T.C.

Marmara Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

.

PSİKOLOJİK DANIŞMANLARDA ŞEFKAT YORGUNLUĞU VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ARACI ROLÜ

Sümeyye BURHAN

(Yüksek Lisans Tezi)

İstanbul, 2021

T.C.

Marmara Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

PSİKOLOJİK DANIŞMANLARDA ŞEFKAT YORGUNLUĞU VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES ARASINDAKİ İLİŞKİDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ARACI ROLÜ

Sümeyye BURHAN

(Yüksek Lisans Tezi)

Danışman

Doç. Dr. Durmuş ÜMMET

İstanbul, 2021

Tüm kullanım hakları

M.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü'ne aittir.

© 2021

ONAY

ÖZGEÇMİŞ

Lise	Zeki Konukoğlu Anadolu Öğretmen Lisesi
Lisans	Boğaziçi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

ÖNSÖZ

Tez sürecini başarılı bir şekilde yürütmemde maddi manevi desteğini hissettiğim önemli kişiler bulunmaktadır. Öncelikle akademik hayata başlarken karşılaşmış olduğum, kişisel ve profesyonel anlamda örnek aldığım değerli danışmanım Doç. Dr. Durmuş ÜMMET'e, tez jürisine katılarak yapıcı yorumlarıyla çalışmamı destekleyen Prof. Dr. Müge YUKAY YÜKSEL'e ve Dr. Öğr. Üye. Nesrullah OKAN'a, akademideki varlığımı tüm samimiyetiyle destekleyen sayın Uzm. Psk. Dan. Ömer ZENGİN'e teşekkür ederim.

Hayatın bir yolculuk olduğu düşüncesinden hareketle birlikte yola çıkmanın keyfini yaşadığım ve bu keşfetme birlikteliğinin sosyal ve akademik destek grubuna evrildiği sevgili arkadaşlarım Ayça TUNA, Tuğçe TUNA ve Sümeyye YÜCEL'e; varlığını ve desteğini hep hissettiğim sevgili Tuğba TURGUT'a; yakınlığı, sevecenliği ve desteği ile hayatımda olduğu için şanslı hissettiğim sevgili Sena GÜME'ye çok teşekkür ederim.

Ve son olarak her koşulda bana inandıkları, tercihlerime saygı duydukları ve her zaman alternatif yolların olduğunu hatırlatarak hayatımı kolaylaştıran aileme çok teşekkür ederim.

“Güneşin gezegenleri selamlamaya durduğu,
Seni dünyaya ödünç veren gündeki gibi,
Varsın ve durmaksızın büyüdün o günden beri,
Dünyaya adım atarken uyduğun yasa gereği.
Böyle olmalısın, kaçamazsın kendinden,
Bunu söyledi kâhin kadınlar, peygamberler bunu söyledi;
Ne zaman parçalayabilir ne de herhangi bir güç,
Yaşayarak kendini geliştiren, belirlenmiş biçimi.”

Goethe

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, psikolojik danışmanlarda deneyimlenen şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelemektir. Bu amacın yanında, şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmesi çalışmanın alt amaçları arasındadır.

İlişkisel tarama modelindeki araştırma örneklemini uygun örnekleme yöntemi ile ulaşılan Türkiye'nin çeşitli şehirlerinde çalışmakta olan 418 psikolojik danışman oluşturmaktadır. Katılımcıların 300'ü (%71,8) kadın ve 118'i (%28,2) erkektir. Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış aydınlatılmış onam formu ve kişisel bilgi formu, Şefkat Yorgunluğu Ölçeği (ŞYÖ), İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ) ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ-6) kullanılarak veri toplanmıştır.

Araştırma verileri, SPSS 22 paket programı ve PROCESS Macro eklentisi ile analiz edilmiştir. Şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık değişkenleri arasındaki ilişkiyi analiz ederken Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu, araştırma değişkenlerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Bağımsız Gruplar t Testi ve ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) kullanılmıştır. Ayrıca aracılık hipotezi, PROCESS Macro 3.5 versiyonunda Bootstrap temelli Tekli Aracılık Analizi modeli kullanılarak test edilmiştir.

Araştırma sonucuna göre, psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri çeşitli demografik değişkenlere göre farklılaşmaktadır. Ayrıca, şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres değişkenleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın kısmi aracılık rolüne sahip olduğu ve İkincil travmatik stresin, şefkat yorgunluğu üzerindeki toplam etkisinin %36'sının psikolojik sağlamlık aracı değişkeni dolaylı etkisi ile açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: aracılık analizi, ikincil travmatik stres, psikolojik danışmanlar, psikolojik sağlamlık, şefkat yorgunluğu

ABSTRACT

The fundamental objective of this research is to examine the mediating role of psychological resilience in the relationship between traumatic stress and compassion fatigue among psychological counselors. In addition to this purpose, the study has sub-objectives which examine the variables of compassion fatigue, secondary traumatic stress and psychological resilience in terms of various demographic variables.

The study is a correlational research design and with a sample of 418 psychological counselors working in various cities in Turkey, who were reached by convenience sampling method. There were 300 (71.8%) female and 118 (28.2%) male participants. In the study, data were collected through the consent form and the demographic form prepared by the researcher, in addition to the Compassion fFatigue Scale, the Secondary Traumatic Stress Scale, and the Brief Psychological Resilience Scale.

Data were analyzed with SPSS 22 and PROCESS Macro. Pearson Product-Moment Correlation was used to analyze the relationship between the variables of compassion fatigue, secondary traumatic stress, and resilience Independent Groups t-Test and ANOVA (Analysis of Variance) were used to determine whether the research variables differ according to demographic variables. In addition to these, the mediation hypothesis was tested using the Bootstrap-based Single Mediation Analysis model in PROCESS Macro 3.5.

Results showed that the levels of compassion fatigue, secondary traumatic stress and psychological resilience of psychological counselors differ according to various demographic variables. It was also found that resilience has a partial mediating role in the relationship between compassion fatigue and secondary traumatic stress variables, and 36% of the total effect of secondary traumatic stress on compassion fatigue is explained by the indirect effect of the resilience mediator variable.

Keywords: compassion fatigue, mediation analysis, psychological counselors, resilience, secondary traumatic stress

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3 1. Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Gelir Durumu ve Mesleki Kıdeme İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri 34

Tablo 3 2 Çalışılan Kuruma İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri..... 35

Tablo 4 1 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Ait Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri (n=418)……...41

Tablo 4 2 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları 42

Tablo 4 3 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları..... 43

Tablo 4 4. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 44

Tablo 4 5. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 46

Tablo 4 6. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Gelir Durumuna Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 48

Tablo 4 7. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 50

Tablo 4 8. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları İlişkilere Yönelik Gerçekleştirilen Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları 52

Tablo 4 9. İkincil Travmatik Stres, Psikolojik Sağlamlık ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki Etkiler 54

Tablo 4 10. Bootstrap Temelli Tekli Aracı Değişken Etkisi 56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Şefkat Yorgunluğu Bileşenleri Modeli 16
Şekil 2 Aracı Değişken Analiz Modeli 33
Şekil 3 İkincil Travmatik Stres ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü 56

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**

ÖNSÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **v**

ABSTRACT ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**

BÖLÜM I: GİRİŞ **1**

1.1.Problem Durumu 1

1.2. Araştırmanın Amacı 4

1.2.1. Problem Cümlesi **4**

1.2.1.1. Alt Problemler **4**

1.3. Araştırmanın Önemi 5

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 6

1.5. Araştırmanın Varsayımları 7

1.6. Araştırma Tanımları ve Kısaltmalar 7

BÖLÜM II: KURAMSAL ÇERÇEVE **9**

2.1. Şefkat Yorgunluğu 9

2.1.1. Şefkat **9**

2.1.2. Şefkat Yorgunluğu **12**

2.2. İkincil Travmatik Stres 19

2.2.1. Travma: **19**

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB): **20**

2.2.3. İkincil Travmatik Stres (İTS): **21**

2.3. Psikolojik Sağlamlık 23

2.3.1. Kişisel Özellik Olarak Psikolojik Sağlamlık **24**

2.3.2. Dinamik Süreç Olarak Psikolojik Sağlamlık **25**

2.3.3. Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Kavramlar 27

2.3.4. Psikolojik Sağlamlık ve Dört Dalga Hareketi 28

2.3.5. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler 29

BÖLÜM III: YÖNTEM 32

3.1. Araştırma Modeli 32

3.2. Evren ve Örneklem 34

3.3. Veri Toplama Araçları 36

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 36

3.3.2. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği 37

3.3.3. İkincil Travmatik Stres Ölçeği 37

3.3.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 38

3.4. Verilerin Toplanması 38

3.5. Verilerin Analizi (Çözümlenmesi) 39

BÖLÜM IV: BULGULAR 41

4.1. Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık Değişkenlerine İlişkin Bulgular 41

4.2. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Çeşitli Değişkenlere Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular 42

4.3. Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık Değişkenlerinin Aralarındaki İlişkilere İlişkin Bulgular 52

4.4. İkincil Travmatik Stres ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü Modeline Yönelik Bulgular 53

BÖLÜM V: TARTIŞMA 58

5.1.Tartışma 58

5.1.1. İkincil Travmatik Stres Değişkenine İlişkin Tartışma 58

5.1.2. Şefkat Yorgunluğu Değişkenine İlişkin Tartışma 61

5.1.3. Psikolojik Sağlamlık Değişkenine İlişkin Tartışma 63

5.2. İkincil Travmatik Stres, Şefkat Yorgunluğu ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkilere Yönelik Tartışma 65

5.3.Öneriler 68

KAYNAKÇA..... 70

EKLER 104

BÖLÜM I: GİRİŞ

Yürütülen araştırmaya ait problem durumu, araştırma amacı, alt problemleri, önem, sınırlılıklar, varsayımlar, araştırma tanımlar ve kısaltmalar ile ilgili bilgiler bu bölümde ele alınacaktır.

1.1.Problem Durumu

Psikolojik danışmanlar, ruh sağlığı uzmanı olarak, hayatlarını, bireylerin olumsuz yaşam deneyimlerini, travmalarını ve acılarını yönetmelerine yardımcı olmaya adamaktadır. Empati, etkili bir danışma süreci için önemlidir; fakat uzmanlar danışanların deneyimlerini anlamak için empati kurmaları nedeniyle olumsuz duyguların etkisinde kalabilmektedir. Bu zorlu deneyimler psikolojik danışmanlarda şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğe yol açabilmekte ve danışman olarak etkin bir şekilde süreci yönetememeye neden olarak danışanları olumsuz etkileyebilmektedir (White, 2019). Söz konusu gerekçelerle psikolojik danışmanların yaşamaları muhtemel olan şefkat yorgunluğu ve bileşenlerinin ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Uzmanlar, danışmanlık sürecinde verimli bir terapötik ilişki için gerekli olan danışan-danışman uyumunu geliştirmeye çalışmaktadır (Clark, 2010; Geist, 2013). Terapötik süreç içerisinde doğal olarak gelişen danışan-danışman ilişkisi sürecin kendisi için önemlidir ve empatik bir anlayışı içermektedir (Duan ve Hill, 1996; Rogers, 1975). Fakat ruh sağlığı uzmanlarının empatiyi hissetme ve ifade etme kapasitelerinin yüksek olduğu algısı, onları olumsuz sonuçlar açısından yüksek risk altına sokarak (Figley, 1995) önemli ölçüde duygusal, bilişsel ve davranışsal değişiklikler oluşturabilmektedir (Adams vd., 2006; Newell ve MacNeil, 2010).

Seanslarda danışanlardan, duyguları ve olayları işlemek amacıyla danışma öncesi yaşam deneyimlerini ve mevcut problemlerini detaylandırmaları beklenmektedir. (Duan ve Hill, 1996; Rogers, 1975). Öte yandan danışmanlık sürecinde uzmanların, danışanın travmasına maruz kalması ve onun acı çekmesine dahil olması duygusallığı artıran bir tetikleyicidir (Bride ve Figley, 2007). Danışmanların sürekli olarak danışanlarının travmatik materyaline maruz kalmasının olası yan etkileri bulunmaktadır (Figley, 2002; Pearlman ve Mac Ian, 1995; Schauben ve Frazier, 1995; Stamm, 2010). Danışmanlarda, danışanın olumsuz hikayelerine maruz kalmak ve danışanla empati kurmanın verdiği duygusal tepki olarak

şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişlik gibi kasıtsız tepkiler görülebilmektedir (Hunsaker vd., 2015). Figley (1995, 2001), bu durumu "ilgi gösterme bedeli" olarak ifade etmektedir.

Şefkat yorgunluğu, terapötik süreçte empati kurmanın kümülatif etkilerinden kaynaklı tükenme ve travmatize danışanlara ikincil maruziyetten kaynaklanan olumsuz duygusal, fizyolojik, biyolojik ve bilişsel etkiler olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995, 2002) ve dolayısıyla ikincil travmatik stres ve tükenmişlik bileşenlerini içermektedir (Stamm, 2010).

Şefkat yorgunluğu belirtileri; iş tatminsizliği, yetersizlik duygusu, depresyon, özeleştiri, kronik endişe, kaygı, uyku güçlüğü, kabuslar, hipertansiyon, kalp hastalığı, üzüntü, suçluluk, kopma, kas gerginliği, yorgunluk, öfke, huzursuzluk, umutsuzluk, çaresizlik, ilgisizlik, izolasyon, sınır koymada zorluk, duygusal yönetimde güçlük, kaçınma, uyuşma, güvensiz hissetme, kimlik kaybı, ilişkisel çatışmalar, dürtüsellik ve kendine zarar verme düşünceleri veya eylemlerinin yanında yargılama hataları veya danışma süreci hataları, aile içi çatışmalar yaşama, olumsuz başa çıkma becerileri geliştirme, beslenme yetersizliği, dikkatin azalması, mesleği erken bırakma, etik ihlaller, bozulmuş iletişim ve izolasyon gibi örneklendirilebilir (Franza vd., 2015; Fukumori vd., 2018; Merriman, 2015; Ray vd., 2013; Winters, 2018).

Şefkat yorgunluğu nedenleri arasında; iş-yaşam dengesizliği, yüksek vaka yükleri, destek azlığı, beklenmedik yaşam değişiklikleri, danışanlar ile temas düzeyi, uzmanların rolü dışında aileler veya ekip üyeleri ile çalışma, (Pehlivan ve Guner, 2018; Ray vd., 2013; Turgoose ve Maddox, 2017), uzmanların inanç ve algılarına ters durumlar ile çalışması (Kompanje, 2018), sinizm, danışanlara ve ailelere yönelik hayal kırıklığı veya buna bağlı olarak öfke (Merriman, 2015), şefkat yorgunluğu konusunda eğitim ve anlayış eksikliği ve yoğun çalışma gibi faktörler yer almaktadır. Tüm bu faktörlerin yanında, bu çalışmada da ele alınan ikincil travmatik stresin şefkat yorgunluğunun bileşenlerinden biri olduğu düşünülmektedir.

İkincil travmatik stres, ruh sağlığı çalışanlarının danışanların travmatik hikayelerine tanıklık etmelerinin bir sonucu (Jenkins ve Baird, 2002; Pehlivan ve Güner, 2018) veya işle ilgili ikincil düzeyde travmatik olaylara maruz kalma olarak görülmektedir (Gallavan ve Newman, 2013). Bu tanımlara göre, travma kişinin yakınları, diğer uzmanlar ve danışanlar aracılığıyla gelişmektedir. Şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres, danışan-danışman ilişkisinin risk faktörü olması açısından benzerdir, ancak ikincil travmatik stres diğerlerinin

travmasına uzun süreli maruz kalmaya özgüyken, şefkat yorgunluğu diğerlerine uzun süreli bakım verme ve strese maruz kalma nedeniyle gerçekleşmektedir (Pehlivan & Güner, 2018). İkincil travmatik stresin uzmanlar üzerindeki etkileri farklıdır (Jenkins ve Baird, 2002); fakat genellikle aşırı uyarılma, kaçınma ve müdahaleci veya başka birinin travmasıyla ilgili düşünceler veya anılar dahil olmak üzere Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtilerini yansıtmaktadır (Turgoose ve Maddox, 2017).

Şefkat yorgunluğunun diğer bir bileşeni olan tükenmişlik ise, duygusal, fiziksel, psikolojik ve ruhsal seviyelerde işle ilgili tükenme olarak tanımlanmaktadır (Owens-King, 2019). Kişinin işinde, destekleyici olmayan ortamlarda veya ağır iş yüklerinde kendini başarılı hissetmemesi nedeniyle işini etkili bir şekilde yerine getirmedeki umutsuzluk duyguları ve zorluklarla ilişkilidir (Bhutani vd., 2012; Turgoose ve Maddox, 2017). Tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve etkisizlik duygularının yanı sıra sinizm, memnuniyetsizlik duyguları, kişilerarası işlevsellikte bozulma, duygusal uyuşma, fizyolojik problemler ve ilginç bir şekilde algının üç bileşeni ile karakterize edilen psikolojik bir sendrom olarak ele alınmaktadır (Merriman, 2015; Sprang vd., 2007; Thompson vd., 2014).

Bahsi geçen şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğe karşı bir koruyucu etken olabileceği düşünülen psikolojik sağlamlık, uzmanlar açısından yüksek kaliteli hizmet sunmanın sağlanmasında (Grant ve Kinman, 2011) ve profesyonel büyümede (Collins, 2008) önemlidir. Psikolojik sağlamlık, kişinin olumsuz sonuçlar göstermesi beklenen yaşantıların veya durumların üstesinden gelme kapasitesini ifade etmektedir (Grant ve Kinman, 2011; Rutter, 2007). İnsanlarda ortak bir deneyim olarak anlaşılmasına rağmen (Collins, 2008), psikososyal faktörlerden etkilenen değiştirilebilir bir yapıdır (Rutter, 2007). Birey ve çevresi arasındaki bu etkileşim, ailesel, toplumsal ve sosyal olmak üzere farklı düzeylerde gerçekleşmektedir (Hernandez vd., 2007). Buna bağlı olarak kişilerin bir olay ya da durumdan etkilenme veya onunla baş etme becerilerinin farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres veya tükenmişlik yaşamalarının danışma sürecinde hem danışman hem de danışan açısından olumsuz sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Psikolojik danışmanlar açısından profesyonel hizmet sunma zor hale gelebilmektedir. Danışmanlar, kendilerinde danışana yönelik ilgi verme, empati kurma, uzman görevlerini yerine getirme veya süreci yürütmeye dair motivasyon bulamayabilmektedir. Ayrıca uzmanların kişisel hayatları da bu durumdan olumsuz

etkilenebilmektedir. Dahası, uzmanların benlik algıları değişebilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerini sekteye uğratan bu durum küresel çapta bir sorun olarak ele alınmaktadır.

Şefkat yorgunluğu ve bileşenlerini geliştirme düzeyinin kişilerin psikolojik sağlamlık düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişki daha fazla incelenmelidir. Danışmanlık sürecinde psikolojik danışmanlar ve diğer ruh sağlığı uzmanları, danışanları aracılığıyla ikincil olarak yaşadığı olumsuzluklara farklı düzeyde tepki vermektedir. Kişilerin etkilenme düzeyleri sahip oldukları psikolojik sağlamlık düzeyi ile ilişkilidir, çünkü psikolojik sağlamlık düzeyi, kişinin zorlu süreçler ile baş etmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Bu sebeple, bu çalışmada Türkiye'deki psikolojik danışmanlarda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü araştırılmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada psikolojik danışmanlarda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında, ikincil travmatik stresin, şefkat yorgunluğunun ve psikolojik sağlamlığın ilgili demografik değişkenler açısından incelenmesi de amaçlanmıştır. Araştırma amacı doğrultusunda belirlenen problem cümlesi ve alt problemler aşağıda yer almaktadır.

1.2.1. Problem Cümlesi

Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu düzeyleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı bir rolü var mıdır?

1.2.1.1. Alt Problemler

1. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

2. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri medeni hale göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

3. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

4. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

5. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

6. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri mesleki kıdeme göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

7. İkincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

8. İkincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

9. Şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

10.İkincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Psikolojik danışmanlar, kişilerin acı, kararsızlık, istismar ve diğer birçok yaşam olayları ile başa çıkmalarını terapötik süreç içerisinde işlemektedir. Uzmanlar, terapötik ortamda hayatlarının mahrem detaylarını paylaşan danışanlara duyarlı davranmaktadır. Terapötik ilişkinin bu dinamikleri, terapide meydana gelen kişisel ve profesyonel alışverişin temelini oluşturmaktadır. Öte yandan, uzmanlar, yoğun bir konsantrasyonla başka bir kişinin endişelerini özümseme ve sonrasında bu bilgilerden arınma ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir. "Bir uzman nasıl olur da seans içerisinde olumsuz duruma yoğunlaşırken sonrasında tamamen durumla ilgisini kesilebilir?" sorusu ilgili ruh sağlığı profesyonellerinde ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu alanındaki araştırmaların temelidir (Figley, 1995).

Ruh sağlığı uzmanları da danışanlar kadar seanslarındaki olaylara ve deneyimlere karşı savunmasız olabilmektedir (Cemey, 1995) ve uzmanlar arasında yüksek düzeylerde ikincil travmatik stres, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu sorunları gözlenmektedir (Latta, 2012). Bu durum, ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir (English, 2020). Şefkat yorgunluğu etkileri kişilerarası, duygusal ve örgütsel olumsuz sonuçlar olarak ortaya çıktığında müdahale gerektiren bir sorundur (Kelly ve Todd, 2017). Bu ifadenin altında yatan fikirler önemlidir, çünkü şefkat yorgunluğu, yardım mesleklerinde çalışmanın doğal ve beklenen bir sonucu olmasına rağmen, proaktif ve önleyici çalışılabilmektedir (Figley, 2002; Kelly ve Lefton, 2017). Geoffrion vd. (2016), şefkat yorgunluğunu bir problem olarak ele alan anlayışı geliştirmenin uzmanlara yardımcı olmak için önemli olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde, Turgoose ve Maddox (2017), şefkat yorgunluğu, tükenmişlik, ikincil travma, psikolojik sağlamlık, öz bakım ve başa çıkma stilleri ile ilgili

kavramlar ve değişkenler arasındaki ilişkileri incelemenin önemini vurgulamaktadır. Bu durumun sorun olarak değerlendirilmesinin nedenleri arasında ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik hakkında bilgi eksikliği, psikolojik sağlamlığa kaynak oluşturacak özbakım, süpervizyon ve eğitim eksikliği yer almaktadır (Jambrak vd., 2014; Turgoose vd., 2017). Ülkemizde ruh sağlığı alanında şefkat yorgunluğu kavramı ile ilgili mevcut literatür çok kısıtlıdır ve büyük bir boşluk bulunmaktadır. Bu açıdan, yürütülen çalışma ile yerel literatürdeki bu eksikliğin giderilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Özetle, ruh sağlığı, birey ve toplum açısından önem arz etmekle birlikte, ruh sağlığı hizmeti sağlayan uzmanların psikolojik sağlığı bireyleri, danışanları ve toplumu etkilemektedir. Literatürde şefkat yorgunluğu, uzmanların mesleki ve bireysel olarak mağdur oldukları bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır ve çalışmaların büyük çoğunluğu sağlık sektörü özelinde hemşireler ile yapılmıştır. Bu doğrultuda şefkat yorgunluğu fenomenini ruh sağlığı alanında psikolojik danışmanlar kapsamında incelemenin hem alana hem de literatüre önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. Psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu geliştirmesinde birçok faktör etkili olmakla birlikte, ikincil travmatik stres ve bununla başa çıkmada psikolojik sağlamlık rolünün ele alınmasının alana farklı bir bakış açısı ve önleme çalışmalarına temel sunacağı düşünülmektedir. Türkiye'de bu bağlamda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple, şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır.

Ülkemizde psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu yaşamasında ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlığın etkisine dikkat çekilmesi ve çözüm odaklı müdahalelere odaklanılması açısından bu çalışmanın hem psikolojik danışmanlık alanına hem de ileride gerçekleştirilecek akademik araştırmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma örneklemi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık mezunları ile sınırlıdır.
- Araştırma 2020-2021 yılları arasıyla sınırlıdır.
- Araştırma sonucu, ölçme araçlarının ölçtüğü nitelik ve şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık değişkenleri ile sınırlıdır.

1.5. Araştırmanın Varsayımları

- Katılımcıların, araştırmada kullanılan ölçme araçlarını içtenlikle ve yansız olarak cevapladıkları ve ulaşılacak sonuçların güvenilir olduğu varsayılmaktadır.
- Örneklemin, evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
- Ölçme araçlarının araştırma amacına uygun olarak değişkenlerini ölçme yeterliliğine sahip olduğu varsayılmaktadır.

1.6. Araştırma Tanımları ve Kısaltmalar

Şefkat Yorgunluğu: Travmatize veya yüksek düzeyde stresli danışanlar ile çalışma ve ikincil travmaya veya şefkat stresine uzun süre maruz kalma veya şefkatin azalmasına neden olan tek bir yoğun olaya uzun süre maruz kalmanın bir sonucu olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkilenme (duygusal tükenme, duygusal gerginlik ve işlev bozukluğu) durumudur (Kelly ve Lefton, 2017).

İkincil Travmatik Stres: Danışan travmalarına tanık olma ve tekrar tekrar maruz kalma etkisinin neden olduğu stres ve gerginliktir. Travmayı doğrudan yaşamadan, ancak travmatize olmuş kişiyle temas halinde olan bir bireyde meydana gelen travma sonrası strese benzer belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995). Danışmanlar, seansta travmatik deneyimleri dinleyerek travmatik olaylara ikincil maruziyet yaşayabilir ve korku, uyku güçlükleri, araya giren görüntüler ve travmatik deneyimlerin hatırlatıcılarından kaçınma gibi duygusal ve fiziksel tepkiler üretebilmektedir (Berceli ve Napoli, 2006; Shapiro, 2013).

Tükenmişlik: bunaltıcı bir çalışma ortamının sonucu (Stamm, 2010), duygusal taleplerin saldırısı, sinir bozucu iş aksaklıkları ve zor durumlar veya bireyler nedeniyle sağlıklı savunma mekanizmalarının zayıflamasından kaynaklanan, işteki kronik kişilerarası stresörlerle uzun süreli temasın neden olduğu ve kademeli olarak ortaya çıkan psikolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Leiter, 2008; Maslach vd., 2001; Wagaman vd., 2015).

Psikolojik Sağlamlık: Başlangıçta bilişsel yetenekle ilişkili bir kişilik özelliği olarak tanımlanan kavram (Lam ve McBride- Chang, 2007), sonrasında psikososyal bir süreç olarak yeniden tanımlanmıştır (Earvolino-Ramirez, 2007). Değişim veya zor deneyimlerle başa çıkma, öğrenme ve gelişme (Wagnild ve Young, 1993), olumsuz stresin etkileriyle başa çıkan ve uyumu teşvik eden bir özelliktir (Ahern vd., 2006). Bonanno (2008)'ya göre, travma ve kayba maruz kalmasına rağmen, bireyin zaman içinde nispeten istikrarlı, sağlıklı psikolojik ve fiziksel işlevsellik düzeylerini koruma ve yeni deneyimler ve olumlu duygular üretme yeteneğine sahip olma yeteneğidir.

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İTS: İkincil Travmatik Stres

ŞY: Şefkat Yorgunluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA: American Psychological Association

BÖLÜM II: KURAMSAL ÇERÇEVE

Yürütülen araştırmanın temelini oluşturan ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık kavramları bu bölümde ele alınacaktır.

2.1. Şefkat Yorgunluğu

2.1.1. Şefkat

Oxford İngilizce Sözlüğü tanımına göre, "şefkat" kelimesinin kökeni, anlamı "birlikte acı çekmek" olan Latince "compati" (com= ile, pati=acı çekmek) kelimesine dayanmaktadır. Lazarus (1991) şefkati, acı çeken kişiyi hissetmek ve yardım etmek için harekete geçme motivasyonu olarak tanımlamaktadır. Şefkat, "diğerleri için hissetmemizi" değil, "diğerleriyle birlikte hissetmemizi" gerektirir ve hissetmekten fazlasını içerir (Boleyn-Fitzgerald, 2003). Goetz vd. (2010), şefkatin başkasının acısına tanık olurken ortaya çıkan yardım etme arzusunu motive eden duygu olduğunu belirtmektedir. Şefkat, kişilerin acı çektiğinin farkında olarak hareket etmenin ve yardım etmeyi istemenin yanında, yargılayıcı olmayan bir duruş benimseme ve diğerlerinin acı çekmesiyle karşılaştığında kendi rahatsızlığını tolere edebilme yeteneğini içerir (Gilbert, 2010; Wispe, 1991). Şefkat, Budist felsefenin temel ilkelerinden biridir. Budizm'e göre, duygusal bir tepki olmanın yanında, etiğe uygun ve özverili bir şekilde kişileri acı çekmekten kurtarma niyeti içeren akıl ve bilgeliğe dayalı bir tepkidir (Dalai Lama, 1995). Şefkat, zihnin bir dizi farklı özelliğini bütünleştiren karmaşık, çok yönlü, psikolojik ve sosyal bir süreçtir (Gilbert, 2010). Örneğin, Budist geleneğine bağlı olan Feldman ve Kuyken (2011)'e göre şefkat, acıya, kedere ve ıstıraba karşı çok dokulu bir tepki olup nezaket, empati, cömertlik ve kabulü içerir. Cesaret, hoşgörü, sükûnet ipleri, şefkat kumaşını dokumuştur ve şefkat, acı gerçeğine açılma ve onun iyileşmesini isteme kapasitesidir. Bireyler, sadece bağlanmanın oluştuğu yakınlarına değil, aynı zamanda diğer kişiler için de şefkat duygusunu hissedebilir (Dalai Lama, 1995; Gilbert, 2010; Sprecher ve Fehr, 2005).

Şefkat tanımlarının ortak özelliği, birinin acı çektiğinin farkına varmak, bu durumdan duygusal ve bilişsel olarak etkilenmek ve yardım etmek için harekete geçme veya motive olma hissidir. Şefkat vurgularından biri acıdan etkilenerek harekete geçme olmasına rağmen, birçok tanıma göre, şefkat aynı zamanda, acı çekmenin bir sonucu olarak kendi içinde ortaya çıkan rahatsız edici duyguları (acıdan kaynaklanabilecek hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı veya

öfke duyguları gibi) tolere edebilmeyi içerir. Ayrıca şefkat, acı çeken kişiyle ortaklıkları fark etmeyi ve kendimizi benzer bir konumda bulabileceğimizi kabul etmeyi içerir (Strauss vd., 2016).

Şefkat kavramı ile empati, nezaket, acıma ve özgecilik gibi kavramlar birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir. Kavramlar arasındaki örtüşmeleri ve farklılıkları değerlendirmek şefkati tanımlamak açısından öğreticidir.

2.1.1.1. Empati. Kişinin, kendini psikolojik olarak o kişinin durumuna yerleştirerek başkasının duygularını paylaşmasıdır (Lazarus, 1991). Başka bir kişinin durumunu veya ruh halini anlama eğilimidir (Johnson vd., 1983). Kişinin, benliği ve diğerleri arasında ayrım yaparak başkalarının duygularını kavrama yeteneğidir (Decety ve Michalska, 2010). Kişinin yaşadığı ile başkaları tarafından ifade edilen duygular arasındaki benzerlik, başkalarının hislerini kendisiyle başkaları arasında ayrımı yaparak yaşama ve anlama yeteneğidir (Decety ve Lamm, 2006). Başkaları adına hissedilen duygusal tepkilerdir (Stocks vd., 2011). Empati, kişisel özellikler ve durum etkileri arasındaki etkileşime bağlı olarak ortaya çıkan duygusal bir tepkidir, yukarıdan aşağıya kontrol süreçleri tarafından şekillendirilir. Kişinin, duygu kaynağının kendisi olmadığının bilinciyle uyaran duyguyu algılaması ve anlaması empati kurmaktır (Cuff vd., 2016).

Psikolojik danışma bağlamında empati, uzmanın danışanın ihtiyaçlarına, düşüncelerine ve duygularına anbean girmesini ve bunları paylaşmasını sağlayan bir ilişki biçimini ifade etmektedir. Danışanın durumunu empatik bir şekilde kavramak, kişinin kendi önyargılarını ve kendisi için sahip olduğu değerleri bir kenara bırakmasını gerektirir. Bir danışanla empatik olarak birlikte olmak, yargılayıcı olmayan, şefkatli ve ahlaki bir duruş sergilemek anlamına gelmektedir (Geller, 2006).

2.1.1.2. Nezaket. Duygusal, davranışsal ve motivasyonel bileşenlerin bir kombinasyonudur. Nazik davranışlar, diğer insanlara fayda sağlamakta veya başkalarını mutlu etmektedir (Kerr, O'Donovan ve Pepping, 2014). Nezaket bir karakterin güçlü yanlarındandır ve diğer insanlara karşı nazik olma, şefkatli olma, iyi oluşları ile ilgilenme, iyilik yapma ve diğerlerine ilgi gösterme eğilimini tanımlamaktadır (Peterson ve Seligman, 2004). Nezaket, ödül veya ceza gibi dış etkenler tarafından motive edilmeden bir başkasının yararına olan gönüllü ve istendik davranışlardır (Eisenberg, 1986). Başkalarına fayda sağlamayı amaçlayan eylemler olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda arkadaş canlısı, cömert

ve düşünceli bir yapıya sahip olmak ve kibarlık, saygı, dostluk ve ilgili olma özelliklerini de içerir olarak da tanımlanabilir (Johnstone, 2010).

2.1.1.3. Acıma. Duygu, kapasite, tavır, ruh hali ve ahlaki bir duruş olarak çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Acıma kavramı, Latince "Tanrılara ve insana gereken saygı" anlamına gelen "Pietas" kelimesinden gelmektedir (Hainsworth, 1991). Acıma kelimesi ilk kez, bir başkasının acı çekmesi veya talihsizliği için hissedilen üzüntü ve yardımcı olma arzusu anlamında kullanılmıştır (Geller, 2006). Aristotle, Retorik adlı eserinde acımayı, bazı kötülüklerin, yıkıcı veya acı verici görüntülerin neden olduğu, onu hak etmeyen birinin başına gelen, kendimize veya bir arkadaşımıza ve dahası yakında başımıza gelmesini bekleyebileceğimiz bir acı hissi olarak tanımlamıştır (akt. McKeon, 2009). Acıdığımız insanlar, bize yakın olan veya birçok yönden bizim gibi olan kişiler olarak tanımlanmaktadır (Carr, 1999). Acıma, çatışma yüklü bir karşıaktarım tepkisidir ve kişiler genellikle olumsuz duygularla birlikte acıma yaşadığını bildirmektedir (Saul, 1967). Kişi acıdığı birini empatik olarak anlayamaz ya da duygusal mesafe yaratmak için düşüncelerini kullanır (Boleyn-Fitzgerald, 2003). Acıma, şefkatin "yakın düşmanı" olarak kabul edilir. Şefkatle karıştırıldığı için "yakındır", fakat şefkat erdemini edinmeye engel olduğu için "düşmandır" (Walshe, 1995).

2.1.1.4. Özgecilik. Antik çağlardan beri felsefi tartışmaların merkezinde yer alan bir kavramdır. Fransızca olarak "özgecilik" terimi ilk olarak Auguste Comte tarafından Pozitif Politika Sistemi adlı eserde "diğerine" anlamında kullanılmıştır. Comte'un kastettiği özgecilik, ahlaki bir kavramdır ve insanın diğerlerinin yararına eylemler gerektiren özverili güdüleri anlamına gelmektedir (Scott ve Seglow, 2007). Özgecilik, başkalarına yardım etme amacı taşıyan eylemleri içermektedir. Birey, başkalarının iyiliği için nihai arzulara sahipse ve bir davranış böyle bir arzu tarafından motive ediliyorsa özgecildir (Stich vd., 2008). Diğerlerinin refahı, öncelikle kişinin kendi refahını artırmak için motive edilmiş davranışın istenmeyen sonucu veya ikincil kazancı ise, o eylem özgecil değildir. Bir davranışın, kişisel refah için araç olarak değil, kendi başına diğerlerinin iyiliği için bir amaç olarak gerçekleştirilmesidir. Özgeci bir eylemde ödül beklentisi veya herhangi bir beklenti yoktur (Post, 2002). Sonuç ne olursa olsun, davranışı motive eden düşünce ve duygular açısından tanımlanan ve başkasının iyi oluşuna katkı sağlama amacı olan davranışlardır (Batson 2011).

Özetle, şefkat, empati, nezaket, acıma ve özgecilik kavramları birbiriyle ilişkili olsa da farklılıklar göstermektedir. Empati, daha genel olarak başka bir kişinin bakış açısını alma ve

duygularını hissetme yeteneğimizi ifade ederken, şefkat, bu duygu ve düşüncelerin yardım etme arzusunu içermesidir. Nezaket bir eylemdir ve diğerlerine karşı hislere sahip olmadan da davranışa dökülebilir. Ancak şefkat bir duygudur ve kişi diğerlerini hisseder, ilişki kurar ve durumun üzerinde çalışır. Şefkat, diğerinin nasıl hissettiğini anlamak ve duyguları paylaşmaktır. Acıma, diğerlerinin duygularını anlamak ve paylaşmak zorunda kalmadan üzgün hissetmektir. Özgecilik, genellikle şefkat duygularının güdülediği özverili davranışlardır. Ancak kişi şefkati harekete geçmeden hissedebilir ve özgecilik her zaman şefkatle motive olmamaktadır.

2.1.2. Şefkat Yorgunluğu

Ruh sağlığı uzmanları profesyonel yaşamlarında doğrusal veya tutarlı bir rutine sahip olmayabilir. Danışmanlar meslek hayatları boyunca çok sayıda danışan ile karşılaşmakta, danışanlar tarafından çeşitli deneyimler edinmekte (Rosenberg ve Pace 2006) ve duygular yaşamaktadır (Thompson vd., 2014). Danışmanlar, birlikte çalıştıkları bireylere sıklıkla umut, enerji, empati ve hayat getirirken (Skovholt 2012), kendileri danışanları ile etkileşim yoluyla tükenme yaşayabilirler (Figley 2002). Bu durum zamanla, terapötik çalışmanın canlılığına (Ryan ve Deci 2008), titizliğine ve etkililiğine zarar verebilir (Figley, 2002). Danışmanların yaşayabileceği tükenme ve duygusal yıpranma, benlik saygısını ve benlik algısını da etkileyebilir (Lawson vd., 2007). Yaşanan kişisel ve terapötik zorluklar, şefkat yorgunluğuna neden olabilmektedir.

Şefkat yorgunluğu, ilk olarak sağlık profesyonelleri tarafından yaşanan tükenmişliği tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Ray vd., 2013). Joinson (1992) acil servis hemşirelerinde tükenmişliği incelerken, hemşirelerin giderek bakım yeteneklerini yitirdiklerini fark edip bu duruma şefkat yorgunluğu adını vermiştir. 1992 ve 1995 yılları arasında Figley (1995) daha az damgalayıcı olduğunu ve daha olumlu bir çağrışım olduğunu düşündüğü için ikincil travmatik stresi şefkat yorgunluğu olarak yeniden adlandırmıştır. İlerleyen süreçte, Figley (2002) ise şefkat yorgunluğunu bakım veren kişinin tükenmişliğinin bir formu olarak tanımlamıştır. Figley (2001), Şefkat Yorgunluğu Modelini geliştirmiştir ve daha kapsamlı olması amacıyla çeşitli girişimlerle terim tanımı genişlemeye devam etmektedir.

1800'lerin sonlarında savaş sonrası nevroz ve çarpışma yorgunluğu ile ilgili travmanın psikolojik etkileri hakkında çalışmalar başlamış olup Carl Jung, karşıaktarım kavramını tartışırken günümüzde "şefkat yorgunluğu" olarak adlandırılan durumdan bahsetmektedir (Baranowsky vd., 2005). Jung, terapistlerin seanslarda danışanlarının travmatik senaryolarına maruz kalması ve bu maruziyetin terapist üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği konusunda endişelerini bildirmiştir (Baranowsky vd., 2005).

Ruh sağlığı uzmanları, danışanların hayat acıları ve yaşadıkları travma paylaşımlarına sürekli olarak maruz kalmaktan dolayı zorluk yaşayabilirler. Danışmanlar, öz bakım ve danışana hizmet sunma dengesini kurmakta zorlanabilir ve öz bakımlarını ihmal ettiklerinde kaygı, sıkıntı, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğu gibi çeşitli konulara karşı savunmasız hale gelebilirler (Ray vd., 2013).

Şefkat yorgunluğu kavramı, travmatize olmuş veya acı çeken birine yardım etme isteği veya birey için önemli olan birinin yaşadığı travmatik olay hakkında bilgi sahibi olmanın sonucu olarak ortaya çıkan doğal duygu ve davranışlar olarak tanımlanmıştır (Figley, 1995). Travmatize olmuş bireylerle çalışma ve ikincil travmatik strese neden olabilecek olayları deneyimlemenin kümülatif etkilerini içermektedir (Figley, 2002). Travmatize veya yüksek düzeyde stresli danışanlar ile çalışma ve doğrudan ikincil travmaya veya şefkat stresine uzun süre maruz kalma nedeniyle biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkilenme durumudur (Kelly ve Lefton, 2017). Şefkat yorgunluğu, duygusal, fiziksel, sosyal ve ruhsal bir yorgunluk olarak kişinin enerjisi, yeteneği, hissetme arzusu ve diğer insanlara yardım etme enerjisinin azaldığı bunalmışlık olarak tanımlanabilir. Danışanlar ile yoğun, sürekli, uzun süreli temasın, strese maruz kalmanın ve iş bağlamında kendini yıpratma sürecinin sonucunda meydana gelmektedir. Şefkat yorgunluğu, bir tükenme hali olup aynı zamanda biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak şefkat stresine maruz kalmaktan kaynaklanan bir işlev bozukluğudur (Cuartero ve Campos-Vidal, 2018). Seanslarda danışanların travmatik hikayeleri ve acılarını tekrar tekrar dinlemek, danışmanlar için şefkat yorgunluğu geliştirme eğilimini artırabilir (Skovholt ve Trotter-Mathison, 2016). Çeşitli araştırma sonuçlarına göre, şefkat yorgunluğu ruh sağlığı uzmanları ve diğer travma uzmanları açısından büyük bir risk oluşturmaktadır (Figley, 1995, 2002; Pearlman ve Mac Ian, 1995).

Şefkat ve empati, danışmanların öz bakımının gelişiminde önemli bir role sahip olmakla birlikte (Raab, 2014), danışmanlar açısından bir bedel getirebildiğini belirten Figley (1995), danışman olmayı kapsayan empatik ve şefkatli çalışmanın yorgunluğunu vurgulamaktadır.

Figley (1995)'e göre, şefkat yorgunluğu, uzmanların kurbana veya danışana karşı sahip olduğu empatik bağlılık düzeyiyle bağlantılı olarak hissedilen strestir. Hizmet sunan profesyonelin, danışanın travmatik yaşantısını dinlemeye maruz kalması ve empati kurması sonucu olarak gelişmektedir (Figley, 2002). Bu empatik katılım nedeniyle uzman, danışanınkine benzer duygu ve semptomlar yaşayabilir (Figley, 1995). Terapistin, empati düzeyini artırması ile şefkat yorgunluğu geliştirmeye karşı daha savunmasız hale gelmesi arasında doğrusal ilişki bulunmaktadır (Figley, 2002).

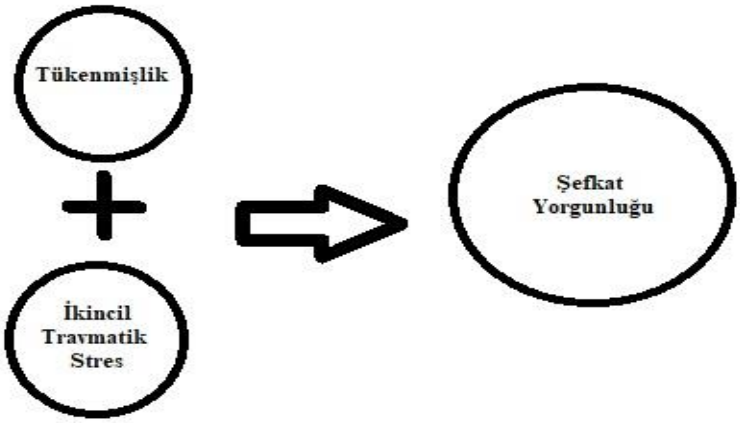
Literatürde şefkat yorgunluğu ve bununla ilgili kavramlar, travmaya yakalanmanın ilişkisel yönünü ima ederek sistemik travmatik stres olarak anılmaktadır (Goff ve Smith 2005). Çeşitli çalışmalarda, travma geçmişi olan danışanlarla çalışan danışmanların bu etkileşimlerin bir sonucu olarak genellikle TSSB gibi psikolojik sıkıntı belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (Bride, 2007; Figley, 1995; Nelson-Gardell ve Harris, 2003; Schauben ve Frazier, 1995). Fizyolojik ve duygusal semptomlara örnek olarak, duygusal geri çekilme, künt duygulanım, sosyalleşmede azalma, duyarsız çalışma etiği, cinsel istekte azalma, karşı cinsten korkma ve yüksek seslere karşı aşırı duyarlılık görülebilmektedir (Sokoloff, 2005). Ek olarak, şefkat yorgunluğu belirtileri anksiyete, depresyon, yoksunluk, tükenme, travma ile ilgili takıntılı düşünceler, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri gibi semptomlar ile paralellik göstermektedir (Figley 2002). Şefkat yorgunluğu, danışanın travmatik olayını deneyimlemeyi ve bu sebeple danışan ve travmatik olay hatırlatıcılarından kaçınmayı (Figley 2002) ve hizmet sunulan danışanlardan uzaklaşma, duyarsızlaşma veya empatinin ve şefkat kapasitesinin azalması bileşenlerini içermektedir (Ekman ve Halpern, 2015; Henson, 2017). Ayrıca şefkat yorgunluğu yaşayan uzmanlarda ortak olarak danışanlara yönelik ilgi, empati düzeyi ve olumlu duyguların azalması, fiziksel ve duygusal tükenme, iş tatmin düzeyinin azalması, işle ilgili umutsuzluk hissetme ve bu etkilerin bireyin yaşamının diğer alanlarına sıçraması belirtileri görülmektedir (Figley, 1995, 2002; Leon vd., 1999; Maslach, 1976; Pines ve Kafiry, 1978).

Ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller için işin günlük rutinleri hem stresli hem de duygusal olarak derinden etkili olabilir. Maruz kalmaya rağmen, danışmanlardan kişisel duygularını bir kenara koymaları ve danışanlarının sorunlarına ve ihtiyaçlarına yanıt olarak mümkün olan en iyi ruh sağlığı hizmetini sağlamaları beklenmektedir (Figley, 2002). Merriman (2015) şefkat yorgunluğunun psikolojik danışmanların sağlığını ve diğerleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Örneğin, danışanlara karşı empati eksikliğine, motivasyonda düşüşe ve performans düşüklüğüne yol açarak en küçük

görevlerin bile bunaltıcı görünmesine neden olabilmektedir (Merriman, 2015). Şefkat yorgunluğu, uzmanların danışanlara empati ve şefkat hissinin azalması sonucu uygun hizmeti sağlayamayacakları şekilde danışanlarından kopmalarına ve aralarındaki anlamlı ve amaçlı etkileşimin kaybına neden olabilir (Ledoux, 2015). Bu durumda danışmanlar öfkelerini başkalarına yansıtabilir, güven sorunları geliştirebilir ve yalnızlık duyguları yaşayabilir (Harr, 2013). Bu durum birçok danışmanın sağlığını etkileyebilir ve potansiyel olarak sağlanan danışan bakımının kalitesine zarar verebilir (Lawson vd., 2007). Şefkat yorgunluğu yaşayan danışmanlar, etkili kararlar vermekte zorluk çekebilir ve potansiyel olarak danışanlarına zarar verme riski altında olabilir (Eastwood ve Ecklund, 2008). Diğerlerine profesyonel hizmet sunmak, kişiye memnuniyet duygusundan daha fazla sıkıntı getirebilir ve danışana verilen hizmetin kalitesini etkileyebilir (Sheppard, 2014). Sonuç olarak, bu durum ruh sağlığı profesyonellerinin ele alması gereken mesleki bir tehlikedir (Figley, 2002). Bu nedenle, ruh sağlığı uzmanlarının stres düzeylerini ve şefkat yorgunluğu riskini hangi değişkenlerin yordadığının yanı sıra hangi değişkenlerin iyilik hali ile ilişkili olduğunu incelemek önemlidir (Ivicic ve Mota, 2017).

Uzmanlarda şefkat yorgunluğu düzeyine etki eden faktörler arasında öz bakım uygulamalarına dahil olma durumu (Thompson vd., 2014), iş arkadaşları ve işyeri ortamının etkisi (Thompson vd., 2014), süpervizör desteği (Knudsen vd., 2013), seans süresi ve sayısı ve yaşça daha genç olma (Craig ve Sprang 2010) ve kişisel travma geçmişi (Williams vd., 2012) yer almaktadır. Ayrıca, danışan ve danışmanın aynı travmatik olaya maruz kalması durumunda, danışmanın birincil ve ikincil travmaya maruz kalma nedeniyle şefkat yorgunluğu riskinin arttığı düşünülmektedir (White, 2006). Şefkat yorgunluğunun, hizmet sektöründe çalışan uzmanların mesleği erken bırakmalarındaki temel neden olduğu öne sürülmektedir (Figley, 1999).

Şefkat yorgunluğu ilk olarak ikincil travmatik stres için daha olumlu bir eşanlamlı olarak kavramsallaştırılmıştır (Figley, 1995). Sonrasında ikincil travmatik stresi ve tükenmişliği kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Stamm, 2010). Bu sebeple, terim tanımları ve birbirleri ile ilişkilerini tanımlamak önemlidir.



Şekil 1 Şefkat Yorgunluğu Bileşenleri Modeli

(Middleton, 2015)

2.1.2.1. İkincil Travmatik Stres. Birincil travma geçirmiş bireylerle sürekli temasla ilişkili sıkıntı ve duygusal bozulmayı ifade etmektedir (Bride, 2007). Travmaya maruz kalmış veya acı çeken bireyle çalışmanın veya onu yakından tanımanın (Figley, 1995; Stamm, 1995), travmatik olaylara ve başkalarının hikayelerine uzun süre maruz kalmanın sonucu (Pehlivan ve Güner, 2018) veya dolaylı travmatik maruziyet sonrasındaki bir semptom olarak tanımlanmaktadır (Mairean, 2014). Bu tanımlara göre, ikincil travmatik stres yakınlarımız, diğer profesyoneller ve tedavi gören bireylerden gelebilir. Bazı araştırmacılar, ikincil travmaya maruz kalmış bireylerin, birincil olarak travma geçirmiş kişilerle aynı belirtilerin bazılarını yaşayabileceklerini kuramlaştırmışlardır (Becvar, 2003). Bu doğrultuda, ikincil travmatik stres belirtileri, travma sonrası stres belirtilerine benzer ve travmayı yeniden yaşama, hatırlatıcılardan kaçınma/uyuşturma ve sürekli uyarılma (Figley, 1995; Stamm, 1995), aşırı uyarılma, müdahaleci veya başka birinin travmasıyla ilgili düşünceler veya anılar (Turgoose ve Maddox, 2017), korku, kaygı, yüksek irkilme tepkisi, kabuslar, uyku güçlükleri ve anımsama görüntülerini içerir (Stamm, 2010).

Şefkat yorgunluğu, dolaylı travma ve ikincil travmatik stres ile karşılaştırıldığında yeni bir yapıdır (Newell ve MacNeil, 2010). Şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres danışanla olan ilişkideki risk faktörleri olma bakımından benzerdir, ancak ikincil travmatik stres başkalarının travmasına uzun süreli maruz kalmaya özgüyken, şefkat yorgunluğu başkalarına uzun süreli bakım verme ve stresine maruz kalmadır (Pehlivan ve Güner, 2018). Şefkat yorgunluğu, güçlü bir empatik yönelimle (Figley, 1995) veya uzmanların, acı çeken

bir birey için empatik olma konusundaki azaltılmış kapasitesi ve ilgisi ile birlikte önemli sayıda travmatize edilmiş bireyle çalışmanın sonucunda (Adams vd., 2006) ortaya çıkarken ikincil travmatik stres birincil travma geçirmiş bir bireyle karşılaşmaya bağlı sıkıntı ve duygusal bozulma (Bride, 2007) ve ikincil olarak aktarılabilen travmatik strestir (Stamm, 2010). Figley ve Figley (2017), şefkat yorgunluğunun, danışmanların danışanlarla etkileşimlerinde öz-izleme eksikliğinden kaynaklandığını vurgulamaktadır. Öz-izleme eksikliği, danışmanın geçmiş travma anıları, diğerlerinin acılarına birikerek ve toplu olarak maruz kalmaları, beklenmedik şekilde stresörlere maruz kalmaları sonucunda ikincil travmatik strese neden olmaktadır.

White (2006)'a göre, ikincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğu arasında fenomenolojik bir ayrım vardır. Travmaya maruz kalmanın sonucu olarak ikincil tavmatik stres, TSSB benzeri semptomların varlığı olarak; şefkat yorgunluğu ise, danışanlar için empati kurma ile birlikte travmaya maruz kalmanın bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Webster's Sözlüğünde (2021) şefkat, "bir başkasının çektiği acıya karşı derin bir farkındalık sahibi olarak ve sempati duyarak bu konuda bir şeyler yapmayı isteme" şeklinde tanımlanmıştır. İkincil travmatik stres ise tanımın bir parçası olarak empatiyi içermez veya travma geçirmiş bir kişiye yardım etme arzusunu gerektirmez. Bu nedenle, şefkat yorgunluğu çekmeden sadece travmatik bir olayı duymak veya bilmekle ikincil travmatik stresten muzdarip olmak mümkün olabilir. Figley (2002), şefkat yorgunluğunu yardım meslekleri arasında duygusal ve fiziksel yorgunluk olarak tanımlamaktadır. Kişiler, işle ilgili talep ve baskıların yer aldığı kümülatif bir süreç içerisinde sürekli empati duymanın sonucunda travma mağdurları olarak görülmektedir. Beck (2011) ve Jenkins ve Baird (2002) de ikincil travmatik stresin ani ve hızlı başlamasıyla diğer kavramlardan ayrıldığını iddia etmektedir.

2.1.2.2. Tükenmişlik. Şefkat yorgunluğu, diğerlerini önemsemenin bir sonucu olarak bakım verenin, başkalarının acı çekmesiyle sürekli karşılaşmasından kaynaklanan tükenmişliğin bir şeklidir (Figley 2002). Şefkat yorgunluğu, tipik tükenmişlikten farklıdır çünkü çaresizlik ve kafa karışıklığı hisleri ile izole olma ve destek alamama hakimdir (Figley 2002). Tükenmişlik ise iş ortamında kişilerarası kronik duygusal ve stres faktörlerine uzun süreli tepkiyi içeren psikolojik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Maslach, 2003). Maslach (1982)'e göre tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sendromudur (akt. Sprang vd., 2007). Benzer şekilde Cetrano vd., (2017) tükenmişliği, duygusal olarak zorlayıcı durumlara uzun süreli maruziyetin neden olduğu

fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik umutsuzluk duygusunun aktif olduğu, kişinin iş sorumluluklarını etkin bir şekilde yerine getirmede güçlükler yaşadığı ve tipik olarak kademeli bir başlangıcı olan durumdur (La Mott ve Martin, 2019). Kronik iş stresinin kümülatif etkileri aktif problem çözme yoluyla etkin bir şekilde yönetilemediğinde gelişir. Stresle yapıcı bir şekilde baş edememek, işi yapmak için gereken psikolojik enerjinin tükenmesine yol açar (Fedoce vd., 2018). Kronik strese tepki; değerlerde, yücelikte, ruhta ve iradede bir erozyonu ve insan ruhunun erozyonunu temsil eder (Edwards ve Dirette, 2010).

Tükenmişlik, yoğun, baskılı ve zorlu bir çalışma ortamıyla ilgilidir. İş talepleri doğrultusunda aşırı yüklenme, çalışma ortamındaki kontrol eksikliği, yetersiz ödüllendirme, toplumda bozulma, adalet eksikliği ve çatışan değerler sonucu ortaya çıkabilir (Maslach, 1998). Tükenmişliğin neden olduğu duygusal bitkinlik, sinizm, duyarsızlaşma ve yetersizlik duygusuna yol açabilir (Maslach, 2003; Stamm, 2010).

Tükenmişlik, şefkat yorgunluğundan farklı olarak travmatik olaya maruz kalma ile doğrudan ilişkili değildir (Stamm, 2010); ağır iş yükü veya destekleyici olmayan bir çalışma ortamı gibi genel iş görevlerinden kaynaklanmaktadır (Stamm, 2010). Ayrıca, tükenmişlik aniden oluşmamaktadır, birikimlidir, zamanla yavaş yavaş gelişir (Figley, 1995) ve birey uzun süre çalışma ortamında duygusal olarak zorlayıcı durumlara dahil olmaya devam ettikçe giderek kötüleşir (Hooper vd., 2010; Sheppard, 2014). Tükenmişlik belirtileri, bitkinlik, hayal kırıklığı ve öfke duygularının yanı sıra bunalmış, umutsuz ve depresif hissetmeyi içerebilir (Stamm, 2010). Maslach (1981), duygusal olarak zorlayıcı durumlara girmekten kaynaklanan duygusal tükenmeyi "tükenmişlik sendromunun önemli bir yönü" olarak tanımlamıştır. Şefkat yorgunluğunu tetikleyen stres faktörleri arasında tükenmişlikteki gibi, destekleyici olmayan çalışma ortamları, fazla iş yükü ve yetersiz kaynaklar yer almaktadır (Ray, Wong, White ve Heaslip, 2013).

Valent (2002), tükenmişliğin hayal kırıklığı ve iş hedeflerine ulaşamama sonucu olduğunu ve genellikle iş streslerinden veya yönetim baskılarından ve kısıtlamalarından kaynaklandığını belirtmektedir. İkincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğundan farklı olarak, tükenmişlik kaynaklı zihinsel gerginlik operasyonel açıdan mağdurlarla, tehlikeyle, travmayla ilgilenmek ilgili olmaktan ziyade organizasyonel açıdan yönetim, denetim, evrak işleri, ayrıntılar, vb. ile ilişkilidir (Brief ve Weiss, 2002).

2.2. İkincil Travmatik Stres

"Yarayla alay eder, yaralanmamış olan."
William SHAKESPEARE

Yaşam, insanlara olumlu ve olumsuz birçok farklı deneyim sunmaktadır. Kimi bireyler bu deneyimlerin etkisiyle hayatlarını iyileştirirken kimileri ise ciddi yaralanmalar yaşamaktadır. Yaralı olarak tabir edebileceğimiz kişiler, yaşadıklarını çevreleri ile paylaşmak istediğinde anlaşılmama temelinde çeşitli tepkiler ile karşılaşabilmektedir. Danışan ile empati duymaya dayanan terapötik süreçte ise, danışman danışanın yaşadıklarını anlamaya çalışarak görüşmelere getirilen durumu işlemeye çalışmaktadır. Fakat bu doğrultuda danışmanlar da mevcut durumdan danışan kadar yaralanabilmektedir. Psikoloji literatüründe, bu durum ikincil travmatik stres kavramı ile tanımlanmaktadır. Ayrıca, Carl Jung bu durumu "Yaralı Şifacı Arketipi (The Wounded Healer Archetype)" ile ifade etmektedir.

Shakespeare'in, Romeo ile Juliet oyunundaki ünlü replik, yaralanmayan kişilerin diğerini anlamaması ve danışmanların kendisinin yaralanma pahasına danışan ile terapötik süreçte olmasını özetleyen bir örnek olarak gösterilebilir. Bu doğrultuda devam eden bölümde, travma, travma sonrası stres bozukluğu ve ikincil travmatik stres ele alınacaktır.

2.2.1. Travma

Travma kelimesi Yunanca "yara" kelimesinden türetilmiş olup travma hikayeleri antik çağ yazılarına kadar uzanmaktadır. Travma, fiziksel bir yaralanmayı ifade eden bir kullanımın yanında, psikolojik bir yaralanmayı ve buna neden olan olayları da ifade etmektedir (Courtois ve Ford, 2009). American Psychological Association (APA), travmayı, "kişinin tutumları, davranışları ve diğer yaşam işlevleri üzerinde uzun süreli olumsuz bir etki yaratacak kadar yoğun korku, çaresizlik, çözülme, kafa karışıklığı veya diğer yıkıcı duygularla sonuçlanan herhangi bir rahatsız edici deneyim" olarak tanımlamaktadır. Travmatik olaylar, insan kaynaklı (örn. tecavüz, savaş, endüstriyel kazalar) veya doğal kaynaklı (örneğin depremler) olabilir. Kişinin, dünyayı adil, güvenli ve öngörülebilir bir yer olarak görme biçimini etkilemektedir (https://dictionary.apa.org/trauma).

19. yüzyılda travmanın birçok psikolojik zorluğun ortaya çıkmasında ve şiddetlenmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilirken; Pierre Janet ve Sigmund Freud, histeri, histeri nedenleri, toplum ve travmatik olaylar üzerine olan yazıları nedeniyle tepki

çekmiştir ve diğer çeşitli nedenlerle travma deneyiminin birçok psikolojik sorunla ilişkisinin incelenmesi azalmıştır (Herman, 1992; van der Kolk, 2007). Çağdaş travma tanımları, büyük ölçüde askerlerin savaş ve sonrası verdiği tepkiler üzerine yapılan çalışmalar ile şekillenmiştir. I. Dünya Savaşı ile yoğunlaşan stres ve travma araştırmaları (van der Kolk, 2007), ilerleyen süreçte Vietnam Savaşı gazilerinin yaşadığı zorluklar ve feminist hareket aracılığıyla, kadın ve çocukların yaşam deneyimlerinde tecavüz, aile içi şiddet ve istismarın endişe verici yaygınlığına ilişkin farkındalığın artması çalışmalara zemin hazırlamıştır (Herman, 1992).

Travma bilincinin yenilenmesiyle, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Üçüncü Baskısına Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve dissosiyatif bozukluklar tanısı dahil edilmiştir (DSM-III; APA, 1980). Süreç içerisinde psikolojik travmanın ampirik ve klinik araştırmaları sürdürülerek travma literatürü gelişmiştir. Literatüre göre, travma kavramı birincil veya ikincil düzeyde yaşanabilmektedir ve çalışmanın devamında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve İkincil Travmatik Stres (İTS) ele alınacaktır.

2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ilk olarak 1980 tarihli Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Üçüncü Baskısında (DSM-III; APA, 1980) anksiyete bozuklukları altında resmi bir tanı olarak yer almıştır. Öncesinde, stres reaksiyonları klinik semptomoloji olarak kabul edilmiş ve savaş yorgunluğu, savaş sonrası nevroz ve uyum bozukluğu gibi travmanın kaynağına atıfta bulunan isimler verilmiştir (Muran ve Motta, 1993). Bu tanımlayıcılar, travmatik bir olaya doğrudan veya dolaylı maruz kalmanın bir sonucu olarak gelişebilecek çeşitli semptomları içeren mevcut TSSB tanısı kadar kapsamlı değildir.

DSM-IV revizyonunda, TSSB ölüm, ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya bir başkasının fiziksel bütünlüğüne yönelik tehdit içeren bir olayın doğrudan kişisel deneyimini içeren aşırı travmatik bir stres etkenine maruz kalmanın ardından karakteristik semptomların gelişmesi olarak tanımlanmıştır (DSM-IV-TR; APA, 2000). Stresörler, bir aile üyesi veya yakın bir kişinin yaşadığı ciddi zarar, ölüm tehdidi veya yaralanma hakkında bilgi edinmeyi de içerebilir. TSSB semptomları, travmatik olayın yeniden yaşanmasını, travmatik olayla ilişkili uyaranlardan kaçınmayı, travmayla ilgili bilişsel müdahaleleri ve artan uyarılmayı içermektedir. TSSB için DSM-III ve IV tanı kriterleri arasında iki önemli fark vardır. DSM-

IV-TR'te, travma deneyiminin normal deneyim aralığının ötesinde olması gerekliliği ortadan kaldırılmıştır ve travmatik olay sırasında aşırı korkunun hissedilmesi gerekliliğine daha fazla vurgu yapılmıştır.

DSM-V'te, TSSB'nin kavramsallaştırılmasında revizyonlar yapılmıştır (DSM-V; APA, 2013). Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar şeklinde yeni bir bölüme dahil edilmiştir. Bu, TSSB'yi bir anksiyete bozukluğu olarak ele alan DSM-IV-TR'den ayırmakta ve yatkınlık yaratan stres etkeninin önemini vurgulamaktadır. Travmatik veya olumsuz bir olaya maruz kalma, ruhsal iyi oluşu etkileyen bir neden olarak kabul edilmektedir. Ek olarak, DSM-V, kriterler arasında olumsuz bilişler ve ruh hali dahil olmak üzere resmi olarak üç yerine dört tanı kümesi önermektedir. Travmatik bir olayın ardından öznel tepkiler artık gerekli değildir ve 6 yaş ve altı çocuklar için ayrı bir okul öncesi tanı mevcuttur.

DSM-V'ten önce ise, travmaya maruz kalma, Akut Stres Bozukluğu ve TSSB'nin kabul edilen nedenlerinden biri olmakla birlikte, bu tür olumsuz olayların birçok başka bozukluk üzerindeki açık etkisi büyük ölçüde kabul görmemekteydi. Şu an travma yaşamanın yaygın etkisi vurgulanmaktadır, fakat TSSB, travma yaşamış bireyler için otomatik bir sonuç değildir. Travmatik stresörlerle karşılaşan bireylerin yüzde 10'undan azı TSSB geliştirmektedir (Breslau, 2009).

2.2.3. İkincil Travmatik Stres (İTS)

Kişi için önemli bir başkası (eşi, ebeveyni, çocuğu, arkadaşı, danışanı vb.) tarafından deneyimlenen travmatize edici bir durumu öğrenme ve durum hakkında bilgiye maruz kalmaktan kaynaklanan TSSB ile neredeyse semptomların gösterildiği sendrom olarak tanımlanmıştır (Figley, 1995). Bu tanımın üç boyutu bulunmaktadır. Birincisi, ikincil travmatizasyon, yani travmatik bir olaya doğrudan maruz kalmadan travma sonrası stres bozukluğu geliştirmektir. İkincisi, travmatik olayı doğrudan yaşamış ve travmatize olmuş kişinin bilgi ve deneyimlerinin ikincil kurbana aktarılmış olmasıyla TSSB'ye yakalanmadır. Üçüncüsü ise, travma kurbanının kişi için önemli biri olmasıdır. Yani, ikincil kurbanla yakın temasta olan ve hayatında anlamlı bir kişi, muhtemelen bir aile üyesi, yakın bir arkadaş veya bir terapi danışanıdır (Figley, 1995). Figley (1999), ikincil travmatik stresin empatik bir ilişki sonucunda ortaya çıkacağını ileri sürerek bu kişiye yardım etmenin veya yardım etmek istemenin doğal bir sonucu olarak kavramsallaştırmıştır. Benzer şekilde, DSM-IV-TR, stresli bir olayı ilk elden deneyimlemeye ek olarak, yakın bir kişinin yaşadığı travmatik bir

olaya tanık olmanın veya öğrenmenin TSSB için bir tanı kriteri olduğunu belirtmektedir (APA, 2000).

Profesyonel olarak diğerlerine yardım eden uzmanların TSSB tepkileri geliştirme riski altında olduğuna dair kanıtlar vardır (Catherall 2007; Figley, 1999; Gentry vd., 2002). İkincil travmatik stres, afet yardım ekipleri (Argentero ve Setti, 2009), sosyal hizmet uzmanları (Salloum vd., 2015), terörle mücadele uzmanları (Adams vd., 2008), acil servislerde çalışan sağlık ekipleri (Beck, 2011) ve travmaya maruz kalmış bireylerle çalışan ruh sağlığı uzmanları (Jenkins ve Baird, 2002; Robinson-Keilig, 2014) dahil olmak üzere çok çeşitli alanlardaki uzmanlar arasında incelenmiştir. İkincil travmatik stres, travmatik olaya maruz kalmanın dolaylı olması dışında, TSSB ile neredeyse aynı belirtileri göstermesi nedeniyle bireye ve yardım talep eden kişilere zarar verebilir. İkincil travmatik stres geliştiren uzmanlar, daha yüksek hastalık, depresyon, devamsızlık ve işten ayrılma oranlarına sahiptir ve hayatlarının diğer alanlarındaki memnuniyetlerinin azalmasına eğilimlidir (Figley, 1995).

Ruh sağlığı uzmanlarının büyük bir kısmı travmatize olmuş bireyler ile çalışmaktadır ve travmatik olaylara ikincil olarak maruz kalmaktadır (Altan, 2020). Çeşitli araştırmacılara göre, psikolojik danışmanlık hizmetinde işin doğası, danışmanın yaşı ve deneyim yılı, vaka yükü, iş arkadaşlarından gördüğü destek, aşırı iş yükü, vakalardaki zaman baskısı, danışan özellikleri, travma geçmişi, mesleki izolasyonu, kişisel koşulları, manevi inançları ve çalışma ortamı dahil olmak üzere ruh sağlığı uzmanlarında İTS ile ilişkili tetikleyiciler bulunmaktadır (Arvay ve Ulhlemann, 1995; Ursano vd., 1999; Myers ve Wee, 2002). Bahsi geçen durumların uzmanlarda ikincil travmatik stresi tetiklemesi ile birlikte ruhsal açıdan kaygı, stres, öfke, korku, sosyal fobi, güvensizlik, izolasyon, gerçeklik algısal çarpıklıklar, sevdiklerine karşı aşırı korumacılık, bunalmış, değersiz olma çaresizlik, yaygın umutsuzluk duyguları ve uyuşma gibi ruhsal belirtiler gösterilebilir (Arvay ve Ulhlemann, 1995; Figley, 1995; Yassen, 1995). Fiziksel açıdan ise, ikincil travmatik stresin belirtileri arasında ise artan uyarılma, terleme, hızlı kalp atışı, nefes alma güçlükleri, somatik reaksiyonlar, ağrı ve sızılar, baş dönmesi, bağışıklık sistemi sorunları, uyku rahatsızlığı ve uykusuzluk, artan madde kullanımı gibi durumlar yer almaktadır (APA, 2004; Yassen, 1995). Birincil veya ikincil düzeyde travmatize olmuş her birey bu belirtilerin hepsini göstermeyebilir ve belirtilerin kişideki etkileri de farklı olabilir (Palabıyıkoğlu ve Cesur, 2013). Belirtiler, etkisini azaltarak veya artırarak kişinin işlevselliği üzerinde etkili olabilmektedir (Gökçe ve Yılmaz, 2007).

Özetle, ikincil travmatik stres (İTS), kişinin yaşadığı travmanın kurbandan başka bir kişiye aktarılmasının etkileri olarak tanımlanmaktadır. Ruh sağlığı uzmanları arasında ikincil travmatik stres ile ilgili bilgiler, travmatize olmuş bir danışan ile etkileşim stresinden kaynaklanan duygusal ve psikolojik sorunların gözlemlerinden ortaya çıkmıştır (Kadambi ve Ennis 2004). İkincil travmatik stres, travmatize olmuş veya acı çeken birey ile çalışmanın veya onu yakından tanımanın stresinden kaynaklanan "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" ile neredeyse aynı semptomlar kümesi olarak ortaya çıkmaktadır (Figley, 1995; Stamm, 1995) ve kişinin işlevselliğini etkileyebilmektedir.

2.3. Psikolojik Sağlamlık

Ataol Behramoğlu, *Bu Yangın Yerinde* şiirine "Yaşamak bu yangın yerinde, her gün yeniden ölerek" dizeleri ile başlar ve şiiri "Yaşamak görevdir bu yangın yerinde, yaşamak, insan kalarak" dizeleri ile bitirir. Tıpkı şiirdeki gibi, yaşam, insanlara günlük sıkıntılardan büyük yaşam olaylarına kadar çeşitli zorluklar ve meydan okumalar sunmaktadır. Bireylerin birçoğu, en az bir potansiyel travmatik duruma maruz kalmaktadır (Bonanno ve Mancini, 2008). "Potansiyel" vurgusu, insanların yaşam olaylarına nasıl tepki verdiklerine ve bunun sonucunda travmanın meydana gelip gelmediği konusundaki farklılıklara dikkat çekmesi açısından önemlidir (DeLongis vd., 1982). Şiirin ilk dizesinde anlatıldığı gibi, yaşamdaki zorluklarla baş edemeyen kişiler ve şiirin son dizesinde belirtildiği üzere, sınandığı yaşantılara olumlu tepki verebilen kişiler psikolojik sağlamlık açısından farklılaşmaktadır.

Güncel psikoloji paradigması, psikopatoloji perspektifinden insanların güçlü yanlarına ve kaynaklarına odaklanan pozitif psikoloji perspektifine geçmiştir (Pan ve Chan, 2007). Psikolojik sağlamlık çalışmaları, kişilerde neyin işe yaramadığını değil neyin işe yaradığını bulmaya çalışan yeni araştırma alanlarından biridir (Henderson ve Milstein, 2003). Zorluklarla karşı karşıya kalındığında başarılı bir şekilde yaşamak ve gelişmek anlamına gelmektedir (Engle vd.,1996). Psikoloji alanında psikolojik sağlamlık kavramı ile ilgili ilk çalışmalar çocuk psikolojisi ve psikiyatrisi alanında yapılmıştır (Earvolino-Ramirez, 2007). Garmezy (1974) tarafından şiddetli psikopatoloji riski altındaki çocuklar ile yapılan yeterlilik çalışmasında, Anthony (1974) tarafından psikolojik olarak savunmasız çocuklar ile gerçekleştirilen çalışmada ve Rutter (1979)'ın çocukların stresli ve dezavantajlı durumlarda verdiği tepkilerdeki koruyucu faktörleri araştırdığı çalışmada, Koluchova (1976) tarafından zulüm, ihmal, izolasyon, yetersiz beslenme ortamında büyümüş ikizler arasında

yapılan çalışmada, psikopatoloji açısından yüksek risk altındaki çocuklar arasında yüksek seviyede sağlıklı kalıplara sahip çocuk grubu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, zamanın semptom temelli tıbbi modellerinden farklılaşarak bilimsel ilgi çekmiştir (Luthar vd., 2014).

Psikolojik sağlamlık (Resilience) kavram olarak psikoloji, mühendislik, ekoloji, endüstri, işletme ve ekonomi gibi çeşitli disiplinlerde kullanılmaktadır. Mühendislik alanında, sistemin bir bozulma olayını takiben denge noktasına dönülmesi için gereken süre iken (Holling 1996); ekoloji alanında, sistemlerdeki değişim, karmaşıklık ve olumsuzlukların etkisi altında bir denge halinden diğerine geçme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Holling, 1973). İşletme alanında, iş modellerinin var olan duruma göre uyarlanması veya yeniden oluşturması iken (Gittell vd., 2006), ekonomide piyasaların likidite krizinden sonra toparlanma kabiliyeti anlamına gelmektedir (Kyle, 1985). Endüstriyel anlamı ise, hasar oluşmadan önce risk değişikliklerini tahmin etmeye atıfta bulunmaktadır (Hollnagel vd., 2006).

Psikolojik sağlamlığın, psikoloji ve farklı disiplinlerdeki anlamlarında benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Psikolojik sağlamlık, Latince *salire* (sıçrama veya zıplama) ve *resilire* (geri gelme, toparlanma) kelimelerinden türemiştir. Etimolojik kökeninde olduğu gibi iyileşme veya kendini toparlama kapasitesi olarak tanımlanabilir (Davidson vd., 2005). İngilizce halk dilinde esneyebilme ve geri gelebilme anlamlarına gelmektedir (Hunter ve Chandler, 1999). Merriam-Webster Sözlüğü (2002)'ne göre, değişim veya talihsizlikten kurtulma veya uyumlanma yeteneğidir.

Psikolojik sağlamlığın evrensel olarak kabul edilmiş tek bir bilimsel tanımı bulunmamaktadır. Fakat tanımlar bir sıkıntıya, olumsuz duruma veya travmaya maruz kalmanın ardından bireylerin güçlü olması, kendini toparlayabilme ve büyüme, uyarlanabilir başa çıkma ve olumlu sonuçlar gibi bazı ortak özellikleri barındırmaktadır (Bonanno, 2004; Matsen vd., 1999; Richardson, 2002). Psikolojik sağlamlık bir kişilik özelliği olarak adlandırılırken sonrasında dinamik, değiştirilebilir bir süreç olarak yeniden tanımlanmıştır (Luthar vd., 2000). Aşağıda yer alan bölümde psikolojik sağlamlık literatüründeki çeşitli tanımlar aktarılmıştır.

2.3.1. Kişisel Özellik Olarak Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlığın, kişisel bir özellik veya özellikler olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır. Newman (2005)'a göre, bireyin trajedi, travma, sıkıntı, zorluk ve devam eden önemli yaşam stresleri karşısında uyum sağlama yeteneğidir. İnsanların çeşitli olumsuz

koşullardan, büyük veya çoklu yaşam streslerinden geri dönme, üstesinden gelme, hayatta kalma veya başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneğidir (Kirby ve Frazer, 1997; Norman, 2000). Psikolojik sağlamlık, hayatta kalma ve yaşamın zorluklarına uyum sağlama (Rolland ve Walsh, 2006), travmatik olaylara atfedilen olumsuz etkilerden kaçınma (Fergus ve Zimmerman, 2005) ve zorluklara rağmen kendini toparlama veya başarılı bir şekilde başa çıkma yeteneğidir (Rutter, 1985). Psikolojik sağlamlık, yaşam zorlukları ve aynı zamanda günlük yaşam stresi deneyimleri ile gelişen kişisel bir özelliktir (Liem vd., 1997).

Psikolojik sağlamlık, yüksek risk durumuna, kronik strese veya uzun süreli veya şiddetli travmanın ardından başarılı adaptasyon, olumlu işlev veya yeterlilik kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Masten vd., 1990).

Şiddetli strese veya günlük strese maruz kalmaya rağmen kendini toparlama, geri tepme, zorluklar karşısında başarılı bir şekilde uyum sağlama ve sosyal, akademik ve mesleki yeterlilik geliştirme kapasitesi (Rirkin ve Hoopman, 1991) tanımına dayanarak, psikolojik sağlamlığa sahip olanların yaşam koşulları zor olduğunda gelişme şansının daha yüksek olması beklenmektedir (Lopez vd., 2002).

Tanımların ortak teması, zorluklara veya değişikliğe rağmen iyileşme ve yeniden canlanma yeteneğidir. İnsanlar olumsuz koşulların mağdurları yerine, zorlukların ve yaşam stresinin üstesinden gelme ve olumlu adaptasyon sonuçları elde etme yeteneğine ve gücüne sahip hayatta kalanlar olarak görülmektedir (Pan ve Chan, 2007).

2.3.2. Dinamik Süreç Olarak Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlığın, zorluk, travma, tehditler veya stresli yaşam olayları deneyimine rağmen dinamik ve başarılı adaptasyon süreci olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır. APA (2020)'ya göre, yeni ve zor durumlara uyum sağlama, zor dönemlerden veya travmalardan sonra iyileşme süreci olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik sağlamlık tanımları zaman içinde gelişmiştir, ancak temelde olumsuzluk yaşamaya rağmen olumlu adaptasyona, ruh sağlığını koruma veya yeniden kazanma yeteneğine atıfta bulunularak tanımlanmaktadır. Psikolojik sağlamlık incelenirken kişisel, biyolojik, çevresel veya sistemik kaynaklar ve bunların etkileşimleri dikkate alınmaktadır (Herrman vd., 2011). Cicchetti ve Rogosch (2012), biyolojik ve psikolojik gelişmeyi olumsuz etkileyen zorluklara maruz kalma bağlamında, olumlu adaptasyona ulaşmayı kapsayan dinamik bir süreç olarak

tanımlamaktadır. Psikolojik sağlamlık, kişilerin yakın ilişkileri ve bağlanma alanları da dahil olmak üzere, yaşamın farklı alanları ile hayat boyu dinamik olarak etkileşimdedir (Sturgess, 2015).

Psikolojik sağlamlık davranışı, bireyin olumsuz yaşam olayları yaşadıktan sonra patolojik semptomları veya bir çeşit bozukluğu olup olmamasından daha fazlasıdır. Klinik ve istatistiksel olarak belirli bir stres etkenin doğası gereği semptomlar beklenir, ancak, bu tür semptomları veya bozuklukları göstermeyen bireyler psikolojik sağlamlık davranışı gösterirler (Miller, 2003). Psikolojik sağlamlık, bireylerin ağır bir sıkıntı veya travma deneyimlemelerine rağmen olumlu adaptasyon sergilenen dinamik bir süreçtir. Bu terim bir kişilik özelliğini veya bireyin bir özelliğini temsil etmemektedir. Aksine, zorluklara maruz kalmayı ve olumlu uyum sonuçları olan iki boyutlu bir yapıdır (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Psikolojik sağlamlık, zorluklarla başa çıkabilme ve stres faktörleriyle karşılaşıldığında ruh halinin bozulmasını önleme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır ve bireyler arasında büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Strese verilen her tepki patolojik değildir ve başa çıkma mekanizmaları olarak hizmet edebilir (Schultze-Lutter vd., 2016). Sağlıklı savunma ve başa çıkma mekanizmaları üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Rutter (2013)'a göre, psikolojik sağlamlık bazı bireylerin olumsuzluklar yaşamasına rağmen diğerlerinden daha iyi durumda olduğu ve başa çıktığı gözlemlerinden çıkarılan çevre ve bireyin bünyesinin ürünü olan etkileşimli bir süreçtir. Örneğin, koruyucu faktörler, kişinin çevresel bir tehlikeye tepkisini değiştirebilir; böylece sonuç her zaman zarar verici olmayabilir.

Masten (2014), genel olarak dinamik bir sistemin, sistem işlevini, yaşayabilirliğini veya gelişimini tehdit eden rahatsızlıklara başarılı bir şekilde uyum sağlama kapasitesi olarak tanımlamaktadır. Kavram, mikroorganizma, çocuk, aile, güvenlik sistemi, ekonomi, orman veya küresel iklim gibi hem canlı hem de cansız birçok etkileşim düzeyindeki sistemlere uygulanabilir.

Ungar (2020)'a göre, zorluklara maruz kalındığında, bireylerin iyi olma hallerini sürdüren psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel kaynakları kullanmanın yanında bireysel ve toplu olarak zorlukları aşma kapasiteleridir. Bu kaynaklar kültürel olarak anlamlı yollarla sağlanıp deneyimlenebilir. Davydov vd. (2010)'e göre, olumlu deneyimler ve desteğe dayanan evrensel, ancak ölçülmesi zor bir kişisel güçtür. Önemli stres veya travma kaynakları ile etkin bir şekilde başa çıkma, uyum sağlama veya yönetme sürecidir. Zorluklar karşısında adaptasyon ve kendini toparlama gücü kapasitesi, bireyin varlığı ve iç kaynakları,

yaşamı, çevresel kaynaklarına bağlı olarak artmaktadır. Yaşam seyri boyunca, psikolojik sağlamlık deneyimi değişecektir (Windle, 2011).

2.3.3. Psikolojik Sağlamlık ile İlgili Kavramlar

2.3.3.1. Dayanıklılık (Hardiness) kavramı, kişinin yaşamı üzerinde kontrol duygusuna sahip olmasını, varoluşuna anlam atfetmesini ve değişimi bir meydan okuma olarak görmesini içeren benlik ve dünya hakkında üç genel varsayımla karakterize edilen bir kişilik özelliğidir (Kobasa, 1979). Kişinin yaşamı üzerinde kontrol duygusu varsayımı, yaşam deneyimlerinin tahmin edilebilir olduğuna ve kişinin çabalarıyla sonuçlar üzerinde bir miktar etkiye sahip olduğuna inanmaktır. Kişinin varlığına atfedilen anlam açısından bağlılık ve yaşam etkinliklerini önemli olarak görme, anlam bulabileceğinize inanma ve olayların olumlu veya olumsuz olduğunu öğrenmektir. Değişimi bir meydan okuma olarak görmeye açıklık, olumlu ya da olumsuz değişimin yaşamın beklenen bir parçası olduğuna ve stresli yaşam deneyimlerinin fırsatlar olduğuna inanmaktır (Kobasa, 1979; Maddi, 2002). Dayanıklı insanların bağlılık, kontrol ve meydan okuma ile ilgili her üç inanca da sahip olduğu düşünülmektedir (Maddi, 2002). Bonanno (2004) bireyin stresli koşullarla karşılaştığında, dayanıklılığın, psikolojik sağlamlığa giden birkaç yoldan biri olduğunu ve Westman (1990) aktif bir başa çıkma çabası ve başarılı performanslar ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir.

Dayanıklılık, stresle başa çıkmada yardımcıdır fakat olumsuz durumlarla baş edemeyen bireylerin dayanıksız olarak atfedilme riskini de taşımaktadır (Masten, 2001). Dayanıklılığın bir özellik olarak değerlendirilmesi, sistemlerin kişilerin karşılaşabileceği risklere karşı yeterli önlemleri almamasını ve bu durumda kişilerin "hiç incinmez veya zayıf" olarak algılanma ihtimalini beraberinde getirmektedir. Fakat, yaşantıların kişileri etkileme şiddeti zaman ve koşul ile yakından ilgilidir. Sistemler gerekli önlemleri almak ve desteği sağlamak durumundadır (Masten, 2001).

2.3.3.2. Fayda bulma (Benefit finding), kişisel gelişim için olumlu değişikliklere odaklanarak zorlukları anlamlandırma becerisidir (Weaver vd., 2008). Zorluklarla karşılaşan bireyler, olumsuz deneyimlerinden sıklıkla fayda gördüklerini bildirmektedir (Affleck ve Tennen, 1996). Helgeson vd. (2006) fayda bulmayı, travmatik bir olaydan kaynaklanan olumlu etkilenmeler olarak tanımlamaktadır. Fayda bulma, psikolojik ve fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmiştir. Tehdit edici koşullara bilişsel adaptasyon (Taylor, 1983), travma sonrası

büyüme (Tedeschi ve Calhoun, 1996) ve psikolojik gelişme (Epel vd., 1998) teorilerinde önemli bir rol oynar.

2.3.3.3. Gelişme (Thriving), travma öncesi düzeyin ötesinde daha yüksek bir işleyiş düzeyine ulaşılmasıyla gelişen sonuçlardır (Carver, 1998; Park, 1998). Gelişme, ilerideki stres faktörlerinde azalmış tepkisellik, daha hızlı iyileşme veya sürekli olarak daha yüksek bir işlevsellik düzeyi olarak tanımlanabilir (Carver, 1998). Stresin ardından gelişen psikolojik gelişme, iyileştirilmiş fiziksel sağlık ve psikolojik iyi oluş hali gibi çeşitli faydalarla ilişkilidir (Epel vd., 1998). Gelişme, yeni becerilerin ve bilginin edinilmesi, gelişmiş güven ve gelişmiş sosyal ilişkilere katkı sağlar (Carver, 1998). Stresör özelliklerinden, birey özelliklerinden ve çevresel özelliklerden etkilenen işlemsel başa çıkma sürecinin bir sonucudur (Epel vd., 1998; Park, 1998).

2.3.3.4. Travma sonrası büyüme (Posttraumatic growth), gelişmenin ve psikolojik sağlamlığın ötesinde bir aşamadır. Gelişmeye benzer, fakat travma sonrası büyüme, kişinin travma öncesi işlevsellik düzeyinin ötesinde bir gelişme ile sonuçlanarak kendileri, yaşamları ve ilişkileri hakkında olumlu ve anlamlı şema değişiklikleri yaratır (Maercker ve Zoellner, 2004). Hayatın değerini daha iyi anlama ve şükranın artması, yakın ilişkilerde derinliğin artması, daha fazla kişisel güç duygusu hissetme, yeni fırsatlar bulma ve ruhsal gelişimin artmasını içeren çok boyutlu bir yapıdır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Travma maruziyeti veya zorluklar sonucunda kişisel gelişim, algılanan faydalar veya büyümeyi ifade eder (Affleck ve Tennen, 1996).

2.3.4. Psikolojik Sağlamlık ve Dört Dalga Hareketi

Psikolojik sağlamlık kavramı dört dalga hareketi halinde araştırılmıştır (Masten, 2014).

Birinci dalga, kavramların tanımı, risk ve koruyucu faktörler, olumlu sonuçlar ve psikolojik sağlamlığa sahip bireylerin özellikleri, neler yaptıkları ve kimler olabileceğini araştırmaktadır (Masten, 2014). *Birinci dalga* araştırmaları, koruyucu ve risk faktörlerinin belirlenmesi sayesinde alana ve eğitim programlarına katkı sağlamıştır (Richardson, 2002).

İkinci dalga, koruyucu faktörlerin önemini ve işlevini araştırmaktadır. Koruyucu faktörlerin psikolojik sağlamlığa etkileri, var olan ve olası risk faktörleri ile karşılaşınca nasıl çalıştığını incelemektedir. Kavramların daha anlaşılır olması için modeller kurgulamış ve bu sayede psikolojik sağlamlık araştırmaları için literatür, hipotez kurgusu ve araştırma deseni planlayarak alana katkı sağlamaktadır (Masten, 2014).

Üçüncü dalga, psikolojik sağlamlığın geliştirilip geliştirilemeyeceğini incelemektedir. Müdahale programları oluşturarak nasıl geliştirileceğini ve literatürdeki çalışmalardan yararlanarak psikolojik sağlamlık için neyin önemli olduğunu araştırmaktadır (Masten, 2014).

Dördüncü dalga, diğer disiplinlerle birlikte çalışarak multidisipliner bir yaklaşım ile psikolojik sağlamlığa geniş bir perspektif sunmaktadır (Masten, 2014). Nörobilim ve genetik çalışmalarına başvurarak genler ve çevresel etkenlerin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Genetik farklılıkların rolü, bireysel farklılıklar, benzer grupların tepkileri, beyindeki süreçler ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiler incelenmektedir (Masten, 2014).

2.3.5. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler

Psikolojik sağlamlık tanımlanırken, kişileri olumsuz yönde etkileyen ve travmaları tetikleyen *risk faktörleri,* kişilerdeki bu etkiyi azaltan, sağlıklı adaptasyon sağlayan ve bireyi geliştiren *koruyucu faktörler* ve ortaya çıkan *olumlu sonuçlar* kavramlardan yararlanılmıştır (Windle, 2011).

2.3.5.1. Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlığın varlığından söz edebilmek için zorluklar, meydan okuma veya tehdit içeren yaşantılar olarak tanımlanan risk faktörleri gereklidir (Masten ve Reed, 2002). Bireyde istenmeyen veya uyumsuz sonuçlar meydana getirme ihtimali olan etkiler risk faktörleridir ve çevresel, biyolojik ve kişilik özelliklerini kapsayabilmektedir (Kirby ve Fraser, 1997).

Kişilik özellikleri ve biyolojik faktörler açısından, düşük öz-saygı, düşük öz-güven, savunma mekanizması olarak öz kontrole sahip olmama, saldırgan ve kaygılı bir kişiliğe sahip olma, ifade yeteneğinde yetersizlik (Tümlü, 2012), yüksek kronik stres (Masten vd., 1999), engellilik (Durlak, 1998), erken doğum, genetik hastalıklar, beyin hasarları (Masten ve Reed, 2002) ve kronik hastalıklar (Gizir, 2007) gibi özellikler psikolojik sağlamlık açısından risk faktörleridir. Literatürde demografik özellikler ile ilgili bulgular, risk faktörü olarak değerlendirilme açısından değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlik çalışmanın yapıldığı zaman, katılımcı özellikleri ve ölçme araçlarından kaynaklanabilir.

Ailesel ve çevresel faktörler olarak örselenme, ebeveyn boşanması, ebeveyn kaybı (Masten ve Reed, 2002), psikopatolojiye sahip ebeveyn (Gizir, 2007), aile içi şiddet (Durlak,

1998), düşük sosyoekonomik düzey, evsizlik, doğal afet (Gizir, 2007; Masten ve Reed, 2002), sosyal destek alabilecek kurumlara erişememe ve kültürel ayrımcılık (Durlak, 1998) gibi özellikler psikolojik sağlamlık açısından risk faktörleridir. Bu koşullar altında birey temel ihtiyaçlarını dahi karşılayamayabilir, kişisel güç edinecek kaynaklar bulmakta zorlanabilir ve psikolojik sağlamlık geliştirmede başarısız olabilir.

2.3.5.2. Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, insanların risk faktörlerine ve rahatsızlıklara karşı psikolojik sağlamlığını artıran durumlardır. Bireylerin, çevresel tehlikelere uyumlanmamış tepkisini düzenleyen, iyileştiren veya değiştiren faktörler olarak tanımlanmıştır (Rutter, 2013).

Kişilik özellikleri olarak açık olma, dışadönüklük, nezaket, öz-yeterlik, öz saygı, iyimserlik, olayların olumlu yorumu ve olumsuzluğun öz-anlatıya tutarlı bir şekilde bilişsel değerlendirilmesi gibi özellikler psikolojik sağlamlık açısından koruyucu faktörlerdir (Herrman vd., 2011). Alandaki ilk çalışmalar, entelektüel işlevsellik, bilişsel esneklik, sosyal bağlanma, olumlu benlik kavramları, duygu düzenleme, olumlu duygular, maneviyat, aktif başa çıkma, iyimserlik, umut, özerklik özelliklerinin koruyucu faktör olarak psikolojik sağlamlık ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Joseph ve Linley, 2006; Schultze-Lutter vd., 2016). Bireysel koruyucu faktörler, pozitif ruh sağlığının özellikleri olan benlik saygısı, duygusal sağlamlık, pozitif düşünme, problem çözme becerisi, sosyal beceriler ve stres yönetimi becerileri ile aynıdır (WHO, 2004).

Araştırmalarda cinsiyet, yaş, cinsel yönelim ve etnik köken gibi demografik kişilik özelliklerini içeren bulgular, koruyucu faktör olma ya da olmama açısından değişkenlik göstermektedir.

Biyolojik faktörler açısından erken dönem çocuklukta zorlu çevresel koşulların, beyin yapısı gelişimini, işlevini ve nörobiyolojik sistemleri etkileyebilmektedir (Örneğin; beyin büyüklüğü, sinir ağları, reseptör duyarlılığı ve sentezi). Beyinde meydana gelen fiziksel değişiklikler, gelecekte yaşanması muhtemel psikopatolojiye karşı savunmasız olma riskini artırabilir veya azaltabilir (Cicchetti ve Curtis, 2006).

Beyindeki değişimler, olumsuz duyguları düzenleme kapasitesini etkileyebilir ve dolayısıyla olumsuzluklara karşı psikolojik sağlamlığı etkileyebilir. Curtis ve Cicchetti, (2007) tarafından örselenmiş ve örselenmemiş çocuklarda arasında yapılan EEG incelemesi ile yapılan düzenleme araştırmasında, psikolojik sağlamlık, örselenme, cinsiyet ve EEG aktivitesi modellerinin arasında etkileşim bulunmuştur.

Çevresel faktörler açısından yakın çevrede aile ve arkadaş ilişkileri ve sosyal destek psikolojik sağlamlık açısından koruyucu faktör görevindedir. Güvenli bağlanma, aile istikrarı, ebeveynlik becerileri, ebeveynin depresyon veya madde bağımlılığının olmaması, olumsuz duruma maruz kalan çocuklarda daha az davranış problemi gösterme ve daha yüksek düzeyde iyi oluş ile ilişkilidir (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Daha geniş çevrede ise, yakın ailenin yanında akranlardan, destekleyici öğretmenlerden ve diğer yetişkinlerden sosyal destek gelebilir. Okullar, toplum hizmetleri, spor ve sanatsal faaliyetler, kültürel faktörler, maneviyat ve din ve şiddete maruz kalmama gibi toplum faktörleri psikolojik sağlamlığa katkıda bulunmaktadır (Luthar ve Cicchetti, 2000; Schultze-Lutter vd., 2016).

2.3.5.3. Olumlu Sonuçlar

Psikolojik sağlamlık, olumlu sonuçlar açısından kavramsal olarak operasyonel hale getirilmektedir (David, 2012). Risk ve koruyucu faktörlerin yanında kişinin işlevselliğini olumlu yönde etkileyen olumlu sonuçları içermektedir (Masten, 2001). Psikolojik sağlamlık, yalnızca bir veya birkaç belirli özellik değildir, aksine güçlükler karşısında harekete geçen kişisel niteliklerin, karakter özelliklerinin ve duyarlılık kalıplarının toplamının veya toplamının olumlu sonucu olarak tanımlanmaktadır (Haslam vd., 2004).

Psikolojik sağlamlık, oldukça stresli bir olaydan sonraki sonuç bağlamında incelenmelidir (Mancini ve Bonanno, 2006). Olumlu sonuç, kişinin risk faktörüne maruz kalması sonrası psikopatoloji göstermemesi (Radke-Yarrove ve Brown, 1993) veya olumlu olarak onaylanan bir sonucun elde edilmesidir (Masten vd., 1999). Olumlu sonuç tanımı kişinin içinde olduğu kritik dönemdeki gelişim görevlerini sorunsuz olarak gerçekleştirilmesi olabilir (Masten, 2014). Olumlu sonuçların ölçülmesi tek bir şekilde gerçekleşmemeli, maruz kalınan duruma göre şekillenmelidir (Luthar, 1991). Örneğin, doğal afet, yoksulluk veya ebeveyn kaybı yaşayan kişiler aynı olumlu sonucu göstermeyebilir. Olumlu sonuçlar, gelişim görevini yerine getirebilme, duygu regülasyonu sağlayabilme veya iş hayatında başarılı olma gibi şekillerde farklılaşabilmektedir. Özetle, risk ve koruyucu faktör etkileşiminin kombinasyonları ile olumlu sonuç olabilecek tüm olasılıklar dikkate alınmalıdır ve içinde bulunduğu bağlam koşullarına göre değerlendirilmelidir (Vanderbilt-Adriance ve Shaw, 2008).

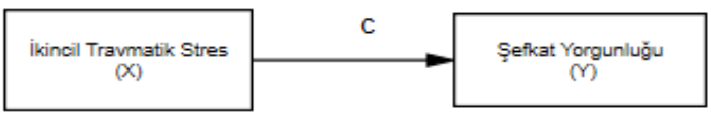
BÖLÜM III: YÖNTEM

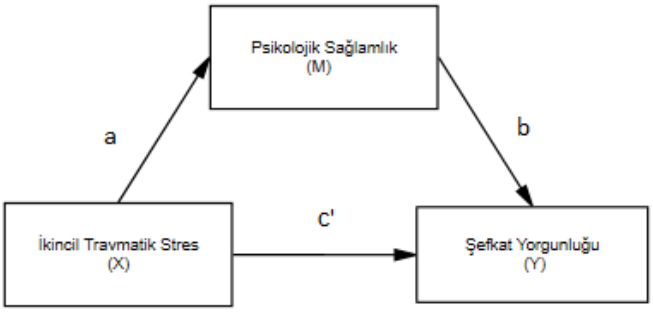
Yürütülen araştırmaya ait araştırma modeli, evren ve örneklem bilgileri, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi ile ilgili bilgiler yöntem adı verilen bu bölümde ele alınacaktır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma psikolojik danışmanlarda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelemeye yönelik ilişkisel tarama modeli çalışmasıdır. İlişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki örüntüsü, düzeyi ve etki durumunu belirlemeye çalışan istatistiksel bir araştırma tekniğidir ve değişkenler manipüle edilmeden değişkenlerin ne ölçüde ilişkili olduğu araştırılır (Creswell, 2013; Fraenkel vd., 2012).

Araştırmada ikincil travmatik stres bağımsız değişken, şefkat yorgunluğu bağımlı değişken ve psikolojik sağlamlık aracı değişken olarak belirlenmiştir. Psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelemek amacıyla Hayes (2012) tarafından geliştirilen ve SPSS programına eklenti olarak kurulabilen PROCESS Macro koşullu süreç analizi kullanılmıştır. Process Macro eklentisi sayesinde yapısal eşitlik modeli programlarındaki birçok model kurgusu ve yol analizi gerçekleştirilebilmektedir (Hayes, 2018). Bootstrap tekniği ile düzeltilmiş güven aralığında önyükleme yanlılığı incelenmektedir (Preacher ve Hayes, 2008). Araştırma modelindeki aracı etki, Multiple Mediation Model 4 kullanılarak ve 5000 bootstrap örneklemi üzerinde %95 güven aralığı ile incelenmiştir. Mevcut çalışmada yordayıcı değişken ikincil travmatik stres, yordanan değişken şefkat yorgunluğu ve aracı değişken psikolojik sağlamlık olarak analiz modeli Şekil 2'de gösterilmiştir.





Şekil 2 Aracı Değişken Analiz Modeli

X= (İkincil Travmatik Stres) bağımsız değişken,

Y= (Şefkat Yorgunluğu) bağımlı değişken,

M= (Psikolojik Sağlamlık) aracı değişken

a = X'in M üzerine etkisi,

b = M'nin Y üzerine etkisi

c = X'in Y üzerine direkt etkisi

c'= X'in ve M'nin Y üzerindeki toplam etkisi

Baron ve Kenny (1986)'ya göre, basit aracılık modelinde, yordanan "a", "b" ve "c" yolları vardır ve doğrudan/direkt etkiler olarak adlandırılmaktadır. Araştırma modeli, X'in aracı değişken (M) üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu ve aracı değişkenin sonuç değişkeni (Y) üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu şeklinde belirtilmiştir. Ayrıca, X'in Y üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu varsayılmaktadır. Aracılık etkisi, X'in Y üzerindeki dolaylı etkisinin M aracılığıyla aktığına dair kanıt olduğunda kanıtlanmaktadır. Bu modeldeki dolaylı etki (IE=Indirect Effect), "a" ve "b" yollarının çarpımı olarak hesaplanmaktadır: IE = a * b. Ek olarak, X'in Y üzerindeki toplam etkisi basitçe X'den Y'ye tüm doğrudan (DE=Direct Effect) ve dolaylı etkilerin toplamı olarak ifade edilmektedir. Kullanılan basit modelde, X'in Y üzerindeki toplam etkisi: DE + IE = c + a * b olarak hesaplanmaktadır (Baron ve Kenny, 1986).

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programından en az lisans derecesine sahip Türkiye'deki psikolojik danışmanlar oluşturmaktadır. Araştırmalarda, çoğu zaman tüm evrene ulaşmak veya sistematik seçkili bir örneklem seçmek zor olmaktadır. Bu durumlarda, uygun örnekleme yöntemi kullanabilir. Uygun bir örneklem, çalışma için uygun olan bir grup kişidir (Fraenkel vd., 2012). Bu yöntemde, çalışmalara genellikle belirli zaman içerisinde ve erişilmesi kolay, uygun özelliklere sahip olan, coğrafi açıdan yakın olan ve gönüllü bireyler katılmaktadır (Gravetter ve Forzano, 2012).

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü hesaplamak için homojen yapıya sahip olmayan evren için %95 güven aralığında ± %5 örnekleme hatası kullanılarak örneklem büyüklüğü n = 384 olarak bulunmuştur (Gürbüz ve Şahin, 2015). Örneklemin temsil gücünü artırmak ve olası veri kayıpları göz önüne alınarak 429 kişiden veri toplanmıştır. Veri değerlendirmesinde eksik veya hatalı veriye rastlanmamıştır. Uç değer gösteren 9 katılımcı ve yaş sınırına uymayan 2 katılımcı veri setinden ayrılarak 418 kişiden toplanan veri ile analiz gerçekleştirilmiştir. Örnekleme ait demografik bilgiler, frekans ve yüzdelik değerleri Tablo 3.1.'de yer almaktadır.

Tablo 3 1. Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu, Gelir Durumu ve Mesleki Kıdeme İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablolar	Gruplar	*f*	%
Cinsiyet	Kadın	300	71,8
	Erkek	118	28,2
	Toplam	418	100
Yaş	22-25	113	27,0
	26-34	203	48,6
	35+	102	24,4
	Toplam	418	100
Medeni Durum	Evli	178	42,6
	Bekar	226	54,1
	Diğer	14	3,3
	Toplam	418	100
Eğitim Durumunuz	Lisans	241	57,6
	Yüksek Lisans	117	28,0
	Doktora	60	14,4

	Toplam	418	100
Gelir Durumunuz	Düşük- Orta altı	49	11,7
	Orta	255	61,0
	Orta üstü-Yüksek	114	27,3
	Toplam	418	100
Mesleki Kıdem	0-5	215	51,4
	6-10	89	21,3
	11-15	47	11,2
	16+	67	16,1
	Toplam	418	100

Tablo 3.1. incelendiğinde, 300 (%71,8) kadın ve 118 (%28,2) erkek olmak üzere toplam 418 psikolojik danışmanın araştırmaya katıldığı görülmektedir. Örneklemde, 113 (%27,0) kişi 22-25 203 (%48,6) kişi 26-34 ve 102 (%24,4) yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların 178'i (%42,6) evli, 226'sı (%54,1) bekar ve 14'ü (%3,3) diğer medeni durumuna sahiptir. Eğitim durumu değişkeni incelendiğinde, 241 (%57,6) kişi lisans, 117 (%28,0) kişi yüksek lisans ve 60 (%14,4) kişi doktora mezunudur. Gelir durumuna bakıldığında, katılımcıların 49'u (%11,7) düşük-orta altı, 255'i (%61,0) orta, 114'ü (%27,3) orta üstü-yüksek gelir düzeye sahip olduğunu belirtmiştir. Mesleki kıdem değişkenine göre psikolojik danışmanların 215'i (%51,4) 0-5, 89'u (%21,3) 6-10, 47'si (%11,2) 11-15, 67'si (%16,1) 16 yıl ve üzeri yıl kıdeme sahiptir.

Tablo 3. 2. Çalışılan Kuruma İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Tablolar	**Gruplar**	***F***	**%**
Çalıştığınız Kurum	Okul	249	59,6
	Üniversite	80	19,1
	RAM	15	3,6
	Danışmanlık Merkezi	14	3,3
	Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	8	1,9
	Sosyal Hizmet Merkezi	3	0,7
	Dershane	2	0,5
	İBB-Belediye	2	0,5
	Spor Kulübü	2	0,5
	STK	2	0,5
	Çocuk Esirgeme Kurumu	1	0,2

	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	1	0,2
	Bilim ve Sanat Merkezi	1	0,2
	Fabrika	1	0,2
	Proje	1	0,2
	TSK	1	0,2
	Çalışmıyorum/Atama bekliyorum	35	8,4
	Total	418	100,0

Tablo 3.2. incelendiğinde, örneklemdeki psikolojik danışmanların 249'u (%59,6) okul, 80'i (%19,1) üniversite, 15'i (%3,6) RAM, 14'ü (%3,3) danışmanlık merkezi, 8'i (%1,9) özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi, 3'ü (%0,7) sosyal hizmet merkezi, 2'si (%0,5) dershane, 2'si (%0,5) belediye, 2'si %(%0,5) spor kulübü, 2'si (%0,5) STK, 1'i (%0,2) çocuk esirgeme kurumu, 1'i (%0,2) aile, çalışma ve sosyal hizmetler bakanlığı, 1'i (%0,2) bilim ve sanat merkezi, 1'i (%0,2) fabrika, 1'i (%0,2) proje ve 1'i (%0,2) TSK olarak çalıştığı kurumu belirtirken; katılımcıların 35'i (%8,4) çalışmadığını veya atama beklediğini belirtmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada psikolojik danışmanların sosyodemografik ve bazı mesleki bilgileri edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Katılımcıların şefkat yorgunluğu düzeyini incelemek için Şefkat Yorgunluğu Ölçeği (Uçar Özdemir, 2019), ikincil travmatik stres düzeyini incelemek için İkincil Travmatik Stres Ölçeği (Yıldırım, Kıdak ve Yurdabakan, 2018) ve psikolojik sağlamlık düzeyini incelemek için Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Doğan, 2015) kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada katılımcıları daha iyi betimlemek amacıyla psikolojik danışmanların demografik ve mesleki özelliklerini ölçmek için 7 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, mesleki kıdem ve çalıştığı kurum bilgilerini içermektedir. Kişisel bilgi formu Ek 2'de yer almaktadır.

3.3.2. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği

Katılımcıların şefkat yorgunluk düzeyini ölçmek amacıyla Portnoy (1996) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının Uçar- Özdemir (2019) yüksek lisans tez çalışmasında yapılmış olan Şefkat Yorgunluğu Ölçeği kullanılmıştır. Üçlü Likert tipinde (1=Çok doğru, 2=Kısmen doğru, 3= Nadiren doğru) 40 maddeden oluşan ölçekte alt boyut bulunmamaktadır. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği'nin puanlaması toplam madde sayısı üzerinden yapılmaktadır ve 40 maddeden 15 ve üzerini "Çok doğru" olarak yanıtlayan kişilerde şefkat yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Portnoy (1996) ölçeği 15 gün aralıklarla uygulamayı önermektedir. Şefkat yorgunluğu ölçeği Türkçe adaptasyonu çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ölçek toplamı için 0,87 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi KGİ=0,85'dir ($p<0,05$). Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı .86 ve Barlett Sphericity testi $\chi 2 = 5025,330$ ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin zamana göre değişmezlik korelasyonu 0,711'dir ($p<0,001$). Bu çalışmada psikolojik danışmanlarda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilerek Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği Ek 3'te yer almaktadır.

3.3.3. İkincil Travmatik Stres Ölçeği

Katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyini ölçmek amacıyla Bride vd. (2004) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının Yıldırım, Kıdak ve Yurdabakan (2018) tarafından yapılmış olan İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu 5'li Likert tipinde (1= Asla, 2=Çok nadir, 3=Ara sıra, 4=Sıklıkla, 5=Çok sık) 17 madde ve üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 17-85 arasında değişmektedir, toplam puan üzerinden değerlendirilir ve yüksek puan yüksek ikincil travmatik stres düzeyi anlamına gelmektedir.

Ölçeğin orijinalinde ise duygusal ihlal (2, 3, 6, 10 ve 13. maddeler), kaçınma (1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeler) ve uyarılma (4, 8, 11, 15 ve 16. maddeler) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutlar DSM-IV TSSB tanı kriterleri kapsamında oluşturulmuştur. Kişilerin son 7 günlük belirtileri değerlendirilmektedir. TSSB belirti tanısı için; duygusal ihlal altboyutundan en az bir, kaçınma altboyutundan en az üç ve uyarılma altboyutundan en az iki maddenin 3 ve üzeri olarak puanlanmış olması gerekmektedir. Eş zamanlı 3 ölçütün bulunması, TSSB tanısı alınabileceğine işarettir.

İkincil travmatik stres ölçeği Türkçe adaptasyonu çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ölçek toplamı için 0,91 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada psikolojik danışmanlarda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilerek Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,89, duygusal ihlal alt boyutu için 0,73, kaçınma alt boyutu için 0,74 ve uyarılma alt boyutu için 0,83 olarak bulunmuştur. İkincil Travmatik Stres Ölçeği Ek 4'te yer almaktadır.

3.3.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyini ölçmek amacıyla Smith vd. (2008) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının Doğan (2015) tarafından yapılmış olan Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu 5'li Likert tipinde (1=Hiç uygun değil, 2= Uygun Değil, 3=Biraz Uygun, 4=Uygun, 5=Tamamen Uygun) 6 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte üç adet ters madde bulunmaktadır (2, 4, ve 6. maddeler). Ters madde puanları işlenerek toplam puan üzerinden değerlen ölçekte alınabilecek puanlar 6-30 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olunduğu anlamına gelmektedir. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ölçek toplamı için 0,83 olarak tespit edilmiştir. Ölçüt bağıntı geçerliği analizinde Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu ($r = .40$, $p < .001$), Ego Sağlamlığı Ölçeği ($r = .61$, $p < .001$) ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ($r = .66$, $p < .001$) ile arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. KMO testi değeri .85 ve Barlett Küresellik Testi $\chi 2$ değeri ise 594,955 ($p < .000$)'dir. Bu çalışmada psikolojik danışmanlarda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilerek Cronbach Alpha iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Ek 5'te yer almaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için öncelikle Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nden gerekli etik kurul izni alınmıştır. Veriler 2020-2021 eğitim-öğretim yılında Türkiye'nin çeşitli konum ve kurumlarında görev yapan psikolojik danışmanlardan toplanmıştır. Araştırma gönüllülük esasıyla yürütülmüş olup online/çevrimiçi platformlar aracılığıyla veri toplanmıştır. Çalışma katılım bağlantısı sosyal medya uygulamaları, online/çevrimiçi meslek grupları, e-posta grupları, çeşitli dernek ve sivil toplum kuruluşları

sayfalarında paylaşılmıştır. Araştırma formunun ilk sayfasında; çalışma, araştırmacı ve araştırmanın amacı hakkındaki bilgilerinin yanında gizlilik ve gönüllülük ilkeleri, tahmini katılım süresi ve araştırmacı iletişim bilgileri verilmiştir. Gizlilik ihlaline karşın, kimlik bilgilerini sorgulayan sorulara yer verilmemiştir. Ayrıca, çalışmaya gönüllü katılım beyanını onaylama sekmesi eklenmiştir. Formun diğer sayfaları Kişisel Bilgi Formu, Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışma sorularının işaretlenme süresi ortalama 12 dakika olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi (Çözümlenmesi)

Araştırmada kullanılan ölçekler aracılığıyla elde edilen veriler, SPSS 22 paket programı ve Process Macro eklentisi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan 429 psikolojik danışman üzerinden toplanan veriler değerlendirildiğinde 2 katılımcı yaş sınırına uymadığı ve 9 katılımcı ise tek değişkenli uç değer gösterdiği ($z \leq -3$ veya $z \geq 3$) için veri seti dışında tutularak 418 kişi ile analiz gerçekleştirilmiştir. Mahalanobis yöntemi kullanılarak çok değişkenli uç değerler incelenmiş ve böyle bir değere rastlanmamıştır. Verilere ilişkin normallik dağılımı basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenerek test edilmiştir. Çarpıklık değerlerinin, -1 ile +1 aralığında olması büyük ölçüde normal bir dağılımı göstermektedir (Hair vd., 2014). Değişkenler ve toplam puan ayrı ayrı incelenmiş olup bu aralıkta yer aldığı görülmüştür. Örneklem sayısı yeterli olduğu ve veri seti normal dağılım gösterdiği için parametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

İlk olarak, kişisel bilgi formundaki demografik değişkenlere ilişkin frekans ve yüzde değerleri analiz edilmiştir. İkincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık değişkenleri betimsel istatistik değerleri (ortalama, standart sapma, standart hata, minimum değer, maksimum değer) hesaplanmıştır.

Psikolojik danışmanların İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Şefkat Yorgunluğu Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin cinsiyete ve medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Grup t Testi gerçekleştirilmiştir. Psikolojik danışmanların İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Şefkat Yorgunluğu Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin yaş, eğitim durumu, gelir durumu ve mesleki kıdem değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. ANOVA sonrası anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek üzere varyansların homojen olduğu alt boyutlarda Scheffe ve LSD

çoklu karşılaştırma teknikleri, varyansların homojen dağılmadığı alt boyutlarda ise Tamhane's T2 çoklu karşılaştırma teknikleri kullanılmıştır.

Regresyon modeli uygulayabilmek için veri setinde çoklu bağlantı sorunu olmaması gerekmektedir. Bu sebeple, aracılık analizi öncesi çoklu bağlantı durumunu ve değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının .80 üzerinde olması çoklu bağlantı sorunu olabileceğine işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2013). Bulgularda .80 ve üzerinde değere ulaşılmamıştır. Araştırmanın temel amacı olan ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü test etmek için bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi ile aracılık analizi gerçekleştirilmiştir. Bulgular, $p<,05$ anlamlılık düzeyi esas alınarak yorumlanmıştır.

Bootstrap tekniği, veri setinde farklı kombinasyonlar oluşturarak yeni gözlem setleri elde etmekte ve bu setleri hesaplamalarda kullanmaktadır (Efron, 1987). Bootstrap analizinde, yanlılığı düzeltilmiş ve hızlandırılmış güven aralığı değerleri (BCA CI: Bias Correted and Accelerated Bootstrap Confidence Interval) %95 güven aralığında incelenerek aracılık etkisinin anlamlılığı test edilmektedir. Dolaylı etki (ab) için, alt ve üst güven aralığı değerleri arasında sıfır (0) değeri yer almıyor ise dolaylı etki anlamlıdır ve aracılık etkisi gözlemlenmektedir (Hayes ve Scharkow, 2013).

BÖLÜM IV: BULGULAR

4.1. Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın değişkenleri olan Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına ilişkin istatistiksel bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4 1 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Ait Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata Değerleri (n=418)

Puan (N=418)	$\bar{x}$	*Ss*	$Sh_{\bar{x}}$	Min.	Max.
Şefkat Yorgunluğu Ölçeği	76,26	12,36	,604	45	112
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	34,28	9,59	,469	17	62
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	20,26	4,20	,206	7	30

Tablo 4.1.'de Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına ait ortalama, standart sapma, standart hata, minimum ve maksimum değerler yer almaktadır. Tablo 4.3'te görüldüğü üzere psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}$= 76,26, standart sapması *ss* =12,36, standart hatası Sh*x*= ,604, minimum değeri=45 ve maximum değeri= 112 olarak; ikincil travmatik stres puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}$= 34,28, standart sapması *ss* =9,59, standart hatası Sh*x*= ,469, minimum değeri=17 ve maximum değeri= 62 olarak ve psikolojik sağlamlık puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}$= 20,26, standart sapması *ss* =4,20, standart hatası Sh*x*= ,206, minimum değeri=7 ve maximum değeri= 30 olarak bulunmuştur.

4.2. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Çeşitli Değişkenlere Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığına İlişkin Bulgular

4.2.1. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Aşağıdaki Tablo 4.4.' te araştırmanın değişkenleri olan Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık değişkenlerinin cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 2 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Cinsiyete Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	*N*	$\bar{x}$	*Ss*	$Sh_{\bar{x}}$	t Testi		
						T	Sd	p
Şefkat Yorgunluğu	Kadın	300	1,93	,301	,017	2,996*	416	,003
	Erkek	118	1,83	,318	,029			
İkincil Travmatik Stres	Kadın	300	2,05	,566	,032	2,522**	416	,012
	Erkek	118	1,90	,546	,050			
Kısa Psikolojik Sağlamlık	Kadın	300	3,30	,696	,040	- 3,560**	416	,000
	Erkek	118	3,56	,676	,062			

***p <,05 ** p <,001**

Tablo 4.2.'de görüldüğü üzere, örneklemdeki psikolojik danışmanların Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi analizi sonuçlarına göre; Şefkat Yorgunluğu Ölçeği puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (t=2,996; p<,05). Söz konusu farklılığın erkeklerin lehine olduğu görülmektedir. İkincil Travmatik Stres Ölçeği puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmuştur (t=2,522; p<,05). Söz konusu farklılığın erkeklerin lehine olduğu görülmektedir. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (t=3,560; p<,001). Söz konusu farklılığın erkeklerin lehine olduğu görülmektedir.

4.2.2. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, Tablo 4.3.' te Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 3 Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	*N*	$\bar{x}$	*Ss*	$Sh_{\bar{x}}$	t Testi		
						T	Sd	p
Şefkat Yorgunluğu	Evli	178	1,88	,306	,023	-1,579	402	,115
	Bekar	226	1,93	,315	,021			
İkincil Travmatik Stres	Evli	178	1,93	,559	,042	-2,381*	402	,018
	Bekar	226	2,07	,552	,037			
Kısa Psikolojik Sağlamlık	Evli	178	3,49	,691	,052	2,932**	402	,004
	Bekar	226	3,28	,703	,047			

***p <,05 ** p <,01**

Tablo 4.3.'te görüldüğü üzere, örneklemdeki psikolojik danışmanların Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık puanlarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi analizi gerçekleştirilmiştir. Medeni değişkeni içerisinde evli, bekar ve diğer seçenekleri yer almaktadır. Diğer medeni durum seçeneğinde 14 kişi bulunduğu için analize dahil edilmemiştir. Analiz sonuçlarına göre; Şefkat Yorgunluğu Ölçeği puanlarında medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır. (t=-1,579; p=,115>,05). İkincil Travmatik Stres Ölçeği puanlarında medeni durum değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-2,381; p=,018<,05). Söz konusu farklılığın evlilerin lehine olduğu görülmektedir. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

puanlarında medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur (t=2,932; p=,004<,01). Söz konusu farklılığın evlilerin lehine olduğu görülmektedir.

4.2.3. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Yaş Değişkenine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, Tablo 4.4.'te Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 4. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		f, x̄ ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
Puan	**Grup**	**N**	**x̄**	**Ss**	**Var.K.**	**KT**	**Sd.**	**KO**	**F**	**Anlamlı Fark**
Şefkat Yorgunluğu Ölçeği	1. 22-25	113	1,97	,303	G. Arası	,831	2	,416	4,426*	1>3
	2. 26-34	203	1,90	,324	G. İçi	38,970	415	,094		
	3. 35+	102	1,84	,272	Toplam	39,801	417			
	Toplam	418	1,91	,309						
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	1. 22-25	113	2,11	,511	G. Arası	2,525	2	1,262	4,028*	1>3
	2. 26-34	203	2,02	,555	G. İçi	130,064	415	,313		
	3. 35+	102	1,90	,617	Toplam	132,589	417			
	Toplam	418	2,02	,564						
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	1. 22-25	113	3,15	,724	G. Arası	15,564	2	7,782	17,089**	3>1
	2. 26-34	203	3,34	,669	G. İçi	188,981	415	,455		
	3. 35+	102	3,69	,629	Toplam	204,545	417			
	Toplam	418	3,38	,700						

***p < ,001 ** p < ,05**

Tablo 4.4.'te görüleceği üzere, örneklem grubundaki psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415)=4,426; p=,013<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için

tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olmadığı görülmüştür (L_F=3,592; p=,028<,05). Varyans homojenliği sağlanamayan durumlarda kullanılan Tamhane's T2 çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 22-25 yaş grubu ile 35+ yaş grubu arasındaki psikolojik danışmanlar arasında 35+ yaş grubundaki bireyler lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415)=7,262; p=,019<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=1,535; p=,217>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 22-25 yaş grubu ile 35+ yaş grubu arasındaki psikolojik danışmanlar arasında 35+ yaş grubundaki bireyler lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(5,415)=7,782; p=,000<,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=2,806; p=,065>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 22-25 yaş grubu ile 35+ yaş grubu arasındaki psikolojik danışmanlar arasında 35+ yaş grubundaki bireyler lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

4.2.4. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, Tablo 4.5.'te Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 5. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		f, x̄ ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
Puan	**Grup**	**N**	**x̄**	**Ss**	**Var.K.**	**KT**	**Sd.**	**KO**	**F**	**ANLAMLI FARK**
Şefkat Yorgunluğu Ölçeği	1.Lisans	241	1,9019	,30279	G. Arası	,476	2	,238	2,509	
	2.Yüksek Lisans	117	1,9494	,33332	G. İçi	39,326	415	,095		
	3.Doktora	60	1,8413	,27416	Toplam	39,801	417			
	Toplam	418	1,9065	,30894						
İkincil Travmatik Stres Ölçeği	1.Lisans	241	2,0466	,58855	G. Arası	2,082	2	1,041	3,310*	1>3
	2.Yüksek Lisans	117	2,0427	,53800	G. İçi	130,507	415	,314		2>3
	3.Doktora	60	1,8441	,48360	Toplam	132,589	417			
	Toplam	418	2,0165	,56388						
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	1.Lisans	241	3,3285	,68404	G. Arası	8,622	2	4,311	9,132**	3>1
	2.Yüksek Lisans	117	3,2949	,73055	G. İçi	195,923	415	,472		3>2
	3.Doktora	60	3,7250	,60664	Toplam	204,545	417			
	Toplam	418	3,3760	,70037						

***p < ,001 ** p < ,05**

Tablo 4.5.'te görüleceği üzere, örneklem grubundaki psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır (F=(2,415)=2,51; p=,083>,05). Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415=3,31; p=,037<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğiie belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olmadığı görülmüştür (L_F=3,188; p=,042<,05). Varyans homojenliği sağlanamayan durumlarda kullanılan Tamhane's T2 çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; lisans ve doktora eğitim durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, doktora eğitim durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). Yüksek lisans ve doktora eğitim durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, doktora eğitim durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415)=9,13; p=,000<,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=2,388; p=,093>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; lisans ve doktora eğitim durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, doktora eğitim durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). Yüksek lisans ve doktora eğitim durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, doktora eğitim durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

4.2.5. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Gelir Durumu Değişkenine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, Tablo 4.6.'da Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 6. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Gelir Durumuna Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		f, x̄ ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
Puan	**Grup**	**N**	**x̄**	**Ss**	**Var.K.**	**KT**	**Sd.**	**KO**	**F**	**ANLAMLI FARK**
Şefkat	1.Düşük	49	2,00	,270	G. Arası	,961	2	,480	5,133*	1>3
Yorgunluğu	2.Orta	255	1,92	,304	G. İçi	38,841	415	,094		
Ölçeği	3.Yüksek	114	1,84	,324	Toplam	39,801	417			
	Toplam	418	1,91	,309						
İkincil	1.Düşük	49	2,21	,578	G. Arası	5,042	2	2,521	8,203**	1>3
Travmatik	2.Orta	255	2,05	,546	G. İçi	127,547	415	,307		2>3
Stres Ölçeği	3.Yüksek	114	1,86	,563	Toplam	132,589	417			
	Toplam	418	2,02	,564						
Kısa	1.Düşük	49	3,12	,583	G. Arası	12,079	2	6,040	13,023**	3>1
Psikolojik	2.Orta	255	3,31	,703	G. İçi	192,466	415	,464		3>2
Sağlamlık	3.Yüksek	114	3,64	,670	Toplam	204,545	417			
Ölçeği	Toplam	418	3,38	,700						

***p < ,001 ** p < ,05**

Tablo 4.6.'da görüleceği üzere, örneklem grubundaki psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu puanlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415)=5,133; p=,006<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini

incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğini belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=,882; p=,415>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; düşük gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres puanlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415=8,203; p=,002<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğine belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=,111; p=,895>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; düşük gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). Orta gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(2,415)=13,023; p=,000<,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğine belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=;753 p=,472>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; düşük gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanlar arasında, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). Orta gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik

danışmanlar arasında, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

4.2.6. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin Mesleki Kıdem Değişkenine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Bu kısımda, Tablo 4.7.'de Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4 7. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

		f, x̄ ve ss Değerleri			ANOVA Sonuçları					
Puan	**Grup**	**N**	**x̄**	**Ss**	**Var.K.**	**KT**	**Sd.**	**KO**	**F**	**ANLAMLI FARK**
Şefkat	1.0-5	215	1,94	,317	G. Arası	1,087	3	,362	3,873*	1>3
Yorgunluğu	2.6-10	89	1,94	,317	G. İçi	38,715	414	,094		1>4
Ölçeği	3.11-15	47	1,81	,288	Toplam	39,801	417			2>3
	4.16+	67	1,84	,264						2>4
	Toplam	418	1,91	,309						
İkincil	1.0-5	215	3,21	,684	G. Arası	18,549	3	6,183	13,762**	4>1
Travmatik	2.6-10	89	3,38	,616	G. İçi	185,996	414	,449		4>2
Stres Ölçeği	3.11-15	47	3,56	,771	Toplam	204,545	417			
	4.16+	67	3,78	,618						
	Toplam	418	3,38	,700						
Kısa	1.0-5	215	2,10	,530	G. Arası	6,047	3	2,016	6,594**	1>3
Psikolojik	2.6-10	89	2,07	,563	G. İçi	126,542	414	,306		1>4
Sağlamlık	3.11-15	47	1,85	,624	Toplam	132,589	417			2>4
Ölçeği	4.16+	67	1,80	,559						
	Toplam	418	2,02	,564						

***p < ,001 ** p < ,05**

Tablo 4.7.'de görüleceği üzere, örneklem grubundaki psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(3,414)=3,873; p=,009<,05). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğine belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=1,273; p=,283>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan LSD çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 11-15 yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 11-15 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 16+ yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 11-15 yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 11-15 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 16+ yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(3,414=13,762; p=,000<,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğine belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=2,374; p=,070>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

Örneklem grubundaki psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (F=(3,414)=6,594; p=,000<,01). Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini incelemek için tamamlayıcı post-hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Kullanılacak olan post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğine belirleyebilmek amacıyla öncelikle Levene Testi aracılığıyla varyansların homojenliği denetlenmiş, varyansların homojen olduğu görülmüştür (L_F=,872; p=,456>,05). Varyans homojenliği sağlanan durumlarda kullanılan Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği ile yapılan analiz sonucunda; 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 11-15 yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 0-5 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05). 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip olan ile 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar arasında, 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip bireylerin lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<,05).

4.3. Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık Değişkenlerinin Aralarındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

4.3.1. Psikolojik Danışmanların Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, Pearson Korelasyon Analizi sonucunda elde edilen psikolojik danışmanların Şefkat Yorgunluğu, İkincil Travmatik Stres ve Psikolojik Sağlamlık puanları arasındaki ilişkilere ait bulgulara yer verilmiştir

Tablo 4 8. Şefkat Yorgunluğu Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanları İlişkilere Yönelik Gerçekleştirilen Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3
Şefkat Yorgunluğu	1		
İkincil Travmatik Stres	,384**	1	
Psikolojik Sağlamlık	-,365**	-,420**	1

****p<.01**

Tablo 4.8.'de görüldüğü üzere, psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu, ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi sonucunda; şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=,384;\ p < ,001$), şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık değişkenleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-,365;\ p < ,001$) ve ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık değişkenleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-,420;\ p < ,001$) olduğu bulunmuştur. Baron ve Kenny (1986)'e göre, aracılık modelinin test edilmesi için bağımlı, bağımsız ve aracı değişkenler arasında anlamlı korelasyon katsayıları bulunmalıdır. Araştırma değişkenleri orta düzeyde anlamlı ilişkilere sahiptir ve bu varsayımı karşılamaktadır.

4.4. İkincil Travmatik Stres ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü Modeline Yönelik Bulgular

Çalışmanın temel hipotezi olan tekli aracılık modelinde Bootstrap yöntemi ile psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeylerinin, şefkat yorgunluğu düzeylerine etkisinde psikolojik sağlamlık değişkeninin, aracılık rolü analizi sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4 9. İkincil Travmatik Stres, Psikolojik Sağlamlık ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki Etkiler

					%95 Güven Aralığı		
Değişkenler Arası İlişki	**B**	**S. H.**	**T**	**P**	**Alt Sınır**	**Üst Sınır**	**R^2**
Toplam Etki (*c*)	.4947**	,0584	8,4755	,000	,3800	,6094	,1473
İkincil Travmatik Stres → Psikolojik Sağlamlık (a)	-,1840**	,0195	-9,4343	,000	-,2224	-,1457	,1762
İkincil Travmatik Stres → Şefkat Yorgunluğu (c')	.3609**	,0625	5,7779	,000	,2381	,4836	,1976
Psikolojik Sağlamlık → Şefkat Yorgunluğu (b)	-.7272**	,1425	-5,1042	,000	-1,0073	-,4472	

B: Standardize Edilmemiş Regresyon Katsayısı, S. H: Standart Hata, **p<.001, n=418, k=5000 Bootstrap Örneklemi, R^2: Varyans Değeri, t: Serbestlik Derecesi

Tablo 4.9.'da aracı değişkenin yer almadığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi olan toplam etki (c yolu) analizine göre ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğunu pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. (B = .4947, %95 GA [.3800; .6094], t:8,4755, p<.001). Beta değerinin istatistiksel anlamlılığı, p değeri ve güven aralığı alt ve üst sınırlarının aynı işarete sahip olmalarıyla tespit edilmiştir. Varyans değerine göre; ikincil travmatik stres değişkeni şefkat yorgunluğu değişkenini yaklaşık %15 (R^2 =,1473) civarında açıklamaktadır.

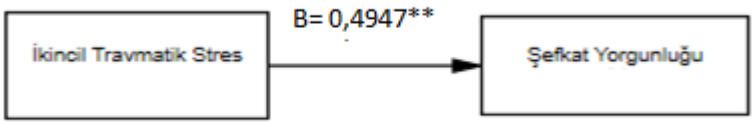
Tablo 4.9.'da yer alan bağımsız değişkenin aracı değişkene etkisi (a yolu) analizine göre, ikincil travmatik stres, psikolojik sağlamlığı negatif yönde anlamlı olarak

yordamaktadır. (B = -.1840, %95 GA [-.2224; -.1457], t:-9,4343, p<.001). Beta değerinin istatistiksel anlamlılığı p değeri ve güven aralığı alt ve üst sınırlarının aynı işarete sahip olmalarıyla tespit edilmiştir. Varyans değerine göre; ikincil travmatik stres değişkeni psikolojik sağlamlık değişkenini yaklaşık %18 (R^2 =,1762) civarında açıklamaktadır.

Tablo 4.9.'da yer alan aracı değişkenin bağımlı değişkene etkisi (b yolu) analizine göre psikolojik sağlamlık şefkat yorgunluğu düzeyini negatif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. (B = -.7272, %95 GA [-1.0073; -.4472], t: -5,1042, p<.001). Aracı değişkenin yer aldığı modelde, bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etkisi (c' yolu) analizine göre, ikincil travmatik stres düzeyi şefkat yorgunluğu düzeyini pozitif yönde anlamlı olarak yordamaktadır. (B = .3609, %95 GA [.2381; .4836], t: 5,7779, p<.001). Beta değerinin istatistiksel anlamlılığı p değeri ve güven aralığı alt ve üst sınırlarının aynı işarete sahip olmalarıyla tespit edilmiştir. Varyans değerine göre; ikincil travmatik stres ve psikolojik sağlamlık, şefkat yorgunluğu düzeyindeki varyansı yaklaşık %20 (R^2 =1976) civarında açıklamaktadır.

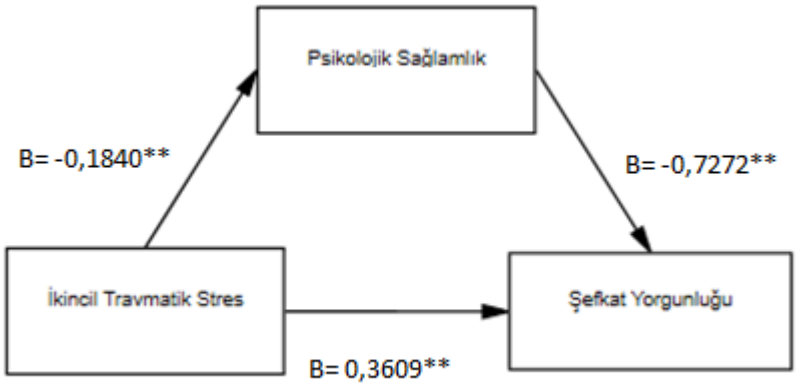
Şekil 3.a'da ikincil travmatik stresin şefkat yorgunluğuna doğrudan etkisine ve Şekil 3.b'de, ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlık aracı rolü olan dolaylı etkiye ilişkin model ve standardize edilmemiş regresyon katsayıları (B) gösterilmiştir.

a) Doğrudan Etki:



**** p <,001**

b) Dolaylı Etki:



**** p <,001**

Şekil 3 İkincil Travmatik Stres ve Şefkat Yorgunluğu Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü

Şekil 3.'te yer alan araştırma modelinde, ikincil travmatik stres, psikolojik sağlamlık aracılığıyla şefkat yorgunluğu üzerinde anlamlı dolaylı etkiye (ab) sahiptir ve psikolojik sağlamlık bu ilişkiye aracılık etmektedir (*B*= .3609, %95 BCA CI [.2381, .4836]) (BCA CI= Bias Corrected and Accelerated bootsrap Confidence Interval). Dolaylı etki değeri (.3609), psikolojik danışmanların birinin ikincil travmatik stres düzeyinin diğerlerinden bir birim yüksek olması, şefkat yorgunluğunun da .3609 daha yüksek olması anlamına gelmektedir. Çünkü araştırma, ikincil travmatik stresin yüksek olması psikolojik sağlamlığın daha düşük ve şefkat yorgunluğunun daha yüksek olmasını yordamaktadır.

Tablo 4 10. Bootstrap Temelli Tekli Aracı Değişken Etkisi

Psikolojik Sağlamlığın Aracı Olduğu İlişki	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Dolaylı Etki	Bootstrap Güven Aralığı BoLLCI-BoULCI	Aracı Etki Türü
İkincil Travmatik Stres-Şefkat Yorgunluğu	, 4947	, 3609	,1338	,3800 ,6094	Kısmi

Tablo 4.10. psikolojik danışmanlarda psikolojik sağlamlık aracı değişkeninin Bootstrap temelli etki büyüklüğü değerlerini göstermektedir. İkincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasında başlangıçta olan ,49 olan etki, aracı değişkenin modele dahil edilmesiyle ,36'ya düşmekte ve anlamlılığını korumaktadır. Bu durum, ikincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın kısmi aracı rolünün olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, araştırma hipotezini desteklemektedir.

BÖLÜM V: TARTIŞMA

5.1.Tartışma

Bu bölümde psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin birbirleri ve bazı demografik değişkenlerle olan ilişkilerini gösteren bulgular ve ikincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğu değişkenleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolüne ait bulgular incelenerek ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

5.1.1. İkincil Travmatik Stres Değişkenine İlişkin Tartışma

İkincil travmatik stres değişkenine yönelik araştırma sonuçları incelendiğinde psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Kadın katılımcılar, erkek katılımcılara göre daha yüksek ikincil travmatik stres düzeyine sahiptir.

İlgili literatür incelendiğinde; Matud (2004) tarafından stres ve başa çıkma düzeylerinin; Matud vd. (2014) tarafından cinsiyete göre psikolojik stresin; Kıdak vd. (2019) tarafından ikincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişliğe etki eden faktörlerin, Baum (2015) tarafından ruh sağlığı uzmanları arasında ikincil travmatik stresin, Baum vd. (2014) tarafından cinsiyete göre ikincil travmatik stres meta-analizinin, Choi (2011) tarafından istismar mağdurlarıyla çalışan uzmanlarda ikincil travmatik stresin, McLean vd. (2003) tarafından terapistler arasında ikincil travmatik stresin, Creamer ve Liddle (2005) tarafından 11 Eylül sonrası travmatize olmuş kişiler ile çalışan profesyonellerde ikincil travmatik stresin, Jaffe vd. (2003) tarafından travmatize bireylerle çalışan uzmanlarda ikincil travmatik stresin, Ivicic ve Mota (2017) tarafından ruh sağlığı uzmanlarındaki ikincil travmatik stresle ilişkili değişkenlerin, Özkul (2019) tarafından psikososyal destek elemanlarının ikincil travmatik stresin incelendiği çalışmalara göre, cinsiyet değişkeni açısından uzmanların ikincil travmatik stres düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğuna yönelik benzer bulgular yer almaktadır.

Kahil ve Palabıyıkoğlu (2018) travmatize bireyler ile çalışan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerini; Gündüz (2020) meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stresi; Vagni vd. (2020) uzmanların ikincil travmatik stres düzeylerini; Finklestein vd. (2015) ruh sağlığı uzmanlarında TSSB ve birikmiş travmayı; Cebbar (2021) ikincil travmatik stres, somatizasyon ve tükenmişlik ilişkisini incelemiş olup

bu çalışmalarda cinsiyete göre ikincil travmatik stres düzeyleri arasında farklılık bulunmamıştır. Devilly vd. (2009) tarafından ruh sağlığı uzmanlarında; Adams vd. (2008) tarafından 9 Eylül saldırısı sonrası çalışan uzmanlarda; Sprang vd. (2011) tarafından ruh sağlığı uzmanlarında, Altan (2020) tarafından ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stresin incelendiği çalışmalarda erkeklerin daha yüksek ikincil travmatik stres düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çeşitli araştırmalar incelendiğinde, konu ile ilgili farklı sonuç ve görüşlere ulaşılmıştır. Fakat, mevcut araştırmadaki kadınların erkeklerden daha yüksek ikincil travmatik stres düzeyine sahip olduğu bulgusu benzer araştırmalarda desteklenmektedir. Cinsiyet açısından farklı bulgulara ulaşılan çalışmalarda ise; danışmanların çalıştıkları grup, bölge, travma çeşidi ve ayrıca örneklem farklılığı neden olmuş olabilir.

Psikolojik danışmanların yaş değişkenine göre ikincil travmatik stres düzeyleri incelendiğinde, yaş grupları arasında ikincil travmatik stresin anlamlı olarak farklılaştığı sonucu bulunmuştur. 22-25 yaş grubundaki katılımcıların 35 ve üzeri yaş grubuna göre daha yüksek ikincil travmatik stres düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. İlgili literatür incelendiğinde; Singer vd., (2020) tarafından gerçekleştirilen uzmanların yaşam amacını araştırarak yaşanan tükenmişliği, dolaylı travmayı ve ikincil travmatik stresi azaltmayı amaçlayan çalışmada yaş ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çeşitli araştırmalarda da yaş arttıkça ikincil travmatik stres düzeyinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Bride, 2007; Bride vd., 2007; Galek vd., 2011; Kelly vd., 2015). Literatürde aynı zamanda, yaş ve ikincil travmatik stres düzeyi arasında ilişki olmadığı bulgularını içeren çalışmalar mevcuttur (Bride vd., 2004; Hamid ve Musa, 2017; Good, 1996; Sangganjanavanich ve Balkin, 2013; Bridger vd., 2020). Özetle, ikincil travmatik stres düzeyinin yaşa göre farklılaşması konusunda literatürde farklı görüşler yer almaktadır. Fakat araştırma bulguları olan ikincil travmatik stres düzeyinin yaş arttıkça azalması sonucunun literatürdeki çeşitli araştırmalarca desteklendiği görülmektedir.

Medeni durum değişkenine göre psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeyleri incelendiğinde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmaktadır ve bekar katılımcıların ikincil travmatik düzeylerinin evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat literatürde yer alan Ivicic (2017) tarafından ruh sağlığı uzmanlarındaki ikincil travmatik stresle ilişkili değişkenlerin ve Gündüz (2020) tarafından meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stresin incelendiği çalışmalarda medeni durum değişkeninin ikincil travmatik stres düzeyi ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma bulgusu literatür kapsamında desteklenmemektedir. Farklı sonuçlara ulaşılmasında, örneklemin çoğunlukla kadın katılımcılardan oluşması etken rol oynamış olabilir.

Eğitim durumu değişkenine göre psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeyleri incelendiğinde; lisans ve yüksek lisans eğitim durumuna sahip danışmanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat, doktora eğitim düzeyine sahip danışmanlar ile hem lisans hem de yüksek lisans eğitim düzeyine sahip danışmanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Doktora yapmış psikolojik danışmanların ikincil travmatik düzeyinin diğer iki gruptan da düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlgili literatür kapsamında; Finklestein vd. (2015), Gündüz (2020), Gürdil (2014), Ratrout ve Hamdan-Mansour (2018) ve Schwartz (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda eğitim düzeyi ile ikincil travmatik düzeyin arasında ilişki olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Buna göre, çalışmanın bulgusu incelenen ilgili literatür kapsamında desteklenmemektedir. Kişilerin, ikincil travmatik stres geliştirmesi bireysel deneyimler ve kişilik özellikleri ile ilişkilendirilmektedir. Bu sebeple demografik özellik olan eğitim düzeyi değişkeni kapsamında araştırma sonucu desteklenmeyebilir. Fakat bu durum, eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerin kendilerini geliştirme için daha fazla çaba göstermesi ve baş etme becerileri edinmesi ile açıklanabilir.

Gelir durumu değişkenine göre psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeyleri incelendiğinde; yüksek gelir durumuna sahip olanlar ile düşük ve orta gelir durumuna sahip olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanlar daha düşük ikincil travmatik stres düzeyine sahiptir. Gelir durumunun artması ile kişilerin iyi hissedeceği aktivitelere maddi kaynak harcamasının daha olası olduğu varsayılarak araştırma bulgusunun gerçeği yansıttığı düşünülmektedir.

Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres düzeyi mesleki kıdem değişkenine göre incelendiğinde, 16 ve üzeri yıl mesleki kıdeme sahip olan psikolojik danışmanlar ile 0-5 yıl ve 6-10 yıl mesleki kıdeme sahip bireyler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Deneyim yılı arttıkça ikincil travmatik stres düzeyi azalmaktadır. Literatürdeki Galek vd., (2011), Kobayashi vd., (2020) ve Padmanabhanunni (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmalara göre deneyim yılı arttıkça ikincil travmatik stres düzeyinin azaldığı bulgusu desteklenmektedir. Diğer yandan literatürde yer alan Baird ve Jenkins (2003), Cebbar (2021), Gürdil-Birinci ve Erden (2016), Rayner vd. (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırmalarda deneyim süresi ve ikincil travmatik stres düzeyi arasında ilişki

bulunamamıştır. Araştırmadaki deneyim yılı ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında bulunan negatif ilişki bulgusunun, meslekte daha az deneyime sahip olan uzmanların süpervizyon desteği almasının önemini gösterdiği düşünülmektedir.

5.1.2. Şefkat Yorgunluğu Değişkenine İlişkin Tartışma

Şefkat yorgunluğu değişkeni araştırma sonuçları incelendiğinde; psikolojik danışmanların şefkat yorgunluk düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılıklar gösterdiği ve kadınların daha yüksek düzeyde şefkat yorgunluğu deneyimlediği sonucu karşımıza çıkmaktadır. Literatürdeki çeşitli çalışmalarda (Gribben vd., 2019; Kariuki vd., 2017; Lerias ve Byrne, 2003; Mangoulia vd., 2015; Meyers ve Cornille, 2002; Rossi vd., 2012; Sprang vd., 2007; Thompson vd., 2014; Wu vd., 2017; Zeidner vd., 2013) erkeklere göre kadınların daha fazla şefkat yorgunluğuna sahip olduğuna yönelik benzer bulgular yer almaktadır. Bu durum, kadınlara yüklenen toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle şefkat duymanın kadınlar ile özdeşmesine bağlı olarak erkeklere göre daha yoğun şekilde etkilenmesi ile açıklanabilir.

Medeni durum değişkenine göre şefkat yorgunluğu düzeyi incelendiğinde, evli ve bekar katılımcılar arasında evlilerin lehine anlamlı farklılık bulunmuştur. Literatürde yer alan Potter vd. (2010) tarafından şefkat yorgunluğu dayanıklılığı değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada, Abendroth ve Flannery (2006) tarafından şefkat yorgunluğu risk yordayıcıları inceleme çalışmasında, Frank ve Adkinson (2007) tarafından şefkat yorgunluğu riski üzerine perspektif geliştirme çalışmasında ve Frank ve Karioth (2006) tarafından şefkat yorgunluğu ölçümü çalışmasında medeni durum ile şefkat yorgunluğu arasında anlamlı şekilde ilişkili olmadığı sonucu yer almaktadır. Literatüre göre araştırma bulgusu desteklenmemektedir. Bu durum, farklı coğrafi bölgelerde farklı kültürlerin hâkim olması nedeniyle kişilerin evliliğe yükledikleri anlam, evlilikten beklentileri, ilişkide görülen destek ve evlilik içi sorumluluklar gibi alanlarda çeşitlenmektedir. Bu nedenle örneklemin değişmesinin ulaşılan bulguyu da etkileyeceği düşünülmektedir.

Yaş değişkenine göre şefkat yorgunluğu düzeyi incelendiğinde, yaş grupları arasında genel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır, fakat 35 yaş ve üzerindeki psikolojik danışmanların 22-25 yaş grubuna göre daha düşük düzeyde şefkat yorgunluğuna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlgili literatür incelendiğinde, Connally (2012) tarafından Amerika'daki ruh sağlığı uzmanları arasında yapılan çalışmada, Cohen vd. (2006) tarafından

İsrail'de terörist saldırısına maruz kalan kişilerle çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapılan çalışmada, Murray vd. (2009) tarafından şefkat yorgunluğu ve doyumunun incelendiği çalışmada ve Sprang vd. (2007) tarafından ruh sağlığı uzmanlarının hayat kalitesinin incelendiği çalışmada yaşın şefkat yorgunluğunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Görüldüğü üzere, literatürde araştırma bulgusu olan yaş değişkeninin şefkat yorgunluğu düzeyine etkisinde destekleyici bir sonuç bulunamamıştır. Bu doğrultuda, yaşın şefkat yorgunluğu tetikleyicilerinden biri olmadığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu değişkenine göre şefkat yorgunluğu düzeyi incelendiğinde, psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu düzeyinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar göstermediği karşımıza çıkmaktadır. Literatürde Ray vd. (2013) tarafından gerçekleştirilen ruh sağlığı uzmanlarında şefkat yorgunluğu, şefkat doyumu, tükenmişlik ve çalışma koşullarının incelendiği çalışmada, Jenkins ve Baird (2002) tarafından gerçekleştirilen travmatik stresin incelendiği çalışmada, Potter vd. (2010) tarafından gerçekleştirilen şefkat yorgunluğu ve tükenmişliğin incelendiği çalışmada, Hunsaker vd. (2015) tarafından gerçekleştirilen tükenmişlik, şefkat yorgunluğu ve doyumunu geliştirmede etkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, White (2019) tarafından ruh sağlığı uzmanları arasında gerçekleştirilen empatinin şefkat yorgunluğu ve tükenmişliği yordama incelemesinde benzer bulgular yer alarak araştırma sonucunu desteklemektedir. Şefkat yorgunluğu üzerine var olan araştırmaların kısıtlı olması ve şefkat yorgunluğuyla baş etme çalışmalarının eğitim kurumlarında yapılmaması nedeniyle, eğitim durumuna göre farklılık bulunmadığı düşünülmektedir.

Gelir durumu değişkenine göre şefkat yorgunluğu düzeyi incelendiğinde, düşük gelir durumu ile yüksek gelir durumuna sahip psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Düşük gelir durumuna sahip bireyler daha yüksek düzeyde şefkat yorgunluğu deneyimlemektedir. Bu durum, gelir düzeyinin düşük olması nedeniyle şefkat yorgunluğuna karşı koruyucu faktörlere yönelmenin maddi olarak kısıtlanmasıyla açıklanabilir. Örneğin; bireyler ihtiyaç duydukları süpervizyon desteğine maddi kaynak yetersizliği nedeniyle erişemeyebilir.

Mesleki kıdem değişkenine yönelik araştırma sonuçları incelendiğinde, psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu düzeyinin mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık göstermektedir. Mesleki kıdem yılının artmasıyla, şefkat yorgunluğu düzeyinin azaldığı sonucu karşımıza çıkmaktadır. Literatürde yer alan Norrman Harling vd., (2020), Reynolds

(2019) ve Singer vd., (2020) tarafından gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda mesleki kıdem ve şefkat yorgunluğu arasında negatif ilişki olduğuna yönelik benzer bulgular yer almaktadır. Mesleki kıdemin artması ile birlikte kişinin mesleğine uyum sağlaması, baş etme yetisi kazanması ve süreci daha profesyonel bir şekilde yürütmesi varsayımlarına dayanarak bu durumun kişide daha düşük düzeyde şefkat yorgunluğu meydana getireceği düşünülmektedir.

5.1.3. Psikolojik Sağlamlık Değişkenine İlişkin Tartışma

Psikolojik sağlamlık değişkeni ile ilgili araştırma bulguları incelendiğinde, psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucu bulunmuştur. Bu farklılık, erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu göstermektedir. Bonanno vd. (2007) tarafından psikolojik sağlamlığın yordayıcılarının araştırıldığı çalışmada, Catabay vd. (2019) tarafından cinsel istismara uğramış siyahi kadınlar ile çalışan ruh sağlığı uzmanları ile gerçekleştirilen çalışmada ve Sacco vd. (2015) tarafından acil servis hemşireleri ile kişilik özellikleri, baş etme stratejileri ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğu üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada kadınların erkeklere göre daha düşük düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulgusu farklı örneklemler ile gerçekleştirilen çalışmalar ile desteklemektedir. Toplumsal algı olarak genellikle erkeklere güçlü olma, zorluklarla baş etme veya mücadele etme misyonu yüklenirken kadınlara kırılgan olma, başkasından yardım isteme ve duygusal olma misyonu yüklenmektedir. Bu durumun kadınların baş etme mekanizmalarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma bulguları incelendiğinde, psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin medeni durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucu bulunmuştur. Bu farklılık, evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu göstermektedir. Anderson vd. (2012) tarafından aile içi şiddet sonrası psikolojik sağlamlık düzeyi ve iyileşmenin incelendiği ve Dehvan vd. (2018) tarafından psikiyatri hemşireleri arasında psikolojik sağlamlık ve ruh sağlığı ilişkisinin incelendiği araştırmalarda evli katılımcıların daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulguları farklı literatür kaynakları ile desteklenmektedir. Özellikle, şiddetin var olduğu yakın ilişkilerdeki bireyler arasında evli olanların psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olması, evlilik ile kurulan yakın bağın bireye olumlu etki ederek zorlu durumlarla baş etmesini kolaylaştırdığını düşündürmektedir.

Araştırma bulguları eğitim durumu değişkenine göre incelendiğinde, psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin eğitim durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucu bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe psikolojik sağlamlık düzeyi de yükselmektedir. Örneğin, doktora eğitim durumuna sahip bireyler yüksek lisans ve lisans derecesine sahip bireylere göre, yüksek lisans derecesine sahip bireyler ise lisans derecesine sahip olan bireylere göre daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahiptir. Araştırma bulgusu, Kolar vd., (2017) tarafından kariyerinin başındaki psikologlarda psikolojik sağlamlığın araştırıldığı çalışmada, McDonald vd., (2012) tarafından sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlığın gelişimini desteklemeyi amaçlayan müdahale eğitimi çalışmasında ve McKinnon (2009) tarafından sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlığın öneminin araştırıldığı çalışma ile desteklenmektedir. Eğitim durumu ile kişilerin farkındalık düzeyi ve baş edebilme becerilerinin arttığı varsayımı ile bireylerin kişisel kaynaklarının farkında olarak olumsuz durumlara karşı psikolojik sağlamlık geliştirdiği düşünülmektedir.

Araştırma bulguları gelir durumu değişkenine göre incelendiğinde, danışmanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin gelir durum değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı sonucu bulunmuştur. Gelir durumu yükseldikçe psikolojik sağlamlık düzeyi yükselmektedir. Düşük ve orta gelir durumuna sahip katılımcılar yüksek gelir durumu katılımcılarına göre daha düşük düzeyde psikolojik sağlamlığa sahiptir. Yukarıda bahsi geçen bulgu Ergün-Başak ve Can (2018), Kimhi vd., (2020) ve Sakız ve Aftab (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda desteklenmektedir. Bu sonuca göre, yüksek gelir durumuna sahip bireylerin ihtiyaç duydukları desteğe erişme imkanına sahip olmalarının psikolojik sağlamlık düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma bulguları mesleki kıdem değişkenine göre incelendiğinde, mesleki kıdemin artmasıyla psikolojik sağlamlık düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bulgu, literatür tarafından genel anlamda desteklenmemektedir. Deneyim ve kıdem arttıkça kişilerin işyeri stresini yönetme becerilerinde de bir artış olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Adali ve Priami, 2002; Chan ve Morrison, 2000; Kimhi vd., (2020); Touraneau ve Cranley, 2006). Fakat Gillespie vd. (2009) tarafından hemşireler arasında kişisel özelliklerin psikolojik sağlamlığa etkisinin araştırıldığı çalışmada, daha az mesleki deneyim ve düşük kıdeme sahip katılımcıların daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, daha az deneyimli olanların daha az düzeyde ağır vakalarla çalıştığı ve psikolojik sağlamlığına zarar verecek daha az miktarda işlerde rol üstlenmeleri ile açıklanmaktadır. Ülkemizde ise, daha yüksek mesleki kıdeme sahip

olanların daha düşük düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olmasının nedenleri arasında süpervizyon alma imkanlarının kısıtlı olması, daha fazla vaka yükünün olması, kıdem ile birlikte işte geçirilen zaman ve sorumluluğun artması, kişinin bireysel kaynaklarını besleyecek zamanının daha az olması gibi etkenlerin yer aldığı düşünülmektedir.

5.2. İkincil Travmatik Stres, Şefkat Yorgunluğu ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkilere Yönelik Tartışma

Ruh sağlığı uzmanlarının, olumsuz deneyim yaşamış veya travmatize olmuş insanlarla çalışırken etkilenmelerinin fark edilmesi ile literatürde şefkat yorgunluğu ve ikincil travmatik stres kavramlarına olan ilgi artmaktadır. Uzmanlar, travma mağdurları ile karşılaştıklarında, strese karşı savunmasız hale gelebilmekte ve bu durum hem kendi sağlıklarını hem de danışma sürecini etkileyebilecek birçok olumsuz sonuca yol açabilmektedir. Ruh sağlığı uzmanlarının, danışan travmalarına maruz kalmasının nedenleri ve sonuçları kısmen araştırılsa da müdahale planlarına olan ilgi henüz yeterli düzeyde değildir. Travmatize danışanlar ile çalışan danışmanların, bu durum ile başa çıkabilmesinde etkili olan psikolojik sağlamlık düzeyi etkisinin araştırılması; yaşanan durum, danışan-danışman ilişkisi ve terapötik süreç için önemlidir. Bu araştırmada, şefkat yorgunluğu geliştirmede etkili olan ikincil travmatik stresin etkisi ve bu ilişkideki psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolü psikolojik danışmanlar bağlamında incelenmiştir. Mevcut çalışma ile ikincil olarak travmaya maruz kalan uzmanların bu durumla baş edebilmesi için psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu geliştirme riski incelenerek ülkemizde kısıtlı olan literatüre katkıda bulunulmaktadır. Çalışma şefkat yorgunluğu teorileri ve araştırmaları üzerine kurulmuştur ve ileride önleyici çalışma hizmetleri sunmak için bir kaynak olabilir.

Aracılık analizinin gerçekleştirilebilmesi için araştırmadaki diğer değişkenler arasında yordama ilişkisinin bulunması önkoşuldur. Bu araştırmada, ikincil travmatik stres şefkat yorgunluğunu yordamaktadır. Bu sayede aracılık analizinin ön koşulu gerçekleştirilmiş ve ayrıca araştırma hipotezlerinden biri ispatlanmıştır. Bahsedilen ilişki, araştırmanın teorik temeli olan Figley (1995, 1997)'in şefkat stresi ve yorgunluk modeli ile desteklenmektedir. Terapötik süreç içerisinde empatik bir anlayış gereklidir (Duan ve Hill, 1996; Rogers, 1975), fakat uzmanlarının yoğun empati hissetmesi olumsuz sonuçlara neden olmakta (Figley, 1995) ve önemli ölçüde duygusal, bilişsel ve davranışsal değişiklikler oluşturabilmektedir (Adams vd., 2006; Newell ve MacNeil, 2010). Danışmanların sürekli olarak travmatik materyale maruz kalması ikincil travmatik stres geliştirmelerini tetiklemektedir (Pearlman

ve Mac Ian, 1995; Schauben ve Frazier, 1995). Örneğin, Brady vd. (1999), cinsel istismara maruz kalan danışanlar ile çalışan 446 kadın psikoterapistle yaptığı araştırmada, uzmanların %72'si danışanlarıyla çalışmalarında "bazen" veya "sıklıkla" travmanın ayrıntılarına maruz kaldığını bildirmiştir. Brady vd. (1999) uzmanların ağır bir cinsel travma vaka yüküne sahip olduklarını ve kariyerleri boyunca daha fazla sayıda cinsel istismar mağduru ile çalıştıklarında travma semptomları sergileme olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Benzer şekilde, Cunningham (2003)'ın sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirdiği araştırmaya göre, travmatize olmuş danışanlarla çalışmak uzmanlar açısından zorlayıcı olmakta ve uzun süreli etkileri bulunmaktadır. Bu duruma paralel olarak travmatize danışanlara ikincil maruziyetten kaynaklanan olumsuz etkiler şefkat yorgunluğuna neden olmaktadır (Figley, 1995, 2002; Kelly ve Lefton, 2017). Bir başka çalışmaya göre, ikincil travma zayıf konsantrasyon ve şefkat yorgunluğuna neden olarak uzmanlar tarafından sağlanan hizmetin kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Figley, 1999). McGillem (2016)'in hasta bakım merkezlerinde çalışan ruh sağlığı uzmanları arasındaki şefkat yorgunluğu bileşenlerini incelediği çalışmada ikincil travmatik stresin şefkat yorgunluğu nedenlerinden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Berry (2019) tarafından ruh sağlığı uzmanları arasında şefkat yorgunluğuyla mücadelede öz bakım şekli olarak egzersiz yapmanın etkisini araştırıldığı çalışmada, ikincil travmatik stresin şefkat yorgunluğu yordayıcılarından biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mottaghi vd. (2020), hemşirelerin şefkat yorgunluğu geliştirmesinde empati, suçluluk duygusu ve ikincil travmatik stres etkilerini incelediği çalışmada ikincil travmatik stres şefkat yorgunluğu nedenlerinden biri olarak bulunmuştur.

Araştırmada psikolojik danışmanların psikolojik sağlamlık düzeyi ile şefkat yorgunluğu geliştirmeleri arasında olumsuz ve anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre, psikolojik sağlamlık düzeyinin artmasıyla, şefkat yorgunluğunun azalabileceği saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık, ruh sağlığı uzmanlarının şefkat yorgunluğu geliştirmesine karşı bir koruyucu etken olarak ele alınmaktadır (Grant ve Kinman, 2011). Benzer şekilde, çeşitli araştırma sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlık düzeyi ve şefkat yorgunluğu arasında olumsuz yönde ilişki bulunmaktadır. Psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça bireylerin baş edebilme gücünün artması ve şefkat yorgunluğu geliştirmemesi beklenmektedir. Bu sonuçlar psikolojik sağlamlık literatürü ile desteklenmektedir. Kişiler, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça daha düşük düzeyde şefkat yorgunluğu göstermektedir (Hollingsworth, 1993; Schauben ve Frazier, 1995). Ayrıca, Cho ve Jung (2014) tarafından yürütülen empati,

psikolojik sağlamlık ve öz bakımın şefkat yorgunluğu üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, psikolojik sağlamlık ve şefkat yorgunluğu düzeyleri arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Benzer şekilde, alanyazın temeline dayanarak Jakel vd. (2016), psikolojik sağlamlığı geliştiren telefon uygulamasının hemşirelerdeki şefkat yorgunluğu düzeyini düşürmedeki etkisini araştırmıştır. Farklı bir çalışma olarak Nijerya'daki 275 bakım verme sektörünce çalışan uzmanlarda psikolojik sağlamlık kişilik özellikleri ve umut ve şefkat yorgunluğu ilişkisi araştırılmış ve psikolojik sağlamlığın şefkat yorgunluğu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Shindi vd., 2019). Gonzalez vd. (2019)'nin travmatize kişiler ile çalışan uzmanlar arasında psikolojik sağlamlık, şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve şefkat memnuniyetinin incelenmesi konulu çalışmasında, şefkat yorgunluğu seviyesinin düşük olması, kişilerin yüksek psikolojik sağlamlık seviyesine sahip olması ile ilişkili olarak bulunmuştur.

Son olarak araştırmanın aracı değişkeni olan psikolojik sağlamlığın, ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu değişkenleri arasındaki ilişkide aracı rolüne bakıldığında; psikolojik danışmanlarda psikolojik sağlamlığın, ikincil travmatik stres ile şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür. Araştırma modelinde; ikincil travmatik stres düzeyinin azalması psikolojik sağlamlığın artmasına, psikolojik sağlamlık düzeyinin artması da psikolojik danışmanların şefkat yorgunluğu düzeyinin azalmasına neden olmaktadır. Literatürde, bahsi geçen üç değişkenin araştırma bağlamında ele alındığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Fakat olası benzer çalışmalar ile araştırma sonucu tartışılacaktır.

Örneğin; şefkat yorgunluğu psikolojik sağlamlık modeli (çok boyutlu psikolojik sağlamlık modeli) ikincil travmatik stres düzeyindeki artış ve azalışı hesaba katmakta ve ikincil travmatik stres tepkilerini yordamaktadır. Bu model araştırma ve uygulamaya rehberlik etmektedir. Travmatize olmuş kişiler ve travmaya maruz kalan uzmanlar açısından ikincil travmatik strese karşı psikolojik sağlamlığı geliştirme ve stresi yönetmede etkili yöntemler sunarak şefkat yorgunluğunu engelleme potansiyeline sahiptir (Ludick ve Figley, 2017). Benzer şekilde, Sullivan vd. (2019) tarafından hemşirelerde arasında şefkat yorgunluğunun azaltılmasını sağlayan bir program geliştirilmiştir. Bu program ile şefkat yorgunluğunun hemşireler tarafından bildirilen tükenmişlik, ikincil travmatik stres ve şefkat memnuniyeti üzerindeki etkisini ve ayrıca psikolojik sağlamlık ve başa çıkma davranışlarıyla ilişkili faktörleri değerlendirilmektedir. Yine hemşireler için psikoeğitim uygulama programı olan Bailey vd. (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, psikolojik

sağlamlığı güçlendirmek için farkındalık, kabul ve kararlılık terapisi ve bilişsel-davranışçı temelindeki program ile hemşirelere sekiz oturumluk bir psikoeğitim verilmiştir. Bu sayede yüksek stres, tükenmişlik ve şefkat yorgunluğunun altında yatan neden ve etkileri ele alınmıştır. Özetle, programda hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeylerini artırmak için eğitim verilmiş ve şefkat yorgunluğu ve stres düzeylerinin düşürülmüştür.

Sonuç olarak, psikolojik sağlamlığı geliştirmede kullanılan programlarda psikolojik sağlamlığın, ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu ile ilişkisi görülmektedir. İlgili literatür ışığında, araştırmada test edilen psikolojik danışmanlarda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü olduğu hipotezinin var olan çalışmalar ile tutarlı bir şekilde doğrulandığı düşünülmektedir.

5.3.Öneriler

Mevcut araştırmada psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu düzeyleri arasındaki psikolojik sağlamlığın aracı rolü ve ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık özellikleri çeşitli demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Araştırma sonuçları bağlamında, gelecek araştırmalara kaynak ve fikir açısından öneriler bu bölümde tartışılacaktır.

1. Yapılan araştırma örneklemi psikolojik danışmanlar ile sınırlıdır, fakat şefkat yorgunluğu tüm ruh sağlığı alanında çalışanları etkileyebilmektedir. Bu açıdan araştırmanın bağlamı ruh sağlığı uzmanlarını kapsayacak şekilde genişletilebilir.

2. Araştırma sırasında, psikolojik sağlamlık, ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu değişkenlerinin üçünü birlikte inceleyen çalışmaların oldukça az olduğu ve var olan çalışmaların ise çok farklı örneklem gruplarıyla gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu nedenle, ruh sağlığı örnekleminde tüm değişkenleri içeren araştırmaların literatürüne katkı sunacağı düşünülmektedir.

3. Mevcut çalışmadaki demografik değişkenler, kişinin travma geçmişini içermemektedir. Bireysel travma öyküsü, ikincil travma geliştirme tetikleyicilerinden biridir. Bu sebeple çalışma kapsamına bireysel travma öyküsü dahil edilebilir.

4. Psikolojik sağlamlığın, bireylerin ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğu düzeyini düşürebildiği, yaşamlarındaki sorunlara karşı daha sağlıklı baş etme yolları sağladığı ve iyi oluş haline olumlu anlamda katkı sağladığı görülmektedir. Hem bireysel hem de terapötik süreç açısından danışmanların psikolojik sağlamlık düzeylerini artırmaya yönelik program, eğitim ve etkinlikler geliştirilmelidir.

5. Psikolojik danışmanların ikincil travmatik stres, şefkat yorgunluğu ve psikolojik sağlamlık düzeyleri nicel yöntem kapsamında incelenmiştir. Araştırma sorununun, daha derinlemesine incelenmesi için nitel veya karma yöntemler kullanılabilir.

KAYNAKÇA

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *8*(6), 346-356.

Adali, E., & Priami, M. (2002). Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal, 11*(11), 1-19.

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(1), 103-108. http://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103

Adams, R. E., Figley, C. R. ve Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its Use with Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice, 18*(3), 238-250. http://doi.org/10.1177/1049731507310190

Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefit from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*(4), 899- 922. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Lou Sole, M., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive Pediatric nursing*, *29*(2), 103-125. https://doi.org/10.1080/01460860600677643

Altan, B. (2020). *Ruh sağlığı çalışanlarında ikincil travmatik stres ile uyum bozucu şemalar, çocukluk çağı travmaları ve mesleki ve sosyodemografik değişkenlerin ilişkileri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association. (2020, February 1). *Building your resilience.* http://www.apa.org/topics/resilience

Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against women*, *18*(11), 1279-1299. http://doi.org/10.1177/1077801212470543

Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 3–10). Wiley

Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *84*(1), 67–75. http://doi.org/10.1007/s00420-010-0601-8

Arvay, M. J., & Uhlemann, M. R. (1995). Forms of stress among counselors working with trauma survivors. In Miller, C. S. & Sakari, M. D. (Eds). *Connecitons 95'* (pp. 129-140). University of Victoria.

Bailey, A. K., Sawyer, A. T., & Robinson, P. S. (2021). A Psychoeducational Group Intervention for Nurses: Rationale, Theoretical Framework, and Development. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, http://doi.org/10783903211001116.

Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, *18*(1), 71-86. http://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71

Baranowsky, A., Gentry, E., & Schultz, D. (2005). *Trauma practice: Tools for stabilization and recovery*. Hogrefe.

Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The mediator-moderator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173-1182. http://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173

Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans.* Oxford University Press.

Baum, N. (2015). Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(2), 221-235. http://doi.org/10.1177/1524838015584357

Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry*, *84*(2), 111-122. http://doi.org/10.1037/h0099383

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, *25*(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005

Becvar, D. (2003). The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*(4), 469-477. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01689.x

Berceli, D., & Napoli, M. (2006). A proposal for a mindfulness-based trauma prevention program for social work professionals. *Complementary Health Practice Review*, *11(*3), 153-165. https://doi.org/10.1177%2F1533210106297989

Berry, K. R. (2019). *Storytelling and How It Aids Empathy for Providers of the Trauma Patient Population* [Unpublished doctoral dissertation]. The University of Arizona.

Bhutani, J., Bhutani, S., Balhara, Y., & Kalra, S. (2012). Compassion fatigue and burnout amongst clinicians: A medical exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *34*(4), 332-337. http://doi.org/10.4103/0253-7176.108206

Birinci, G. G., & Erden, G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, *31*(77), 10-26.

Boleyn-Fitzgerald, P. (2003). Care and the Problem of Pity. *Bioethics*, *17*(1), 1-20. http://doi.org/10.1111/1467-8519.00318

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, *59*(1), 20-28. http://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5), 671–682. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671

Bonnano, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121, 369-375. http://doi.org/10.1542/peds.2007-1648

Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional psychology: Research and practice*, *30*(4), 386–393. https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, and Abuse*, *10*(3), 198-210. https://doi.org/10.1177%2F1524838009334448

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, *14*(1), 27-35. https://doi.org/10.1177%2F1049731503254106

Bride, B. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, *52*(1), 63-70. https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 52*, 63–70. http://dx.doi.org/10.1093/sw/52.1.63

Bride, B. E., & Figley, C. R. (2007). The fatigue of compassionate social workers: An introduction to the special issue on compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 151-153. http://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5

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. http://dx.doi.org/10.1300/J394v04n03_05

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, *14*(1), 27-35. http://doi.org/10.1177/1049731503254106

Bridger, K. M., Binder, J. F., & Kellezi, B. (2020). Secondary traumatic stress in foster carers: risk factors and implications for intervention. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(2), 482-492. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01668-2

Brief, A., & Weiss, H. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual Review in Psychology*, *53*, 279-307. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135156

Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (18 bs.). Pegem Akademi.

Carpenter, S. R., & Cottingham, K. L. (1997). Resilience and restoration of lakes. *Conservation ecology*, *1*(1).

Carr, B. (1999). Pity and compassion as social virtues. *Philosophy*, *74*(3), 411-429. https://doi.org/10.1017/S0031819199000479

Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues*, *54*(2), 245-266. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x

Catabay, C. J., Stockman, J. K., Campbell, J. C., & Tsuyuki, K. (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *Journal of affective disorders*, *259*, 143-149. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.037

Catherall, D. R. (2007). Secondary stress and the professional helper. Canadian Traumatic Stress Network. http://www.ctsn-rcst.ca/Secondary.html

Cebbar, E. (2021). *Psikologlarda psikolojik dayanıklılığın; ikincil travmatik stres, somatizasyon ve tükenmişlik ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Cemey, M. S. (1995). Treating the gheroic treaters. In CR Figley (Eds). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 131-149). Brunner.

Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., ... & Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC health services research*, *17*(1), 1-11. http://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x

Chan, E. Y., & Morrison, P. (2000). Factors influencing the retention and turnover intentions of registered nurses in a Singapore hospital. *Nursing & Health Sciences*, *2*(2), 113-121. https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2000.00046.x

Cho, H. J., & Jung, M. S. (2014). Effect of empathy, resilience, self-care on compassion fatigue in oncology nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, *20*(4), 373-382. https://doi.org/10.11111/jkana.2014.20.4.373

Choi, G. Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, *35*(3), 225–242. http://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333

Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2006). The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. In Cicchetti, D., Cohen D, (Eds.). *Developmental psychopathology* (2nd ed., 1–64). Wiley & Sons.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multilevel perspective. *Development and psychopathology*, *19*(3), 787-809. https://doi.org/10.1017/S0954579407000399

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2012). Gene by environment interaction and resilience: Effects of child maltreatment and serotonin, corticotropin releasing hormone, dopamine, and oxytocin genes. *Development and psychopathology*, *24*(2), 411-427. https://dx.doi.org/10.1017%2FS0954579412000077

Clark, A. J. (2010). Empathy: An integral model in the counseling process. *Journal of Counseling & Development*, 88(3), 348-356. http://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00032.x

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.

Cohen, M., Gagin, R., & Peled-Avram, M. (2006). Multiple terrorist attacks: Compassion fatigue in Israeli social workers. *Traumatology*, *12*(4), 293-301. http://dx.doi.org/10.1177/1534765606297820

Collins, D. (2008). *Magic in the ancient Greek world*. John Wiley & Sons.

Connally, D. (2012). The relationship between clinician sex, ethnicity, sexual identity and secondary traumatic stress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *16*(4), 306-321. http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2012.697002

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.

Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard business review*, *80*(5), 46-56.

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. https://doi.org/10.1080/10615800903085818

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: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, *18*(1), 89-96. http://doi.org/10.1002/jts.20008

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage.

Cuartero, M. E., & Campos-Vidal, J. (2018). Self-care behaviours and their relationship with satisfaction and compassion fatigue levels among social workers. *Social Work in Health Care*, *53*(3), 274-290. http://doi.org/10.1080/00981389.2018.1558164

Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: A review of the concept. *Emotion review*, *8*(2), 144-153. https://doi.org/10.1177%2F1754073914558466

Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social work*, *48*(4), 451-459. https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451

Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development and psychopathology*, *19*(3), 811-840. https://doi.org/10.1017/S0954579407000405

Curtis, W. J., & Nelson, C. A. (2003). Toward building a better brain: neurobehavioral outcomes, mechanisms, and processes of environmental enrichment. In Luthar S, (Eds.). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities.* (pp. 463–488). Cambridge University Press.

Dagan, K., Itzhaky, H., & Ben-Porat, A. (2015). Therapists working with trauma victims: The contribution of personal, environmental, and professional-organizational resources to secondary traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(5), 592–606. http://doi.org/10.1080/15299732.2015.1037038

Dalai Lama. (1995). *The power of compassion.* HarperCollins.

David, D. P. (2012). *Resilience as a Protective Factor Against Compassion Fatigue in Trauma Therapists*. [Doctoral Thesis, Walden University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. http://pqdtopen.proquest.com/#viewpdf?dispub=3544932

Davidson, J. R. T., Payne, V. M., Connor, K. M., Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Hertzberg, & Weisler, R. H. (2005). Trauma, resilience, and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 20*(1), 43-48.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, *30*(5), 479-495. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003

Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221

Decety, J., & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science, 13*(6), 886–899. http://doi.org/10.1111/j.1467- 7687.2009.00940.x

Dehghannezhad, J., Gilani, N., Rahmani, A., & Dadashzadeh, A. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue among emergency medical technicians in Iran. *Australasian Journal of Paramedicine*, *17*, 1-7. http://doi.org/10.33151/ajp.17.642.

Dehvan, F., Kamangar, P., Baiezeedy, S., Roshani, D., & Gheshlagh, R. G. (2018). The relationship of mental health with resilience among psychiatric nurses. *Nursing Practice Today*, *5*(4), 368-374. https://doi.org/10.18502/npt.v5i4.115

DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1*(14), 119-136. http://doi.org/10.1037/0278-6133.1.2.119

Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(4), 373-385. http://doi.org/10.1080/00048670902721079

Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, *3*(1), 93-102.

Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, *43*(3), 261-274. http://doi.org/10.1037/0022-0167.43.3.261

Durlak, J. A. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*(4), 512-520. https://doi.org/10.1037/h0080360

Earvolino-Ramirez, M. (2007, April). Resilience: A concept analysis. In *Nursing forum*, 42(2), 73-82. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x

Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, *25*(2), 103–122. http://doi.org/10.1080/08865710802309972

Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational therapy in health care*, *24*(2), 119-129. https://doi.org/10.3109/07380570903329610

Efron, B. (1987). Better bootstrap confidence intervals. *Journal of the American Statistical Association*, *82*(397), 171-185. https://doi.org/10.1080/01621459.1987.10478410

Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and psychopathology*, *5*(4), 517-528. https://doi.org/10.1017/S0954579400006131

Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition and behavior*. Erlbaum.

Ekman, E., & Halpern, J. (2015). Professional distress and meaning in health care: Why professional empathy can help. *Social Work in Health Care*, *54*(7), 633-650. http://doi.org/10.1080/00981389.2015.1046575

Engle, P. L., Castle, S., & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social science & medicine*, *43*(5), 621-635. https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00110-4

English, E. A. (2020). *Understanding Compassion Fatigue in Mental Health Professionals* [Unpublished doctoral dissertation]. The Chicago School of Professional Psychology.

Epel, E. S., McEwen, B. S., & Ickovics, J. R. (1998). Embodying psychological thriving: Physical thriving in response to stress. *Journal of Social Issues*, *54*(2), 301-322. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01220.x

Ergün-Başak, B., & Can, G. (2018). The Relationships Between Self-Compassion, Social-Connectedness, Optimism and Psychological Resilience Among Low-Income University Students. *Ilkogretim Online*, *17*(2), 768-785. http://dx.doi.org/10.17051/io.2015.85927

Fedoce, A. D. G., Ferreira, F., Bota, R. G., Bonet-Costa, V., Sun, P. Y., & Davies, K. J. (2018). The role of oxidative stress in anxiety disorder: cause or consequence?. *Free radical research*, *52*(7), 737-750. https://doi.org/10.1080/10715762.2018.1475733

Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 143-155. https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, *26*(1), 399-419. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

Figley, C. R. (1993, February). Compassion stress: Toward its measurement and management. *Family Therapy News*, pp. 1-2

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.* In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). The Sidran Press.

Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring.* CRC Press.

Figley, C. R. (1999) In Stamm, B. H. (Ed.) *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, & educators.* (pp 3-28). Sidran Press.

Figley, C. R. (2001). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder.* Routledge Taylor and Francis Group.

Figley, C. R. (2001). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder* (2nd ed.). NY: Bruner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue.* Brunner-Routledge.

Figley, C. R. (2015). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In *Compassion fatigue: Coping with STS disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1– 20). Brunner/Mazel.

Figley, C. R., & Figley, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. In E. M. Seppälä, E. Simons-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 387– 398). Oxford University Press.

Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *National Association of Social Workers*, 25-31. http://doi.org/10.1093/hsw/hlv026

Fraenkel, J. R., Wallen, N. E., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education* (8th ed.). McGraw-hill.

Frank, D. I., & Adkinson, L. F. (2007). A developmental perspective on risk for compassion fatigue in middle-aged nurses caring for hurricane victims in Florida. *Holistic Nursing Practice*, *21*(2), 55-62. http://doi.org/10.1097/01.HNP.0000262018.49550.5a

Frank, D. I., & Karioth, S. P. (2006). Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims. *Southern Online Journal of Nursing Research*, *7*(4), 1-13.

Franza, F., Del Buono, G., & Pellegrino, F. (2015). Psychiatric caregiver stress: Clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatria Danubina*, *27*(1), 321-327.

Fraser, M. W. (1997). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. NASW Press.

Freud, S. (1910). *The future prospects of psycho-analytic therapy. Collected Papers.* Hogarth Press.

Fukumori, T., Miyazaki, A., Takaba, C., Taniguchi, S., & Asai, M. (2018). Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: A qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue. *Psycho-Oncology*, *27*(2) 620-625. http://doi.org/10.1002/pon.4555

Gallavan, D., & Newman, J. (2013). Predictors of burnout among correctional mental health professionals. *Psychological Services*, *10*(1), 115-122. http://doi.org/10.1037/a0031341

Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B., & Kudler, T. (2011). Burnout, secondary traumatic stress, and social support. *Pastoral Psychology*, *60*(5), 633–649. https://doi.org/10.1177/0081246319892898

Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 77–97). John Wiley & Sons.

Geist, R. A. (2013). How the empathic process heals: A microprocess perspective. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, *8*(3), 265-281. http://doi.org/10.1080/15551024.2013.800357

Geller, J. D. (2006). Pity, suffering, and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, *60*(2), 187-205. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2006.60.2.187

Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). ARP: The accelerated recovery program for compassion fatigue. In C. Figely (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–137). Brunner-Routledge.

Geoffrion, S., Morselli, C., & Guay, S. (2016). Rethinking compassion fatigue through the lens of professional identity: The case of child-protection workers. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(3), 270-283. https://doi.org/10.1177%2F1524838015584362

Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind.* Constable & Robinson Ltd.

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International journal of nursing studies*, *46*(7), 968-976. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.006

Gittell, J. H., Cameron, K., Lim, S., & Rivas, V. (2006). Relationships, layoffs, and organizational resilience: Airline industry responses to September 11. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *42*(3), 300-329. https://doi.org/10.1177%2F0021886306286466

Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin,* 136(3), 351-374. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018807

Gonzalez, T. C., Helm, H., & Edwards, L. I. (2019). An Examination of Resilience, Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction between Men and Women among Trauma Responders. *North American Journal of Psychology*, *21*(1), 1-20.

Good, D. A. (1996). *Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals* (Unpublished Doctoral Dissertation) The University of New Mexico, New Mexico.

Goff, B. S. N., & Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of marital and family therapy*, *31*(2), 145-157. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x

Gökçe, G., & Yılmaz, B. (2017). Afetlerde Yardım Çalışanları: İkincil Travmatik Stres ve Başa Çıkma. *Turkiye Klinikleri Psychology-Special Topics, 2 (3)*, 198-204.

Grant, L., & Kinman, G. (2014). Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *Health and Social Care Education*, *3*(1), 23-34. https://doi.org/10.11120/hsce.2014.00040

Gravetter, J. F. ve Forzano, L. B. (2012*). Research methods for the behavioral sciences* (4th ed.). Linda Schreiber-Ganster.

Gribben, J. L., Kase, S. M., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric critical care physicians in the United States. *Pediatric Critical Care Medicine*, *20*(3), 213-222. http://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001803

Gunderson, L. H. (2000). Ecological resilience—in theory and application. *Annual review of ecology and systematics*, *31*(1), 425-439. https://doi.org/10.1146/annurev.ecolsys.31.1.425

Gündüz, B. (2020). Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 1-14.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. (2. bs). Seçkin Yayıncılık.

Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Geştalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Gürdil-Birinci, G., & Erden, G. (2016). Yardım Çalışanlarında Üstlenilmiş Travma, İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, *31*(77), 10-26.

Hainsworth, J. B. (1991). *The idea of epic*. University of California Press.

Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014*). Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson Education Limited.

Hamid, A. A., & Musa, S. A. (2017). The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. *Journal of mental health,* 26(1), 28-35. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244714

Harr, C. (2013). Promoting workplace health by diminishing the negative impact of compassion fatigue and increasing compassion satisfaction. *Social Work & Christianity, 40,* 71–88.

Haslam, N., Bain, P., & Neal, D. (2004). The implicit structure of positive characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(4), 529-541. https://doi.org/10.1177%2F0146167203261893

Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable. Mediation, moderation, and conditional process modeling. http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.

Hayes, A. F. & Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis: Does method really matter? *Psychological Science, 24*(10), 1918-1927. http://doi.org/10.1177/0956797613480187

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(5), 797. http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797

Henderson, N., & Milstein, M. M. 2003. *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators.* Corwin Press

Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(2), 83-91. http://doi.org/10.1002/jts.21998

Henson, J. S. (2017). When compassion is lost. *Medsurg Nursing, 26*(2), 139-142.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Hernández, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, *29*(1), 67-83. https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.1.67

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 258-265. https://doi.org/10.1177%2F070674371105600504

Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual review of ecology and systematics*, *4*(1), 1-23. https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245

Holling, C. S. (1996). Engineering resilience versus ecological resilience. In Schulze, P. (Ed.), *Engineering within ecological constraints.* (pp. 31-44). National Academy Press.

Hollnagel, E., Woods, D. D., & Leveson, N. (Eds.). (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Ashgate Publishing.

Hollingsworth, M. A. (1993). *Responses of female therapists to treating adult female survivors of incest* (Doctoral dissertation, Western Michigan University), *Dissertation Abstracts International*.

Hollnagel, E., Woods, D. D., & Leveson, N. (Eds.). (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Ashgate Publishing, Ltd.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, *36*(5), 420-427. https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, *47*(2), 186-194. https://doi.org/10.1111/jnu.12122

Hunter, A. J., & Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *31*(3), 243-247. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00488.x

Iversen, S., & Robertson, N. (2020). Prevalence and predictors of secondary trauma in the legal profession: a systematic review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-24. https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1855270

Ivicic, R., & Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology, 23*(2), 196-204. https://doi.org/10.1037/trm0000065

Jaffe, P. G., Crooks, C. V., Dunford-Jackson, B. L., & Town, J. M. (2003). Vicarious trauma in judges: The personal challenge of dispensing justice. *Juvenile and Family Court Journal*, 54(4), 1-9. https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2003.tb00083.x

Jakel, P., Kenney, J., Ludan, N., Miller, P. S., McNair, N., & Matesic, E. (2016). Effects of the use of the provider resilience mobile application in reducing compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, *20*(6), 611-616. http://doi.org/10.1188/16.CJON.611-616

Jambrak, J., Deane, F. P., & Williams, V. (2014). Value motivations predict burnout and intentions to leave among mental health professionals. *Journal of Mental Health*, *23*(3), 120-124. https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869576

Jenkis, S. R., & Braid, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(5), 423-32. http://doi.org/10.1023/A:1020193526843.

Johnson, J. A., Cheek, J. M., & Smither, R. (1983). The structure of empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, *45*(6), 1299–1312. http://doi.org/10.1037/0022-3514.45.6.1299

Johnstone, M. J. (2010). On the matter of human kindness. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, *17*(7), 32.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, *22*(4), 116-121.

Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical psychology review*, *26*(8), 1041-1053. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006

Journal of Aging Life Care (Ed. Jennifer Middleton), Aging Life Care Association, https://www.aginglifecarejournal.org/addressing-secondary-trauma-and-compassion-fatigue-in-work-with-older-veterans-an-ethical-imperative/, (ET:10.05.2021).

Kahil, A., & Palabıyıkoğlu, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(1), 59-70. http://doi.org/10.18863/pgy.336495

Kariuki, J. N., Chege, K., Adeli, S., & James, M. K. (2017). The predictive role of age and gender in the development of compassion fatigue among health care professions in Moi teaching and referral hospital Eldoret–Kenya. *African Journal of Education, Science and Technology*, *4*(1), 187-194.

Kelly, L., & Lefton, C. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care*, *26*(6), 438-444. http://doi.org/10.4037/ajcc2017471

Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing scholarship*, *47*(6), 522-528. https://doi.org/10.1111/jnu.12162

Kerr, S. L., O'Donovan, A. & Pepping, C. A. (2014). Can gratitude and kindness interventions enhance wellbeing in a clinical sample? *Journal of Happiness Studies*, 16, 17-36. http://doi.org/10.1007/s10902-013-9492-1

Kıdak, L. B., Yıldırım, G., & Yurdabakan, İ. (2019). Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres, Sinizm ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *13*(2), 196-202. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.446111

Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y., & Adini, B. (2020). Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science & Medicine*, *265*, 113389. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113389

Kirby, L. D., & Fraser, M. W. (1997). Risk and resilience in childhood. *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*, 10-33.

Knudsen, H. K., Roman, P. M., & Abraham, A. J. (2013). Quality of clinical supervision and counselor emotional exhaustion: The potential mediating roles of organizational and occupational commitment. *Journal of substance abuse treatment*, *44*(5), 528-533. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.003

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, *37*(1), 1-11. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.37.1.1

Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*, *17*(8), 2747. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17082747

Kolar, C., von Treuer, K., & Koh, C. (2017). Resilience in early-career psychologists: Investigating challenges, strategies, facilitators, and the training pathway. *Australian Psychologist*, *52*(3), 198-208. https://doi.org/10.1111/ap.12197

Koluchová, J. (1976). The further development of twins after severe and prolonged deprivation: A second report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *17*(3), 181-188. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00390.x

Kompanje, E. (2018). Burnout, boreout and compassion fatigue on the ICU: It is not about work stress, but about lack of existential significance and professional performance. *Intensive Care Medicine*, 44, 690-691. http://doi.org/10.1007/s00134-018-5083-2

Kyle, A. S. (1985). Continuous auctions and insider trading. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, *53*(6), 1315-1335. https://doi.org/10.2307/1913210

La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of clinical psychology*, *75*(6), 1066-1083. https://doi.org/10.1002/jclp.22752

Lam, C. B., & McBride-Chang, C. A. (2007). Resilience in young adulthood: The moderating influences of gender-related personality traits and coping flexibility. *Sex roles*, *56*(3), 159-172. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9159-z

Latta, K. S. K. (2012). *Citizen Adjudicators Lay Members of Alaska's Mixed Administrative Tribunals as Lay Judges in Mixed Courts: A Study of Participation, Attitude and Recruitment*. University of Nevada, Reno.

Lawson, G. (2007). Counselor wellness and impairment: A national survey. *The Journal of Humanistic Counseling Education and Development, 46*(1), 20–34. http://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2007. tb00023.x.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation.* Oxford University Press.

Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: Understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2041–2050. https://doi.org/10.1111/jan.12686

Leon, A. M., Altholz, J. A., & Dziegielewski, S. F. (1999). Compassion fatigue: Considerations for working with the elderly. *Journal of Gerontological Social Work, 32*(1), 43-62. https://doi.org/10.1300/J083v32n01_04

Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *19*(3), 129-138. https://doi.org/10.1002/smi.969

Liem, J. H., James, J. B., O'Toole, J. G., & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 67(*4), 594–606. https://doi.org/10.1037/h0080257

Lopez, S. J., Prosser, E. C., & Edwards, L. M. (2002). Putting positive psychology in a multicultural context. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 700–714). Oxford University Press.

Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology, 23*(1), 112–123. https://doi.org/10.1037/trm0000096

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child development, 71*(3), 573-575. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00168

Luthar S. S., Lyman E. L., Crossman E. J. (2014) Resilience and Positive Psychology. In Lewis M., Rudolph K. (Eds) *Handbook of Developmental Psychopathology*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_7

Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development, 62*(3), 600-616. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x

Luthar, S. S., & Brown, P. J. (2007). Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: Prevailing paradigms, possibilities, and priorities for the future. *Development and psychopathology*, *19*(3), 931-955. http://doi.org/10.1017/S0954579407000454

Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, *12*(4), 857- 885. https://doi.org/10.1017/S0954579400004156

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562. http://doi.org/0009-3920/2000/7103-0001

Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal*, *54*(3),173–185. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1061-4087.54.3.173

Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 41-48.

Mairean, C. (2014). Traumatic stress and professional quality of life. Personality and social support as moderators. *Annals of the Alexadru Ioan Cuza University*, 2, 61-77.

Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, *62*(8), 971-985. https://doi.org/10.1002/jclp.20283

Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., et al., 2015. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing, 29* (5), 333–338. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001

Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, *34*(4), 111-124.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. PrenticeHall.

Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. *Theories of organizational stress*, Oxford University Press.

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, *12*(5), 189-192. https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.01258

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113. http://doi.org/10.1002/job.4030020205

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. John Wiley & Sons.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, *52*(1), 397-422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

Masten A. S. (2001) Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(1), 227–238. http://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.227

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Publications.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, *2*(4), 425-444. https://doi.org/10.1017/S0954579400005812

Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, *11*(1), 143-169. https://doi.org/10.1017/S0954579499001996

Masten, A. S., & Reed, M. G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Ed.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). Oxford University Press.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010

Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and individual differences*, 70, 206-211. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.046

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1999). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp. 498–515). New York University Press.

McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. Nurse Education Today, 32(4), 378–384. http://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012

McGillem, M. A. (2016). *Exploring compassion fatigue among mental health providers in community-based outpatient organizations*. The University of Arizona.

McKeon, R. (2009). *The basic works of Aristotle*. Modern Library.

McKinnon, J. & McAllister, M., (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today*, *29*(4), 371-379. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011

McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout, and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417– 428. http://doi.org/10.1017/S135246580300403X

Merriman, J. (2015). Enhancing counselor supervision through compassion fatigue education. *Journal of Counseling and Development*, *93*(3) 370-378. https://doi.org/10.1002/jcad.12035

Meyers, T. W., & Cornille, T. A. (2013). The trauma of working with traumatized children. In *Treating compassion fatigue* (s. 47-64). Routledge.

Miller, E. D. (2003). Reconceptualizing the role of resiliency in coping and thrapy. *Journal of Loss and Trauma*, *8*(4), 239-246. https://doi.org/10.1080/15325020305881

Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing ethics*, *27*(2), 494-504. https://doi.org/10.1177%2F0969733019851548

Muran, E. M., & Motta, R. W. (1993). Cognitive distortions and irrational beliefs in post-traumatic stress, anxiety, and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, *49*(2), 166-176. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199303)49:2%3C166::AID-JCLP2270490207%3E3.0.CO;2-6

Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping, and growth: From infancy to adolescence.* Yale University Press.

Murray, M., Logan, T., Simmons, K., Kramer, M. B., Brown, E., Hake, S., & Madsen, M. (2009). Secondary traumatic stress, burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in trauma nurses. *American Journal of Critical Care, 18*(3), e1-e17.

Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child welfare*, 82(1), 5-26.

Newell, J. M. & MacNeil, G.A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors and Preventative Methods for Clinicians and Researchers. *Best practices in mental health: an international journal, 6*(2), 57-68.

Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(3), 227–229. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.227

Norman, E. (2000). *Resiliency enhancement: Putting the strengths perspective into social work practice.* Columbia University Press.

Norrman Harling, M., Högman, E., & Schad, E. (2020). Breaking the taboo: eight Swedish clinical psychologists' experiences of compassion fatigue. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *15*(1), 1-17. 1785610. https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1785610

Owens-King, A. (2019). Secondary traumatic stress and self-care inextricably linked. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 29*(1), 37-47. http://doi.org/10.1080/10911359.2018.1472703

Özkul, M. (2019). *Psikososyal destek elemanlarının algılanan sosyal destek ile yaşadıkları ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Padmanabhanunni, A. (2020). The cost of caring: secondary traumatic stress and burnout among lay trauma counsellors in the Western Cape Province. *South African Journal of Psychology*, *50*(3), 385-394. https://doi.org/10.1177/0081246319892898

Palabıyıkoğlu R, Cesur G (2013) Yaşam sürecinde kriz ve krize müdahale. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi* içinde (s.41-63). Türk Psikologlar Derneği.

Pan, J. Y., & Chan, C. L. W. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, *50*(3), 164-176. https://doi.org/10.2117/psysoc.2007.164

Park, C. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, *54*(2), 267-277. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01218.x

Patricia Potter, R. N., Julia Allen Berger DMin, B. C. C., Sarah Olsen, R. N., & Ling Chen, M. S. P. H. (2013, March). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. In *Oncology nursing forum*, *40*(2), 180-187. Oncology Nursing Society.

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.

Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *9*(2), 129-134. http://doi.org/10.14744/phd.2017.25582

Peterson, C. & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification.* Oxford Press.

Pines, A., & Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social work*, *23*(6), 499-507. https://doi.org/10.1093/sw/23.6.499

Portnoy, D. (1996). *Overextended and Undernourished: A Self-Care Guide for People in Helping Roles.* (1st ed.). MN: Hazelden.

Post, S. (2002). *Altruism & altruistic love: Science, philosophy, & religion in dialogue.* Oxford University Press

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, *14*(5), E56-E62.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, *40*(3), 879-891. http://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879

Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*. *20*(3), 95-108. https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876

Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, *5*(4), 581-592. https://doi.org/10.1017/S0954579400006179

Ratrout H. F. & Hamdan-Mansour A. M. (2018). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, *26*(1), 1-9. https://doi.org/10.1111/ijn.12767

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, *19*(4), 255-267. http://doi.org/10.177/1534765612471144

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. https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001

Reynolds, A. S. (2019). Does childhood psychological abuse strengthen or weaken msw social workers and allied professionals'compassion fatigue and compassion satisfactıon? [Doctoral thesis, University of Kentucky]. https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=csw_etds

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307–321. https://doi.org/10.1002/jclp.10020

Rirkin, M., & Hoopman, M. (1991). *Moving beyond risk to resiliency.* Minneapolis Public School.

Robins, P. M., Meltzer, L., & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, *24*(4), 270-279. http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.007

Robinson-Keilig, R.A. (2014). Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(8), 1477–1496. http://doi.org/10.1177/0886260513507135

Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist, 5*(2), 2-10. http://doi.org/10.1177/001100007500500202

Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*, *18*(5), 527-538. https://doi.org/10.1097/01.mop.0000245354.83454.68

Rosenberg, T., & Pace, M. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, *32*(1), 87–99. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01590.x.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., . . . Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research, 200*(2-3), 933–938. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029

Rutter, M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage.* In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology, Social competence in children (*pp. 49–74). University Press of New England.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British journal of psychiatry*, *147*(6), 598-611. https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 205–209. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001

Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience–clinical implications. *Journal of child psychology and psychiatry*, *54*(4), 474-487. http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 654–678). The Guilford Press.

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), 213–220. http://doi.org/10.1037/pro0000024

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical care nurse*, *35*(4), 32-42. https://doi.org/10.4037/ccn2015392

Sakız, H., & Aftab, R. (2019). Academic achievement and its relationships with psychological resilience and socio-demographic characteristics. *International Journal of School & Educational Psychology*, *7*(4), 263-273. https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1446372

Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review,* 49(C), 54–61. http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.023

Salston, M., & Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimisation. *Journal of Traumatic Stress, 16,* 167-174. https://doi.org/10.1023/A:1022899207206

Sangganjanavanich V. F. & Balkin R. S. (2013). Burnout and job satisfaction among counsellor educators. *Journal of Humanistic Counselling*, 52, 67-69. https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2013.00033.x

Saul, L. J. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis. *JAMA*, *202*(7), 667-667. http://doi.org/10.1001/jama.1967.03130200153050

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of women quarterly*, *19*(1), 49-64. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x

Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., & Schmidt, S. J. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences. *Europeran Child Adolescence Psychiatry, 25*(5), 459-466. http://doi.org/10.1007/s00787-016-0851-4

Schwartz, R. (2008). *Working conditions and secondary traumatic stress* (Unpublished Doctoral Dissertation). Yeshiva University Wurzweiler School of Social Work, New York.

Scott, N. & Seglow, J. (2007). *Altruism. Maidenhead.* Open University Press.

Senter, A., Morgan, R. D., Serna-McDonald, C., & Bewley, M. (2010). Correctional psychologist burnout, job satisfaction and life satisfaction. *Psychological Services, 7*(3), 190–201. http://doi.org/10.1037/a0020433

Severson, M., & Pettus-Davis, C. (2012). Parole officers' experiences of symptoms of secondary trauma in the supervision of sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(1), 5–24. http://doi.org/10.1177/0306624x11422696

Shapiro, A. B. (2013). *Burnout, vicarious traumatization and mindfulness in clinicians*. Palo Alto University.

Sheppard, K. (2014). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research, 28*(1), 57-59 http://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007

Shindi, J., Caleb, O., James, O. M., & Terwase, J. (2019). Resilience, Personality Traits, Hope and Compassion Fatigue among Caregivers of Herdsmen Victims in Nigeria, *Journal of Counselling and Family Therapy, 2*(1), 1-10 http://doi.org/10.5281/zenodo.3415053

Singer, J., Cummings, C., Boekankamp, D., Hisaka, R., & T. Benuto, L. (2020). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout: A replication study with victim advocates. *Journal of Social Service Research, 46*(3), 313-319. https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1561595

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%2F1468017319853057

Skovholt, T. (2012). The counselor's resilient self. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *4*(38), 137-146. http://doi.org/10.17066/pdrd.77657

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*(3), 194–200. https://doi.org/10.1080/10705500802222972

Sokoloff, N. (2005). Domestic violence at the intersections of race, class, and gender: Challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence Against Women, 11*(1), 38-64. http://doi.org/10.1177/1077801204271476

Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, *12*(3), 259-280. http://doi.org/10.1080/15325020701238039

Sprang, G., Craig, C. ve 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.

Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*(5), 629-651. https://doi.org/10.1177%2F0265407505056439

Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.

Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. The Concise ProQOL Manual.

Stich, S., Doris, J.& Roedder, E. (2008). *Altruism.* Oxford University Press.

Stocks, E. L., Lishner, D. A., Waits, B. L., & Downum, E. M. (2011). I'm embarrassed for you: The effect of valuing and perspective taking on empathic embarrassment and empathic concern. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(1), 1–26. http://doi.org/10.1111/j.1559- 1816.2010.00699.x

Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, *47*(1), 15-27. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.004

Sturgess, G. (2015). *Frugal innovation: Beyond the concepts of 'public' and 'private'.* Managing Under Austerity.

Sullivan, C. E., King, A. R., Holdiness, J., Durrell, J., Spencer, C., ... & Sykes, A. (2019). Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. In *Oncology nursing forum*, *46*(3), 338-347. http://doi.org/10.1188/19.ONF.338-347

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161–1173. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.38.11.1161

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress,* 9, 455–471. https://doi.org/10.1007/BF02103658

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, *15*(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tehrani, N. (2007). The cost of caring-the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counseling Psychology Quarterly, 20*(4), 325–339. https://doi.org/10.1080/09515070701690069

Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, *36*(1), 58-77. https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3

Ting, L., Jacobson, J. M., Sanders, S., Bride, B. E., & Harrington, D. (2005). The secondary traumatic stress scale (STSS): Confirmatory factor analysis with a national sample of mental health social workers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 11*(3–4), 177–194. http://doi.org/10.1300/j137v11n030

Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of advanced nursing*, *55*(4), 497-509. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x

Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, *23*(2), 172–185. https://doi.org/10.1037/trm0000116

Tümlü, G. Ü. (2012). *Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Uçar Özdemir, S. (2019). *Şefkat yorgunluğu ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, *7*(5), 441-448. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Epstein, R. S., Crowley, B., Kao, T. C., Vance, K., ... & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, *156*(4), 589-595.

Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Coping with COVID-19: emergency stress, secondary trauma and self-efficacy in healthcare and emergency workers in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566912

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. Figley (ed.). *Treating compassion fatigue* (pp. 13-37). Brunner/ Routledge.

van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 19 –36). The Guilford Press.

Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child & Family Psychology Review*, *11*(1-2), 30–58. http://doi.org/10.1007/s10567-008-0031-2

Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, *60*(3), 201-209. https://doi.org/10.1093/sw/swv014

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, *1*(2), 165-17847.

Walshe, M. (1995). *The long discourses of the Buddha*. Wisdom Publications.

Weaver, K. E., Llabre, M. M., Lechner, S. C., Penedo, F., & Antoni, M. H. (2008). Comparing unidimensional and multidimensional models of benefit finding in breast and prostate cancer. *Quality of Life Research*, *17*(5), 771-781. https://doi.org/10.1007/s11136-008-9348-z

Webster's Online Dictionary. (2021). *Compassion* https://www.merriam-webster.com/dictionary/compassion

Wee, D. F. & Myers, D. (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 181–211). Brunner-Routledge.

Werner, E. E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children.* McGraw-Hill.

Westman, M. (1990). The relationship between stress and performance: The moderating effect of hardiness. *Human performance*, *3*(3), 141-155. https://doi.org/10.1207/s15327043hup0303_1

White, A. M. (2019). *The Dark Side of Empathy: Empathy Predicts Burnout and Compassion Fatigue in Mental Health Professionals* (Doctoral dissertation), Pace University.

White, D. (2006). The hidden costs of caring: What manager need to know. *The Health Care Manager, 25*(4), 341-347.

Williams, A. M., Helm, H. M., & Clemens, E. V. (2012). The Effect of Childhood Trauma, Personal Wellness, Supervisory Working Alliance, and Organizational Factors on Vicarious Traumatization. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(2), 133-153.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology, 21*(2), 152. https://doi.org/10.1017/S0959259810000420

Winters, A. (2018). Secondary traumatic stress and compassion fatigue: A guide for childbirth professionals when the infant dies. *International Journal of Childbirth Education, 33(*3), 46-50.

Wispe, L. (1991). *The psychology of sympathy.* Plenum.

World Health Organization, WHO (2004) Prevention of mental disorder. WHO, Geneva

Wu, D., Gross, B., Rittenhouse, K., Harnish, C., Mooney, C., & Rogers, F. B. (2017). A preliminary analysis of compassion fatigue in a surgeon population: are female surgeons at heightened risk?. *The American Surgeon, 83*(11), 1302-1307. http://doi.org/10.1177/000313481708301136

Yassen, J. (2013). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 178–209). Routledge.

Yildirim, G., Kidak, L. B., & Yurdabakan, I. (2018). Secondary Traumatic Stress Scale: An adaptation study/Ikincil Travmatik Stres Olcegi: Bir uyarlama calismasi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 45-52.

Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(3), 595–609. http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2013.777045

https://www.aginglifecarejournal.org/addressing-secondary-trauma-and-compassion-fatigue-in-work-with-older-veterans-an-ethical-imperative/

https://www.sesp.org/files/The%20Moderator-Baron.pdf

EKLER

EK- I

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık anabilim dalı yüksek lisans programı kapsamında Doç. Dr. Durmuş Ümmet danışmanlığında Psk. Dan. Sümeyye Burhan tarafından yürütülmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur ve ölçek maddelerinin tümünün içtenlikle, eksiksiz bir şekilde doldurulması büyük önem taşımaktadır. Katılım süresi en fazla 15 dakika olarak hesaplanmaktadır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Doç. Dr. Durmuş Ümmet

Psk. Dan. Sümeyye Burhan

Lütfen aşağıda yer alan soruları kendinizle ilgili bilgiler ile doldurunuz.

1. Cinsiyetiniz:

□ Kadın

□ Erkek

2. Yaşınız:

…….

3. Medeni haliniz:

□ Evli

□ Bekâr

□ Diğer

4. Eğitim durumunuz:

 Lisans

 Yüksek Lisans

 Doktora

5. Geliriniz:

 Düşük- Orta altı

 Orta

 Orta üstü- Yüksek

6. Mesleki Kıdem:

 0-5

 6-10

 11-15

 16+

15. Çalıştığınız Kurum

 Okul

 Danışmanlık merkezi

 Üniversite

 Diğer (Belirtiniz)……

EK-III

Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına 'X' işareti koyarak belirtiniz.	Çok Doğru	Kısmen Doğru	Nadiren Doğru
1-İnsanlar üzgün olduğunda, bir şeyleri düzeltmeye çalışırım.			
2-İnsanların problemlerini çözmeye ve/ veya onların acılarını dindirmeye çalışmadan dinleyebilirim.			
3- Kendime verdiğim değer başkalarının beni nasıl anladığına göre belirlenir.			
4- Çatışma ile karşı karşıya kaldığımda bunun benim hatam olduğunu düşünürüm.			
5- Başkaları hareketlerimden dolayı hayal kırıklığına uğradığında kendimi suçlu hissederim.			
6- Bir hata yaptığımda kendimi aşırı eleştirme meyilliyimdir. Kendimi affetmekte zorlanırım			
7- Diğer insanların bana nasıl davranmasını istediğimi genelde bilirim.			
8- İnsanlara bana nasıl davranılmasını tercih ettiğimi söylerim.			
9- Başarılarım kendime verdiğim değeri belirler.			
10- Çatışma içeren çoğu durumda endişeli hissederim.			
11- Benim için ilişkilerimde "verici" olmak "alıcı" olmaktan daha kolaydır.			
12- Birine yardım ederken o kadar çok odaklanırım ki kendi algılarımı, ilgilerimi ve isteklerimi göz ardı ederim.			
13- Benim için üzüntümü ifade etmek zordur.			
14- Hata yapmam zayıf olduğum anlamına gelir.			
15- İnsanları üzmemek ve sorun yaratmamak en iyisidir.			
16- İnsanları rahatlatmak önemlidir.			
17- Başkalarına ihtiyaç duymamak en iyisidir.			
18- Bir problemi çözemezsem başarısız hissederim.			
19- Günün sonunda sıklıkla bitkin(tükenmiş) hissederim			
20- Sık sık eve iş götürürüm.			
21- Sadece durum ciddiyse yardım isteyebilirim.			
22- Başkalarını memnun etmek için kendi ihtiyaçlarımı feda etmeye razıyım.			
23- Belirsizlikle karşılaştığımda işler tamamen kontrolden çıkacakmış gibi hissederim.			
24- Başkaları beni güçlü ve kendine yeten biri olarak görmediğinde rahatsız olurum.			
25- Yakın ilişkilerimde, ilgiye muhtaç veya yardımıma ihtiyacı olan insanlara doğru yönelirim.			
26- Karşıt bir bakış açısı karşısında farklı düşüncelerimi ifade etmekte zorlanırım.			
27- "Hayır" dediğimde kendimi suçlu hissederim.			
28- Başkaları benden uzaklaştığımda endişeli ve huzursuz hissederim.			
29- Başkalarının sorunlarını dinlerken kendi hislerimden çok onların hislerinin farkında olurum.			
30- Birisi bana duyarsız şekilde davrandığında hissettiklerimi ifade etmekte ve kendimi savunmada zorlanırım.			
31- Meşgul olmadığım zaman kendimi huzursuz hissederim			
32- Dargınlıkları(kırgınlıkları) ifade etmenin yanlış olduğuna inanırım.			
33-Almaktansa verirken daha rahatımdır.			
34- Birisini hayal kırıklığına uğrattığımı düşündüğümde huzursuz hissederim.			
35- İşim, hayatımın büyük bir kısmına hakimdir.			

36- Çok çalışıp az iş yapıyormuş gibi görünüyorum.			
37-Kriz durumlarında kendimi daha canlı ve değerli hissederim.			
38- "Hayır" demede ve sınır koymakta zorluk duyarım.			
39- İlgi alanlarım ve değerlerim kendime ait olmaktan çok başkalarının benden ne beklediğini yansıtır.			
40- İnsanlar desteğim için bana güvenirler.			

EK-IV

Aşağıdaki listede travmatize olmuş danışanlarla çalışmaktan etkilenen bazı yardım gruplarının duygusal yaşantılarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve son yedi (7) gün içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

NOT: "Danışan" kelimesi bir yardım ilişkisinde bulunduğunuz kişiyi betimlemektedir. Örn: Müşteri, hasta veya yardım alan kişi gibi.

	Hiçbir Zaman	Çok Az	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
1. Kendimi duygusal olarak uyuşmuş hissettim.	1	2	3	4	5
2. Danışanlarımla olan görüşmelerimi düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başladı.	1	2	3	4	5
3. Danışan(lar)ım tarafından yaşanmış travma(lar)yı sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
4. Uyumakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
5. Gelecek hakkında ümitsizliğe kapıldım.	1	2	3	4	5
6. Danışanlarımla olan görüşmelerimi aklıma getiren hatırlatıcılar beni üzdü.	1	2	3	4	5
7. Başkalarıyla sosyal ortamlarda birlikte olma isteğim azdı.	1	2	3	4	5
8. Kendimi tedirgin hissettim.	1	2	3	4	5
9. Her zaman olduğumdan daha az aktiftim.	1	2	3	4	5
10. Amaçlamadığım halde danışanlarımla olan görüşmelerimi ister istemez düşündüm.	1	2	3	4	5
11. Odaklanmakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
12. Bana danışanlarımla yaptığım görüşmeleri hatırlatan kişi, yer veya şeylerden kaçındım.	1	2	3	4	5
13. Danışanlarımla olan görüşmelerim hakkında rahatsız edici rüyalar gördüm.	1	2	3	4	5
14. Bazı danışanlarımla çalışmaktan uzak durmak istedim.	1	2	3	4	5
15. Çabuk bunaldım.	1	2	3	4	5
16. Kötü bir şey olacakmış beklentisindeydim.	1	2	3	4	5
17. Danışanlarımla olan görüşmelerim ile ilgili belleğimde boşluklar olduğunu fark ettim.	1	2	3	4	5

EK-V

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

* Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.