

Osmangazi Journal of Medicine
e-ISSN: 2587-1579

Ruh Sağlığı Profesyonellerinin Paylaşılan Travmatik Gerçeklik ve Baş Etme Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma

Shared Traumatic Reality and Coping Experiences of Mental Health Professionals: A Qualitative Study

¹Şeyma Sehliskoğlu ²Esra Bekircan

¹Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

²Trabzon Üniversitesi Tonya Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Trabzon, Türkiye

ORCID ID of the authors

ŞS. [0000-0002-9512-713X](https://orcid.org/0000-0002-9512-713X)
EB. [0000-0001-5942-026X](https://orcid.org/0000-0001-5942-026X)

Correspondence / Sorumlu yazar:

Şeyma SEHLİKOĞLU

Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye

e-mail: seymashlk@gmail.com

Abstract: The experiences of mental health professionals exposed to social trauma is an under-researched topic. The aim of this study is to examine the shared traumatic reality and coping experiences of mental health professionals exposed to social trauma. Using an inductive qualitative approach, this study was conducted through in-depth interviews with 18 mental health professionals who directly experienced the earthquake in Turkey on February 6, 2023 and provided mental health services in the earthquake zone. The data obtained from the interview were collected under 5 categories and 16 subcategories. Since the participants experienced shared traumatic reality, identification, double exposure and traumatic countertransference against social trauma, they stated that they experienced feelings such as helplessness, sadness, inadequacy and guilt more intensely, and exhibited hyperarousal and avoidance behaviors against trauma. The participants reported that they struggled to meet their basic needs in the disaster area and that their workload increased due to both the inadequacy of physical infrastructure and the high number of trauma patients visiting the clinic. They stated that they tried to cope with the traumatic process they experienced by using social support systems and that they turned to drug use to reduce the destructive effects of trauma. They stated that they became stronger by learning after their traumatic experiences and experienced posttraumatic growth. Supporting mental health professionals in developing effective coping strategies and resilience in the face of societal traumas can have a protective impact on both their mental well-being and their professional competence.

Keywords: Collective Trauma, Shared Traumatic Reality, Earthquake, Mental Health Professionals.

Etik Kurul Onayı: Çalışma Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Karar no: 2023-10/2.3
Tarih: 20.10.2023

Telif Hakkı Devir Formu: Tüm yazarlar tarafından Telif Hakkı Devir Formu imzalanmıştır.

Yazar Katkısı: Veri toplama: ŞS, EB. Konsept: ŞS, EB. Tasarım: ŞS, EB. Veri İşleme: EB. Analiz veya Yorum: ŞS, EB. Literatür Taraması: ŞS, EB. Yazma: ŞS, EB.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Received : 16.09.2024

Accepted : 06.12.2024

Published : 16.12.2024

Özet: Toplumsal travmaya maruz kalan ruh sağlığı profesyonellerinin deneyimleri yeterince araştırılmamış bir konudur. Bu çalışmanın amacı toplumsal travmaya maruz kalmış ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimlerini incelemektir. Bu çalışma tümevarımsal nitel yaklaşım kullanılarak Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde gerçekleşen depremi doğrudan yaşayan ve deprem bölgesinde ruh sağlığı hizmeti veren 18 ruh sağlığı profesyoneli ile derinlemesine görüşme yolu ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeden elde edilen veriler 5 kategori ve 16 alt kategori altında toplanmıştır. Katılımcılar toplumsal travmaya karşı paylaşılan travmatik gerçeklik, özdeşim, çifte maruziyet ve travmatik karşı aktarım yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Travmaya karşı çaresizlik, üzüntü, yetersizlik ve suçluluk gibi duyguları daha yoğun yaşadıklarını, aşırı uyarılma ve kaçınma davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar afet bölgesinde temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında zorlandıklarını ve gerek fiziksel alt yapı yetersizliği gerek çok fazla travma hastasının kliniğe başvurusu sonucunda iş yüklerinin arttığını bildirmişlerdir. Yaşadıkları travmatik süreç ile sosyal destek sistemlerini kullanarak baş etmeye çalıştıklarını ve travmanın yıkıcı etkilerini azaltmak için ilaç kullanımına yöneldiklerini belirtmişlerdir. Yaşadıkları travma deneyimlerinden sonra öğrenerek güçlendiklerini ve travma sonrası büyüme yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ruh sağlığı profesyonellerinin toplumsal travmalar karşısında olumsuz etkilenmemesi adına etkin baş etme ve güçlenme noktasında desteklenmeleri ruh sağlıkları ve mesleki profesyonellikleri üzerinde koruyucu etki yapabilir.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal Travma, Paylaşılan Travmatik Gerçeklik, Deprem, Ruh Sağlığı Profesyonelleri.

How to cite/ Atıf için: Sehliskoğlu Ş, Bekircan E, Ruh Sağlığı Profesyonellerinin Paylaşılan Travmatik Gerçeklik ve Baş Etme Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma, Osmangazi Journal of Medicine, 2025;47(1):70-84

1. Giriş

İnsanlık tarihi boyunca bireyler travmatik olaylar ve felaketlerle yüzleşmek zorunda kalmıştır (1). Toplumsal travmatik olaylar “kişinin düzen, öngörülebilirlik, güvenlik ve kimlik hakkındaki normal varsayımlarını geçersiz kılan bir deneyim, başa çıkma kaynaklarının azami düzeyde enerjilendirilmesini gerektiren çok ciddi bir çevresel zorluk” olarak tanımlanmıştır (2). Toplumsal travmatik olaylar bireyleri ve toplumu sosyoekonomik, psikososyal, sosyodemografik ve politik yönleri ile çok boyutlu olarak etkilemektedir (3,4). Bu etkiler bireyler üzerinde sağ kalım suçluluğu, fiziksel ve psikosomatik yakınmalarda artış, uyku bozuklukları, mizaç değişiklikleri, şüphecilik, hafıza sorunları, faillerin düşüncelerini içselleştirme ve suçluluk, ebeveynlik rollerinde yetersizlik, yakın ilişki kurma güçlükleri, madde kötüye kullanımı gibi birçok belirti ve sendroma yol açabilmektedir (5).

Travmaya uğrayan bireylerle temas halinde olan ruh sağlığı profesyonellerinde rahatsız edici imgeler, hatırlatıcılar ve ipuçlarından kaçınma, aşırı uyarılma, olumsuz duygular ve işlevsellikte bozulma gibi birincil travma ile benzer semptomlar görülebilmektedir (6). Travmatik olaylara karşı gelişen duygusal ve davranışsal tepkiler bilişsel yaklaşımla incelendiğinde, bireylerin olayları nasıl algıladıkları ve yorumladıklarının bu tepkiler üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir (7). Travmatik yaşantılar sonucunda bireyler, korkular, kabuslar, yoğun duygusal tepkiler, disosiyatif reaksiyonlar ve somatizasyon gibi çeşitli psikolojik belirtiler geliştirebilir (8). Travmatize olmuş bireylerle çalışan ruh sağlığı profesyonelleri hastalara travmalarını veya travma sonrası stres bozukluğunu yönetmelerine yardımcı olmaya çalışırken ikincil travmatik stres yaşayabilmektedirler (9). İkincil travmatik stres, bireyin ciddi biçimde strese yol açan bir duruma ya da trajik bir olaya tanık olması, bu olaya ilişkin bilgiye sahip olması ya da işi nedeniyle dolaylı olarak travmaya maruz kalması sonucunda yaşadığı duygudurum ve stres tepkisidir (10). İkincil travmatik stres ruh sağlığı profesyonellerinin travma mağdurlarının anlatılarından nasıl etkilendiklerini anlamalarına yardımcı olsa da mağdurlar ile aynı travmatik ortamı paylaştığındaki deneyimlerini kapsamlı bir şekilde açıklayamamaktadır (11). Ruh sağlığı profesyonellerinin travma mağdurları ile aynı olay veya olaylara maruz kaldığı durumlar “paylaşılan travmatik gerçeklik” olarak adlandırılmaktadır (12, 13). Paylaşılan travmatik gerçeklik, travma mağdurlarının ve ruh sağlığı

profesyonelinin tecavüz, çocuk istismarı gibi aynı bireysel travmaya maruz kalmasıyla olabileceği gibi, aynı etnik gruba, aynı topluluğa ait olmalarından kaynaklanan toplumsal travmalara maruz kalmalarıyla da oluşabilir (12). Psikodinamik yaklaşıma göre bireyler travmatik deneyimlerle yüzleşirken bilinçdışı süreçler travmatik gerçekliğin nasıl algılandığını belirler. Paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı, ruh sağlığı profesyonellerinde duygusal ve fiziksel tükenmişlik hissini ve mesleki yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilese de aynı zamanda terapötik empatiyi derinleştirerek mesleki bağlılığı artırma, kişisel gelişim ve dayanıklılık sağlama gibi olumlu katkılar sunabilir (14).

Paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı ruh sağlığı profesyonellerinin kişisel/aile yaşamı ile iş yaşamı arasında belirsiz sınırlara yol açabilmektedir. Paylaşılan travmatik gerçeklik varoluşsal tehditlere yol açarak iş hayatı ile özel hayat arasındaki sınırları bulanıklaştırır (15). Travmatize olmuş kişiler ile çalışırken aynı maruz kalma ve yeterlilik seviyelerine rağmen bazı ruh sağlığı profesyonelleri hastaların travmatik öykülerinden daha fazla etkilenirken bazıları ise etkilenmemektedir (16). Bu etkilenme boyutlarının farklı olmasında baş etme mekanizmalarının etkinliği ön plana çıkmaktadır (17). Travma sonrası stres ile baş etmede sosyokültürel etkilerin, biyopsikososyal kuramsal çerçeveler bağlamında anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır. Biyopsikososyal model, stres tepkisini şekillendiren içsel başa çıkma stratejileriyle birlikte sosyal destek ve ilişki dinamikler gibi dışsal kaynakları da içeren kişiler arası başa çıkma mekanizmalarını kapsamlı bir bütünlük içinde değerlendirir (18). Sosyal destek, sağlık ve iyilik halinin temel bir unsuru olarak, travmaya maruz kalan bireyler ve bu alanda çalışan profesyonellerin yaşadıkları içsel çatışma ve stresi yönetmelerine yardımcı olurken, travma sonrası iyileşme süreçlerini hızlandırmakta ve bu sürecin daha etkili bir şekilde tamamlanmasını sağlamaktadır (19). Travma sonrası birey, yeni duruma adapte olabilmek için travmatik olayın öğretilerini de içine alan esnek, gerçekçi bilişsel çıkarımlar kazanır. Travma sonrası büyüme özellikle bilişsel süreçler yoluyla gelişmekte ve bireylerin yaşamları hakkında yeni anlamlar geliştirmesine olanak tanımaktadır (20).

Depremler son yıllarda yaşanan toplumsal travmalardan biridir (21). Yakın zamanda 6 Şubat 2023 tarihinde Türkiye’de Doğu Anadolu Fayı üzerinde meydana gelen depremler sonucu Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman, Malatya, Gaziantep,

Elazığ, Osmaniye, Şanlıurfa, Diyarbakır, Kilis ve Adana olmak üzere toplam 11 ilde önemli miktarda hasar ve yıkım meydana gelmiştir (22). 11 ilde binlerce binanın yıkılmasına, on binlerce insanın ölmesine sebep olan bu büyük afet deprem bölgesindeki hastanelerin yıkılmasına ve zarar görmesine yol açarak (23) afet bölgesinde çalışan insanların temel ihtiyaçlarını karşılama ve sağlık hizmetlerini sağlama noktasında zorlanmalarına yol açmıştır. Ayrıca deprem bölgesinde yaşayan sağlık çalışanları da birer travma mağduru oldukları için hem nitelikli eleman eksikliği hem de sağlık hizmetleri alt yapısının zarar görmesi nedeniyle afetin yarattığı sonuçlar daha ciddi boyutlara ulaşmıştır (24, 25).

Deprem bölgesinde travma sonrası stres bozukluğu ve birçok ruhsal bozukluk bakımından risk altında bulunan ruh sağlığı profesyonelleri hastaları ile aynı travmaları yaşadıkları ve onların travmalarına tanıklık ettikleri için paylaşılan travma bakımından hassas gruptadırlar (11). Afet bölgesinde hem travma mağduru olan hem de yardım edici konumunda bulunan ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve başa çıkma süreçlerinde deneyimlerinin belirlenmesi ilerleyen dönemlerde ihtiyaçların karşılanması ve stres yönetimi açısından önemli sonuçlar doğurabilir. Ruhsal travma ile çalışan ve kendisi de aynı ruhsal travmayı yaşamış olan ruh sağlığı profesyonellerinin yaşadıkları zorluğu açıklayan çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmanın temel amacı afetlerde görev almış ve ayrıca o afeti yaşamış olan ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimlerini belirlemektir. Bu bağlamda bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile toplumsal travmaların ruh sağlığı profesyonelleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi bakımından alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. Gereç ve Yöntem

2. 1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Bu çalışmanın amacı toplumsal travmaya maruz kalmış ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimlerini incelemektir. Bu çalışma tümevarımsal nitel araştırma türünde yapılmıştır. Nitel araştırmanın amacı, bireylerin yaşadıkları olayları nasıl anlamlandırdıklarına dair bir bakış açısı oluşturmak ve bu süreci genel hatlarıyla açıklayarak, bireylerin deneyimlerini nasıl değerlendirdiklerini incelemektir (26).

2. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan-Temmuz 2024 tarihleri arasında depremin etkilediği illerden biri olan Adıyaman ilinde yapılmıştır.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini deprem travmasını doğrudan yaşamış olan ve deprem bölgesinde görev yapan ruh sağlığı profesyonelleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise deprem bölgelerinden biri olan Adıyaman ilinde bulunan üçüncü basamak bir hastanede çalışan veya Adıyaman'da gönüllü ruh sağlığı hizmeti veren ruh sağlığı profesyonelleri oluşturmuştur. Bu çalışmada örneklem grubunda yer alan ruh sağlığı profesyonellerinin içerisinde psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi ve psikologlar yer almaktadır. Örneklem seçiminde amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yönteminde, sınırlı kaynakların en etkin şekilde kullanımı için çalışılan konuda bilgili ve deneyimli olan kişilerin/grupların belirlenmesi ve seçimi söz konusudur (27).

Çalışmaya dahil edilme kriterlerinde 6 Şubat 2023 Türkiye depremini doğrudan yaşamış olmak, bu bölgede depremedelere psikolojik destek vermiş olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılım şartı aranmıştır. Depremi yaşamamış olanlar, deprem sonrası ruh sağlığı hizmeti vermemiş olanlar ve çalışmaya dahil olmak istemeyenler çalışma dışında bırakılmıştır. Buna bağlı olarak dahil olma ölçütlerini karşılayan ve amaçlı örnekleme yöntemi ile ulaşılan 18 ruh sağlığı profesyoneli çalışma grubunu oluşturmuştur. Fenomenolojik araştırmalarda örneklem büyüklüğüne ilişkin farklı görüşler olmakla birlikte genel olarak çalışmalar için 10-15 kişinin yeterli olduğu değerlendirilmektedir (28). Niteliksel araştırmalarda doygunluğa önem verilmektedir ve bu kapsamda herhangi bir farklı veri elde edilmeyene kadar araştırmanın devam ettirilmesi söz konusudur (27). Katılımcı sayısının belirlenmesinde verilerin doygunluğa ulaşması esas alınmıştır ve çalışmada veri doygunluğuna 18 katılımcı ile ulaşılmıştır. Her bir katılımcı ile yapılan görüşmelerden sonra görüşme kayıtları incelenmiş ve 18. katılımcı ile beraber artık farklı bir kategori ve alt kategorinin elde edilmediği anlaşılınca görüşme 18. kişi ile beraber sonlandırılmıştır. Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliğinin sağlanabilmesi için her bir katılımcıya K1, K2... şeklinde kodlar verilmiştir. Çalışmaya dahil olan ruh sağlığı profesyonellerinin demografik bilgilerinin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Afetlerde görev almış ruh sağlığı profesyonellerine ilişkin demografik veriler

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Depremden sonra psikiyatrik tanı alma	Mesleki deneyim süresi (yıl)	Daha önce herhangi bir afette görev alma deneyimi
K1	36	Erkek	Psikolog	Anksiyete bozukluğu	8	Hayır
K2	35	Kadın	Psikiyatrist	Hayır	3	Hayır
K3	36	Erkek	Psikiyatri Hemşiresi	Depresyon	8	Hayır
K4	27	Kadın	Psikiyatrist	Hayır	1	Hayır
K5	31	Kadın	Psikiyatrist	Depresyon, TSSB	1	Hayır
K6	31	Kadın	Psikiyatrist	TSSB	4,5	Hayır
K7	28	Kadın	Psikiyatrist	Hayır	3	Hayır
K8	27	Kadın	Psikiyatrist	Panik bozukluk	3	Hayır
K9	29	Kadın	Psikiyatrist	Panik bozukluk	5	Hayır
K10	37	Erkek	Psikiyatrist	Hayır	10	Hayır
K11	37	Erkek	Psikiyatrist	TSSB	8	Hayır
K12	34	Erkek	Psikiyatrist	Hayır	10	Hayır
K13	47	Kadın	Psikiyatrist	Hayır	25	Hayır
K14	33	Erkek	Psikiyatrist	TSSB	7	Evet
K15	47	Erkek	Psikolog	Hayır	24	Evet
K16	42	Erkek	Psikolog	Hayır	12	Hayır
K17	30	Kadın	Psikiyatri Hemşiresi	Hayır	5	Hayır
K18	43	Kadın	Psikiyatrist	TSSB	10	Hayır

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun psikiyatrist olduğu, yarısından fazlasının kadın, yaş aralığının 27 ile 47 arasında değiştiği ve tamamına yakınının daha öncesinde herhangi bir afette görev almadıkları görülmektedir. Çalışmada yer alan ruh sağlığı profesyonellerinin bazılarının depremden sonra anksiyete bozukluğu, depresyon, panik bozukluk ve TSSB tanıları aldıkları görülmektedir.

2. 4. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama Süreci

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket soruları içerisinde demografik bölüm ve yarı yapılandırılmış görüşme formu bulunmaktadır. Demografik bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, mesleki deneyim süresi, afet deneyimleri ve deprem sonrası psikiyatri tanısı almalarına ilişkin sorular bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda afetlerde görev almış ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimlerini keşfetmeye yönelik açık uçlu sorular bulunmaktadır. Araştırmacılar, 'Cevabınızı biraz daha açıklayabilir misiniz?' ve 'Bununla ne demek istiyorsunuz?' gibi sonda soruları

kullanılmıştır. Bu çalışmanın verileri 12 katılımcıyla yüz yüze gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmış, ulaşım zorlukları ve yoğun çalışma koşulları nedeniyle 6 katılımcı ile online görüşmeler yapılmıştır. Oluşturulan yapılandırılmış sorular ile ilgili nitel araştırma ve travma alanlarında deneyimli üç farklı uzmandan görüş alınmıştır. Görüşler doğrultusunda form gözden geçirilmiş ve forma son hali verilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Afetlerde görev almış ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimlerine yönelik soru formunda yer alan açık uçlu sorular

Sorular	
1.	Kişisel ve profesyonel hayatınızın depremden nasıl etkilendiğini açıklar mısınız?
2.	Travma mağdurları ile görüşme yaparken hissettiklerinizden bahseder misiniz
3.	Travma mağdurları ile aynı travmayı yaşamak sizin için ne anlama geliyor?
4.	Kendiniz de birer travma mağduru iken travma hastalarına ruh sağlığı hizmeti verirken neler yaşadığınızı anlatır mısınız?
5.	Deprem travması yaşamış bireylere ruh sağlığı hizmeti verirken hangi duyguları hissettiniz açıklar mısınız?
6.	Travma hastaları ile çalışırken ve deprem bölgesinde yaşarken yaşadığınız olumsuzluklar ile nasıl başa çıktınız?

2.5. Araştırma Süreci

Çalışmanın verilerini oluşturan görüşmelere başlamadan önce ana katılımcılar dışında üç katılımcı ile pilot görüşmeler yapılmıştır. Sözü edilen pilot görüşmeler doğrultusunda, görüşme sürecinde ve sorularında gerekli görülen revizyonlar yapıldıktan sonra bu pilot görüşmeler çalışma dışı bırakılmıştır. Nitel veri toplama sürecinde katılımcılara çalışmanın amacı, çalışmanın ne kadar süreceği, katılımcıların araştırmacıya ulaşması için isim ve iletişim bilgileri paylaşılmıştır. Yapılan çalışmanın katılımcıların payına düşen olası yararları ve onlara bir karşılık sağlayıp sağlamayacağı izah edilmiştir. Araştırmanın parçası olarak, çalışmada bir bilgilendirilmiş onam formu kullanılmıştır. Onam formu aracılığıyla katılımcılardan araştırmaya katılmalarına ve ses kaydına onay verdiklerine dair izin alınmıştır. Yüz yüze yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı aracılığı ile diğer görüşmeler ise online yapılmıştır ve araştırmacı haricinde başka kimsenin ulaşamayacağı bir bilgisayara aktararak şifreli şekilde saklanmıştır. Katılımcılar ile görüşmeler 40–60 dakika arası sürmüştür.

2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 2023-10/2.3 sayılı (20.10.2023 tarihli) etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmada Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan katılımcılar için yazılı kurum izni alınmıştır. Adıyaman ilinde depremi yaşayan ve bu bölgede depremden sonra gönüllü ruh sağlığı hizmeti veren ruh sağlığı profesyonellerinden ise yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Deklarasyonuna uygun hareket edilmiş olup katılımcılardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılarımızın ve araştırma ekibimizin refahı bu çalışma boyunca en büyük öneme sahip olmuştur. Herhangi bir

katılımcı önemli bir sıkıntı bildirirse psikolojik destek kaynaklarına yönlendirilmiştir.

2.7. Verilerin analizi

Bu çalışmada eleştirel gerçekçi veriler elde etmek için Braun ve Clarke tarafından belirtilen tematik analiz yöntemi kullanılmıştır (29, 30). Tematik analize uygun olarak tüm transkriptleri okuyup tekrar okuyarak görüşmeler üzerinde düşünerek ve araştırma ekibi toplantılarında ortaya çıkan kategorileri tartışarak veriler keşfedilmeye çalışılmıştır. Bu süreçte kategori ve alt kategorileri saklama, analiz etme, raporlama ve görselleştirmeye yardımcı olması için nitel veri analizi yazılım programı olan MAXQDA-24 kullanılmıştır (31). Veri setinde sıklıkla tekrarlanmış, katılımcılar tarafından yoğun vurgu yapılmış olay ve olgulara yönelik veriler belli kavramlar yani kategoriler ve alt kategoriler çerçevesinde bir araya getirilir ve yorumlanır (32).

Tüm ifadelerin transkript edilmesiyle kategoriler ve alt kategoriler elde edilmiştir. Elde edilen bu kategori ve alt kategorilerin güvenilirliğini sağlamak için araştırmada elde edilen ifadeler birbiri ile etkileşimi olmayan ve araştırmada yer almayan 2 farklı uzman ile paylaşılarak onlardan destek alınmıştır.

2.8. Analiz Stratejisi

Araştırmanın toplumsal travma temelinde yürütülmesi nedeniyle Kretsch (33) ve Saakvitne (34) tarafından belirtilen paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı bu çalışmaya yön vermiştir. Kretsch dinamik psikoterapi alanında çalışan profesyonellerin hastaları ile aynı krize maruz kaldıklarında neler hissettiklerine ve bunun hastaları ile aralarındaki profesyonel ilişkiye yansımaları sonucu paylaşılan travmatik gerçeklik kavramına atıf yapmıştır. Ruh sağlığı profesyonellerinin bireyin iç

dünyasına odaklanırken kültürün, dilin ve yaşadıkları toplumda meydana gelen olayların etkisinden muaf olmadıklarını belirtmiştir (33). Bu çalışmada paylaşılan travmatik gerçeklik kavramından yola çıkılarak aynı deprem travmasını yaşamış ruh sağlığı profesyonellerinin hastalarına ruh sağlığı hizmeti verirken travmadan etkilendikleri öngörülmüştür.

Bu çalışmada hem dinamik hem de bilişsel yaklaşımları harmanlayan hibrit bir metodoloji benimsenmiştir, bu sayede çok yönlü bir analiz sunulmuştur. Bu çalışmaya konu olan paylaşılan travmatik gerçeklik kavramını incelemek için ruh sağlığı profesyonellerinin kavrama ilişkin görüşlerine odaklanılmış olup tümevarımsal bir yaklaşım ile kategori ve alt kategoriler elde edilmiştir. Tümevarımsal tematik analiz yöntemi sistematik ve esnek bir yaklaşımdır (35). Analizlerden elde edilen temalar arasında yer alan paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı psikodinamik yaklaşıma dayanırken, travmaya verilen tepkiler ve travma sonrası büyüme kavramları bilişsel kuram çerçevesinde ele alınmıştır. Afet bölgelerinde yaşanan zorluklar ve travma ile başa çıkma süreçleri ise psikososyal bir perspektifle değerlendirilen kavramlardır.

2.9. Araştırma ekibi ve Refleksivite

Refleksivite, tüm nitel araştırmaların önemli bir bileşenidir ve okuyucunun, onu üreten araştırma ekibini daha iyi anlayarak analizin geçerliliğini değerlendirmesini sağlar (36). Katılımcılar ile araştırmacıların ruh sağlığı profesyonellerinden oluşmaları ve katılımcılar ile araştırmacıların travma alanında deneyimlerinin olması katılımcıların görüşlerini daha rahat ifade etmelerini sağlamış olabilir. Böylelikle araştırmacıların depreme ilişkin hem deneyimlerinin olması hem de travma hastalarına ruh sağlığı hizmeti vermiş olmalarından dolayı refleksivitenin veri toplama ve çalışma sürecine olan etkileri belirtilmiş olmuştur.

Tablo 3. Kategori ve alt kategorilere ilişkin bulgular

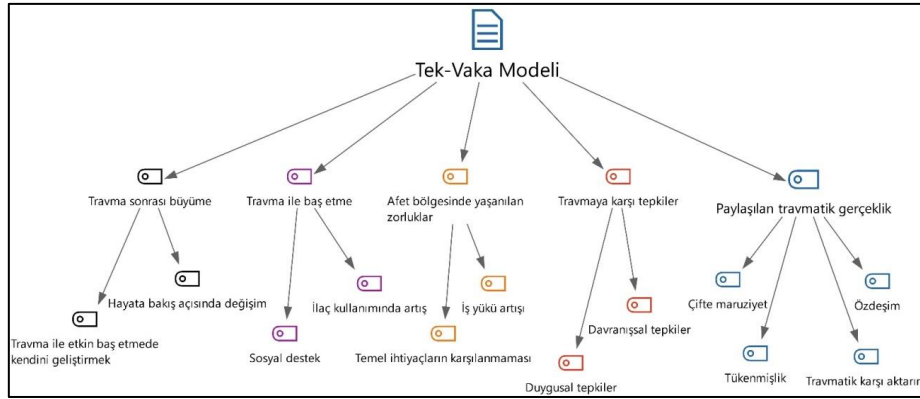
Kategoriler	Alt Kategoriler
Paylaşılan travmatik gerçeklik	Travmatik karşı aktarım Özdeşim Tükenmişlik Çifte maruziyet
Travmaya karşı tepkiler	Duygusal tepkiler: Çaresizlik, Üzüntü, Yetersizlik, Suçluluk Davranışsal tepkiler: Aşırı uyarılma, Kaçınma
Afet bölgesinde yaşanan zorluklar	Temel ihtiyaçların karşılanamaması İş yükü artması
Travma ile baş etme	Sosyal destek İlaç kullanımında artış
Travma sonrası büyüme	Travma ile etkin baş etmede kendini geliştirmek Hayata bakış açısında değişim

2.10. Kalite ve geçerlilik

Bu çalışma boyunca Niteliksel Araştırmaları Raporlama Standartları (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)) (37) takip edilmiştir. Nitel araştırmalarda geçerlilik, aktarılabilirlik ve itibara dikkat edilmiştir (38). Sonuçların geçerliliğini arttırmak için, veri toplama, kodlama ve analiz süreçlerine araştırmada yer alan araştırmacılar dışında 2 farklı araştırmacı dahil edilmiştir. Uzman görüşüne başvuru alan araştırmacılar bireysel olarak veri toplama araçları ve verilerin analizine ilişkin uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşüne başvuru alan kişilerin deprem deneyimlerinin olmasına dikkat edilmiştir. Alınan uzman görüşler doğrultusunda araştırmacılar kendi varsayımlarını, yanlışlıklarını sorgulayarak ortaya çıkan gözlemleri tartışmak için araştırma süreci boyunca düzenli olarak toplantılar yapmışlardır. Yorumların güvenilirliğini artırmak için, çalışmayı yürüten araştırma ekibi ve bu verileri inceleyen dış araştırmacıların şeffaf olmalarına dikkat edilmiştir. Yapılan bu çalışmada geçerliliği desteklemek amacıyla; katılımcıların ayrıntılı bilgilerinin alınmasına, katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerinin belirlenmesine, görüşmeler esnasında katılımcıların sunmuş olduğu ifadelerin özetlenmesine ve bunların doğruluğuna ilişkin katılımcı geri dönütleri alınmasına özen gösterilerek veri üçgenlemesinin (39) yapılmasına dikkat edilmiştir.

3. Bulgular

Yapılan tematik analizi sonrası 5 kategori ve 16 alt kategori belirlenmiştir. Buna göre, paylaşılan travmatik gerçeklik, travmaya karşı tepkiler, afet bölgesinde yaşanan zorluklar, baş etme mekanizmaları ve travma sonrası büyüme şeklinde beş kategori elde edilmiştir (Tablo 3, Şekil 1).



Şekil 1. Kategori ve Alt Kategorilere İlişkin Tek Vaka Modeli

3.1. Paylaşılan travmatik gerçeklik

Bu çalışmada belirlenen ilk kategori katılımcıların travmaya ortak maruz kalmalarının bir sonucu olarak paylaşılan travmatik gerçeklik olmuştur. Paylaşılan travmatik gerçeklik karşısında travmatik karşı aktarım yaşadıklarından, hastaları ile yoğun özdeşim kurduklarından, travmaya doğrudan ve dolaylı maruz kaldıkları için çifte maruziyetlerinin olduğundan ve tükenmişlik yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Bu kategoriye oluşturan alt kategorilere ilişkin katılımcı görüşlerinden örnekler aşağıda gösterilmektedir:

Travmatik karşı aktarım: Katılımcılar depremi doğrudan deneyimledikleri ve hastaların deprem deneyimlerine meslekleri gereği dolaylı olarak da maruz kaldıkları için çifte maruziyet yaşadıklarını ve hastaların deneyimlemiş olduğu travmalara karşı bir aktarım yaşadıklarını belirtmişlerdir. Travmatik karşı aktarım kategorisine yönelik katılımcı ifadelerine örnekler:

“Kendim de depremzede olduğum ve deprem sırasında ve sonrasında tüm zorlukları yaşayan bir psikiyatrist olarak depremin hemen sonrasında hastaları dinleyip onlara yardımcı olmaya çalışmak hem çok zor hem de yıpratıcıydı. Hastanın anlattıklarını o an ben de tekrar yaşadığımı hissettim” (K8)

“Kendim de bir depremzede olduğum için maalesef insanlar travmalarını anlatırken onların hikayelerinde kendimden her defasında bir şeyler buluyorum.” (K12)

“Benzer travmaları yaşadığım için her muayene sonrası travmalarım nüksetti.” (K15)

Özdeşim: Katılımcılar yaşadıkları travma sonrasında hastaları gibi maddi ve manevi kayıplar ve benzer acılar yaşadıkları için hastalar ile yoğun özdeşim kurduklarını ifade etmişlerdir. Bu kategoriye yönelik katılımcı ifadelerine örnekler:

“Hasta depremde çocuğunu ve eşini kaybettiğinden bahsediyor. Ya ben de kaybetseydim, enkaz altında kalsaydım düşünceleri aklıma geliyor. Sürekli ağlama isteği var. Bazen hastalar anlatınca ağlayasım geliyor.” (K8)

“Kendim de depremi yaşayıp aile üyelerimden kaybettiklerim olduğu için hastaların yaşadığı zorlukları dinlerken yaşamış olduğum tüm süreç gözümün önüne geliyordu.” (K6)

“En yakın arkadaşımı kaybettim, evimiz ağır hasarlıydı yakın zamanda yıkıldı. Yine de diğer insanlara hizmet vermeye çalışıyoruz. Onların anlattığı herşeyi çok iyi anlıyorum. Gerçekten ruhsal desteğe ihtiyaçları var” (K18)

“Onlara bakarken fazla empati yapmak zorunda kaldım. Çünkü ben de aslında bir hastaydım, mağdurdum.” (K10)

Tükenmişlik: Katılımcılar hastalar ile aynı travmayı hem yaşadıklarını hem de tekrarlı olarak hastaların travmalarını dinledikleri için tükenmişlik yaşadıklarını belirtmiştir. Tükenmişlik kategorisine yönelik katılımcı ifadelerinden bazı örnekler:

“Yaşadığım travmadan ve zorlu çalışma şartlarından sonra çoğunlukla artık hiçbir şey yapmaya motivasyonum kalmadı. İnsanlarla iletişimim zaruriyet dışında hiç yok denecek düzeyde.” (K5)

“Depremi bizzat 8 yıldır yaşadığım bölgede çalışmak birçok yakınlık kurduğum ve uzun takipli hastalarımı kaybetmek ve kendi tanıdığım insanların da ölmesi beni çok kötü etkiledi. Tükendiğimi hissediyorum.” (K11)

Çifte maruziyet: Katılımcılar hastalara ruh sağlığı hizmeti verirken onların travmalarına tekrar tekrar maruz kaldıklarından dolayı travmaya karşı çifte maruziyet yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca deprem bölgesinde hem yaşayıp hem de çalışmaya devam etme sonucunda travmaya maruziyetlerinin daha da arttığını aktarmışlardır. Çifte maruziyet alt kategorisini aşağıdaki sözlerle ifade etmişlerdir.

“İlk dönemler çok fazla hayat hikayesine şahit olduğum için bir süre tepkisiz kaldığımı, şaşkınlık üzüntü gibi duygularımın normal süreçten farklı işlediğini süreç ilerledikçe fark etmeye başladım. Bir süre geçtikten sonra özellikle tanıdığım insanların ve bazen de bilmediğim tanışmadığım insanların yaşam hikayelerinin zaman zaman aklıma geldiğini bu durumun çalıştığım zamanlarda da zihnimde yer aldığını, bazı durumlarda işimi yapmamda olumsuzluk yarattığını tecrübe ettim.” (K3)

“Hem o süreci yaşamak hem de yaşadığın olaylara benzerliğinden dolayı hastaların anlattıkları yoğun bir travma etkisi yaratıyor.” (K16)

3.2. Travmaya karşı tepkiler

Katılımcılar hastaneye çok fazla travma hastasının başvurduğundan ve hastaların hayat hikayelerine çok fazla maruz kaldıklarından bahsetmişlerdir. Hastaların travmatik öykülerinin kendi travma deneyimleri ile benzer yanları karşısında travmaya karşı duygusal ve davranışsal tepkilerden bahsetmişlerdir. Bu kategorilere ilişkin alt kategoriler ve katılımcıların görüşlerine ilişkin örnekler aşağıda belirtilmiştir.

Duygusal tepkiler: Bu alt kategori altında katılımcılar yaşadıkları kendi travma deneyimleri ve hastalarının travma deneyimleri karşısında çaresizlik, üzüntü, yetersizlik ve suçluluk duygularını yoğun bir şekilde hissettiklerinden bahsetmişlerdir.

Çaresizlik

Katılımcılar deprem travmasını yaşadıkları için hastalara ruh sağlığı hizmeti verirken yaşadıkları travmanın olumsuz etkileri ve hastalarının mağdur durumları karşısında kendilerini çaresiz hissettiklerini ifade etmişlerdir.

“Hepimiz çok kötü şeyler yaşadık. Hastalara ne yapsam iyi gelir diye düşünüyorum ama hayatta güvensizlik ve çaresizlik duygularını hissettim” (K9)

“Çok yıkıcı ve yıpratıcı. Süreç insanın kendini çok çaresiz ve aciz hissetmesini sağlıyor.” (K12)

“TSSB tanısı aldım, depresif duygudurumu, suçluluk, kaçınma, aşırı uyarılma, çaresizlik gibi hislerim vardı.” (K5)

Üzüntü

Katılımcıların yaşadıkları travma sonrası hastaları ile yaptıkları görüşmeler sırasında ve sonrasında daha fazla üzüntü yaşadıklarından bahsetmişlerdir.

“Çok fazla üzüntü, kaygı, endişe, göğüs ağrısı, nefes darlığı yaşadım.” (K7)

“Depremde olup deprem bölgesinde çalışmak zorunda olmak ruhsal açıdan çok zorlayıcı oldu. En yakın arkadaşım vefat etti. Sıkıntılı ve zor süreçlerdi.” (K10)

Yetersizlik

Katılımcılar hastaları ile benzer acıları yaşadıklarını ve onları iyileştirme noktasında kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir.

“Benzer süreçleri yaşadığımız için bazen destek vermekte yetersiz kaldığımı hissettiğim oldu. Hasta ile ağladım. Benim zayıf yönümü gördüğü için kendimi yetersiz hissettim” (K2)

“Öte yandan gerek tanıdığım bildiğim insanların gerekse diğer insanların yaşadıkları olumsuzlukları görmek dinlemek çok zor bir tecrübe. İlk süreçte bu duygular yoğun bir şekilde etrafımı sardı, işlevselliğimi etkiledi. Kendime bile faydam olmadığını hissettim.” (K13)

Suçluluk

Katılımcılar hastalarının deprem travması sonrası kendilerinden daha ağır şeyler yaşadıklarını dinleyince suçluluk hissettiklerinden bahsetmişlerdir.

“Ağır şeyler yaşayan hastaları gördükçe kendi yaşadıklarımı onların acıları ile kıyaslayıp kendimi suçladım.” (K5)

“Hayatta olduğum ve ailemi kaybetmediğim için hastadan daha iyi durumda olduğum için kendimi suçlu hissettim.” (K15)

Davranışsal tepkiler: Katılımcılar yaşadıkları travmadan sonra hastalarının travma anlatıları karşısında aşırı uyarıldıklarını ve hastalarının anlattıklarına karşı kaçınma davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir.

Aşırı uyarılma

Katılımcılar hastaları ile yaptıkları görüşmelerde hastalarının anlattıklarına karşı depreme yönelik en ufak bir belirtiyeye dair aşırı uyarılma halinde olduklarını belirtmişlerdir.

“Ya bende enkaz altında kalsaydım aileme bir şey olsaydı diye düşündüğümde elimde olmadan gözlerim doldu. Hastaların hikayelerinde depremde yaşadıklarım aklıma geldikçe daha kötü hissettim kendimi. Hastalar ile kurduğum her temas beni aşırı tetikledi.” (K14)

Kaçınma

Katılımcılar deneyimledikleri travmatik olayı hatırlatan uyarıcılardan kaçınmaya çalıştıklarını ve düşünmemeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir:

“Hastalar anlatmaya başladığında konuyu kısa kesmeye çalıştım. Onların anlattıklarında kendi hikayeme benzer şeyler buldum. Bunları dinlemek istemediğimi fark ettim. Kaçınma davranışı gösterdiğimi anladım”(K9)

“Artık travma hastası görmek istemediğimi fark ettim. Onlara faydalı olmak istiyordum ama acularına tekrar tekrar şahitlik yapmak istemiyordum.” (K16)

3.3. Afet bölgesinde yaşanan zorluklar

Katılımcılar deprem bölgesinde hem yaşarken hem de ruh sağlığı hizmeti verirken temel ihtiyaçların karşılanmaması ve iş yükünün artmasından dolayı zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Depremden dolayı fiziksel ihtiyaçlarını karşılama noktasında dahi zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar da birer travma mağduru iken çok fazla travma hastasının başvurmasının iş yüklerini arttırdığını belirtmişlerdir. Bu zorluklara ilişkin alt kategoriler aşağıda katılımcı görüşmeleri ile yer almaktadır:

Temel ihtiyaçların karşılanamaması: Deprem şehrin alt yapısını yıktığı için katılımcılar özel ve iş hayatlarında en temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında dahi zorlandıklarını ve bu durumun

mesleki yaşantılarını olumsuz etkilediklerinden bahsetmişlerdir:

“Kişinin istediği düzeyde performans sergilemesinin önünde birçok sorunun olduğunu, gerekli fiziksel koşullar sağlanmadığını, barınma sorununun kısmen devam etmesi, sosyal yaşama dair etkinliklerin çok kusurlu olması, birçok meslek gurubunda halen eksikliklerin karşılanamaması gibi sorunlardan dolayı çalışma hayatında eksikliklerin devam edeceğini düşünmekteyim. İş yükünün zamanla artmaya başladığı, özellikle sağlık alanında personel yetersizliği baş göstereceğini, bu alanlarda iyileştirme sürecinin bireylerde ruhsal ve fiziksel şikayetlerin artacağını düşünmekteyim.” (K3)

“Güvenli bir kalacak yer, tuvalet, ısınma gibi en temel ihtiyaçlarımızı nasıl karşılayacağımıza dair endişeler bizi bu süreçte çok zorladı. Sürekli artçı depremlerin olması bizim iyileşmemizi zorlaştırdı.” (K8)

“Çok fazla hasta geldi, herkes travma destek birimlerine başvurdu. Çünkü herkes çok kötüydü. Görüşmeleri yapacak sağlam bir yer bulmakta dahi zorlandık.” (K12)

İş yükü artması: Katılımcılar kısıtlı imkanlarla çalıştıklarını ve deprem sonrasında psikiyatri bölümüne çok fazla hasta başvurusu olduğu ve başvuran hastaların profillerinin kötü olduklarından bahsetmişlerdir. Bu doğrultuda iş yükünün artmasına yönelik görüşler aşağıda belirtilmektedir:

“İlk başta hastaneler riskli diye çadırlarda ruh sağlığı hizmeti vermeye devam ettik ancak başvuran hasta sayısı çok, hasta profilleri kötü ve eldeki imkanlar kısıtlıydı.”

“Kliniğe başvuran hastalar yakınlarının zorlaması ile başvurmuşlardı ve katatoni gibi asla iletişim kuruyorlardı. Gelen hastaların profili çok ağırdı. İntihar etmek istediğini belirten çok hasta vardı. O kadar çok bakacak hasta vardı ki.”

3.4. Travma ile baş etme

Katılımcılar depremden sonra bölgeye yapılan yardımların ve çevrelerindeki ve hatta hiç tanımadığı insanlardan aldıkları desteğin kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını belirtmişlerdir. Ancak yaşadıkları travma ile baş etmeye çalışırken ilaç kullanımlarında artış olduğunu da ifade etmişlerdir. Katılımcıların travma ile baş etmeye yönelik ifadelerinin sosyal destek ve ilaç kullanımında artış çevresinde şekillendiği belirlenmiştir.

Sosyal destek alma: Katılımcılar aile, çevre ve hatta hiç tanımadıkları insanlardan destek aldıkça kendilerini daha iyi hissettiklerini ve motive olduklarını ifade etmişlerdir.

“Bölgede benzer duyguları yaşadığımız insanlarla ortak zaman geçirmek, rutine dönmeye gayret etmek iyi geldi. Sosyal destek ve mesleki destek bulmak daha dayanıklı hissettirdi hatta yardım için gönderilen bir çorap bile sıcak tuttu diye sevindim.” (K2)

“Arkadaşlarımla daha çok zaman geçirerek kendimi korumaya çalışıyorum. Sevdiklerimle bir ardada olunca dayanıklılığımın arttığını düşünüyorum.” (K8)

İlaç kullanımında artış: Katılımcıların çoğunluğu depremden sonra travma stresi ile baş etmek için ilaç kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir.

“Depremden yaklaşık 2 ay sonra antidepresan kullanmaya başladım (Fluoksetin 20 mg). Hala tedaviye devam ediyorum.” (K17)

“İlaç kullanımım arttı. Antidepresan ve uyku ilaçları alıyorum.” (K5)

3.5. Travma sonrası büyüme

Çalışmada yer alan ruh sağlığı profesyonelleri depremden sonra travmaya yaklaşım konusunda kendilerini geliştirmek istediklerinden ve hayata bakış açılarında pozitif bir değişimin olduğundan bahsetmişlerdir. Travma sonrası katılımcılarda gelişen bu pozitif bakış açısı travma sonrası büyüme olarak yorumlanmıştır. Buna yönelik kategori ve görüşme örnekleri aşağıda belirtilmektedir:

Hayata bakış açısı: Katılımcılar deprem travmasından sonra hayata bakış açılarında olumlu anlamda bir gelişme olduğundan ve hayatın her şeye rağmen devam ediyor olmasına yönelik olumlu düşüncelerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

“Uzun vadeli planlar yapmamaya başladım. Sevdiğim insanların her an aramızdan ayrılabilceğini düşündüm. En yakın arkadaşımı kaybettim. Evimiz yıkıldı. O evden sağ çıktığımız için şükrediyorum.” (K10)

“Depremden dolayı hayata bakış açım çok değişti. Üzülüm, ağladım, aylarca düzgün uyuyamadım ancak şimdi değerlendirdiğimde hayatı yaşanan acıdan kaçmaya çalışmadan değerlerim doğrultusunda erdemli bir şekilde yaşamak

istediğimi, yaşanmış onca acının bana bunu hatırlattığını düşündüm.” (K6)

“Yaşamla ve doğayla olan ilişkiyi yeniden gözden geçirmemi sağladı. Hayatta değerli olduğumu düşündüğüm kişi ve etkinliklere daha çok zaman ayırmaya başladım.” (K2)

Travma ile etkin baş etmede kendini geliştirmek: Katılımcılar hastalar ile çalışırken zorlandıklarını ancak yaşadıkları benzer travmaların hastaları daha iyi anlamalarına yardımcı olduğundan ve travmaya nasıl müdahale edileceğine dair daha çok literatür okumaları yaptıklarından bahsetmişlerdir. Buna yönelik katılımcı ifadeleri:

“Yaptığım işin insanların yaşamları üzerindeki etkilerini ve sağlayabileceği faydaları değerlendirdikten sonra, eksik olduğumu düşündüğüm alanlarda araştırmalar yaparak ve meslektaşlarımdan destek alarak kişisel gelişim sürecimi sürdürmeye özen gösteriyorum.” (K3)

“O kadar çok travma hastasına bakıyoruz ki şuan travma hastasına yaklaşımda çok fazla deneyim kazandım.” (K9)

4. Tartışma

Bu çalışmada toplumsal travmaya maruz kalmış ruh sağlığı profesyonellerinin paylaşılan travmatik gerçeklik ve baş etme deneyimleri incelenmiştir. Araştırmacılar katılımcıların anlatılarından elde edilen bulguları analiz etmiş ve beş ana kategori belirlemiştir.

4.1. Paylaşılan travmatik gerçeklik

Ruh sağlığı profesyonelleri ile yapılan görüşmelerin temelinde kendilerinin de birer travma mağduru olduklarından ve hastaları ile aynı travmaları yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Kolektivist değerlere ve kolektif travma geçmişine sahip toplumlarda paylaşılan travma kavramı çok az dikkate alınmış olup genellikle batı toplumlarında ele alınmıştır (40). Paylaşılan travmatik gerçeklik ile ilişkili COVID-19 pandemi döneminde Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ruh sağlığı klinisyenleri arasında paylaşılan travmatik gerçeklik kavramının araştırıldığı bir çalışmada klinisyenlerin pandeminin psikososyal etkilerini bireysel olarak deneyimlediklerini ancak danışanları ile olan ilişkilerinde profesyonel ilişkilerini etkilemediği sonucunu paylaşmışlardır (41). COVID-19 döneminde hastalarla olan fiziksel temasın sınırlandırıldığı ve görüşmelerin genellikle uzaktan erişim ile yapıldığı dönemler göz önüne alınırsa

(42), bu çalışmada yer alan katılımcılar depremi doğrudan yaşadıkları için paylaşılan travmatik gerçeklik karşısında daha olumsuz etkilenmelerini makul bir zeminde açıklayabilir. Bu katılımcılar paylaşılan travmatik gerçeklik karşısında tükenmişlik, yoğun özdeşim, çifte maruziyet ve travmatik karşı aktarım yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Ruh sağlığı profesyonelleri ile hastaların aynı travmatik gerçekliği paylaştığı durumlar için kullanılan paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı terapötik ilişkide olumlu veya olumsuz sonuçlara yol açabilir (41). Nitekim alan yazında paylaşılan travmatik gerçeklik kavramı Katrina Kasırgası (43), çatışma bölgelerinde yaşanan savaşımlardan sonra (44) ve COVID-19 döneminde araştırılmış olup (41) deprem travmasına bağlı paylaşılan travmatik gerçeklik kavramının ruh sağlığı profesyonellerinde araştırılmadığı saptanmıştır. Paylaşılan travmatik gerçeklik karşısında klinisyenler çaresizlik, üzüntü, yetersizlik ve suçluluk duygusunu daha yoğun hissettiklerinden bahsetmişlerdir. Travmatik olaylar insanların bağ kurma, kontrol etme ve duygusal sistemlerini alt üst eder. Paylaşılan travmatik gerçeklikte ruh sağlığı profesyoneli hastasının yaşadığı duygular karşısında acı, çaresizlik gibi duyguları hissedebilir (9).

4.2. Travmaya karşı tepkiler

Katılımcılar yaşadıkları travma sonrası üzüntü, çaresizlik yetersizlik ve suçluluk gibi duyguları daha yoğun yaşadıklarını, aşırı uyarılma ve kaçınma davranışı sergilediklerini ifade etmişlerdir. Sığınmacılar ve mülteciler ile çalışan tercümanların maruz kaldıkları travma sonrası öfke, umutsuzluk, çaresizlik, korku, kaygı ve derin üzüntü gibi olumsuz duyguları yaşarken sevinç, umut, hayranlık, ilham, danışanın iyileşmesine tanıklık etme ve daha derin ve daha anlamlı bir yaşam yaşama arzusu gibi olumlu kazanımlar elde ettikleri bildirilmiştir (45). Başka bir çalışmada travma yaşayan kurbanlarla empatik ilgilenen ruh sağlığı profesyonellerinde keder, öfke gibi ciddi duygusal tepkiler raporlanmıştır (46). Travma mağdurları ile çalışmanın ruh sağlığı profesyonelleri üzerinde olumsuz duygusal etkilerinin olmasında mağdurların travmalarına doğrudan veya dolaylı olarak tanık olmanın etkisinin olabileceği çıkarımında bulunulabilir. Savaş ortamında çalışan terapistler ile yapılan araştırmalar sonrasında doğrudan ve dolaylı olarak travmaya maruz kalan terapistlerin yaşadıkları travma sonrası üzüntü, kayıp, korku, acı ve keder, tehdit, belirsizlik ve hatta bazen çaresizlik duygularını tanımladıkları belirtilmiştir (47, 48). Savaş ya da doğal afet gibi travmatik bir olay

sonrasında hastaları ile benzer travmaları yaşayan ruh sağlığı profesyonellerinin yaşanan travmaya benzer tepkiler gösterebileceği ifade edilebilir. Kurşun ve arkadaşlarının ruh sağlığı profesyonelleri ile yapmış oldukları çalışmada kendilerinin de danışanları gibi pandemi döneminde benzer süreçleri yaşadıkları için çifte maruziyete maruz kaldıkları ve kendilerini yetersiz ve çaresiz hissettikleri belirtilmiştir (49). Travma mağdurları ile benzer travmalara maruz kalan bireylerin travmaya karşı benzer tepkiler geliştirdikleri görülmektedir.

4.3. Afet bölgesinde yaşanan zorluklar

Bu çalışmada yer alan bireyler deprem bölgesinde hem yaşarken hem de çalışırken temel ihtiyaçlarını karşılamada ve iş yükü artışlarından dolayı zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir. Deprem bölgesinde alt yapının zarar görmesi, fiziksel ihtiyaçlar noktasında beslenme, boşaltım ve güvenlik gibi ihtiyaçlarda yaşanan zorlanmalar travma mağdurlarının mağduriyet düzeylerini arttırabilir. İhtiyaçların karşılanmasında yaşanan zorluklar travmatik süreçlerin başarı ile atlatmasını zorlaştırabilir. Yaşanan zorluklar ruh sağlığı profesyonellerinin travma sonrası büyümeyi yakalamalarını zorlaştırabilir. Travma sonrası büyüme; çevresel (travma stres düzeyi, sosyal destek, sosyokültürel etkiler) ve bireysel özellikler (kişilik özellikleri, stres yönetimi, baş etme mekanizmaları, duygusal kendini açma) gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (50). Yaşanan bu zorlukların tersine bireyler akran desteği, takım çalışması, sevdiklerinin yanlarında olması, olumlu telkin, maneviyat gibi olumlu pekiştiriciler bireylerin travma sonrası büyümeyi yakalamalarını kolaylaştırabilir. Ruh sağlığı profesyonellerinin aldıkları uzmanlık eğitimi, mesleki deneyimleri ve akran desteği bu meslek grubunu dolaylı travmatizasyona karşı koruyabilir. Ayrıca mesleki öz yeterlilik duygusu, hastaları tedavi etme isteği ve mesleki beceriler de dolaylı travmatizasyona karşı tampon görevi görüp travma sonrası büyümeyi teşvik edebilir ve hastaları ile olan ilişkilerini daha olumlu anlamda etkileyebilir (13, 51). Çalışma ortamında şartların iyileştirilmesi ruh sağlığı profesyonellerini olumlu anlamda motive edebilir.

4.4. Travma ile baş etme

Bir diğer bulgu olarak çalışmada yer alan ruh sağlığı profesyonelleri yaşadıkları travmatik süreç ile baş etme yöntemleri olarak ilaç kullanımında artış olduğunu ve sosyal destek almanın kendilerini motive ettiklerinden bahsetmişlerdir. Olumsuz

yaşam olaylarının oluşturduğu stresle başa çıkma sürecinde insanlar bastırma, yansıtma gibi savunma mekanizmaları ya da öfke duyma gibi duygusal boyutta, yürüyüş, egzersiz yapma, ibadete yönelme gibi davranışsal boyutta çabalar gösterebilmektedir (52). Finklestein ve arkadaşları hastaları ile aynı travmatik yaşantılara doğrudan maruz kalan ruh sağlığı profesyonellerinin aynı travmatik yaşantılara doğrudan maruz kalmayan ruh sağlığı profesyonellerine göre birincil ve ikincil travma düzeylerinin daha yüksek olduğunu, stres ile başa çıkmada daha savunmasız olabileceği, mesleki öz yeterliliklerine ilişkin kendilerini daha çaresiz hissettikleri belirtilmiştir (13). Bu bağlamda doğrudan ve dolaylı olarak travmaya maruz kalan bireylerin bireysel iyi oluşları baş etme mekanizmalarını olumlu etkileyebilir.

4.5. Travma sonrası büyüme

Katılımcılar yaşanan deprem felaketinden olumsuz etkilendiklerini ancak bazı alanlarda kendilerinde olumlu gelişmeler hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı ve benzer acıları yaşadıkları mağdurların ve kendilerinin refahı için travmayı iyileştirmede daha çok araştırmalar yaptıklarını, kendilerini geliştirmek istediklerini, yaşanan olumsuz süreçlerden öğrenerek çıktıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca kişisel gelişim için çaba gösterdiklerini, sevdiklerine daha çok zaman ayırmak istediklerini ve hayata bakış açılarının geliştiğini belirtmişlerdir. Literatür incelemesinde travma çalışanları yaşadıkları dolaylı travma sürecini başarılı bir şekilde yönetebilirlerse travma sonrası büyüme düzeyini yakalayabilecekleri bildirilmektedir (53, 54). Travma çalışanlarının travma sonrası büyüme düzeyini yakalayabilmesi için bazı parametrelerin teşvik edilmesi gerektiğine dair bir anlayış bulunmaktadır (örneğin; çalışma koşullarını iyileştirilmesi, terapötik sonuçlar, mesleki rolün korunması gibi) (45, 55). Kurşun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada zorlu gruplarla çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin psikolojik ilk yardım, kriz yönetimi ve kritik müdahalelerde bulunmaya yönelik danışmanlık ve süpervizyon almaya ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir (49). Yaşanılan doğrudan ve dolaylı travma sonrası ruh sağlığı profesyonellerinin olumlu yönde desteklenmesi yaşanan olumsuz süreçlerin olumlu yöne kanalize edilmesini sağlayabilir, böylelikle travma sonrası büyüme yaşanabilir.

5. Sonuç

Araştırmada yer alan ruh sağlığı profesyonelleri toplumsal travma yaşadıkları için paylaşılan travmatik gerçeklik yaşadıklarından bahsetmişlerdir.

Yaşanılan paylaşılan travmatik gerçeklik karşısında hastaları ile görüşmeleri sırasında travmatik karşı aktarım, çifte maruziyet, özdeşim ve tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaları ile aynı travmayı yaşamamanın bir sonucu olarak çaresizlik, üzüntü, yetersizlik, suçluluk gibi duygusal tepkiler yaşadıklarından ve aşırı uyarılma ve kaçınma davranışı gösterdiklerinden bahsetmişlerdir. Görevlerini gerçekleştirirken çok fazla travma yaşayan hasta başvurusu sonucu iş yüklerinin arttığı ve deprem bölgesinde hizmet vermeye çalışırken temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında dahi zorluklar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Deprem bölgesinde çalışmaya devam ederken aldıkları sosyal destekler sayesinde kendilerini iyi hissettiklerini ancak yine de yaşanan travmanın etkisi ile baş etmede ilaç kullanımlarının da olduğu sonucu elde edilmiştir. Ruh sağlığı profesyonelleri yaşadıkları travma ve hastalarının travmalarına maruziyet sonrası travma ile daha etkin baş edebilmek için daha fazla okumalar yaptıklarından bahsetmişlerdir. Ayrıca yaşanan travmanın hayata bakış açılarında olumlu bir gelişim yaptığını ifade etmişlerdir.

Ruh sağlığı profesyonellerinin özellikle toplumsal travmalara karşı veya paylaşılan travmatik gerçekliğe yönelik uzmanlık eğitimi ile desteklenmesi bireyleri travmanın olumsuz etkilerine karşı koruyabilir. Paylaşılan travmatik gerçekliğin ruh sağlığı profesyonellerinin hastaları ile olan ilişkilerine olumsuz yansımaması için bu meslek gruplarının afet, savaş, göç gibi toplumsal travmalara karşı desteklenmelerinin önemli olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak hastaları ile ortak travma yaşama riskinden dolayı ruh sağlığı profesyonellerinin toplumsal travmalara karşı desteklenmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri: Depremden sonraki süreçlerde nicel bir çalışma için yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamayacağı ayrıca paylaşılan travmatik gerçeklik kavramını ölçecek bir ölçüm aracı olmadığı için bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Bu durum çalışmanın nicel veriler ile desteklenmemesi sonucundan dolayı çalışmanın sınırlılığını oluşturabilir.

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan bireylerin hem deprem bölgesinde doğrudan depremi yaşayan deprem mağduru olmaları hem de ruh sağlığı hizmeti veren meslek üyeleri olması bu çalışmanın güçlü yanını oluşturmaktadır. Bu örneklem grubunun özellikle seçilmesine gerekçe olarak hastaları ile ortak travma yaşama deneyimine yönelik literatüre katkı sağlanmak istenmiştir.

Ayrıca çalışmada yer alan ruh sağlığı profesyonellerinin psikiyatrist, psikiyatri hemşireleri ve psikolog gibi farklı meslek gruplarından oluşması çeşitli deneyimlere ve görüşlere erişilmesini sağlayarak geniş bir katılımcı yelpazesinin olmasına önem gösterilmiştir.

Gelecek çalışmalara öneriler

Dünyada ve Türkiye’de gittikçe artan toplumsal travmalar toplumların ruh sağlığını etkilemekte ve toplumun birer üyesi olan ruh sağlığı profesyonellerini de etkilemektedir. Toplumsal travmalardan etkilenen ruh sağlığı profesyonellerinin travma deneyimlerinin mesleki yaşantılarına nasıl yansıdığı ve bu konudaki deneyimlerinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim toplumsal travmalarda

genellikle travma sonrası stres bozukluğu ve ikincil travma gibi kavramlar ele alınmış olup paylaşılan travmatik gerçeklik kavramının araştırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda paylaşılan travmatik gerçeklik kavramının nicel araştırmalar çerçevesinde tespit etmeye yönelik bir ölçüm aracının geliştirilmesi önerilmektedir. Paylaşılan travmatik gerçeklik yaşadığı kabul edilen ruh sağlığı profesyonellerinin hastaları ile olan görüşmelerine bu durumun yansıyor yansımadığının araştırılması önerilmektedir. Ruh sağlığı profesyonellerinin toplumsal travmalara karşı dayanıklılıklarının artırılması konusunda güçlendirilmeleri ve gerekli beceriler ile donanımlarının artırılmasına yönelik girişimsel çalışmaların yapılmasının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Hoffman MA, Kruczek TA. Bioecological model of mass trauma: Individual, community, and societal effects. *The Counseling Psychologist*. 2011;39(8):1087-1127.
- Bilewicz M, Witkowska M, Pantazi M, Gkinopoulos T, Klein O. Traumatic rift: How conspiracy beliefs undermine cohesion after societal trauma? *Europe's Journal of Psychology*. 2019;15(1):82.
- Liu H, Tatano H, Pflug G, Hochrainer-Stigler S. Post-disaster recovery in industrial sectors: A Markov process analysis of multiple lifeline disruptions. *Reliability Engineering & System Safety*. 2021;206:107299.
- Yang Y, Tatano H, Huang Q, Liu H, Yoshizawa G, Wang K. Evaluating the societal impact of disaster-driven infrastructure disruptions: A water analysis perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2021;52:101988.
- Karatay G. Tarihsel/toplumsal travmalar ve kuşaklararası aktarımı biçimleri üzerine. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(5):373-379.
- Figley CR, Beder J. (Edited by). *The cost of caring requires self care*. In *Advances in social work practice with the military*. Routledge, 2012: 278-286.
- García FE, Cova F, Rincón P, Vázquez C. Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015;6(1):26557.
- Işıkhan V. Afetlere müdahale eden yardım personelini güçlendirme. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*. 2021;7(2):399-406.
- Kanno H. Supporting indirectly traumatized populations: The need to assess secondary traumatic stress for helping professionals in DSM-V. *Health and Social Work*. 2010;35(3): 225-228.
- Lerias D, Byrne MK. Vicarious traumatization symptoms and predictors. *Stress Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2003;19(3):129-138.
- Tosone C, Nuttman-Shwartz O, Stephens T. Shared trauma: When the professional is personal. *Clinical Social Work Journal*. 2012;40(2):231-239.
- Baum N. Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2010;47(2):249-259.
- Finklestein M, Stein E, Greene T, Bronstein I, Solomon Z. Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*. 2015;40(2):e25-e31.
- Freedman SA, Tuval Mashiach R. Shared trauma reality in war: Mental health therapists' experience. *PloS one*. 2,08;13(2):e0191949.
- Dekel R, Nuttman-Shwartz O, Lavi T. Shared traumatic reality and boundary theory: How mental health professionals cope with the home/work conflict during continuous security threats. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2016;15(2):121-134. doi.org/10.1080/15332691.2015.1068251
- Ludick M, Figley CR. Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*. 2017;23(1):112.
- Naushad VA, Bierens JJ, Nishan KP, Firjeeth CP, Mohammad OH, Maliyakkal AM, ..., Schreiber MD. A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and disaster medicine*. 2019;34(6):632-643.
- Calhoun CD, Stone KJ, Cobb AR, Patterson MW, Danielson C K, Bendežú JJ. The role of social support in coping with psychological trauma: An integrated biopsychosocial model for posttraumatic stress recovery. *Psychiatric Quarterly*. 2022;93(4):949-970.
- Day KW, Lawson G, Burge P. Clinicians' experiences of shared trauma after the shootings at Virginia Tech. *Journal of Counseling & Development*. 2017;95(3):269-278.

20. Dursun P, Söylemez İ. Travma sonrası büyüme: Gözden geçirilmiş son model ile kapsamlı bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2020;31(1):57-68.
21. De Ruiter MC, Couasnon A, van den Homberg MJ, Daniell JE, Gill JC, Ward PJ. Why we can no longer ignore consecutive disasters. *Earth's Future*. 2020;8(3):e2019EF001425.
22. Dinçer İ, Akın MK, Akın M, Orhan A, Ozan O, Varol MB, Benlioğlu TB. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri. *Konuralp Medical Journal*. 2023;14(1):1-16.
23. Sağiroğlu AZ, Ünsal R, Özenci F. Deprem sonrası göç ve insan hareketlilikleri: durum değerlendirme raporu (AYBÜ-GPM, 2023). Güncellenmiş 2. Baskı, 2023;1-44:5.
24. Yıldız Mİ, Başterzi AD, Yıldırım EA, Yüksel Ş, Aker AT, Semerci B, ..., Hacıoğlu Yıldırım M. Preventive and therapeutic mental health care after the earthquake- expert opinion from the psychiatric association of Turkey. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2023;34(1):39-49.
25. Sehliskoğlu Ş, Yılmaz Karaman IG, Yastıbaş Kaçar C, Canakci ME. Earthquake and mental health of healthcare workers: A systematic review. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*. 2023;26(4):309-318.
26. Baltacı A. Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019; 5(2): 368-388.
27. Demirtepe-Saygılı D. Refleksivite ve etkileşim açılarından nitel araştırmacı olmanın fırsatları ve zorlukları. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 2021;8(1):1-16.
28. Borrego M, Douglas EP, Amelink CT. Quantitative, qualitative, and mixed research methods in engineering education. *Journal of Engineering Education*. 2009;98(1):53-66.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
30. Braun V, Clarke V. Novel insights into patients' life-worlds: the value of qualitative research. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(9):720-1. doi.org/10.1016/
31. Dereli AB. MAXQDA: Technical note on creative data analysis. *Journal of Karadeniz Communication Studies*. 2023;13(1):149-152.
32. Baltacı A. Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;7(1):231-274.
33. Kretsch R, Benyakar M, Baruch E, Roth M. A shared reality of therapists and survivors in a national crisis as illustrated by the Gulf War. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1997;34(1):28.
34. Saakvitne KW. Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*. 2002;12(3):443-449.
35. Şad SN, Özer N, Atli A. Psikolojide tematik analiz kullanımı. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 2019;7(2):873-898.
36. Tekindal M, Arsu ŞU. Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*. 2020;20(1), 153-172.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357.
38. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *Int J Qual Methods*. 2017;16(1):1609406917733847.
39. Yaşar M. Nitel araştırmalarda nitelik sorunu. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;5(2):55-73.
40. Ali DA, Figley CR, Tedeschi RG, Galarneau D, Amara S. Shared trauma, resilience, and growth: A roadmap toward transcultural conceptualization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023;15(1):45.
41. Asakura K, Gheorghe RM, Rieger D, Tarshis S, Borgen S, D'Angiulli A. Exploring shared trauma in the time of COVID: A simulation-based survey study of mental health clinicians. *Clinical Social Work Journal*. 2023;51(2):163-174.
42. Holmes MR, Rentrop CR, Korsch-Williams A, King JA. Impact of COVID-19 pandemic on posttraumatic stress, grief, burnout, and secondary trauma of social workers in the United States. *Clinical Social Work Journal*. 2021;49(4):495-504.
43. Tosone C, McTighe JP, Bauwens J. Shared traumatic stress among social workers in the aftermath of Hurricane Katrina. *British Journal of Social Work*. 2015;45(4):1313-1329.
44. Dekel R, Baum N. Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*. 2010;40(6):1927-1944.
45. Splevins KA, Cohen K, Joseph S, Murray C, Bowley J. Vicarious posttraumatic growth among interpreters. *Qualitative health research*. 2010;20(12):1705-1716.
46. Figley CR, Ludick M. Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Edited by), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge*. American Psychological Association. 2017:573-593.
47. Baum N. Professionals' double exposure in the shared traumatic reality of wartime: Contributions to professional growth and stress. *The British Journal of Social Work*. 2014;44(8):2113-2134.
48. Cohen M, Gagin R, Peled-Avram M. Multiple terrorist attacks: Compassion fatigue in Israeli social workers. *Traumatology*. 2006;12(4):293-301.
49. Kurşun GŞ, Uygun E, Dikeç G. The experiences of mental health professionals providing online psychological support to refugees during the COVID-19: A qualitative study. *J Cogn Behav Psychother Res*. 2023;12(3):264-278.
50. Duman N. Travma sonrası büyüme ve gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*. 2019;4(7):178-184.
51. Kanno H, Giddings MM. Hidden trauma victims: Understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals. *Social Work in Mental Health*. 2017;15(3):331-353.
52. Gören AB. Postdisaster secondary traumatic stress and religious coping: The case of Kahramanmaraş Earthquake. *Turkish Journal of Religious Studies*. 2023;23(1):80-100.
53. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, Chou KR. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the

- COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2021;30(1):102-116.
54. Vazquez C, Valiente C, García FE, Contreras A, Peinado V, Trucharte A, Bentall RP. Posttraumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*. 2021;22 (1):2915–2935.
55. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990;3:131-149.