) tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi yönetmek için meslek elemanlarının yoğun programlarından belirli bir süre ayrılmasını ve mola vermesini kullanılabilir hale getirilmesini belirtmektedir. Diğer personel devralırken, personelin geçici olarak geri çekilmesine ve daha az stresli işlerle meşgul olmasına izin verilmelidir. Bu, iş günü içinde bir mola, “ruh sağlığı günü”, izin, yarı zamanlı çalışma saatlerine indirgeme, ortak çalışma ekipleri, iş rotasyonu, yatay iş değişiklikleri veya kuruluş içinde transferler gibi birçok yonden olabilmektedir.

Profesyonellerin iş rotasyonuna yönelik aktarımlarında vurgulanan unsurların başında süre faktörü yer almaktadır. Dolayısıyla çocuk refahı alanında çalışmanın belirli bir süre içerisinde olması gerektiği vurgulanmaktadır. Profesyonellerin aktarımlarında kritik eşik 5 yıl olarak görülmektedir.

“Yani aslında yer değişikliği olsa herkes için daha iyi olur. Herkes bu kurumu görmeli herkes bu çocukların var olduğunu bilmeli çünkü böyle çocukların olduğunu buraya başlamadan önce bende çok fazla bilmiyordum. Buraya girdikten sonra daha çok anladık yani. Böyle vakaların çok fazla olduğunu. O yüzden bunu herkes bence görmeli, herkes bu çocuklarla çalışmalı diye düşünüyorum.” (Kumru, K, 29, SHU).

“...Bizim mesela orada yıllarca çalışmamamız lazım hepimizin öyle değil mi. Hani mesleki olarak bi rotasyon olması lazım aslında. Hani aile bakanlığı içerisinde ne bileyim bi sene çodemde mi çalışıyosun, işte bi sene il müdürlüğünde çalış bi sene ... çocuk evleri... yani böyle böyle.” (Saka, K, 27, SHU).

“Bi de şunu söyleyebilirim, çocuk destek merkezinde çalışanlar uzun süreli çalışmamalı. Mesela 2 yada 3 yıl. Hala 8 – 10 yıldır çalışanlar var. Yani onlar bir süre sonra nasıl adli tipta çalışanlara cesetler normal geliyorsa alışılıyorsa onlara da normal geliyor...” (Keklik, E, 57, SHU).

“İı olumlu bi katkı sağlayacağını açıkçası düşünmüyorum. Uzun süreli çalışmanın en azından bi katkı sağlayacağını düşünmüyorum. ama her meslek elemanını bir şekilde özellikle çocuk destek merkezlerinde bir süre görev yapması gerekiyor. En azından sosyal hizmet uzmanları açısından sorunları tanımak açısından ve çözümler üretmek açısından bu sahada en azından bi süre çalışması lazım.” (Albatros, E, 47, SHU).

Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin travmatik yaşantılara maruziyet süresi ile yaptıkları işten etkilenme deneyimlerinin ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum ise diğer sosyal hizmet müdahale alanları ile çalışma alanlarını ve koşullarını mukayese etmelerine ve mesleki rotasyon isteği ile sonuçlanmaktadır. Profesyonellerin rotasyon taleplerinin temelinde

çocuk refahı alanının olası etkilerine karşı motivasyon sağlama ve sosyal hizmet müdahale alanlarında çalışan diğer profesyonellerinde çocuk destek merkezi deneyimi edinmeleri yatmaktadır.

4.4.4. Eğitim Desteği

Bu alt tema altında profesyonellerin geçmişte aldıkları eğitimler, çalışma süresi içerisinde aldıkları hizmet içi eğitimler ve eğitim gereksinimlerine ilişkin değerlendirmeleri yer almaktadır. Çocuk refahı alanında çalışmaya başlamadan önce veya çalışırken alınan eğitimlerin psikososyal sağaltım sürecine ilişkin kriz anlarında etkili çözüm yolları ve baş etme becerileri geliştirebilme noktasında işlevsel olduğu söylenebilmektedir.

Profesyonellerin anlatılarında, geçmişte aldıkları eğitimlerin ergenlik dönemine ilişkin bilgilendirme, cinsel istismar mağduru çocuklar ile iletişim teknikleri, grup çalışması, çözüm odaklı terapi ve krize müdahale yaklaşımı gibi çocuk refahı alanında çalışmaya zemin hazırlayıcı eğitimler olduğu görülmektedir.

“...İşte geçen çözüm odaklı terapi eğitimindeydik. Ondan önceki haftalarda EMDR eğitimi aldık falan ama, bunun tabi çodem de çalıştığım için almayı isterdim. Daha öncesinde ben kadın hizmetlerinde çalıştığım için o zaman da Avrupa Birliği projeleri UNICEF in projeleri falan kapsamında eğitim almıştım. Ama çodem de çalıştığım 2 yıl boyunca sadece ANKA nın online eğitimini aldım. Zaten benim bildiğim şeylerdi bunlar açıkçası. Çocukla nasıl görüşme yapılacağını 15. Yıldan sonra öğrenmek de biraz şey olmuyor yani çok da işlevsel olmuyor yani.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“...bakanlık bünyesinde olan eğitimlere katılıyoruz. Bu eğitimler hani refakatsiz çocuklarla ilgili olabiliyor, cinsel istismarla ilgili olabiliyor, kriz yönetimi olabiliyor. Ama zaten çok fazla eğitim olmuyor yada olan eğitimlerin hepsine zaten biz katılamıyoruz. Bazen yoğunluğun verdiği yoğunluğumuzdan ötürü bazen grup grup hani bu eğitimlerin yapılmasından dolayı.” (Sumru, K, 31, SHU).

“Eğitim hem bir kuruluştaki genel personeller için olan bir eğitim var. İşte teknisyeninden hemşiresine ne bileyim işte sağlık personelinden bakım personeline... onların hepsinin genel olarak aldığı eğitim var. Bir de meslek elemanlarının aldığı ayrıca bir eğitim var. Hani ikisini de aldım ikisinin de eğitimcisiydim zaten aynı zamanda. Eğitimin içeriğinde kuruluşa uyum sürecinde yapılması gerekenlerden işte kriz yönetimi, mesela sağlık ilk yardım vesaire bunların yanı sıra bir de mesleki olarak da işte ergenlik döneminin özellikleri, iletişim nasıl kurulur yada işte cinsel istismar mağduru çocuğa nasıl yaklaşılr falan gibi daha mesleki anlamda güçlendirici eğitimler olduğu gibi genel işleyişle ilgili

eğitimler de vardı. Tatmin ediciydi yani güzel eğitimlerdi. Grup çalışması ile ilgili eğitimle aldık. Bireysel görüşmeler ile ilgili eğitimler aldık.” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Öznelerin aktarımlarda ön plana çıkan ve Çocuk Destek Merkezleri için temel bir hizmet içi eğitim programı olan ANKA Psikososyal Çocuk Destek Programıdır. Program çocukları ve görev yapan tüm personeli kapsamaktadır. Keçe (2018)’nin de belirttiği gibi program, çok yönlü bir yaklaşım ve müdahalenin hedeflendiği bireysel ihtiyaç ve risk değerlendirme, grup çalışmaları, aile çalışmaları, bireysel danışmanlık, destekleyici personel yaklaşım ilkeleri ve kurumsal krize müdahale yaklaşımı gibi profesyonellere rehberlik eden psikososyal destek programıdır. Profesyoneller “Anka Psiko-sosyal Çocuk Destek Programı” çerçevesinde eğitim aldıklarını paylaşmışlardır. Eğitimler ise, hem mesleki anlamda güçlendirici hem de genel işleyiş hakkında bilgilendiricidir.

“bir eğitim politikası tabi ki. Çünkü çödemlerde çalışan meslek elemanlarının öyle üniversiteden mezun oldum işte ben psikologum, sosyal çalışmacıyım sosyologum deyip gelip o masaya oturmasını doğru bulmuyorum. Mutlaka almış olduğu başka eğitimlerin olması gerekiyor işte, resim analizi, oyun terapisi, BDT, psiko terapi, travmaya yönelik çeşitli eğitimlerin olması gerektiğini düşünüyorum. Tabi bu bakanlığın politikalarında standardize edilmeye çalışılıyor. çok güzel bir psiko destek programı var anka diye...” (Turna, K, 29, SHU).

Ingram (2020) meslek elemanlarının işlerine uzun vadeli bağlılığını sürdürmek için mesleki gelişimin öncelikli hale getirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda personelin kapasite ve becerilerini artırmak ve genel mesleki gelişim hedeflerine katkıda bulunmak için sık sık eğitim verilmelidir. İdareciler ise meslek elemanlarının iş profilini yetenekleri ve ilgi alanlarıyla eşleştirmeli, iş fazlalığını azaltmayı ve kariyer geliştirme fırsatlarını amaçlamalıdır. Profesyoneller, kuruluşların ihtisas alanı bağlamında yüz yüze ve online hizmet içi eğitimler aldıklarını aktarmışlardır. Profesyonellerden bazıları psikososyal destek eğitimlerinin aynı zamanda uygulayıcılarıdır.

“...kurumda psikososyal destek programı var. Bakanlığımızın hayata geçirdiği, 2015 yılından bu yana devam eden psikososyal destek programı Anka. Ya bu programı yani güvenlik görevlisinden bakım elemanından tüm kurum çalışanları bunun çerçevesinden hareket etmesi gerektiği için bununla ilgili uygulama eğitimlerini meslek elemanları arkadaşlarımız, zaten bunlar Anka nın aynı zamanda eğiticileri.” (Anka, K, 56, SHU).

“Evet, alıyoruz. O konuda bir sıkıntı yok. Hizmet içi eğitimler, mesela ANKA Psikososyal eğitimi alıyoruz. Gerçi Bu son 2 yıldır, mesela bu yıl bi eğitim verildi ama ben katılamadım. Şey üzerinden online. Ama kurumda kaldığım sürece ki 2 çalıştık biz o zaman yani 30 tane çocuk var, çocuklar kavga ederken ben masamda oturup eğitime katılamadım. Yani bu yıl için öyle bir şey oldu. Ama normalde daha önce yapıldı. Güzeldi de yani. Hani Psikoterapistler de vardı. Hazırlayanlar da vardı. Onun dışında madde

mesela narkotiklerle ilgili oradan eğitimler, emniyet müdürlüğünden eğitime geliyolar, SHM lerin eğitimi oluyor.” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Alıyorum. Eee özellikle ben dediğim gibi bu psikososyal destek eğitimlerini veren kişilerden biriyim Türkiye de. Bu bağlamda hani bu kurumda aktif alıyoruz. Mesela yine var. 2 gün sonra Antalya da var bu bağlamda. Bu tarz kuruluşlarda şey de var göçmen çocuklarda var. Eee düzensiz göçmen çocuklarda var şimdi onlara yönelik mesela insan ticareti üzerine bi eğitim alcaz. Ee onlara hangi haklara sahip hangi kanuni şeylere onlarda gerçekleştirmek gerekiyor bilmiyorum. Çünkü bizim kuruluşlarda sadece çocuk koruma kanunu 5395 sayılı kanun var. İşliyor. Yada karşı taraf yetişkinse orda da hani ceza kanunu işliyor bunları biliyoruz. Ama mesela bu göçmen olup gelenlerle ilgili hangi kanunlar var bilmiyorum mesela. Bu anlamda şey aktif eğitim veriliyor. Bakanlık bu anlamda iyi, online yada yüz yüze oluyor. Bence iyi. Bana yetiyor.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Anka dışında bi eğitim almadık. Hani anka dışında o da 2015 yılında aldık bide yeni bir daha tekrar güncellemesini aldık. Baz olarak bi anka eğitimi var.” (Suna, K, 35, Psikolog).

Ingram (2020) işyerinde tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi etkili bir şekilde tanımlarına ve bunlara yanıt vermelerine yardımcı olmak için süpervizörlere ve meslek elemanlarına sık sık eğitim verilmesi gerektiğini aktarmaktadır.

Profesyonellerin bazıları hizmet içi eğitimlerin daha sık olması gerektiğini, çalışma temposundan dolayı eğitimlere katılmadıklarını ve Covid-19 pandemisinin düzenlenen hizmet içi eğitimleri etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Her anlamda eğitim daha sık verilebilir. Süpervizyon da aynı şekilde. Yani burda birazcık da unutulmuş gibiyiz yani. Hiçbir şey. Katılamıyoruz, mesela bi eğitim oluyor, haberimiz sonradan oluyor falan. Çok çok geç öğreniyoruz. Yada mesela tüm personel değil de iki personel katılıyor. Ondan sonra diğerleri katılamıyor. Bu tarz şeyler oluyor. O yüzden herkes sürekli eğitime gidemiyor.” (Kumru, K, 29, SHU).

“İu süpervizyonumuz falan da yok. Yani evet olabilir aslında. Ama şöyle şimdi mesela eğitim olsa gidemiyoruz o kadar yoğunsun ki. Hani gitsen bi dert çok yoğunluktan bi şey yapamıyosun. Kendini başka şeylere veremiyosun online eğitim oldu diyelim hani hiç bi faydasını gördüğümü düşünmüyorum başka online eğitimlere de katıldım ama mesela şey olabilir di. Hani böyle çalışanlara yönelik böyle şehir dışında falan öyle oluyormuş ya önceden pandemi öncesi, eğitimler öyle mesleki anlamda da böyle bir rahatlama böyle ne bileyim işte oraya gittiğin zaman seminerler falan onlar iyi gelebilirdi.” (Saka, K, 27, SHU).

“Ha şöyle olabilir ara ara eğitimler olduğu zaman hem dinlenilir hem meslek elemanlarıyla deneyimlerini paylaşıyosun. Örnek vaka sunumu alanda deneyimli hocalar bir araya gelirsın” (Kuzgun, E, 52, SHU).

Erdener (2019: 79)'in afet alanında çalışan profesyonellerle yaptığı çalışmanın analiz sonucuna göre, hizmet içi eğitim ve süpervizyon desteği almayan profesyonellerin ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çocuk Destek Merkezi profesyonelleri, mesleki eğitimlerine ek olarak gereksinim duydukları eğitimlerin içeriği hakkında aktarımda bulunmuştur. Gereksinim duyulan eğitimlerin, vaka yönetimde karşılaşılan kriz anlarında rehberlik edici ve değişen sosyal sorunlar karşısında bilgilendirici olması gerektiği belirtilmektedir.

“...yani bu alanla ilgili eğitim içeriğinde kesinlikle bu duygusal alanla ilgili ee en azından başatma yöntemleri, vaka türleri anlatılarak daha kişiler sahaya inmeden bi şeyler yapılabilir gibi geliyor.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Yeterli mi dersiniz bence yeterli değil. Yani evet kendi hani eğitimler yapılıyor. Dışardan gelen bizim kendi içimizde yaptığımız eğitimler de var. Hizmet içi eğitimler düzenleniyor burda belirli aralıklarla. Mesela şey verdiler genelde hani bu psikososyal yani travmayı atlatmaya yönelik eğitimler değil aslında. Mesleki eğitimler veriliyor ama travmaya yönelik hani burdaki meslek elemanlarına gelip de böyle psikiyatrik destek yada hani bir travmalarına yönelik bir çalışma hayır yapılmıyor.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

Psikososyal sağaltım sürecindeki kriz anlarına ve sürecin tıkandığı noktalara yönelik eğitim gereksinimine ek olarak güncel literatürü aktaran hizmet içi eğitimlere gereksinim olduğu belirtilmektedir.

“Maalesef şu an ve son yıllarda herhangi bir kurumsal anlamda eğitim desteği ve sosyal destek almadık. Zaten birçok meslek elemanı da tükenme noktasına gelmesinin sebeplerinden biri de budur... Bu alanda eğitimler verilmesi gerekiyor. Mesela güncel literatürün en azından meslek elemanlarına aktarılması gerekiyor.” (Albatros, E, 47, SHU).

“Biz eğitime başladığımızda 90'lı yıllardaki sosyal sorunları belliydi, daha çok yoksulluk, ıı çok yoğun olmamakla birlikte sokakta çalıştırma, dilendirme yada suça sürüklenme gibi sorunlar yoğunken tabi eğitim alırken hocalarımızdan hep duyardık yeni sorun alanlarının oluşacağı, oluşmaya başladığı söylenirdi. Bunlarında zaman zaman emareleri de çıkıyordu. Mesleğe ilk başladığımız zamanlarda çok yoğun olmamakla birlikte zaman zaman istismar vakaları gündeme gelirdi kuruluşlarımıza yansiyordu. Ama son yıllarda bu eğitim hayatımızda gördüğümüz sosyal sorunların ıı dışında sorunlarla mücadele etmeye başladık. İşte çok yoğun bir madde, istismar bu çeşitli boyutlarda duygusal fiziksel hani duygusal anlamda istismarı saymıyoruz dahi. Ekonomik sorun kalmadı yani. O kadar çok baskın hale geldi ki çocuklara yönelik işlenen suçlar, çocukların suça sürüklenmesi ıı bunun için bu nedenle meslek elemanlarına bir şekilde bir yoğun eğitime tabi tutması gerekiyor...” (Albatros, E, 47, SHU).

“kitabı bilgiler zaten var bizde, ama pratikte çalışmak çok daha farklı kesinlikle deneyimli hani uzun zamandır çalışan meslek elemanları olmalı yapılacaksa bu, yoksa eğitimlere getiriyorlar profesörleri falan bir işe yaramıyor yani. Geliyor bana şiddet işte beşe ayrılır

fiziksel şiddet ekonomik şiddet bilmem ne şiddet falan diye anlatıyor yani sanki üniversite birinci sınıfta psikolojiye giriş dersi alıyosun. Biz zaten onları aşmışız yani o noktada değiliz ki bizim olduğumuz yer orası değil. Çok böyle basit oluyor bazı şeyler hani daha doyurucu daha içeriği biz yönelik olan hani böyle sırf yapmış olmak için yapılmayan eğitimler olabilir” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Profesyonellerin anlatımlarında da görüldüğü gibi, literatür taraması ile elde edilebilecek tavsiyelerin aktarımından ziyade somut çözüm önerilerinin aktarıldığı eğitimlere gereksinim vardır.

“Ama yani ben artık tükenmişlik eğitimi almak istemiyorum. Ben tükenmişliğimin çözülmesi için maddi manevi desteklerimin olmasını istiyorum. Yani bana kimse yürüyüşe çık, işte fiziksel bakımını yap işte şunu yap bunu yap meditasyon yap demesin. Ben onu zaten yapıyorum. Çünkü tükenmişlik bende verdiğimde bunu diyosun ve çok işlevsiz bir şey yani. Literatürdeki tavsiyeler bu yönde hani evet biliyorum yani. Literatür taraması baktığındaki şeyler bu. Ama önce benim birincil ihtiyaçlarım karşılansın hani o Maslow'un piramidi hepimiz çok iyi biliyoruz. Yani benim burdaki fiziki koşullarım neler hani yeme içme düzenim neler, uykumdan oluyor muyum çalışırken, maddi olarak yani örnek veriyorum spora gidebilecek şeyim var mı? İşte sosyal hayatımı destekleyebilecek maddi koşullarım... sonuçta bunlar da hani gerekiyor. Terapi ihtiyacım vara bu terapi ücretini karşılayabilecek durumda mıyım? Hani birincil aşamalar olmayınca bana şey çok afaki geliyor, çocuk kavga ederken oram buram morarırken hani meditasyon yapmak yürüyüşe çıkmak... ben bunları yapıyorum bu arada yani.” (Serçe, K, 37, Psikolog).

“Ha bu travmayı nasıl atlatabiliriz? Napabiliriz?. Bununla ilgili bakanlığımızın personele yönelik bi eğitimi yok. Bu büyük bir eksiklik. Alanda çalışanlar çünkü sürekli sosyal serviste çalışan sosyal hizmet uzmanıdır psikologdur sosyologdur kurumda çalışan öğretmendir, hemşiredir ciddi anlamda sürekli kendinden vermek zorunda, duygusal olarak. Hani kurumda çalışan personele duygusal olarak kurumun kattığı bişey yok ama bu bakanlık düzeyinde çalışan personele yönelik motive edici gerçekten bu travmaları yok edici bir çalışmanın mutlaka olması lazım.” (Anka, K, 56, SHU).

“...çalışan en üstten en alta kadar herkes bilgilendirilmeli, eğitime tabii tutulmalı, hizmet içi eğitimlere tabii tutularak bu çalışmanın bir ekip çalışması olduğu müdürün önemli olduğu kadar çalışan aşçının da önemli olduğu şoföründe önemli olduğu ve özetle meslek elemanlarının deneyimli yani bu alanda.” (Martı, E, 60, SHU).

Bu ifadelerle bakıldığında, çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin kurum içi eğitimlere ihtiyacı olduğu görülmektedir. Eğitim desteğinin, travmanın dolaylı etkileri ile baş etme yollarını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilmektedir.

4.4.5. Koruyucu ve Sağaltıcı Ruh Sağlığı Hizmetleri

Travmaya dolaylı olarak maruz kalan çocuk refahı çalışanları bağlamında bu gruplarda görülebilecek psikolojik tepkilerden olan ikincil travmatik stres ve belirtileri açısından koruyucu ve sağaltıcı psikososyal destek hizmetleri önem taşımaktadır. Profesyoneller, koruyucu ve önleyici psikososyal destek hizmetlerine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.

“En azından kendimiz öneri olarak okuldan işe başlamadan önceki süreçte bu önleyici rehberlik anlamında kesinlikle şey olmalılar. Hani sosyal inceleme nasıl yazılıdır dışında da yada kanunların dışında da böyle vakalarla model vakalarla yani sorun çözmekten ziyade nasıl baş edersin? Duygusal, işte zihinsel... travmatik çocuklarla uğraşıyorsun. Eve ne götürüyorsun kim bilir.” (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“Keşke böyle bizim de belirli süreçler de destek alabileceğimiz bi şey, bi psikolojik destek sürecimiz olsa... profesyonel birisinden. Eee mesela kendinizden bireysel ve mesleki olarak katılabileceğiniz, bizi rahatlatan bize iyi gelebilecek seanslar olsa yani psikolojik olarak bize iyi gelebilecek...” (Sumru, K, 31, SHU).

Profesyonellere yardım etmek, travma mağdurlarının geri kazanılmasında önemli bir rol oynar. Bununla birlikte, araştırmalar, danışanların travmasına dolaylı olarak maruz kalmanın vekaleten travmatizasyon, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik dahil olmak üzere olumsuz psikolojik tepkiler yaşama olasılığını arttırdığını göstermektedir. Önleme ve müdahale çabaları ise bu psikolojik sekellerle mücadele etmek için travmanın dolaylı etkilerini azaltmayı ve şefkat memnuniyetini artırmayı hedeflemelidir (Cummings ve diğ., 2021).

“Eksiliğini duyduğum bu alanda ve tüm arkadaşlarımda da dile getirdiği, genelde çalışan personelin biraz desteklenmesini istiyoruz. Hem maddi hem manevi. Yani bizim alanda çalışan, özel bi alan çalıştığımız alan, toplumun en zor kesimiyle çalışıyoruz” (Anka, K, 56, SHU).

“Keşke bize destek olabilecek birileri olabilse...” (Hüma, K, 38, Psikolog).

“Bize değer versinler, bizim işimizin ne kadar önemli olduğunu artık kabul etsinler... biz zaten kendimizi geliştirme noktasında çok çaba harcıyoruz. Kitabı da okuyoruz eğitime de gidiyoruz. Yani bize yapacakları şey değerli olduğumuzu hissettirmek. Bizi değerli kılsınlar.” (Kartal, E, 47, SHU).

Ebabil’in anlatısı, travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışan profesyoneller kadar bakım personelinin de koruyucu ve sağaltıcı psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu yansıtmaktadır.

*“Biz baş edebiliyoruz yada baş edebilecek mekanizmam var ailem destekçim ama belli bir yaş üstündeki bu bakıcı anne dediğimiz yani bakım personelleri bu stresi nereye götürüyorlar bilmiyorum. Zaten bi çoğu ayrılıyor yani iş sonlanmasına giden bi süreçte oluyolar. Yani **bi tükenme zaten var onlarda. Sadece tek fark tükendiklerinin farkında değiller. Yaşıyorlar ama bilmiyorlar.**”* (Ebabil, E, 35, Psikolog).

“...Ve çalışanlara psikososyal destek programları düzenlenmesi lazım... her bakanlığın gerçekten kendi içerisinde ordaki çalışanlara yönelik kendi psikososyal destek programları olmalı.” (Kuğu, K, 34, Psikolog).

“...Bunların hepsi risk, bunlar çok yıpratıcı. Bu konuda desteğe ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum. En büyük şeyi de bu zaten korkuyla çalışmak...” (Kırlangıç, K, 37, Psikolog).

Profesyonellerin bu konuya ilişkin aktarımlarına bakıldığında, travmatik yaşantısı olan bireylere müdahale eden profesyonellerin yaptıkları çalışmadan etkilenme düzeylerini aydınlatmak ve mesleki doyumu arttırmak için koruyucu ruh sağlığı ve müdahale programlarının önem kazandığı görülmektedir.

Son tahlilde çocuk destek merkezi profesyonellerinin psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmeleri ve gereksinimlerine bakıldığında, kurumların kendi içerisinde bir rehberlik ve süpervizyon sistemine, daha sık gerçekleştirilen hizmet içi eğitimlere, mesleki rotasyona ve vaka yönetimi sürecinde yer alan kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği ve koordinasyon sağlanmasına gereksinim olduğu görülmektedir. Süpervizyon ve hizmet içi eğitimlerin çocuk refahı alanında çalışan kuruluşların işleyişi ve profesyonellerin gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olan meslek elemanları tarafından verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Sosyal rehabilitasyon sürecinin kriz anlarında ve vakanın çıkmaza girdiği noktalarda standardize süpervizyon sistemi ve multidisipliner çalışmanın parçası olan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon gereksinimi oluşmaktadır.

Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerine ilişkin elde edilen bulgulara bakıldığında belli başlı hususların dikkat çektiği görülmektedir. Öncelikle profesyonellerin Çocuk Destek Merkezlerinde yönettiği vakalar cinsel istismar, madde bağımlılığı, psikopatoloji, engellilik, göç, ebeveyn kaybı ve ebeveyn terkidir. Bu sonuç odağında, profesyonellerin maruz kaldığı travmatik deneyimler bu vakaların dolaylı etkileridir. Cinsel istismar vakalarının ağır duygusal yükü ve madde bağımlılığı vakalarında tıbbi rehabilitasyon sürecinin handikapları profesyonelleri zorlamaktadır. Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin rol ve sorumlulukları çocuk refahı alanında çalışma deneyimi ile bağlantılıdır. Çocuk refahı alanının temel yasal düzenlemeleri çerçevesinde “danışman” meslek

elemanı olarak görev almaktadırlar. Öte yandan, müracaatçı grubunun çocuk olması “çocukların bakım gereksinimi” bağlamında birtakım sorumluluklar doğurmaktadır. Travma yüklü vakalara maruz kalmak ve yoğun vaka yükü ise profesyonellerin iş doyumunu olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, profesyonellerin aktarımları ile şekillenen ikincil travmatik stres risk unsurları vaka türleri, maruziyet süresi, duygusal yük ve deneyimdir.

Çocuk refahı alanın güçlendiren unsurları deneyim, psikolojik dayanıklılık, vaka yönetimi ve krize müdahaledir. Güçsüzleştirici dinamikleri ise stres yükü, aşırı hassasiyet geliştirme, çaresizlik, şüphencilik, kontrol takıntısı ve adil dünya inancının sarsılmasıdır. Bu unsurlar ise profesyonellerin etkili başa çıkma becerileri geliştirmesi noktasında belirleyicidir. Bu noktadan hareketle, süpervizyon, hizmet içi eğitim, rotasyon talebi, kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon, koruyucu ve sağlatıcı ruh sağlığı hizmetleri gibi psikososyal destek gereksinimlerinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bir sonraki bölümünde konuya ilişkin sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, çocuk refahı profesyonellerinin ikincil travmatik stres deneyimlerine ilişkin ulaşılan sonuçlar ve ortaya çıkan sonuçlara yönelik geliştirilen çözüm önerileri yer almaktadır. Araştırma kapsamında çocuk refahı alanında çalışan 13 kadın ve 8 erkek olmak üzere toplam 21 profesyonel ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmelerle ikincil travmatik deneyimlerine ilişkin derinlikli bir kavrayış elde edilmiştir. Araştırma öznelere ikincil travmatik stres anlatıları ve çocuklarla gerçekleştirdikleri psikososyal sağaltım sürecinin çok boyutlu analizi ile araştırmanın tematik çerçeveleri belirlenmiştir.

5.1. SONUÇ

Çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin mesleki müdahale süreçleri, travmatik yaşantılara maruz kalan çocukların hassas ve zorlayıcı yaşam deneyimlerini içermektedir. Travmatik yaşantılara dolaylı olarak maruz kalmak bir takım kümülatif yansımaları beraberinde getirmektedir. Söz konusu kümülatif yansımalar ise alanyazında ikincil travmatik stres olarak kavramsallaştırılmaktadır.

İstismara uğramış çocukların yaşadığı travmalarla sürekli olarak karşılaşmak, travma sonrası stres bozukluğuna benzer semptomları olan bir sendrom olan ikincil travmatik stres gelişimine zemin hazırlamaktadır (Passmore ve diğ., 2020). Walsh ve diğerleri (2018)'ne göre, çocuk refahı çalışanları çocuğun deneyimlediği veya tanık olduğu olası travmatik olaylar hakkında ayrıntılı bilgi almak amacıyla, psikososyal sağaltım sürecini yönetmektedir. Bu tür bir işin duygusal talepleri ve defalarca travmatik ifadeler duymak profesyonellerde strese neden olmaktadır. Bu sonuç, çocuk refahı alanında çalışmanın bir risk etmeni oluşturduğunu yansıtmaktadır.

Rienks (2020)'e göre birçok çocuk refahı profesyoneli, danışanlarının travmalarına ikincil maruz kalmanın bir sonucu olarak yaşadığı olumsuz fiziksel ve duygusal belirtileri ikincil

travmatik stres olarak sınıflandırmaktadır. İkincil travmatik stresin tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve dolaylı travmadan farklı bir sendrom olup olmadığı konusunda anlaşmazlıklar olsa da duygusal uyuşukluk, konsantrasyon güçlüğü ve cesareti kırılmış, gergin veya sinirli hissetme gibi semptomların yaşanmasının zararlı olduğu kesindir.

İkincil travmatik stres kavramsallaştırmasında risk ve koruyucu unsurlar önemli bir konumdadır. Kişisel ve çözülmemiş bir travma geçmişine sahip olmak, empatik katılım yeteneği, başa çıkma becerileri ve travmatize çocuklara maruz kalma profesyonellerin savunmasızlığını artıran faktörlerdir (Vang, 2020; Rakestraw, 2021). Dolaylı olarak travmaya maruziyet ile ilişkili sonuçları önlemek için bir halk sağlığı yaklaşımının benimsenmesi ise (1) yaygınlığına ilişkin sorunu tanımlamayı; (2) mevcut risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesini; (3) önleyici müdahaleler ve politikalar geliştirmeyi; ve (4) bu müdahale ve politikaları zaman içinde değerlendirmeyi ve izlemeyi içermektedir (Molnar ve diğ., 2020).

Araştırmalar, profesyonellerin eğitim, danışmanlık/destekleyici hizmetler ve bilinçli süpervizyona erişemedikleri durumlarda özellikle savunmasız olduklarını göstermektedir (Letson ve diğ., 2019). Benzer zorluklar, mevcut çalışmaya katılan Çocuk Destek Merkezi profesyonelleri tarafından da yansıtılmıştır. Araştırma bulguları profesyonellerin cinsel istismar mağduru, madde kullanım problemi olan, ebeveyn terki yaşayan, refakatsiz çocuklarla ve psikopatolojik vakalarla çalıştığını göstermektedir. Çocuklarla yürüttükleri sosyal rehabilitasyon ve sağaltım sürecinde birçok rol ve sorumluluk üstlenilmesi mesleki doyumu olumsuz etkilemektedir. Bu doğrultuda süpervizyon, kurum ve kuruluşlar arası koordinasyon, eğitim, rotasyon talebi, koruyucu ve sağaltıcı ruh sağlığı hizmetleri ve gereksinimler ön plana çıkmaktadır.

Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller çocukların yaşamış olduğu travmalardan dolayı olarak etkilenebilmektedir. Bu çalışmada Çocuk Destek Merkezlerinde travma mağduru çocuklarla çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerine odaklanılmıştır. Bu bağlamda Çocuk Destek Merkezlerinde çalışılan vaka türleri, çocuk refahı alanında çalışma deneyiminin getirdiği rol ve sorumluluklar, iş doyumu, güçlendirici ve güçsüzleştirici unsurları, vakaların duygusal yükü, kişisel yansımaları, baş etme stratejileri, psikososyal destek hizmetlerine ilişkin değerlendirmelere ve gereksinimlere ulaşılmıştır.

5.1.1. Çocuk Destek Merkezi Profesyonellerinin Çalıştığı Vakalar ve Travmatik Deneyimler

Profesyonellerin ikincil travmatik stres anlatıları ile belirlenen tematik çerçeveler bağlamında birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. İkincil travmatik stres deneyimlerine ilişkin anlatıların analizinde ortaya çıkan ilk vurgu çalışılan vaka türleridir. Çocuk destek merkezi profesyonellerinin çalıştıkları vaka türleri arasında cinsel istismar, refakatsiz çocuklar, madde bağımlılığı, psikopatoloji ve aile kaybı yada aile desteği olmayan çocuklar yer almaktadır. Bilgin ve Yetimoğlu (2018)'nin da belirttiği gibi, çocukların ÇOKİM'e teslim edilme nedenleri arasında ihmal ve istismar, duygusal ve davranışsal bozukluklar, aile ve sosyal çevreye uyum sorunları, evden kaçma, aile içi şiddet, uyuşturucu madde kullanımı, intihar girişimi ve kendine zarar verme gibi riskli davranışsal ve duygusal özellikler yer almaktadır. Bu noktada Çocuk Destek Merkezi profesyonellerinin kompleks ve ardışık travmalar biçimiyle karşı karşıya kaldıkları görülmüştür. Bu durum, travmatik yaşantılara yoğun bir biçimde maruz kalan profesyonellerin ikincil travmatik stres yaşamasına yol açabilmektedir.

Profesyoneller en çok aile içi cinsel istismar mağduru ve madde kullanım sorunu olan çocuklarla yürütülen sosyal rehabilitasyon sürecinde zorlandıklarını belirtmiştir. Cinsel istismar mağduru çocuklarla çalışma süreci hem çocuklar hem de profesyoneller için oldukça yıpratıcıdır. Bununla birlikte vakaların duygusal yükü uzunca bir süre taşınmaktadır. Dolayısıyla cinsel istismar vakaları ile çalışmak ikincil travmatik stres açısından bir risk unsurudur. Madde kullanım sorununda ise tıbbi rehabilitasyon boyutu sürecin başlangıcını oluşturmaktadır. Tıbbi boyutun tamamlanması ile başlayan sosyal rehabilitasyon süreci ise gerek tedavi sonrası geri dönüşlerin yaşanma riskinin varlığı gerekse disiplinlerarası müdahale gereksinimi taşıması ile profesyonelleri zorlamaktadır.

Çocuk destek merkezi profesyonelleri, refakatsiz çocukların göç sürecinde yaşadıkları travmatik deneyimlere dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Aileden ayrı düşme, istismar veya ihmale maruz kalma, sevdiklerinin kaybı, savaş, saldırı, göç sonrası uyum sorunları gibi travmatik yaşam deneyimleri söz konusudur. Zorunlu göç sürecine maruz kalan ve ebeveyn kaybı yaşayan çocuklarla çalışmak profesyonelleri psikolojik ve duygusal açıdan zorlamaktadır.

Psikiyatrik bozukluk öyküsü ya da hafif düzeyde zihinsel yetersizlik durumu olan çocuklarla çalışmak çeşitli stresörler içermektedir. Vaka yönetiminin zorlu süreci ve güvenlik açısından

tehdit oluşturması ise “*en son tüm vidaları söküp yuttu. Hala vidadyla kaçakta aranıyor...*” ifade ile berraklaşmaktadır. Söz konusu vaka türleri psikososyal sağlatım sürecinde profesyonelleri czmsz bırakmaktadır. Son tahlilde, yıkıcı ve travmatik olaylara maruz kalan cocuklarla psikososyal sağaltım süreci gerçekleştiren profesyoneller ikincil travmatik stres yaşama riski altındadır.

5.1.2. Cocuk Refahı Alanında Calışmak

Cocuk refahı alanında calışmak araştırmanın ikinci ana temasıdır. Cocuk refahı alanında calışma deneyimi profesyonellere birtakım rol ve sorumluklar yüklemektedir. Profesyonellerin kurumsal işleyiş ve mevzuat cerevesinde üstlendikleri rol ve sorumlulukların yanında ekstra roller üstlendikleri görülmektedir. Cocuk Destek Merkezlerinde profesyonellerin rol ve sorumlulukları “Cocuk Destek Merkezleri Yönetmeliği” ve “ANKA Cocuk Destek Programı” bağlamında şekillenmektedir. Kuruluşlarda her profesyonelin danışmanlığında olan cocuklar bulunmaktadır. Cocuğun kuruluşa teslim edilmesi ile başlayan srec psikososyal rehabilitasyonun tamamlanması ya da cocuğun reşit olması ile sonlanmaktadır. Bu süreçte profesyonellerin rol ve sorumlulukları içerisinde bireysel görüşmeler, aile görüşmeleri, grup calışmaları, sosyal inceleme, vaka takibi, eğitim ve sağlık işlemlerinin takibi, cocuklarla sosyal etkinlikler ve sosyal beceri kazandırmaya yönelik planlamalar yapma yer almaktadır. Öte yandan profesyoneller “fonksiyonel meslek elemanı” olarak ekstra roller üstlendiklerini düşünmektedirler. Örneğin profesyonellerle yapılan görüşmelerde bakım annesi, güvenlik personeli, abla, ğretmen ve hemşire rolleri ön plana cıkmaktadır. Bu nedenle profesyonel bir rolde uzun süreli temas ikincil travmatik stres deneyiminde yordayıcı bir unsurdur.

Cocuk refahı alanında calışma ve ikincil travmatik stres deneyimi açısından mesleki doyum önemli bir yere sahiptir. Profesyonellerin anlatılarında, travmatik yaşam deneyimlerine ikincil maruziyetin iş doyumunu olumsuz etkilediği görülmektedir. Profesyoneller, travmatik yaşantılara sürekli olarak maruz kalmanın mesleki tatmini olumsuz etkilediğini ve bu durumun tükenmişliğe zemin hazırladığını düşünmektedir. Mesleğin başlangıcında iş doyumunun tükenmişlik seviyesinde olduğu cocuk refahı alanında deneyim kazandıkça mesleki tatminin arttığı belirtilmektedir.

Cocuk refahı alanında calışan profesyoneller, Cocuk Destek Merkezlerinde calışma deneyiminin gclendirici unsurlarını deneyim kazanma, psikolojik dayanıklılık, vaka yönetimi

ve krize müdahale konusunda bilgi temeli sağlama, sosyal rehabilitasyon sürecinin başarıyla sonlaması ile ulaşılan doyum, çocuk refahı alanın dinamik doğası, daha dinamik ve aktif olma olarak ifade etmişlerdir. Bu sonuç odağında güçlendirici unsurlarının etkili baş etme stratejilerinin geliştirilmesi bakımından olumlu etki yapacağı düşünülmektedir. Güçsüzleştirici dinamikler ise travmatik olaylara karşı aşırı hassasiyet geliştirme, çaresizlik hissetme, sürekli kontrol ve şüphe halinde olma, çocukların anlatıları karşısında yapılabileceklerin sınırlı kalması ve adil dünya inancının sarsılması olarak belirtilmektedir. Güçsüzleştirici dinamikler, problemlerle başa çıkmayı zorlaştırması ve stres oluşturunca unsurlar olması bakımından önemlidir.

5.1.3. Travmatik Yaşam Olaylarına Maruz Kalan Çocuklarla Çalışma Deneyimi ve Kişisel Yansımaları

Araştırma bulguları içerisinde üçüncü ana tema travmatik yaşam deneyimine maruz kalan çocuklarla çalışma deneyimi ve kişisel etkileri olarak ele alınmıştır. Vakaların duygusal yükü, kişisel refaha olan etkileri ve profesyonellerin başa çıkma stratejileri bu ana tema altında aktarılmaktadır. İkincil travmatik stres, bireyin bir başkasının travmatik deneyimini ilk elden dinleyen olduğu durumda duygusal zorlanmaya neden olmaktadır (Van Dernoot, 2009). Çocukların örseleyici olaylara ve travmaya maruz kalması profesyonelleri duygusal yönden etkilemektedir. Profesyoneller, çocuklarla yürüttükleri sosyal rehabilitasyon sürecinde hissettikleri duyguları endişe, üzüntü, çaresizlik ve öfke olarak ifade etmişlerdir. Ayrıca çaresizliğin eşlik ettiği hayal kırıklığı ve yalnız bırakılmışlık hissi yaşanmaktadır.

Çocuklarla çalışırken değişim yaratmak ve çocukların travmatik deneyimi üstünden atarak rehabilitasyon sürecini tamamlanması ise olumlu duygular hissedilmesine yol açmaktadır. Profesyonellerin ifadelerinde çocuklarla çalışmanın besleyici ve mutluluk verici olduğu görülmektedir.

Profesyonellerin aktarımlarında ikincil travmatik stres deneyimi ile bağlantılı olarak çocuk refahı alanında çalışmanın psikolojik, duygusal, sosyal ve somatik boyutlarda kişisel etkilere neden olduğu gözlemlenmiştir. Travma mağduru çocuklarla çalışmanın kişisel refaha etkileri stres yükü, gerginlik, mental yorgunluk, motivasyon kaybı, kendine yabancılaşma ve işe gitmede isteksizlik olarak aktarılmıştır. Psikosomatik etkileri ise saç dökülmesi, mide sorunları, baş ağrısı, halsizlik ve yorgunluktur. Ek olarak zihinde canlandırma, rüyalarda görme ve zihinde defalarca irdeleme gibi psikolojik tepkilerin yaşandığı belirtilmiştir.

Yoğun travmatik vakalar ve iş yükünün birleşimi profesyonellerin ikincil travma ve tükenmişlik yaşama deneyimlerini tetiklemektedir. Ayrıca incinebilir grupların yoğun travmatik olaylara maruz kalması meslek elemanlarının etkilenme düzeylerini şiddetlendirmektedir (Hatipoğlu, 2017). Travmanın dolaylı etkileri karşısında ise profesyonellerin baş etme stratejileri ön plana çıkmaktadır. İkincil travmatik etkilerle baş etme stratejileri ise iş yaşamı ile sosyal hayatı ayırmak, aile ve meslektaşlarla paylaşımda bulunma, iş dışı zamanlarda zihin rahatlatıcı faaliyetlerde bulunma ve destekleyici eğitimler alma olarak aktarılmıştır.

Profesyonellerin başa çıkma mekanizmalarına bakıldığında somut mekanizmaların eksikliği ve kendi başa çıkma yollarını bulmaya çalıştıkları görülmektedir. Bu noktada koruyucu ve sağaltıcı ruh sağlığı hizmetleri önem taşımaktadır.

5.1.4. Psikososyal Destek Hizmetleri ve Gereksinimler

Profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimlerinin ayrıntılı analizi sonucunda elde edilen dördüncü ana tema psikososyal destek hizmetleri ve gereksinimlerdir. Dolayısıyla bu ana tema altında profesyonellerin süpervizyon, hizmet içi eğitimler, rotasyon, kurumlar ve kuruluşlar arasından iş birliği gibi psikososyal destek hizmetlerine yönelik değerlendirmeleri ve gereksinimleri aktarılmıştır.

Öznelerin anlatılarında standardize edilmiş bir süpervizyon sistemine gereksinim duyulduğu görülmektedir. Süpervizyon desteği en çok çocuk refahı alanında ilk çalışmaya başladıkları yıllarda ve psikososyal rehabilitasyon sürecinde ortaya çıkan kriz anlarında hissedilmektedir.

Çocuk Koruma Kanunu çerçevesinden verilen koruyucu ve destekleyici tedbirlerin uygulanmasında farklı kurum ve kuruluşlar devreye girmektedir. Bu anlamda işbirlikçi kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon, rehabilitasyon sürecinin başarısını etkilemektedir. Profesyoneller, çocukların eğitim, sağlık, korunma, bakım ve hukuki süreçleri için kamu kurum ve kuruluşlarıyla iletişim halindedir. Dolayısıyla, profesyoneller özellikle sağlık boyutunun etkin rol alması gerektiği noktalarda koordinasyon ve iş birliği sağlamanın kritik olduğunu düşünmektedir.

Foroutan, Safavi ve Bouzari (2021), iş rotasyonunu çalışanların aynı örgütlenme içinde çeşitli rollere ve sorumluluklara maruz kalarak iyileştirildiği hayati bir araç olarak tanımlar. Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller çocukların travmatik yaşantılarına sürekli olarak maruz

kalmanın etkilerine karşı mesleki rotasyona gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir. Travmatik yaşantılara maruziyet süresinin ikincil travmatik stres gelişiminde risk unsuru teşkil etmesi mesleki rotasyon uygulamalarını öne çıkarmaktadır.

Profesyoneller çocuk refahı alanında çalışma öncesi ve sırasında aldıkları eğitimleri ergenlik dönemine ilişkin bilgilendirme eğitimleri, cinsel istismara maruz kalan çocuklarla iletişim teknikleri, grup çalışması, krize müdahale yaklaşımı ve çözüm odaklı terapi olarak aktarmıştır. Ayrıca bakanlık bünyesinde gerçekleşen hizmet içi eğitimlere katıldıklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan Covid-19 pandemisi nedeniyle eğitimlerin aksadığı, hizmet içi eğitimlerin daha sık gerçekleşmesi gerektiği, en çok kriz anlarında neler yapılabileceğine dair bilgilendirmelere gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Travmatik yaşantılar, doğrudan travmaya maruz kalan bireyler kadar etkileşim halinde bulunduğu kişileri de etkilemektedir. Bu bağlamda travma mağdurları ile profesyonel bir rolde temas halinde olan çocuk refahı çalışanları ikincil travmatizasyon açısından yüksek risk altındadır. Bu sonuç odağında ikincil travmatik stresten etkilenen profesyonellere yönelik önleme ve etkin psikososyal müdahaleler için sosyal hizmet odaklı ve çok boyutlu yaklaşımların geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Profesyoneller koruyucu ve önleyici psikososyal destek beklentisi içerisinde. Profesyonellerin konuya ilişkin aktarımlarımda, merkezde çalışan tüm personelin psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğu, travma mağdurları ile profesyonel bir rolde uzun süreli temasın etkilerini aydınlatmak ve mesleki doyumu artırmak için koruyucu ruh sağlığı ve müdahale programlarına gereksinim duyulduğu görülmektedir.

Araştırma, ulaştığı sonuçlarla bağlantılı olarak travmatik ve örseleyici yaşantılara maruz kalan çocuklarla çalışmanın profesyoneller üzerindeki ikincil travmatizasyonu aydınlatmakta ve geliştirilebilecek koruyucu ve sağaltıcı ruh sağlığı hizmetlerine katkılar sunmaktadır.

5.2. ÖNERİLER

Araştırmanın öneminde de belirtildiği gibi bu çalışmanın, çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin kendi öznel deneyimlerini temel alarak sürece dair daha iyi bir kavrayış elde edilmesi, örselenmiş bireylerle yoğun etkileşim halinde olan çocuk refahı profesyonellerine

ilişkin stratejilerin değerlendirilmesi ve ikincil travmatik stres deneyimini sosyal hizmet disiplini bağlamında ele alan niteliksel bir çalışma olması nedeniyle sosyal hizmet literatürüne ve bu alanda çalışan kamu kurum ve kuruluşların çalışmalarına faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve bulgulardan hareketle sosyal hizmet disiplini odağında geliştirilen mikro, mezzo ve makro düzeyde öneriler bu başlık altında ele alınmıştır.

5.2.1. Mikro Düzeyde Öneriler

Mikro düzeydeki sosyal hizmet uygulamaları bireyleri hedef almaktadır. Müdahalenin odağında birey ve bireysel işlevselliğe etki eden küçük gruplar bulunmaktadır. İkincil travmatik stresi deneyimleyen profesyonelleri odak alan ve sosyal hizmet uygulamasının temel işlevsellik alanı içerisinde değerlendirilen mikro düzeydeki öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Çocuk destek merkezi profesyonelleri örseleyici ve travmatik olaylara maruz kalan çocuklarla çalışmaktadır. Yönetilen vakalar arasında karşılaştıkları travmatik deneyimler arasında cinsel istismar, madde bağımlılığı, psiko- patolojik öykü, zihinsel engellilik, ebeveyn kaybı, ebeveyn yoksunluğu ve zorunlu göç süreci vardır. Bu bağlamda profesyonellerde ikincil travmatik strese neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve bireysel farkındalıklarının kazandırılması oldukça önemli olmaktadır.
- Çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerle yapılan görüşmelerde süpervizyon gereksinimi dikkat çekmektedir. Bu sonuç odağında kuruluş içinde yapılandırılmış bir süpervizyon ve rehberlik sistemi oluşturmak gerekmektedir. Standardize bir süpervizyon desteği vaka yönetiminde ortaya çıkan kriz anlarında çözüm üretebilme imkanı sağlamaktadır.
- Araştırma sonuçlarında profesyonellerin çalışma koşullarının çocukların travmalarına maruz kalma, vakaların duygusal yükü, düşünce ve davranışa yansımaları ve ikincil travmatik stres gelişimi gibi zorlayıcı etmenler bağlamında şekillendiği görülmektedir. Bu noktada dolaylı maruziyetin olumsuz etkilerine karşı baş etme becerilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

- Alanyazında ikincil travmatik stres gelişimini yordayan faktörler arasında sıklıkla ele alınan bir konu da eğitimidir. Gerek mesleki eğitim gerekse kurum içi eğitimler travma sonrası ortaya çıkan semptomlarla başa çıkma ve çözüm yolları üretebilme noktasında işlevsel olmaktadır. Bu kapsamda ikincil travmatik stres belirtilerini önleyici ve başa çıkma becerilerini geliştirici kurum içi eğitimler, psikoeğitim, bireysel psikoterapiler, psikolojik ilk yardım ve bilgilendirmelerle bilgi temelini güçlendirici uygulamaların planlaması gerekmektedir.
- Araştırma bilgi ve bulguları profesyonellerin sosyal rehabilitasyon kapsamında yürüttükleri vaka yönetimi süreçleri içerisinde çıkan kriz anlarında çıkış yolu için desteğe gereksinim duyduğunu göstermektedir. Bu noktada sosyal hizmet mesleğinin bilgi ve beceri repertuarının bir bileşeni olarak krize müdahale yaklaşımı öne çıkmaktadır. Krize müdahale yaklaşımının kuramsal temelinden ziyade uygulama boyutuna ilişkin eğitimlerin travma ve çocuk odağında uygulamalı olarak gerçekleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonellerin cinsiyetleri odağında bakıldığında kadın meslek elemanlarının çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Travmatik olaylara maruz kalan çocuklarla çalışma deneyimi sonucunda kadın profesyonellerin kendi annelik pratikleri ve çocukları ile özdeşim kurduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda kadın profesyonellerin vakaların duygusal ve empatik yükümlülüğü ile başa çıkma ve rasyonel düşünme becerilerinin kazandırılması için güçlendirme temelli çalışmalar yapılmalıdır.
- Travmatik yaşantılara ikincil maruziyetin kişisel refaha yansımalarına bakıldığında yoğun stres yükü, saç dökülmesi, mide problemleri, uyku sorunları, zihinde canlandırma gibi psikolojik ve somatik yakınmalar ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla profesyonellerin psikolojik destek alabilmeleri ve zihin boşaltımına zaman ayırabilmeleri için fırsat sağlanmalıdır.
- Çocuk refahı alanında çalışma ve ikincil travmatik stres deneyimi kesişimin de kritik bir diğer nokta meslekte geçirilen süre yani deneyimdir. Çocuk refahı alanında

deneyimli profesyoneller vakaların duygusal yükünü ayırıştırma, etkili başa çıkma stratejileri geliştirme, iş ve sosyal yaşam dengesi kurma konusunda daha başarılıdır. Alanda daha az deneyim sahibi profesyonellerin ise çocukların travmatik deneyimleri karşısında ve vaka yönetiminde daha savunmasız olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda akran süpervizyonu ön plana çıkmaktadır.

- Araştırma sonuçları ve alanyazın (Gökçe ve Yılmaz, 2017) bulguları, meslek elemanları için takdir edilme ve güven duyulması gibi motivasyon sağlayıcı pekiştireçlerin azlığının zorluklarla baş etmeyi güçleştirdiğini ve mesleki doyumu olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu noktada travmatik yaşantılara yoğun bir biçimde maruz kalan çocuk refahı profesyonelleri için mesleki doyumu ve motivasyonu artırıcı pekiştireçlerin geliştirilmesi oldukça önemlidir. Profesyonellerin anlatılarında da belirtildiği gibi maddi ve manevi destek gereksinimi başa çıkma becerileri bakımından işlevseldir. Yatılı kuruluşlarda çocukların danışmanlığını yürüten profesyoneller mesai dışı saatlerde de ulaşılabilir bir konumdadır. Çocuklarla ilgili herhangi bir gelişme ve problemde profesyonellerle iletişim kurulmaktadır. Dolayısıyla yatılı kuruluşlarda çalışan meslek elemanları için maddi destek sağlanmalıdır.

5.2.2. Mezzo Düzeyde Öneriler

Mezzo müdahaleler sistemle çalışma, hizmet ağları ve kurumlararası ilişkiler üzerine odaklanır. Sosyal hizmet disiplininde sistemler arası eşgüdümü odak alan sacayağı mezzo düzey müdahalelerdir. Araştırma kapsamında sunulan mezzo düzeyde öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Çocuk refahı alanında en travmatik vakalarla karşı karşıya kalınan çocuk destek merkezlerinde uzun süre çalışmak ikincil travma gelişimi açısından bir risk faktörüdür. Bu sonuç odağında sosyal hizmet uygulama alanları içerisinde rotasyon sistemine gereksinim olduğu düşünülmektedir. Rotasyon, profesyonellerin travmatik materyale maruziyet süresini sınırlandırması ve merkezlerde meslek elemanı sirkülasyonu sağlayarak daha çok profesyonele bu alanda deneyim kazandırması ile güçlendirici bir dinamiktir.

- Profesyonellerin aktarımlarında ekip içi dayanışmanın etkili bir baş etme stratejisi olduğu görülmektedir. Vakaların gizliliği ve travmatik yükü nedeniyle paylaşımda bulunabilecek sosyal destek sistemi kısıtlıdır. Bu noktada kurum içi ilişkileri ve ekip içi dayanışmaları destekleyici kurumsal kaynakları güçlendirici düzenlemeler yapılmalıdır.
- Çocuk refahı alanında yeni çalışmaya başlayan profesyoneller psikososyal sağaltım sürecinde ve vaka yönetiminde zorlanmaktadır. İşbirlikçi mesleki ilişkilerin ve akran süpervizyonun başa çıkmayı kolaylaştırdığı göz önüne alındığında her vakanın multidisipliner bir ekip ile değerlendirilmesinin hem çocuk hem de profesyoneller için kolaylaştırıcı olacağı düşünülmektedir.
- Dolaylı travma sonrasında ortaya çıkan semptomları önlemek ve daha etkili başa çıkabilmek için profesyonellere grup psikoterapileri ve mesleki danışmanlık sistemleri gibi vaka sonrası ortaya çıkan duyguları rahatça paylaşabilecekleri duygusal ve sosyal destek sistemleri sağlanmalıdır. Pak ve diğerleri (2017)'nin de belirttiği gibi bu durumda tıbbi sosyal hizmet uygulamaları kritik bir yere sahiptir. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları koruyucu, önleyici ve ikincil travmadan etkilenmiş meslek elemanlarını güçlendirici hizmetler sunmaktadır.
- Çocuk Koruma Kanununda yer alan koruyucu ve destekleyici tedbirlerin uygulanmasında kamu kurum ve kuruluşları devreye girmektedir. Dolayısıyla çocuk destek merkezi profesyonellerinin yürüttüğü psikososyal sağaltım ve rehabilitasyon sürecinde söz konusu kurum ve kuruluşlarla iş birliği kurması gerekmektedir. Bu kapsamda işbirlikçi kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon sağlanması profesyonellerin mesleki müdahalelerinde kolaylaştırıcı bir unsurdur. Profesyoneller ile çocukların yüksek yararı doğrultusunda sorumluluk üstlenen kurum ve kuruluşların bağlantısı güçlendirilmelidir.
- Çocuk destek merkezi profesyonellerinin, çocukların travmatik yaşantılarına profesyonel bir rolde uzun süreli temas sonucunda psikolojik ve duygusal zorlanma yaşadığı takdirde nasıl bir yol izleyeceğine dair bir yol haritası bulunmamaktadır. Bir profesyonelden bu duruma yönelik gelen öneri ise şu şekildedir: *“Travma yaşayan personellere yönelik özel bir üniversiteden yada devlet üniversitesinden oranın Mediko sosyalinden faydalanabilir yada işte böyle zincir olan psikiyatri firmalarından destek*

alabilir yada sigortanıza bunlar dahil edilebilir yani bi şekilde bu insanların dinlemesi lazım...” Bu kapsamda profesyonellerin psikososyal destek alabileceği sistemlerin netleştirilmesi gerekmektedir.

5.2.3. Makro Düzeyde Öneriler

Çocuk refahı alanında çalışma deneyimi mevzuat, sosyal politikalar ve toplumsal yapı ile çift taraflı bir etkileşim içindedir. Bu nedenle Çocuk Destek Merkezlerinde çalışan profesyonelleri, ikincil travmatik stres riskine karşı koruyucu ve önleyici makro düzenlemeler önem taşımaktadır.

- Çocuk refahı alanında çalışan profesyoneller cinsel istismar, madde kullanımı, suça sürüklenen, ebeveyn kaybı ya da ebeveyn terki ve refakatsiz çocuklarla çalışmaktadır. Dolayısıyla profesyoneller çocukların travmalarına dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Bu sonuç odağında, koruyucu, önleyici ve sağaltıcı psikososyal destek programlarının geliştirilmesine olanak sağlayan politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. Bu durum profesyonellerin problem çözme, başa çıkma ve ikincil travma riskine karşı güçlenmelerini sağlamaktadır.
- Profesyonellerin görev ve sorumlulukları çocuk refahı alanının temel yasal düzenlemeleri ile çerçevelendirilmiştir. Bununla birlikte araştırma bulgularında profesyonellerin mesleki görevlerinin yanında ekstra sorumluluklar üstlendiği görülmektedir. Bu kapsamda profesyonellerin ve bakım elemanlarının görev tanımlarının yasal düzenlemeler ile netleştirilmesi kolaylaştırıcı olacaktır.
- Araştırma sonuçlarında vaka yükü ile ikincil travmatik stres gelişimi arasında bağlantı olduğu görülmektedir. Profesyoneller, danışmanlığını yürüttüğü çocukların kuruluşa teslim edilmesinden sosyal rehabilitasyon süreci tamamlana kadar ya da çocuk reşit olup ayrılincaya kadar tüm süreçlerinin sorumluluğunu üstlenmektedir. Çocuk profilinin yoğun travmatik yaşantılara maruz kalmış olması ise ilave bir zorluğu beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda vaka yükünü azaltıcı bir strateji olarak istihdam artışının sağlanması oldukça etkilidir.

- Çocuk koruma paradigmasında ulusal mevzuat oldukça kritik bir konumdadır. Bu noktada Çocuk Koruma Kanunu temel çerçeveyi oluşturmaktadır. Söz konusu kanunda yer alan tedbir kararları ise profesyonellerin yürüttükleri sosyal rehabilitasyon sürecinin kapsamını genişletmektedir. Bu sonuç odağında, koruyucu ve destekleyici tedbirlerin etkin uygulanabilmesi ve profesyonellerin iş birliği içerisinde çalışması için kolaylaştırıcı yasal zeminin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Araştırma bulguları profesyonellerin psikiyatrik tedavi ve madde bağımlılığı vakaları ile çalışmakta zorlandıklarını göstermektedir. Dolayısıyla profesyoneller ile Sağlık Bakanlığı arasındaki eş güdümün geliştirilmesine yönelik yasal ve politik düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Alanyazında ikincil travma olgusuna ilişkin niteliksel çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Öte yandan araştırmalar, ikincil travmatik stresten etkilenen personele yönelik önleme ve etkin psiko-sosyal müdahaleler için sosyal hizmet odaklı ve çok boyutlu yaklaşımların (bireysel ve örgütsel başa çıkma stratejileri, stres yönetimi gibi) geliştirilmesi bakımından bilimsel kanıt sağlamaktadır. Bu noktada çocuk refahı alanında çalışan profesyonellerin kendi öznel deneyimlerini temel alarak sürece dair derinlikli bir kavrayış elde edilmesi için çalışmaların yapılması önemli görülmektedir. Sorun alanına ilişkin kuramsal katkılar ve bilgi eksiklerinin giderilmesi profesyonellerin yaşam kalitesi ve refahıyla ilgili politikaların geliştirilmesine imkan sağlamaktadır.
- Profesyonellerin ikincil travmatik stres deneyimi bağlamında ihtiyaçlarının belirlenmesi ve kaynak sağlanması için sosyo-politik düzenlemeler gerekmektedir. Profesyonellerin ihtiyaçlarının ve dolaylı travmaya yol açan risk etkenlerine karşı önleyici uygulamaların politikalarla desteklenmesi oldukça önemlidir.
- Travma odaklı eğitim politikası araştırma bulguları ve alanyazın da ön plana çıkan bir diğer husustur. Profesyoneller travmatik olaylara maruz kalan çocuklarla çalışmasına karşın eğitim programları ve hizmet içi eğitimleri içerisinde travma odağı geri planda kalmaktadır. Profesyonellerin anlatılarında, çocuklarla gerçekleştirdikleri çalışmalar öncesinde, sırasında veya sonrasında eğitime gereksinim duyulduğu görülmektedir. Bu sonuç odağında travma odaklı bir eğitim politikasının işlevsel olacağı düşünülmektedir.

- İkincil travmatik stresi makro düzlemde ele almak ruh sağlığı politikalarını gündeme getirmektedir. Yeşil (2010)'in de belirttiği gibi, ülke genelinde ruh sağlığı politikalarının üretilmesi, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması travmatik yaşantılara erken müdahale açısından oldukça iyileştiricidir.
- Çocuk destek merkezlerinde kalan çocukların korunma, bakım, eğitim, sağlık ve adli süreçlerini profesyoneller takip etmektedir. Bu noktada profesyonellerin karşı karşıya kaldığı travmatik olayları görünür kılmak ve farkındalık oluşturmak için Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çocuk Şube Müdürlüğü gibi paydaşlarla çalışmaların yapılması oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020a). *23 Nisan ulusal egemenlik ve çocuk bayramı 100. yıl özel çocuk bülten*.
www.ailevecalisma.gov.tr/media/44228/23niscocuk-bulteni.pdf
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2021). *Aile, çalışma ve sosyal hizmetler bakanlığı'nın çocuk ihmali ve istismarı konusuna kurumsal yaklaşımı*. Çocuk Politikaları Serisi, 1, 1-24. <https://www.aile.gov.tr/media/72849/cocuk-politikalari-serisi-1.pdf>
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2021, Mayıs). *2019 yıl sonu verileri*.
<https://www.aile.gov.tr/media/41553/kurumsal-istatistikler.pdf>
- Akçay, B. D. (2011). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Uyku Yapısındaki Değişiklikler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Aker, A. T. (2012). *Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım*. Uzerler Matbaacılık.
- Aker, A. T., Hamzaoğlu, O., & Boşgelmez, Ş. (2007). Kocaeli - ruhsal travma kısa tarama ölçeğinin (Kocaeli-kısa) geçerliği. *Düşünen Adam*, 20(4), 172-178.
- Albayrak, H., & Cankurtaran, Ö. (2020). A qualitative study for understanding the professionals working with children exposed to neglect and abuse. *Turkish Studies Social Sciences*, 15 (1), 49 – 63.
- Altan, B. (2020). *Ruh sağlığı eğitimlerinde travmatik stres ile oyun izlemeler, çocukluk eğitimlerinin geçmişleri ve meslek dersleri*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. revised).
- American Psychiatric Association DSM-5 Task Force (2010) www.dsm5.org. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Angelucci, F., Ricci, V., Gelfo, F., Martinotti, G., Brunetti, M., Sepede, G., Signorelli, M., Aguglia, E., Pettorruso, M., Vellante, F., Di Giannantonio, M., & Caltagirone, C. (2014). BDNF serum levels in subjects developing or not post-traumatic stress disorder after trauma exposure. *Brain And Cognition*, 84(1), 118-122. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2013.11.012>
- Armes, S. E., Lee, J. J., Bride, B. E., & Seponski, D. M. (2020). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 3), 104540. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.chiabu.2020.104540>
- Arnold, T. (2019). An evolutionary concept analysis of secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Forum*.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2014). Hayatı değiştirmek için yola çıkanlar – yola çıkınca değişen hayatlar: Bir müracaatçı grubu olarak göçmen çocuklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25(1), 89-108.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 181-188.
- Baugerud, G. A., Vangbæk S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *The British Journal of Social Work*, 48(1), 215-235.
- Baysak, E. (2010). *Acil Ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik Ve İlişkili Etkenler*. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi.

- Baysak, E., Zengin Eroğlu M., Utku, Ç., & Kaya, B. (2019). Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22, 36-47.
- Beddoe, L., Davys, A. M., & Adamson, C. (2014). ‘Never trust anybody who says “I don’t need supervision”’: Practitioners’ beliefs about social worker resilience. *Practice: Social Work in Action*, 26(2), 113-130.
- Beer, O. W. J., Phillips, R., Letson, M. M., & Wolf, K. G. (2021). Personal and professional impacts of work-related stress alleviation strategies among child welfare workers in child advocacy center settings. *Children and Youth Services Review*, 122, 105904.
- Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society*, 84(4), 463-470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Berkün, S. (2010). Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma hayatında karşılaştıkları mesleki sorunlar: Bursa örneği, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 99-109.
- Berrios, R., & Zarate, M. (2020). Vicarious Trauma Among Social Workers: The Impact Of Client Trauma. Electronic Theses, Projects, and Dissertations. 1030. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1030>
- Beyazova, A. (2020). Yetişkinliğe geçiş dönemindeki refakatsiz mültecileri desteklemek: Türkiye deneyimi. *Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Merkezi*, 1-6.
- Bilgin, Ö., & Yetimoğlu, E. N. (2018). Çocuk koruma ilk müdahale ve değerlendirme birimleri: Birime teslim edilen çocuklara ilişkin bir araştırma. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 25-50.
- Bilgin, Ö. (2020). Çocuk koruma hizmetlerinde çocuk ihbar ve bildirimleri. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 26-37.
- Blais, R. K. (2020). Higher anhedonia and dysphoric arousal relate to lower relationship satisfaction among trauma-exposed female service members/veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1327–1338.
- Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Prins, A., Gates, S., & McCoy, G. C. (1991). Changes in plasma norepinephrine to combat-related stimuli among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(6), 371-373.

- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T. (2014). Travma sonrası stres bozukluğu. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 98-103.
- Borjanic Bolic, E. (2018). Secondary traumatic stress and vicarious traumatization in child welfare professionals in Serbia. *Journal of Public Child Welfare*, 1-20.
- Brady, P. Q., Fansher, A. K., & Zedaker, S. B. (2019). Are parents at a higher risk for secondary traumatic stress?: How interviewing child victims impacts relationships with forensic interviewer's friends and family. *Child Abuse & Neglect*, 88, 275–287.
- Breslau, N., Roth T., Burduvali, E., Kapke, A., Schultz, L. & Roehrs, T. (2004). Sleep in lifetime posttraumatic stress disorder: A community-based polysomnographic study. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 508-516.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 25, 63-70.
- Bride, B. E., Jones, J. L., & Macmaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69-80.
- Bride, B. E. (2012). Secondary traumatic stress. In C. R. Figley, (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* (pp. 600-602). SAGE Publications.
- Bridger, K. M., Binder, J. F. & Kellezi, B. (2020). Secondary traumatic stress in foster carers: Risk factors and implications for intervention. *J Child Fam Stud*, 482-492.
- Bulut, T. & Yeşilkayalı, E. (2020). Çocuk ve gençlerde madde bağımlılığının önlenmesine yönelik programların sosyal çalışma perspektifinden incelenmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1), 27-32.
- Buran, M. (2019). *Çocuk Destek Merkezlerinden Reşit Olarak Ayrılan Bireylerin Sosyal Hayata Uyum Süreci*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Buz, S. & Ayyıldız, A. A. (2020). Çocuk refahı çalışanlarının farklı sosyal hizmet sunum modellerindeki deneyimleri: Sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu ile aile ve sosyal politikalar bakanlığı dönemleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 524-553.

- Can, M. (2020). *Sığınmacılar/Mültecilerle Çalışan Sivil Toplum Çalışanlarının Psikolojik Sağlamlığının ve İkincil Travmatik Stres Düzeyinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs: Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Cerney, M.S. (1995). Treating the heroic treaters. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized* (pp. 131–149). Brunner/Mazel.
- Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the covid-19 pandemic. *International journal of mental health nursing*, 30(1), 102–116.
- Choi, G. Y. (2011). Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: a national survey of social workers. *Smith Coll Stud Soc Work*, 81, 101-119.
- Circenis, K., & Millere, I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 20, 42-46.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers--a literature review. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 10(4), 417-424.
- Collins-Camargo, C., & Antle, B. (2017). Child welfare supervision: Special issues related to trauma-informed care in a unique environment. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 64–82.
- Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 15-31.
- Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339.
- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the september 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96.

- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches* (2. baskı). Sage Publications.
- Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., & Benuto, L. T. (2021). Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9–10), NP5304–NP5319.
- Çakmak, H., Er, R. A., Öz, Y. C., & Aker, A. T. (2009). Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2, 83-89.
- Çocuk Destek Merkezi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 29310, 29 Mart 2015.
- Çocuk Koruma Kanunu, T.C. Resmi Gazete, sayı: 25876, 3 Temmuz 2005.
- 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*. Doktora Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM’ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*, 18(3), 19-25.
- Çolak, B., Şişmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etiler, N., & Biçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 51-58.
- Dane, B. (2000). Child welfare workers: an innovative approach for interacting with secondary trauma. *Journal of Social Work Education*, 36(1), 27-38.
- Demirci-Aygün, Ö. (2019). *Kalp-damar hastanesi çalışanlarında görülen ikincil travmatizasyon, eş duyum yorgunluğu ve tükenmişlik belirtilerinin sıklığı ile bu sorunlarla ilişkili risk ve koruyucu faktörler: Siyami Ersek örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü.
- Dirk, B. (2021). *Cross-Sectional Study: Secondary Traumatic Stress In Emergency Department Nurses In Alberta*. Master Thesis, Canada: University of Lethbridge.

- Dombo, E. A., & Blome, W. W. (2016). Vicarious trauma in child welfare workers: A study of organizational responses. *Journal of Public Child Welfare*, 10(5), 505-523.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet temelleri, yaklaşımları ve müdahale yöntemleri*. (1. baskı). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Genel Merkezi.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-15.
- Erbay, E. (2011). *Türkiye'de Çocuk Haklarını Tanıtma, Yaygınlaştırma ve İzlemeye Yönelik Uygulamaların Eleştirel Analizi Ve Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erbay, E. & Aslan, E. (2017). Ankara Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı çocuk evlerinde çalışan bakım elemanları ve çocuk evi sorumlularının iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21(2), 535-556.
- Erdener, M. (2019). *Afet Alanında Çalışan Profesyonellerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erkan Atik, Z., Arıcı, F., & Ergene, T. (2014). Süpervizyon modelleri ve modellere ilişkin değerlendirmeler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(42), 305-317.
- Eroğlu, Z., & Demiröz, F. (2020). Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı kuruluşlarda psikososyal destek hizmeti alan çocukların bu hizmete ilişkin algıları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 131-151.
- Eşsizoglu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E. A., & Aker, T. (2009). Bir terör saldırı sonrasında travma sonrası stres bozulduğu gelişimini etkileyen risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20, 118-126.
- Erükçü Akbaş, G. (2018). *Şiddete Tanıklık Etmek: Kadın Cinayetleri Sonrası Geride Kalanlar*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ewer, P. L., Teesson, M., Sannibale, C., Roche, A., & Mills, K. L. (2015). The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in Australia, *Drug and Alcohol Review*, 34(3), 252-258.

- Fansher, A. K., Zedaker, S. B., & Brady, P. Q. (2019). Burnout among forensic interviewers, how they cope, and what agencies can do to help. *Child Maltreatment*, 25(1), 117–128.
- Federico, D. R. (2017). *Identifying The Experiences Of Secondary Traumatic Stress In Rural Child Welfare Workers: Action Research Study* (Publication No. 10261762) [PhD Thesis, Capella University]. ProQuest LLC. <https://www.proquest.com/openview/15a2df44cf30de76492aded09132b1c9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Fernandez-Alvarez, H. (2015). Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(1), 1–10. doi:10.1080/10503307.2015.1014009
- Figley, C.R. (1993). Coping with stressors on the home front. *Journal of Social Issues*, 49(4), 51-71.
- Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R., & Kleber, R. J. (Eds.) (1995). *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. Springer.
- Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge. <http://search.proquest.com/docview/42411637?accountid=28179>
- Fogel, A. (2015). *Effective Ways Social Workers Respond To Secondary Trauma*. St. Catherine University Minimizing The Effects Of Secondary Trauma. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 444.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Foroutan, T., Safavi, H. P., & Bouzari, M. (2021). The ugly side of job rotation. *International Journal of Hospitality Management*, 95, 102929.
- Foy, D. W., & Card, J. J. (1987). Combat-related post-traumatic stress disorder etiology: Replicated findings in a national sample of Vietnam-era men. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 28-31.

- Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Wright, K. M. (1992). Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 371-378. doi:10.1037/h0079363
- Gaznick N., & Judd P. A. (2020). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders. In: Marienfeld C. (eds.), *Absolute addiction psychiatry review* (pp. 71-85). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33404-8_5
- Genç, B. (2019). *Çocuk Refahı Alanında Çalışan Meslek Elemanlarının Psikolojik Dayanıklılıkları Ve Baş Etme Tarzları*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Genovese J. C. (2013). *Secondary Traumatic Stress Of Child Welfare Workers: A Qualitative Investigation*. [PhD Thesis, Syracuse University]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/09d7c2afa34e2c9002d8b8e96a241403/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Gökçe, G., & Yılmaz, B. (2017). Afetlerde yardım çalışanları: ikincil travmatik stres ve başa çıkma. *Türkiye Klinikleri Psychology - Special Topics*, 2(3), 198-204.
- Gündüz, B. (2020). Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-14.
- Güngör Uygurtaş, G. (2020). *Ceza İnfaz Kurumunda Çalışan Personellerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerini Sıkıntıya Dayanma Gücü, Psikolojik Sağlık Ve Tükenmişlik Algısının Yordayıcılığı*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürdil, G. (2014) *Üstlenilmiş Travma Ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geştalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürkan, A., ve Yalçın, N. (2017). Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 90-95.
- Güzel, B., & Selcik, O. (2017). Sosyal çalışmacıların karşılaştıkları zorluklar ve başa çıkma yolları: Rize örneği. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2848-2864.

- Haksal, P. (2007). *Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı Ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Harris, C. J. (1995). Sensory-based therapy for crisis counselors. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue* (pp. 101–114). Brunner/Mazel
- Hatipoğlu, E. (2017). Çocuğa yönelik cinsel istismar vakaları ile çalışan sosyal çalışmacıların psikososyal etkilenme deneyimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 85-97.
- Hendricks, A. (2012). Secondary traumatic stress in child welfare: Multi-level prevention and intervention strategies. *CW360°: Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, 12-14.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30, 293-309.
- Horwitz, M. (1998). Social worker trauma: Building resilience in child protection social workers. *Smith College Studies in Social Work*, 68(3), 363-377.
- Hopwood, T. L., Schutte, N. S., & Loi, N. M. (2018). Stress responses to secondary trauma: Compassion fatigue and anticipatory traumatic reaction among youth workers. *The Social Science Journal*.
- Ingram, N. (2020). Managing burnout and secondary traumatic stress in human service organizations. *School of Professional Studies*. 37. https://commons.clarku.edu/sps_masters_papers/37
- Işıkhan, V. (2000). Sosyal hizmet uzmanlarının iş doyumları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1(10), 38-52.
- Işıkhan, V. (2006). Onkoloji alanında bakım verenlerin tükenmişliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(2), 7-25.
- Işıkhan, V. (2017). Özel eğitim alanında çalışan personelin tükenmişlik düzeylerine etkide bulunan faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 7-26.

- Işıktan, V. (2018). Sosyal hizmet uzmanlarının stresle başa çıkma yöntemleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 10-33.
- Işıktan, V. (2020). *Yardım Personelini Güçlendirme* (1. Baskı). Nika Yayınevi.
- Ivicic, R., & Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204.
- Jericho, B., Luo, A., & Berle, D. (2021). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(21), 132-155.
- Johansen, A. B., Kristiansen, E., Bjelland, I., & Tavakoli, S. (2019). Secondary traumatic stress in Norwegian SUD-therapists: Symptoms and related factors. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(6), 522–531. <https://doi.org/10.1177/1455072519847014>
- Johnson, J. M. (2001). In-Depth Interviewing. In F. Jaber, J. F. Gubrium ve J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research: Context and Method* (pp. 103-119). Sage Publications.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-122.
- Jones, C. (2001). Voices from the front line: State social workers & New Labour, *British Journal of Social Work*, 31(4), 547-563.
- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders* *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 164–175. doi:10.1016/j.janxdis.2006.09.009
- Kadambi, M. A., & Ennis, L. (2004). Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature & its limitations, *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21.
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2014). *Supervision in social work* (5th ed.). Columbia University Press.
- Kahil, A. (2016). *Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel Ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kahil, A., & Palabıyıkoglu, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 10(1), 59-70.

- Kalkan, G. (2021). *Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Meslek Elemanlarının Empatik Eğilim Düzeyleri İle İkincil Travmatik Stres Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Gelişim Enstitüsü.
- Kanno, H., & Giddings, M. M. (2017). Hidden trauma victims: Understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 331–353.
- Karaaslan, A. (2017). Çocuk ve ergenlerde uçucu madde bağımlılığını etkileyen psikososyal sebepler: Olgu sunumu, *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2).
- Karataş, K. (1999). *Sosyal refah: Kavramsal boyutu, gelişimi ve nitelikleri*. V. D. N. Koşar. içinde, Prof.Dr.Sema Kut'a Armağan: Yaşam Boyu Sosyal Hizmet (s. 33- 43). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını.
- Kardiner, A. (1959). Traumatic neuroses of war. In Arieti, S. (Ed.), *American handbook of psychiatry* (pp. 245– 257). New York: Basic Books.
- Kaya, N. (2015). *Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Belirtilerinin İncelenmesi (Van Depremi Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kaya, B., Kıran, B., & Çakmak, S. (2020). Sosyal hizmet çalışanlarında ikincil travmatik stres ve adil dünya inancı. *Cukurova Medical Journal*, 45, 1061-1072.
- Keçe, H. (2018). *Çocuk Destek Merkezlerinde Yaşayan Cinsel İstismar Mağduru Kız Çocuklarının Sosyal Kaygı Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kellogg, M. B., Knight, M., Dowling, J. S., & Crawford, S. L. (2018). Secondary traumatic stress in pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 43, 97–103.
- Keten, D. (2017). *Korunmaya muhtaç çocuklar: ankara çocuk evleri üzerine niteliksel bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors, *Traumatology*, 14, 32-44.

- Kılıç, C. (2008). Depremzedelerde ruh sağlığı hizmeti kullanımı: 1999 depremlerinin sonuçları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, 113-123.
- Kılıç, C., & İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: Yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(24), 236-241.
- Knight, C. (2013). Indirect trauma: Implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution. *The Clinical Supervisor*, 32(2), 224–243.
- Krysiak, J.L., & Finn, J. (2015). *Etkili uygulama için sosyal hizmet araştırması*. Nika Yayınevi.
- Kuş, E. (2012). *Nitel-nitel araştırma teknikleri-Sosyal bilimlerde araştırma teknikleri-Nitel mi? nitel mi?* Anı Yayıncılık.
- Kümbetoğlu, B. (2019). *Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma* (6. Baskı). Bağlam Yayıncılık.
- Lee, H.J. Lee, M., & Jang, S.J. (2021). Compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among nurses working in trauma centers: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18, 7228.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129-138.
- Letson, M. M., Davis, C., Sherfield, J., Beer, O. W. J., Phillips, R., & Wolf, K. G. (2019). Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect*, 104240.
- Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62, 105-113.
- Levin, A. P., Albert, L., Besser, A., Smith, D., Zelenski, A., Rosenkranz, S., & Neria, Y. (2011). Secondary traumatic stress in attorneys and their administrative support staff working with trauma-exposed clients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(12), 946-955.
- MacEachern, A. D., Dennis, A. A., Jackson, J., & Snape, D. J. (2019). Secondary traumatic stress: prevalence and symptomology amongst detective officers investigating child protection cases. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 34, 165–174.

- Mantelou, A., & Karakasidou, E. (2019). The role of compassion for self and others, compassion fatigue and subjective happiness on levels of well-being of mental health professionals. *Psychology, 10*, 285-304.
- Marie Hughes, J. (2010). The role of supervision in social work: A critical analysis. *Critical Social Thinking: Policy and Practice, 2*, 59-77.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Masson, F. (2019). Enhancing resilience as a self-care strategy in professionals who are vicariously exposed to trauma: A case study of social workers employed by the South African Police Service. *Journal of Human Behavior In the Social Environment, 29*(1), 57-75.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.
- McFadden, P., Campbell, A., & Taylor, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: individual and organisational themes from a systematic literature review. *British Journal of Social Work, 45*(5), 1546-1563.
- McNeil, A. D. (2012). *Identification And Prevention Of Secondary Traumatic Stress In Mental Health Professionals Who Work With Child Sexual Abuse Victims* [Doctoral Projects, University of Southern Mississippi]. https://aquila.usm.edu/dnp_capstone/35
- Meydan, B. (2014). *Bireyle Psikolojik Danışma Uygulamasında Micro Beceri Süpervizyon Modeli'nin Etkiliğinin İncelenmesi*. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- Middleton, J., Harris, L. M., Matera Bassett, D., & Nicotera, N. (2021). “your soul feels a little bruised”: Forensic interviewers’ experiences of vicarious trauma. *Traumatology*.
- Milner, J. K. (2016). *Child Welfare Specialists And Secondary Traumatic Stress : The Effects Of Empathetic Caring : A Phenomenological Study*. [Master Thesis, University Of Central Oklahoma]. <https://hdl.handle.net/11244/325033>

- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., Hallinan, S., Wolfe, J. D., & Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 110(3), 104679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104679>
- Morrison, T. (2003). *Staff supervision in social care*. Ashford Press.
- Murphy, S., Braun, T., Tillery, L., Cain, K., Johnson, L., & Beaton, R. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-28-yearold children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 273-90.
- National Child Traumatic Stress Network, Secondary Traumatic Stress Committee. (2011). Secondary traumatic stress: A fact sheet for child-serving professionals. Los Angeles, CA, and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5-26.
- Oginska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kedra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *Plos One*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Orhan, G. (2020). *Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Adli Görüşmesini Yürüten Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres, Tükenmişlik Ve Mesleki Doyum Düzeyleri İle İlişkili Değişkenler: Türkiye Örneği*. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Öktem, P. (2004). *Sosyolojide Nitel Araştırma Geleneğinin Tarihçesi*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Özen, Y. (2017). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 1(2), 104-117.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.

- Özkök, G. (2020). *Sosyal Hizmet Kurumlarında Çalışan Bakım Personellerinin Psikolojik Dayanıklılıkları İle İkincil Travma Düzeyleri Ve Kaygı Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi .
- Özkul, M. (2019). *Psikososyal Destek Elemanlarının Algılanan Sosyal Destek İle Yaşadıkları İkincil Travmatik Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özten, E., & Hızlı Sayar, G. (2015). Eşik altı travma sonrası stres bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 348-355.
- Pak, M. D., Özcan, E., & İçağasıoğlu Çoban, A. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 629-644.
- Partlak Günüşen, N., Üstün, B., Serçekuş Ak, P., & Büyükkaya Besen, D. (2018). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International Journal of Nursing Practice*, e12717.
- Passmore, S., Hemming, E., McIntosh, H. C., & Hellman, C. M. (2020). The relationship between hope, meaning in work, secondary traumatic stress, and burnout among child abuse pediatric clinicians. *The Permanente Journal*, 24, 19.087. doi:<https://doi.org/10.7812/TPP/19.087>
- 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 and Practice*, 26(6), 558-565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Brunner/Mazel.
- Peeples, K. (2000). Interview with Charles R. Figley: Burnout in families & implications for the profession. *The Family Journal*, 8(2), 203-206.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.

- Perry, B.D. (2014). The cost of caring: Understanding and preventing secondary traumatic stress when working with traumatized and maltreated children. *ChildTrauma Academy Press*, 2(7), 1-20.
- Pryce, J., Shackelford, K., & Pryce, D. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Lyceum Books.
- Quinn, A., Ji, P., & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work*, 19(4), 504-528. <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
- Rakestraw, D. (2021). *Assessing the level of secondary traumatic stress experienced by children's advocacy center employees*. Thesis (Ph.D.), Wichita State University College of Liberal Arts and Sciences, Dept. of Psychology.
- Rayner, S., Davis, C., Moore, M., & Cadet, T. (2020). Secondary traumatic stress and related factors in Australian social workers and psychologists. *Health & social work*, 45(2), 122-130.
- Remer, R., & Ferguson, R. A. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 407-413.
- Rienks, S. L. (2020). An exploration of child welfare caseworkers' experience of secondary trauma and strategies for coping. *Child Abuse & Neglect*, 104355. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104355
- Roberts, F., Teague, B., Lee, J., & Rushworth, I. (2021). The Prevalence of Burnout and Secondary Traumatic Stress in Professionals and Volunteers Working With Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Two Meta-Analyses. *Journal Of Traumatic Stress*, 10.1002/jts.22659.
- Rocella, M. (2020). Children and coronavirus infection (covid-19): What to tell children to avoid post-traumatic stress disorder (ptsd). *The Open Pediatric Medicine Journal*. 10(1).
- Rodriguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Perez, E., Alvarez, E., Coca, A., Mencia, S., Marcos, A., Mayordomo-Colunga, J., Fernandez, F., Gomez, F., Cruz, J., Ordonez, O., & Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care* :

Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses, 32(1), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>

- Rzeszutek, M., Partyka, M., & Golab, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(4), 213-20.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sadak, E., & Yıldırım, F. (2020). Kurum bakımından ayrılan bireylerin toplumsal yaşama uyum sorunlarının “sosyal hizmetler” bağlamında değerlendirilmesi. *2020 YDÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2).
- Salloum, A., Choi, M. J., & Stover, C. S. (2019). Exploratory study on the role of trauma-informed self-care on child welfare workers' mental health. *Children and Youth Services Review*, 101, 299–306.
- 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.
- Samson, T., Bachner, Y. G., & Freud, T. (2021). Thought patterns mediate the development of secondary traumatic stress in social workers. *Australian Social Work*, 1–12.
- Saylık, A. & Polatcan, M, (2016). Okullarda rotasyon ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 27, 34-46.
- Severson, M., & Pettus-Davis, C. (2013). Parole officers' experiences of the symptoms of secondary trauma in the supervision of sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(1), 5-24. doi:10.1177/0306624X11422696
- Shackelford, K.K. (2012). Occupational hazards of work in child welfare: Direct trauma, secondary trauma and burnout. *CW360 Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce*, 6-7.
- Siegfried, C. B. (2008). Child welfare work and secondary traumatic stress. *Child Welfare Trauma Training Toolkit: Secondary Traumatic Stress The National Child Traumatic Stress Network*, 6(6C), 1-7.

- Singer, J., Cummings, C., Moody, S. A., & Benuto, L. T. (2020). Reducing burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress through investigating purpose in life in social workers. *Journal of Social Work*, 20(5), 620-638. <https://doi.org/10.1177/1468017319853057>
- Slattery, S. M., & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15(11), 1358-1379.
- Sloan G. (2005). Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(17), 918-923. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.17.19756>
- Söğütlü, A. (2015). *Çocuk Refahı Alanında Çalışan Personelin Sevgi Evleri Modeline Yönelik Değerlendirmeler*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Spencer-Carver, E. (2008). Social support for children who had a parent killed by intimate partner violence: Interviews with mental health workers. *Humanities ve Social Sciences*, 69 (6-A), 2456.
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: a comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 90(6), 149-168.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *The National Center for PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1-6.
- Staudt, M. & Williams-Hayes, M. (2019). Secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction among child advocacy interdisciplinary team members. *Advances In Social Work*, 19(2), 416-429.
- Suri, R. V. (2012). Trauma, causes of. In C. R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. (pp. 600-602), Thousand Oaks.
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Tanğlay, N. (2009). *SHÇEK 'te Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Motivasyon Ve İş Tatmin Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Tansel, B., Tunç, A., & Gündoğdu, M. (2016). Çocuk şube müdürlüğünde çalışan polis memurlarının ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 0-0.
- Taylor, S., Koch, W. J., & Kuch, K. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *J Abnorm Psychol*, 107, 154-160.
- Truter, E., Theron, L. ve Fouché, A. (2018). No strangers to adversity: resilience-promoting practices among South African women child protection social workers. *Qualitative Social Work*, 17(5), 712-731.
- Tuncay, T. (2009). *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tuncay, T., & Oral, M. (2012). Onkoloji çalışanlarında dolaylı travmatizasyon üzerine bir gözden geçirme, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(1), 161-172.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Vance, K., & Kao, T. (1999). Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 353-359.
- Van der Kolk, B. (2000). Travma sonrası stres bozukluğu ve travmanın doğası. *Klinik sinirbilimde diyaloglar*, 2(1), 7-22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdkolk>
- Van Dernoot Lipsky, L. (2009). *Trauma Stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. Berrett-Koehler Publishers.
- Van Minnen, A., & Keijsers, G. P. J. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 189-200.
- Vang, M. L. (2020). *Occupational well-being among Danish Child Protection Workers: Prevalence, Predictors and Prevention of Secondary Traumatization and Burnout*. Doctoral Thesis, Submitted to the Faculty of Life and Health Sciences of Ulster University.
- Walsh, D., Yamamoto, M., Willits, N. H., & Hart, L. A. (2018). Job-related stress in forensic interviewers of children with use of therapy dogs compared with facility dogs or no dogs. *Frontiers in Veterinary Science*, 5(46).

- Wang, J., Okoli, C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 102, 103472. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103472>
- Way, I., VanDeusen, K. M., Martin, G., Applegate, B., & Jandle, D. (2004). Vicarious trauma: A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49-71.
- Wee, D., & Myers, D. (2003). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and critical incident stress management, *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(1), 33-37.
- Weiss-Dagan, S., Ben-Porat A., & Itzhaky H. (2022). Secondary traumatic stress and vicarious post-traumatic growth among social workers who have worked with abused children. *Journal of Social Work*, 22(1), 170-187.
- Wesley, B. C., Pryce, J. & Samuels, G. M. (2020). Meaning and essence of child well-being according to child welfare professionals. *Child Adolesc Soc Work J*, 37, 425–441.
- Westphal, R. (2012). Secondary trauma among medical professionals. In C. R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* (pp. 595-597). Thousand Oaks Sage Publications.
- Whitt-Woosley, A., Sprang, G., & Eslinger, J. (2020). Exploration of factors associated with secondary traumatic stress in foster parents. *Children and Youth Services Review*, 118, 105361.
- Woo, M. J., & Kim, D. H. (2021). Factors associated with secondary traumatic stress among nurses in regional trauma centers in south korea: A descriptive correlational study. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3), 400-411.
- Yanbolloğlu, Ö. (2019). İkincil travmatik stresin meslek elemanları üzerindeki etkileri: Bir derleme çalışması. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(6), 141-164.
- Yeşil, A., Aker, A.T., & Sezgin, U. (2009). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam*, 22, 9-17.

- Yeşil, A. (2010), *112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yıldırım, Ş. (2016). Sosyal hizmette krize müdahale yaklaşımının kullanımı krize müdahale. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4).
- Yıldız, B. (2017). *Şiddet Görmüş Kadınlarla Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yılmaz, B. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu [Post traumatic stress disorder]. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1(3), 79–98.
- Zara, A., & İçöz, F. (2015). Türkiye’de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 18, 15-23.
- Zimering, R., Munroe, J., & Gullivan, S. B. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers, *Psychiatric Times*, 20(4): 43-47.

EK 1: ORJİNALLİK RAPORU

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SOSYA HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA Tarih: ...31/03.../...2022.... Tez Başlığı : Çocuk Destek Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 222 sayfalık kısmına ilişkin, 31.../...03.../...2022.... tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 8. 'dir. Uygulanan filtrelemeler: 1- ☐ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- ☐ Kaynakça hariç 3- ☐ Alıntılar hariç 4- ☐ Alıntılar dâhil 5- ☐ 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim. 31 Mart 2022 Tarih ve İmza Adı Soyadı: Derya Akkurt Öğrenci No: N19235686 Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Programı: Sosyal Hizmet
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR. Prof. Dr. Vedat Işıkkhan (Unvan, Ad Soyad, İmza)

EK 2: ETİK KOMİSYON İZNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Tarih: 18/12/2021
Sayı: E-35853172-300-
00001926084



00001926084

Sayı : E-35853172-300-00001926084
Konu : Derya AKKURT (Etik Komisyon İzni)

18.12.2021

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 19.11.2021 tarihli ve E-12908312-300-00001876426 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden **Derya AKKURT**'un **Prof.Dr. Vedat İŞİKHAN** danışmanlığında hazırladığı “**Çocuk Destek Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri**” başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **14 Aralık 2021** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 7ECCEBF1-362A-4B90-B7E4-27C7F301B6C6

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ha-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara

Bilgi için: Sevdâ TOPAL

E-posta: rektor@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik

Bilgisayar İşletmeni

Ağı: www.hacettepe.edu.tr

Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks: 0 (312) 311 9992

Telefon: 03123051008

Kep: hacettepeuniversitesi@ha01.kep.tr



EK 4: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME YÖNERGESİ

“Çocuk Destek Merkezlerinde Çalışan Profesyonellerin İkincil Travmatik Stres Deneyimleri” adlı yüksek lisans araştırması kapsamında bu görüşme gerçekleştirilmektedir. Görüşmede vereceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amaçları için kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Görüşmeyi kabul ettiğiniz ve deneyimlerinizi aktardığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Derya AKKURT

1. KİŞİSEL BİLGİLER

- 1.1. Yaşınız
- 1.2. Cinsiyetiniz
- 1.3. Medeni Durumunuz
- 1.4. Eğitim Düzeyiniz
- 1.5. Aile kompozisyonu (eş, ebeveyn, kardeşler, akrabalar), özellikleri ve ilişkileri hakkında söz eder misiniz?
- 1.6. Diğer aile üyeleri ile ilişkiler ve tanıtıcı bilgiler

2. ÇOCUK REFAHI ALANINA İLİŞKİN BİLGİLER

- 2.1. Mesleğiniz?
- 2.2. Mesleğiniz hakkında düşüncelerinizi ve duygularınızı nasıl ifade edersiniz?
- 2.3. Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 2.4. Diğer sosyal hizmet uygulama alanlarında görev aldınız mı?
- 2.5. Görev yapılan Çocuk Destek Merkezi İhtisas Alanı nedir?
- 2.6. Çocuk refahı alanında çalışma süreniz? (Ne kadar süredir travmatize olmuş çocuklarla çalışıyorsunuz?)
- 2.7. Kurulusta haftada kaç gün çalışıyorsunuz? Bir hafta içerisinde takip ettiğiniz veya yönettiğiniz vaka sayısı nedir?
- 2.8. Yönettiğiniz vakalar arasında daha çok hangi travmatik deneyimler ile karşılaşyorsunuz? Bu süreçte çocukların fiziksel veya ruhsal olarak zarar görmesine şahit olma sıklığınızdan bahseder misiniz?

2.9. Kuruluştaki yerine getirdiğiniz rol ve sorumluluklar neler? Kuruluştaki kendi işlevinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Biraz bahseder misiniz?

2.10. Yaşanılan ikincil travma deneyimi iş doyumunu nasıl etkilemektedir?

2.11. Çocuklarla gerçekleştirilen çalışmalar öncesinde, sırasında veya sonrasında psikososyal destek (bireysel terapi, süpervizyon, psikolojik bilgilendirme çalışması, grup terapisi vs.) ve hizmet içi eğitimler alıyor musunuz? Ne Sıklıkla?

2.12. Çocuk Destek Merkezinde çalışmanın gelecekte sizin yaşamınıza nasıl etki edeceği konusundaki duygu ve düşüncelerinizden bahseder misiniz? (Olumlu ve olumsuz).

3. İKİNCİL TRAVMATİK STRES DENEYİMİNE İLİŞKİN SORULAR

3.1. Örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmak sizi nasıl etkiliyor? Neler hissediyorsunuz?

3.2. Diğer çocuklarla çalışırken yaşanan deneyimlerin olumlu veya olumsuz etkileri nelerdir?

3.3. Çalıştığınız vakaları iş dışı zamanlarda düşünür müsünüz?

3.4. Çocuk refahı alanında çalışma deneyiminiz kişisel refahınızı nasıl etkilemektedir? Bu etkileri nasıl değerlendiriyorsunuz?

3.5. Bu etkiye nasıl tepki verdiniz veya uyum sağladığınızdan söz eder misiniz?

3.6. Tanık olduğunuz travmatik bir olayı hatırladığınızda nasıl hissediyorsunuz?

3.7. Çocuk Destek Merkezlerinde çalışmanın bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurları nelerdir?

3.8. Hangi tür vakalarla çalışırken zorlandığınızı düşünüyorsunuz? Bunlardan söz eder misiniz?

3.9. Sizi en çok etkileyen bir vakayı kısaca anlatır mısınız?

3.10. Bu vakadan sonra duygularınızı paylaşma ihtiyacı hissettiniz mi? Nedenini açıklar mısınız?

3.11. Bu vakadan sonra düşünce ve duygularınızı paylaşabileceğiniz sosyal destek sisteminiz var mıydı?

3.12. Yaşamınızda herhangi bir travma öykünüz var mı?

3.13. Çocuk Destek Merkezinde çalışmanın getirdiği zorluklarla baş etme yollarınız nelerdir? Bunlarla ilgili düşüncelerinizden söz eder misiniz? (Duygusal odaklı baş etme stratejileri ve problem odaklı baş etme stratejileri, yararlanılan yardım ve hizmetler, yardım ve hizmetler hakkında bilinç düzeyi, beklentiler).

3.14. İstismar ve / veya ihmalin meydana geldiği çocuklarla ve ailelerle çalışmanın etkileriyle başa çıkma ve bunları yönetme konusunda kurumunuzdan herhangi bir düzeyde destek alma deneyiminiz nedir?

3.15. Eksikliğini duyduğunuz -hizmet, politika, süpervizyon, eğitim- gibi psikososyal destek hizmeti var mı?

3.16. Son olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı?



EK 5: ÖRNEK DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME YÖNERGESİ

Derinlemesine Görüşmenin Çözümü

Profesyonelin:

Adı, SOYADI: TURNA

Yaşı: 29

Görüşme Tarihi: 28 Aralık 2021

Görüşme Süresi: 19:20 – 20:10

1. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Doğum yılı: 1993

2. Cinsiyet: Kadın

3. Medeni durum: Bekar

4. Evli ise çocuk sayısı: Yok

5. Eğitim Durumu:

Lisans: *** Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü

Yüksek Lisans: *** Üniversitesi Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans

1.5. Aile kompozisyonu (eş, ebeveyn, kardeşler, akrabalar), özellikleri ve ilişkileri hakkında söz eder misiniz?

Kendi ailem *** yaşıyor, bende üniversiteye kadar onlarla birlikte yaşadım. İki kardeşiz, en büyük çocuk benim, bir erkek kardeşim var benden bir buçuk yaş küçük. Çekirdek bir aile, annem ve babam memurdu. Şimdi tabi 10 yıldır onlardan ayrı yaşıyorum üniversite okumak için *** geldim. Sonra da burada çalışmaya başladım ve burada kaldım.

2. ÇOCUK REFAHI ALANINA İLİŞKİN BİLGİLER

2.1. Mesleğiniz?

Sosyal çalışmacıyım.

2.2. Mesleğiniz hakkında düşüncelerinizi ve duygularınızı nasıl ifade edersiniz?

Nasıl ifade ederim... Ee çok kıymet veriyorum bir kere mesleğime, çok da severek seçtim sosyal hizmet bölümünü bilerek ve isteyerek. *** girişliyim ben, *** yılında benim çevremde sosyal hizmet bölümünü çok fazla bilen kişi yoktu. Ben sosyal hizmet yazmak istiyorum bu bölümü tercih etmek istiyorum dediğimde tabi çokça karşı duruşla karşı karşıya geldim. Yaa hayır o meslek neymiş bilinmiyor ki öyle şey olur mu filan diye. Ama araştırdığımda çeşitli sosyal hizmet uzmanlarını internet sitelerinde forumlarda bulup aradım, gittim görüştüm bazılarıyla gerçekten bana uygun bir bölüm olduğunu o zaman fark etmiştim. İyi ki o gençliğin, heyecanın vermiş olduğu yanılgılara yanılsamalara düşüp de başka alan tercih etmemişim çünkü tamamen bana, ilgime yeteneklerime uygun bana yatkın bir bölüm olduğunu düşünüyorum. Çok şanslıyım böyle bir uyumlanma sürecinde olduğum için hem ilgim hem yeteneğim hem isteğimle aynı bölümü seçtiğim için ve bu işi yapabildiğim için. Ve kıymet de veriyorum yani bunu gerçekten severek her gün böyle iyi ki bu bölümü seçmişim diyerek yapıyorum. Tabi yorulduğum, sıkıldığım of dediğim çok zamanda oldu, olmadı değil çünkü zor bir meslek aynı zamanda. Çünkü hem çocuk destek merkezinde hem de diğer alanlarda fark etmez çalışırken hep dezavantajlı grupla karşı karşıyız ve böyle hep aslında sistemle bir mücadelemiz de var aynı zamanda dolayısıyla yorulduğum bunaldığım bazen böyle çaresiz hissettiğim çok şey oldu. Bazen böyle şey diyorum işte, Bir duvar ustası olsaydım 2 saat sonra 3 saat sonra 5 gün sonra işim biterdi ve yaptığım şeyi görebilirdim. Ama sosyal hizmette böyle olmuyor. Bazen 5 gün değil 5 ay hatta uzun yıllar sürebiliyor yaptığımız işin sonucunu görebilmek. Çünkü sürekli işte belli bir noktaya geliyoruz müdahale planında tekrar başa dönüyoruz, tekrar devam ediyoruz, o inişler çıkışlar mesleğimizde çok fazla ama bütüne baktığımda böyle geri dönüp ya iyi ki dediğim gerçekten çok mesleki anlamda tatmin olduğum, mutlu olduğum çokça anla ve vakayla karşılaşıyorum.

2.3. Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz?

5 yıldır çalışıyorum meslekte.

2.4. Diğer sosyal hizmet uygulama alanlarında görev aldınız mı?

Şöyle, stajımı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yaptım ben, psikiyatrik sosyal hizmeti tercih etmiştim, istemiştim. Tıbbi ve psikiyatrik. Sonra ikinci stajımı yurt dışında yaşlı ve engellilerle yaptım bir gündüz bakımevinde. Geldikten sonra yine tıbbi alanda devam ettim. Lösemili çocuklar vakfında çalıştım bir süre. Sonrasında *** geçtim ve burada devam ettim. Ve hala da çocuk alanında çalışıyorum.

2.5. Görev yapılan Çocuk Destek Merkezi İhtisas Alanı nedir?

2.6. Çocuk refahı alanında çalışma süreniz? (Ne kadar süredir travmatize olmuş çocuklarla çalışıyorsunuz?)

Lösemili çocuklar vakfını da dahil edersem dört buçuk yıldır bu alandayım. Ortalama 5 yıl diyebiliriz.

2.7. Kuruluştaki haftada kaç gün çalışıyorsunuz? Bir hafta içerisinde takip ettiğiniz veya yönettiğiniz vaka sayısı nedir?

Haftada 5 gün çalışıyoruz biz, 8-5 çalışıyorduk aslında ama tabi Çocuk Destek Merkezinde çalışmanın farklı dinamikleri de var. Eğer vaka vaka takip ediyorsanız saat 5 oldu mesaim bitti benim demememiz gerekiyor mesleki anlamda diye düşünüyorum. Çünkü o çocukların takibi işte hafta sonu bir şey oluyor ya da 5 den sonra çocukların farklı bir kriz durumu olabiliyor yada aileleri arıyor. Ya da işte mesleki eğitime giden çocukların işte öğretmenleri arıyor vesaire sürekli aslında iş devam ediyor bir yerde arka planda bir şekilde takip ediyor olmak gerekiyor. Ama resmi olarak 8-5 çalışıyoruz, hafta sonu çalışmıyoruz.

2.8. Yönettiğiniz vakalar arasında daha çok hangi travmatik deneyimler ile karşılaşıyorsunuz? Bu süreçte çocukların fiziksel veya ruhsal olarak zarar görmesine şahit olma sıklığınızdan bahsedebilir misiniz?

Yani şimdi daha çok ben refakatsiz çocuklarla çalıştığım için, göç sürecinde yaşanan travmatik deneyimlerle çok karşılaşıyorum tabi. Göç öncesinde yaşanan bazı travmalar olabiliyor, işte sevdiklerinin, yakın çevrelerinin kaybı gibi savaş, saldırı gibi travmatik yaşam deneyimleri olabiliyor. Göç sırasında yine ailelerinden ayrılma, ailelerinden ayrı düşme, istismara maruz kalma gibi durumlar olabiliyor. Göç sonrasında da zaten uyumlanmayla başlayan uyum sorunlarının olduğu dışlanmanın vesaire hat safhada olduğu travmatik yaşam deneyimleri oluyor çocuklarda. Aslında bir çoklu ve ardışık travmalar biçimiyle çocuklar

karşımıza geliyor burada ama yoğunluğu aileden ayrılma, ayrı düşme, savaş, şiddet ve istismar diyebiliriz.

2.9. Kuruluştaki yerine getirdiğiniz rol ve sorumluluklar neler? Kuruluştaki kendi işlevinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Biraz bahseder misiniz?

Ben çocukların danışmanlığını yapıyorum orada. Şöyle çocuk kuruluşa geldiği andan itibaren çocuğun danışmanlık ve rehberlik sürecinin tamamını biz takip ediyoruz. Yani kuruluşa uyum süreci, oryantasyon süreci, sonrasında çocuğun o psikososyal sağaltım sürecine dahil edilmesi, mesleki görüşmelerin yapılması, grup çalışmalarının yapılması, arkadaşlarıyla uyum sürecinin desteklenmesi, tüm bunların dışında bireysel görüşmeler ve grup çalışmaları devam ederken belli bir süre sonra çocuğun artık mesleki eğitime dahil edilmesi ya da örgün öğretime katılması gibi süreçlerde Milli Eğitimle okulla iş birliği çalışmalarının yapılması tabi dolayısıyla refakatsiz çocuk oldukları için devam etmekte olan kimlik ve kayıt işlemleri var. İl Göç İdaresi ile bu çalışmaların yapılması, sağlık sürecinin takip edilmesi gibi süreçleri devam ettiriyorum. Tabi adli bir süreci varsa adli süreçlerin takip edilmesi, duruşmalara katılmak işte avukatlarla görüşmek, iş birliği yapmak, raporlarını yazmak gibi.

2.10. Yaşanılan ikincil travma deneyimi iş doyumunu nasıl etkilemektedir?

Şöyle aslında bu travmatik yaşam deneyimleri bende evet bir zorlanma yaşamama neden oldu benim. Ama şöyleydi daha çok. Şimdi çocukla çalışırken çocukların yaşam deneyimlerini bilmiyorsunuz. İlk görüşme yaptığınızda hep bunu söylüyorum çocuk geliyor ve çok fazla böyle çocukla ilgili bilgi sahibi olabileceğimiz elimizde yeterli evrak, belge, rapor olmuyor. İlk görüşmede çocukla bu aşamaya gelebilmek mümkün değil. Ve nasıl desem anlattığı şeyler aslında çok da böyle benim ya da bizlerin hazırlıklı olduğu şeyler değil çünkü. Göç sürecini belki hissedemeyiz, anlayabiliriz ama asla hissedemeyiz çünkü o yaşadığı şey ülkesinden ayrı düşme, ailesinden ayrı düşme, dilini dinini bilmediğini bambaşka bir ülkeye gelme çok bambaşka bir süreç o yüzden buna hazırlıklı olmak kendimi bu görüşmede çıkabilecek travmalara hazırlamak çok zordu. O ilk duyduğum andan itibaren şey diyorum ilk mesleğe başladığımda tercüman olmasaydı işim daha zor olurdu çünkü o aradaki tercüme süresi bile benim kendimi toplamama zaman verdi yani biraz böyle toparlanmamı sağladı. Eee sonrasında artık şunu görmek beni çok rahatlatmış ilk çocuk geldiğinde ajite bir halde geliyor. Bambaşka bir kültürden korkarak geliyor, geldiği yerin neresi olduğunu bilmiyor. Ama sizin yaptığınız mesleki çalışmaların neticesinde o çocuğun dil öğrendiğini, meslek edindiğini, psikososyal sağaltımın sağlandığını, artık o biyopsikososyal olarak kendi ayakları üzerinde yere basan bir

genç olduğunu görebilmek müthiş bir duygu. Galiba en büyük mesleki tatminim de bu, tabi bu çok kolay olmuyor yıllar sürüyor bazen.

2.11. Çocuklarla gerçekleştirilen çalışmalar öncesinde, sırasında veya sonrasında psikososyal destek (bireysel terapi, süpervizyon, psikolojik bilgilendirme çalışması, grup terapisi vs.) ve hizmet içi eğitimler alıyor musunuz? Ne Sıklıkla?

Alıyorum.. her birini aldım galiba dönem dönem. Çodemlerde çalışma süresi bence çok uzun yıllar olmamalı, yani ben öyle düşünüyorum. Çünkü belli bir süre sonra insan yıpranıyor, yenilenmek, tazelenmek istiyor ve beni ayakta tutan belki de o travmanın etkilerini azaltan, beni koruyan şey eğitimlerdi. Ben böyle düşünüyorum. Mesleki süpervizyon bunlardan en önemlisiydi. Bazen hocalarıma danıştığım durumlar oldu, hani hocam bu vaka da şöyle bir şey var ne yapmalıyım dan tutun da işte hocam ben çok etkilendim, çok yoruldum, çok yıprandım diyip böyle gerçekten deşarj olup konuşmaya ihtiyaç duyduğum noktalar oldu. Arkadaşlarımla, aynı mesleği yaptığım arkadaşlarımla, farklı sahalarda olanlarla böyle oturup beyin fırtınası yaptığım zamanlar oldu. Bu çok beni toparlayıcı bir etkendi. Aynı zamanda travmaya yönelik eğitimler almanın beni mesleki anlamda güçlendirdiğini gördükçe, bu eğitimlere olan bağlılığım da arttı. Yani sürekli eğitimle kendimi güçlendirmeye çalıştım. Çünkü ne kadar çok travma, psikoterapiyi bilirsek travmada BDT kullanımını bilirsek kırılmaları vesaire bunları bilirsek o kadar çok aslında danışanlara çocuklara da faydalı olabiliyoruz o noktada. Bu yüzden aldığım eğitimler beni hem mesleki hayatımda güçlendirirken hem de aynı zamanda travmadan da dönmemi, bir u dönüşü yapmamı da sağladı. Biraz da beni korudu diyebilirim.

2.12. Çocuk Destek Merkezinde çalışmanın gelecekte sizin yaşamınıza nasıl etki edeceği konusundaki duygu ve düşüncelerinizden bahseder misiniz? (Olumlu ve olumsuz).

Mesleki anlamda müthiş bir deneyimdi. Yani şu anda çalıştığım yerde de o sahayı biliyor olmanın çok fazla artısı var, ona göre karar veriyor olabilmek önemli, saha gerçekten müthiş bir deneyimdi. Bireysel olarak aslında beni güçlendirdi. Bazen böyle çok yoruldum, yıkıldım, bittim, tükendim gibi düşünsem de geri dönüp baktığımda geçen zamanın bütünü beni çok güçlendirmiş. Bi kere çocuklardan çok şey öğrendim, onların dayanıklılığı, onların dirençleri benim de yoluma ışık oldu gerçekten. Bazen öğrendiğim terapi yöntemlerinin işte kuramsal metotların çocuklarda işe yaradığını görmek, aynı şekilde kendime dönüp baktığımda kendimi iyileştirmeme de neden oldu. Bu yöntemleri başka anlamda da kullanmış oldum aynı zamanda. Onların hayata bakış açısı, hayata tutunma çabaları... mesleki anlamda da bireysel olarak da beni çok çok güçlendirdi, daha dayanıklı biri olmamı sağladı zannediyorum ki.

3. İKİNCİL TRAVMATİK STRES DENEYİMİNE İLİŞKİN SORULAR

3.1. Örseleyici ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalan çocuklarla çalışmak sizi nasıl etkiliyor? Neler hissediyorsunuz?

Ya bazen çok çaresiz hissediyorum... gerçekten bazen aşırı çaresiz hissediyorum. Ve böyle bilmiyorum nedense çok duygulandım şu anda bir şeyler anlatırken. Çocuklar yaşadığı travmayı anlatırken elimizden bazı noktalarda hiçbir şey gelmiyor gibi hissediyoruz ya. Evet elimizde çok fazla yöntem var metot var kuram var ama o çocuk onu yaşadı. Yani yaşamış onun yaşadığı şeyleri ekarte edemiyoruz tabi ki. Ama bazen böyle toparlanmadan önce bunu çocuğa hissettirmiyorum tabi ki o aradaki çizgiyi çizebildiğimi düşünüyorum. Ama kendi içimde çok çaresiz hissettiğim, çok kırıldığım noktalar oluyor hakikaten. Hatta şey örneğini veriyorum ben. Köpek gibi büyütülmüş çocuk kitabında Doktor Pery diyor ki: bu çocuklar her türlü açıdan marjinalize edilmiş, sosyal destek sistemi ellerinden alınmış ve bize elimizdeki araçlarla düzeltmemiz için gönderilen ama düzeltmeyeceğimiz çocuklar diyor. O cümleyi okuduğumda böyle altını artık öyle bir çizmişim ki o hışımla. Çünkü ben de tam olarak öyle hissediyordum. Elimizdeki araçlar çok sınırlı ve birçok açıdan bu kadar örseleyici şeyler yaşamış, bu kadar travmaya maruz kalmış çocukların bize bir şekilde gönderilmiş olmasına çok üzülüyordum. En azından bize ulaşmış olması çok güzel bir şey ama böyle çok çocuk var. Ve nasıl bu dünya da çocuklar bu kadar kötülüğe maruz kalıyorlar kısmında gerçekten böyle kendi adıma yoğun duygular yaşadığım anlar çok oldu hala da oluyor.

3.2. Diğer çocuklarla çalışırken yaşanan deneyimlerin olumlu veya olumsuz etkileri nelerdir?

Travmatik yaşam deneyimi olmayan çocuklarla çok fazla karşılaşmadım açıkçası yani her birinin büyük küçük mutlaka öyle yaşam deneyimleri vardı. Ama çocuk destek merkezinde olmasa da çalıştığım başka yerlerde böyle çocuklarla karşılaştım. Onlarla çalışmak daha kolay ve şey gibi hissediyorum o zaman. İşin daha kolaymış gibi hissediyorum. Daha hızlı sonuca erişebildiğimi düşünüyorum. Çünkü daha mesela travmatik yaşam deneyimi olan çocukla belki de 15 görüşmede belirli bir noktaya gelebiliyorsam diğer çocuklarla 10 görüşmede 8 görüşmede belirli bir noktaya gelebiliyorum. O yüzden daha rahat ve hızlı ilerliyor diye düşünüyorum.

3.3. Çalıştığınız vakaları iş dışı zamanlarda düşünür müsünüz?

Düşünürüm... hep düşünüyorum. işten çıktım hala düşünüyorum. Acaba napıyorlar? şu şöyle mi oldu? Bu böyle mi oldu? diye düşünüyorum.

3.4. Çocuk refahı alanında çalışma deneyiminiz kişisel refahınızı nasıl etkilemektedir? Bu etkileri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bir kere umutluyum... bu alanda çalıştığım için umutluyum. Çünkü evet bazen böyle görüşmelerde çocuklarla çalışırken çok kötü olayların, travmatik şeylerin yaşandığını görüyorum. Çok çaresiz hissediyorum doğru. Ama olayın bütününe baktığımda en azından bu çocuklar var, zaten vardı. En azından ben şu anda onlarla çalışıyorum ve bir kişi olarak bir şeylerin dönüşümüne vesile olabilirim. Bir çocuğa en azından bu noktada rehberlik edebilirim. Yazdığım bir yazı, ürettiğim bir proje yine çocukların hayatını bir şekilde dokunacak ve dolayısıyla tüm bunlar biriktiğinde belki hemen değil ama uzun vadede güzel bir dönüşüme vesile olacak diye düşünüyorum. Ve bu da benim refahımı etkiliyor. Dolayısıyla sokakta çocukları gördüğüm zaman bile çok duyarlı olan birisiyim ben, mutlaka düşünürüm bununla ilgili süreçleri o yüzden en azından şunu biliyorum. Ben bu sistemin bir parçasıyım ve burada sistemi değiştirebilecek çok büyük şeyler yapamasam da küçük şeyler biriktiğinde ve zamanı geldiğinde büyük dönüşümlere sebep oluyor. Bir çocuk bir çocuktur diye yoluma devam ediyorum. Öyle de olduğuna inanıyorum, çok umutluyum o yüzden. Umudumu tazeliyor her geçen gün bu alanda çalışıyor olmak. Çocukla çalışmanın en güzel yanı da bu sanıyorum. Çok gelişime açık, seni de geliştiriyor. Gelişen şeyleri de gördükçe umudunu da tazeliyor.

3.5. Bu etkiye nasıl tepki verdiniz veya uyum sağladığınızdan söz eder misiniz?

Yani uyum sağladığımı düşünüyorum artık çünkü her şeye çocuk odaklı bakmaya başladım. Hatta o kadar çocuk odaklı bakıyorum ki bazen hep bu alandaki mevzuata böyle odaklanmışım, bazen şey diyorum, birazcık geri çekilip bütüncül düşünebilmeyi de görmem gerekiyor diye arada bir öz eleştiri yapıyorum. Fazlasıyla uyum sağlamışım gibi geliyor bazen.

3.6. Tanık olduğunuz travmatik bir olayı hatırladığınızda nasıl hissediyorsunuz?

Travmatik olayın sonucunun nasıl bağlandığına bağlı olarak değişiyor bu. Yani o olayın sonucunda yaptığım mesleki müdahalenin işe yarayıp yaramadığı ya da ne kadar işlevsel olduğuna dönüp baktığımda çok mutlu oluyorum. Hatta bununla ilgili bazen yazıya döktüğüm şeyler oluyor, yazarken böyle huşu içinde mutlu olarak yazıyorum. Ama tabi her vaka da böyle işlevsel sonuçlar alamıyoruz bazen daha farklı sonuçlarla da karşılaşıyoruz. Onları

düşündüğümde çok mutsuz hissettiğim daha da fazlasını yapabilirdik elimizden gelmedi diye kızdığım, sisteme kırıldığım böyle çok zaman da oluyor.

3.7. Çocuk Destek Merkezlerinde çalışmanın bireyi güçsüz kılan ya da güçlendiren unsurları nelerdir?

Bir kere çocuk destek merkezlerinde çalıştıkça algılarınız çok açık oluyor. Yani her an her yerden bir olay olabilir ve o olay olursa hemen müdahale etmeniz gerekiyor. Dolayısıyla çok sessizlik olduğunda hemen gözünüz pencerede, dışarda, kapıda, bir yerde... hani çok boyutlu düşünmeniz gerekiyor. Ve bir yerden sonra oturuyor size, böyle misafir çocuğu bile geldiğinde her an gözüm üstünde oluyor. Öyle bir şey kattı bana, algım da bir yükselme oldu. İkincisi krize müdahale, krize müdahaleyi en iyi öğrendiğimiz yerlerden birisi kesinlikle Çocuk Destek Merkezleri. O an bir kavga çıkabilir, çocuğun başına bir şey gelebilir, herhangi bir kriz çıkabilir ve o noktada verdiğiniz tepkiler çok önemli oluyor. Çünkü bir çocuk değil 40 tane çocuk oluyor çocuk destek merkezlerinde ve her birini yönetmeniz gerekiyor. Ve sizin orada bir vakada o krizi yönetememeniz büyük bir kaosa neden oluyor ya da çocuklarda büyük bir örselenmeye neden olabiliyor. O yüzden kriz yönetimini çok iyi bilmek gerekiyor. Ve çodem bunu çok iyi öğretiyor diye düşünüyorum. Çok boyutlu çalışabilmeyi aynı zamanda öğretiyor. Yani o sistemsel çalışmaları en iyi yapabildiğimiz yerlerden birisi yine çodem. Hem çocukla bireysel olarak çalışıyorsunuz hem grup çalışmaları, mezzo çalışmalar yapıyorsunuz. Yani bir çok boyutta. Çodem de.

3.8. Hangi tür vakalarla çalışırken zorlandığınızı düşünüyorsunuz? Bunlardan söz eder misiniz?

Hangi tür vakalarla... kayıp ve yas ile çalışırken çok zorlanıyorum. Hakikaten çünkü genelde gelen çocukların kayıp ve yası daha çok yeni oluyor kuruluşa geldiklerinde. Dolayısıyla bir sosyal destek mekanizması olmadığı için ya da diğer aile üyeleriyle kaybetmediği hayatta olan diğer aile üyeleriyle görüşme şansı olmadığı için çünkü ... çocuk, onlarla çalışırken bu süreci yönetirken çok zorlanıyorum.

3.9. Sizi en çok etkileyen bir vakayı kısaca anlatır mısınız?

(vaka etik hassasiyet gözetilerek aktarılmıştır.)

Ailesinden ayrı düşmüş olan bir çocuğumuz vardı mesela. Göç sırasında aileden ayrı düşmüştü ve onun o yaşadığı travmatik süreçte birebir onunla çalıştım. Ve olay çok yeniydi, çok ajiteydi, aileyi çok özlüyordu. Bununla ilgili artık hani psikososyal birtakım sorunları vardı. Uyku problemleri vardı, davranış problemleri vardı, uyum problemi vardı. Bilişsel çarpıtmaları

oluşmuştu. Ve bütün bunları yeniden tesis edebilmek çok zordu. Bir taraftan aileden ayrı düşmüştü, aileyi de bulmaya çalışıyordum. Ve sizden bir şey bekliyor çocuk. Hocam aradılar mı bugün, bugün şöyle oldu mu? İşte haber geldi mi? Her gün böyle gelip bir şey soruyor ve sizin vereceğiniz cevap çok önemli. Aileyi kesin bulacağım işte merak etme aileni bulacağız, diyemiyorsun çünkü aile ölmüş de olabilir hayatta olmaya da bilir. Ya da işte aileni bulamayacağız diyip kestirip de atamıyorsun. Verdiğin cevap çocuğu tekrar bir krize de sokabilir. Bu tarz yaşam deneyimlerine sahip olan çocuklar artık hani her şeyi bırakıp geldikleri için, kaybedecek hiçbir şeyleri olmadığı ve hayattan beklentileri olmadığı için öz kısıma da yatkın olan çocuklar oluyor genelde. Böyle bir zorlayıcı vakam vardı ama vakanın sonunda çok güzel aşamalara geldik. Psikososyal sağaltım sürecinde o müdahaleleri bire bir devam ettirdik. Dil öğrendi, bir müzik aleti çalmayı öğrendi, örgün öğretime başladı artık hani neredeyse mezun olacak. Aileyi bulduk. Aileyle birleştirdik hatta, başka bir ülkedeydi ailesi, aile birleşimini sağladık. Tabi bütün bunlar birkaç ay içerisinde olmadı. 2 yıl süren bir mesleki çalışmaydı. 2 yıl boyunca aileyi bulduktan sonra bir de aile ile çalışma süreci başladı. Çünkü ailede çocuğu istiyor ve ailede de farklı davranış problemleri oluşuyor. Bazen öfkeli oluyorlar. Yani sistem el vermiyor aileyi buluşturmaya, belli bir sürenin olması gerekiyor çünkü uluslararası politikalar da devreye giriyor. Ama aile işte çocuğumu göndermiyorsunuz diye bazen o şeyi size yansıtabiliyor. Bazen çocuk siz hocam yapmıyorsunuz falan deyip size de yönlendirebiliyor bunu. Bazen birbirlerine karşı yönlendirebiliyorlar. Aile diyor ki işte sen gelmek istemiyorsun, ilgilenmiyorsun. O (çocuk) diyor ki siz beni sevmiyorsunuz, istemiyorsunuz yanınıza gibi farklı bilişsel çarpıtmalar, yansıtımlar olabiliyor. Yönlendiriyorlar duyguları bu sefer. O noktada tabi uzun vadede sağlam ve sağlıklı bir çalışma yapabilmek, bunu tahsis edebilmek gerekiyor. İyi yapılandırılmış bir çalışmayla güzel bir aşamaya geldik. Ama işte o süreç beni çok etkiliyordu. Ben şunu düşünüyordum. Ben bu yaşımda ailemi çok özlüyorum hala ve onları istediğim zaman görebiliyorum, yanlarına gidebiliyorum. Ve bu çocuk ailesinin nerde olduğunu bile bilmiyor. Hadi öğrendi bunu için sevindi ama yanlarına gidemiyor ve böyle günler geçiyor. Her gün sizden bir şey bekliyor. Elinizdeki imkanlar çok kısıtlı, evet zorluyorsunuz sosyal hizmet uzmanları olarak bizim böyle de bir damarımız var. Yani hani uğraşıyoruz da uğraşıyoruz, ya olmuyor bu iş deyip çekilip de bırakmıyoruz. Hakikaten mücadele ediyoruz. Tüm sistemleri işin içerisine sokmaya çalışıyoruz ama yine de zaman alıyor. Tabi zaman algısı çocuklarda biraz farklı işliyor. O yüzden beni de çok etkileyen bir vaka olmuştu bu süreçte.

3.10. Bu vakadan sonra duygularınızı paylaşma ihtiyacı hissettiniz mi? Nedenini açıklar mısınız?

Tabi ki hissettim çünkü, yani çok üzüldüğüm anlar oluyordu. Mesela bazen böyle çocukla konuşuyorum ama karşınızda böyle ağlıyor, masalara vuruyor. Karşınızda hüngür hüngür oturan ağlayan bir çocuk var ve o kadar haklı ki ağlamakta bazen böyle karşısına geçip senin de onunla oturup ağlamak istediğin zamanlar oluyor. Gerçekten oturalım beraber ağlayalım çünkü yapacak bir şey yok. Yani her şeyi yaptık olmuyor ama tabi öyle bir durumda sergilemiyoruz. Orda profesyonel olmamız gerekiyor, ağlarsak bu sefer çocukta başka sorunlara da sebebiyet verebiliriz. Aa ben çok acınacak bir haldeyim baksana hoca da ağlıyor ya da ağlayarak bak ben birçok şeyi de yaptırabiliyorum gibi farklı bilişsel çarpıtmalara da yol açabiliriz. O yüzden orda profesyonel bir duruş sergileyip işte çocuğu sakinleştirip, empatik geri bildirimler verdikten sonra çocuk odadan çıkınca oturup böyle benim de masalara vurup ağlamak istediğim çok zaman oluyordu. Ya da ailesiyle birleşim sürecinde mesela bana bir video atmıştı, videoya çekmişler o kavuşma anını ben o kavuşma anını izlerken o yaşadığım duyguların tarif edilebileceğini düşünmüyorum yani ama bu sevincimi günlerce böyle yaşadım. Her gün işe böyle gülererek gittim sonrasında. Güzel bir duygu, bir taraftan zor baş etmesi yönetilmesi zor. Ama iyi ki...

3.11. Bu vakadan sonra düşünce ve duygularınızı paylaşabileceğiniz sosyal destek sisteminiz var mıydı?

Vardı, yani şöyle zaten iş birliği içerisinde vakayı yönetmiştik. Benim en büyük sosyal destek sistemim galiba meslektaşlarımla oluyor. Çevremdeki meslektaşlarım ya da böyle çevremiz de böyle farklı STK'larla farklı iş birliği yapmamız gerektiğinde buralarda arkadaşlarınız olduğunda da hem bu bize bir sosyal destek mekanizması oluşturuyor hem de o iş birliğini güçlendiriyor. Daha hızlı işliyor işler daha hızlı paslıyoruz birbirimize takip etmesi, olayı yönetmesi daha kolay oluyor. O yüzden en büyük şansım meslektaşlarımdır diye düşünüyorum çünkü vakayı zaten oturup arkadaşınıza anlatamıyorsunuz böyle bir vaka var diye bir kere etik olarak sorumluluğu var bunun ikincisi anlatsanız da anlamayacak çünkü ona o penceren bakabilmek herkesin elinde olan bir şey değil. O yüzden meslektaşlarla diyelim.

3.12. Yaşamınızda herhangi bir travma öykünüz var mı?

3.13. Çocuk Destek Merkezinde çalışmanın getirdiği zorluklarla baş etme yollarınız nelerdir? Bunlarla ilgili düşüncelerinizden söz eder misiniz? (Duygusal odaklı baş etme stratejileri ve problem odaklı baş etme stratejileri, yararlanılan yardım ve hizmetler, yardım ve hizmetler hakkında bilinç düzeyi, beklentiler).

Valla kendi baş etme stratejilerimi hiç düşünmemiştim. Yani ben hangi stratejileri kullanıyorum dememişim aslında yani böyle bir soruyla yüzleşmiş oldum şu an da. Genelde şey yapıyorum mesela beni çok zorladığı için işten sonra kendime farklı şeyler, hobiler bulmayı tercih ettim. İşte ne bileyim bir hobi edineyim ki bu beni çok da yıpratmasın çünkü devam ediyor sürekli, arka planda bir şeyler çalışmaya. İşten sonra bunları konuşmamaya gayret ediyorum. Tabi bazen konuşup paylaşma ihtiyacı duydum ama genelde kendime sınır koymam gerekiyor çünkü konuşunca bitmiyor. Daha çok konuşmak istiyorsun bunları o yüzden işte ne bileyim bir dansa gideyim, aman spor yapayım, kendime farklı alanlar tanıyım istemişim.

Bir de eğitime sığındım dediğim gibi ilk başta çok fazla eğitim alıp böyle hem kendimi de güçlendirmeyi kendimde bazı şeyleri fark etmeyi sevdim, tercih ettim. Hem de bu öğrendiğim şeylerin mesleki hayatta çocuklara da oldukça faydalı olduğunu gördükçe buna doğru iyice yöneldim. Artık şey diyorlardı çok eğitim, fazla eğitim alıyorsun yorulmuyor musun? İşten çıkıyorsun bir de eğitim alıyorsun, halbuki o eğitimler beni dinlendiriyordu. Ruhsal olarak da bana iyi geliyordu, o yüzden bu kadar kaçış noktam gibi bir şey oldu aynı zamanda.

3.14. İstismar ve / veya ihmalin meydana geldiği çocuklarla ve ailelerle çalışmanın etkileriyle başa çıkma ve bunları yönetme konusunda kurumunuzdan herhangi bir düzeyde destek alma deneyiminiz nedir?

Destek almadım maalesef, destek alabileceğim bir şey yoktu çünkü. Kurumsal böyle bir destek sağlanmadı maalesef.

3.15. Eksikliğini duyduğunuz -hizmet, politika, süpervizyon, eğitim- gibi psikososyal destek hizmeti var mı?

Yani süpervizyon ve olmazsa olmaz gereken şeylerden birisi, yani süpervizyon olmuyorsa da akran desteği gerçekten yani bu sistemin içerisinde yok belki ama akran desteği ile şimdilik biz kendi aramızda bunu birbirimize tahsis edebiliriz diye düşünüyorum. Ama keşke standardize edilmiş bir süpervizyon sistemi olsa da herkes bu kadar özel kurumlarda, bu kadar önemli vakalarla çalışırken daha bilinçli çalışabilse yani ben de mesleğe ilk başladığımda çok zorlandım. Gerçekten vakaları yönetirken ne yapmam gerektiği ile ilgili böyle elimi kolumu

nereye koyacağımıyla ilgili bilemediğim anlar bile oldu. Keşke bir süpervizyon desteği alabilme şansım olsaydı ama en büyük şansım dediğim gibi hoclarım ve meslektaşlarımdı. O yüzden çok iyi kurtardık vaka yönetimini. Ama herkes bu kadar şanslı olmayabiliyor o yüzden de böyle gerçekten bu işi yapan istihdam edilmiş insanlar olsa da daha bilinçli bir eğitim sürecinde geçerek çödem ler gibi önemli kuruluşlarda çalışan meslek elemanları gelse diye düşünüyorum bir de bir eğitim politikası tabi ki. Çünkü çödemlerde çalışan meslek elemanlarının öyle üniversiteden mezun oldum işte ben psikologum, sosyal çalışmacıyım sosyologum deyip gelip o masaya oturmasını doğru bulmuyorum. Mutlaka almış olduğu başka eğitimlerin olması gerekiyor işte, resim analizi, oyun terapisi, BDT, psikoterapi, travmaya yönelik çeşitli eğitimlerin olması gerektiğini düşünüyorum. Tabi bu bakanlığın politikalarında standardize edilmeye çalışılıyor. Çok güzel bir psiko-destek programı var ANKA diye duymuşsundur sen de. Anka ile bu sağlanmaya çalışılıyor şu an da ama Anka'yı, her personel Anka'yı alıp da gelmiyor ya da sonrasında alabiliyor ya da bazen hani birbirlerinden öğreniyorlar vesaire. Keşke mesleğe başlarken biz Anka'yı öğresek ve burada çalışacak olan kişilerde farklı ikincil eğitimlerin olduğuna dair bir eleme yapılabilse. X sosyal çalışmacı, ayrıca bu eğitimleri almış deyip mesela X'e öncelik tanınabilse keşke diye düşünüyorum.

3.16. Son olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı?

Teşekkür ediyorum, kolaylıklar dilerim.