

T.C. OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

# AMBULANS PERSONELİNDE TRAVMA, TÜKENMİŞLİK VE YAŞAM DOYUMU İLİŞKİSİNDE BAŞA ÇIKMA YOLLARININ ETKİSİ

---

**Başak SARAÇOĞLU**

Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Selma ARIKAN

**İSTANBUL, 2013**



*CANIM AİLEM'e ithaf ediyorum...*

## TEŞEKKÜR

Ortaokuldaydım “Psikolog olmak istiyorum ben” dedim aileme. Nedenini sorduklarında o zaman pek verecek cevabım yoktu, sadece istiyordum. O günden itibaren bu yolda bana asla desteklerini esirgemediler. Beni her zaman yüreklendirdiler, daima arkamda oldular. Zaman zaman fikirlerine ters düşse de, benim idealistliğime saygı duydular. Bu yüzden beni yetiştiren, bugünlere getiren, bana bütün imkanlarını seferber eden, her zaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren, tez yazım aşamasında bana sabır gösteren annem Serap Saraçoğlu ve babam Mustafa Saraçoğlu’na sonsuz teşekkür ediyorum.

Tezimi yazarken tüm ruh hallerime şahit olan arkadaşlarıma, bu zorlu süreçte bana sabır gösterdikleri için teşekkür ediyorum. Can arkadaşım Esra Altınel’e data toplarken benimle birlikte istasyon istasyon bıkmadan gezdiği için ayrıca minnettarım.

Tez danışmanım Selma Arıkan’a, “Ben bu tezi bitiremeyeceğim hocam” diye her gittiğimde beni yüreklendirdiği için, data analizlerinde beni bir kaostan kurtardığı için, izinlerin çıkması uzayıp da konuyu değiştirmeye kalktığımda beni bu teze tekrar inandırdığı için, zor günlerinde dahi her aradığımda telefonunu açtığı ve her soruma sabırla ve özenle cevap verdiği için çok teşekkür ediyorum.

Bugünlere gelmemde emeği olan tüm yüksek lisans ve lisans hocalarıma bana kattıkları için teşekkür ediyorum; bugün kendimi psikolog olarak tanıtmamda emeği geçen herkese;

İyi ki varsınız, iyi ki sizleri tanıdım..

## GİRİŞ ve AMAÇ

Bu araştırmanın amacı hemen her gün travmatik olaylarla birebir karşılaşan 112 çalışanlarının mesleki tükenmişlik boyutlarını, kullandıkları başa çıkma yollarını ve yaşam doyumlarını ölçmektir. 112 çalışanları çok yoğun bir çalışma sistemi içinde ve zor şartlarla hastalara yardıma koşmaktadırlar. Ne yazık ki bu zor şartlarda destek alabilecekleri, devlet bünyesinde mevcut bir psikolojik destek birimi bulunmamaktadır. Her ne kadar travmaya yönelik eğitimler alsalar da teoride öğrenilen başa çıkma stratejileri olaylarla karşılaştıkları anda pratiğe kolay dökülemeyebilmektedir.

Araştırmacının gözlemlerine göre 112 çalışanları, 24 saat kesintisiz nöbet tuttukları 112 Acil Yardım İstasyonları'nı evleri gibi görmektedirler. İstasyonlar, içinde yiyecek ve içecek her şeyin olduğu, yatıp uyuyabilmeleri için oda konforunda çekyatlar, kanepeler olan birer evi anımsatmaktadır. Görüldüğü kadarıyla, istasyonlar ev ile öylesine özleştirilmiş ki, kimi istasyonda çalışanlar ayakkabılarını dışarıda çıkararak içeri girmektedirler.

Çalışma şartlarının ağırlığının yanı sıra karşılaştıkları vakalarda zaman zaman fazlasıyla travmatize olmaktadır. En sık karşılaşılan durum ise kendileri bir hastaya yardım etmeye çalışırken hasta yakınları tarafından sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalmalarıdır.

Bu çalışmanın, 112 çalışanlarının zor çalışma şartlarını, karşılaştıkları travmaları ve bu travmalarla başa çıkabilmek adına hangi yollara başvurduklarını, tükenmişlik ve yaşam doyumu düzeylerini gözler önüne sermesi açısından faydalı olacağı düşünülmüştür. Tüm bu durumların yanı sıra, umuyorum ki devlet bünyesinde 112 çalışanlarına destek verebilecek bir psikolojik oluşum için ön ayak olacaktır.

## ÖZET

Bu çalışma kapsamında ambulans çalışanlarının travma ve tükenmişlik; travma ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkileri ve bu ilişkiler üzerinde başa çıkma yollarının etkisi araştırılmıştır. Çalışma bir model test etmektedir. Çalışmaya İstanbul'a bağlı 121 ambulans çalışanı katılmıştır. Araştırmada Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği, 1979'da Horowitz tarafından geliştirilen Olayların Etkisi Ölçeği, 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen sonrasında 1992 yılında Türkçe'ye uyarlanan Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve 1985 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Başa Çıkma Yolları Envanteri kullanılmıştır. Bu envanterlere ek olarak katılımcılardan kısaca son 1 yıl içinde yaşadıkları en travmatik olayı yazmaları istenmiştir. Travmanın alt boyutları ve tükenmişliğin alt boyutları birlikte analiz edilmiş, aşırı uyarılmışlığın duygusal tükenmeyi yüksek oranda yordadığı, yeniden yaşamının kendine yabancılaşmayı azalttığı ve aşırı uyarılmışlığın da kendine yabancılaşmayı artırdığı bulgulanmıştır. Ne yazık ki beklenenin aksine başa çıkma yollarının travma ve tükenmişlik, travma ve yaşam doyumu arasındaki ilişkide biçimleyici olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda travmaya maruz kalmanın tükenmişliği de artırdığı, ambulans personeline ise bu ilişkinin yoğun şekilde yaşandığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, Tükenmişlik, Yaşam Doyumu, Başa Çıkma Yolları, Ambulans Personeli, 112 Acil Yardım Hizmetleri

## **ABSTRACT**

This study aims to show the relationship between trauma and burnout; trauma and life satisfaction and moderation effect of the coping strategies in these relationship for ambulance personnel. This is a study of a model testing. There are 121 employees participated the study who are working as a ambulance personnel in Istanbul. Life Satisfaction Scale which is prepared by Diener, Emmons, Larsen and Griffin (1985), The Impact of Event Scale which is prepared by Horowitz and others (1979), Maslach Burnout Inventory, prepared by Maslach and Jackson in 1981 and Ways of Coping Inventory of Folkman and Lazarus (1985) were used in the study. In addition to these inventories, participants were asked to describe the most traumatic event that they have witnessed in the last 1 year. The subscales of trauma and burnout were analyzed together. The results showed that hyperarousal is the strongest predictor of emotional exhaustion dimension of burnout; also hyperarousal increases but intrusion decreases depersonalization. In contrast with our expectations, we could not find a moderation effect of the coping mechanisms on the relationships between trauma and burnout; trauma and life satisfaction. In conclusion, witnessing trauma increases burnout and this intense relationship can be seen clearly in ambulance personnel.

**Key Words:** Trauma, Burnout, Life Satisfaction, Ways of Coping, Ambulance Personnel, 112 Emergency Services

## Tablo dizini

Tablo 1: Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımları.....	62
Tablo 2: Katılımcıların cinsiyete göre medeni durum ve eğitim düzeyleri dağılımları.....	63
Tablo 3: Ölçeklerin ve alt ölçeklerin betimsel skorları.....	68
Tablo 4: Değişkenlerin ortalama, standart sapma ve korelasyon skorları.....	70
Tablo 5: Travmanın tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme üzerindeki etkisi .....	71
Tablo 6: Travmanın tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşma üzerindeki etkisi .....	72
Tablo 7: Travma ve tükenmişlik ilişkisi (Hipotez 1).....	72
Tablo 8:Başa çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme üzerindeki etkisi.....	74
Tablo 9: Başa çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşma üzerindeki etkisi.....	75
Tablo 10: Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma yollarının tükenmişlik üzerindeki etkisi.....	75
Tablo 11: Başa çıkma yollarının yaşam doyumu üzerindeki etkisi.....	76
Tablo 12: Başa çıkma yollarının travma alt boyutlarından yeniden yaşama üzerindeki etkisi.....	77

Tablo 13: Başı çıkma yollarının travma alt boyutlarından aşırı uyarılmışlık üzerindeki etkisi.....77

Tablo 14: Katılımcıların yaşadıkları travmatik olayların frekans ve yüzde dağılımı.....78





## Şekil Dizini

Şekil 1: 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hizmet Akışı.....	4
Şekil 2: Araştırmanın Modeli.....	60



**Kısaltmalar:**

APA – Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

BDT – Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy – CBT)

DSM – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EMDR – Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization Reprocessing)

ICD – Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases and Related Health Problems)

LC – Locus Coeruleus (Locus Coeruleus)

TSSB – Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TDK – Türk Dil Kurumu

WHO – Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

## İçindekiler

İTHAF .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
GİRİŞ ve AMAÇ .....	vi
ÖZET (TÜRKÇE & İNGİLİZCE) .....	v
Tablolar .....	vii
Şekiller .....	ix
Kısaltmalar .....	x
İçindekiler.....	xi
1. GENEL BİLGİLER.....	1
1.1. Ambulans ve Acil Sağlık Hizmetleri .....	1
1.1.1. Ambulans nedir? .....	2
1.1.2. Ambulans ve acil sağlık personeli.....	4
1.1.3. Ambulans personeli ile yakın meslekler.....	5
1.2. Travma.....	6
1.2.1. Travmanın tanımı.....	6
1.2.2. Travma sonrası stres bozukluğu .....	8
1.2.2.1. Tanım .....	8
1.2.2.2. Tarihsel gelişim .....	13
1.2.2.3. Epidemiyoloji.....	15
1.2.2.4. Etiyoloji .....	18
1.2.2.5. Klinik özellikler .....	22
1.2.2.6. Tedavi .....	27

1.2.3. Travmaya bağlı diğer ruhsal bozukluklar.....	29
1.2.4. Ambulans personeli ve travma.....	29
1.3. Tükenmişlik .....	32
1.3.1. Tükenmişlik kavramı .....	32
1.3.2. Tükenmişliğin belirtileri .....	33
1.3.2.1. Fiziksel belirtiler.....	33
1.3.2.2. Duygusal belirtiler.....	34
1.3.2.3. Tutumsal ve davranışsal belirtiler .....	34
1.3.3. Tükenmişliğin nedenleri.....	35
1.3.3.1. Kişilik özellikleri.....	36
1.3.3.2. Mesleki ve örgütsel faktörler .....	38
1.3.4. Tükenmişliğin sonuçları .....	39
1.3.4.1. Bireye etkileri .....	40
1.3.4.2. Aile ve çevreye etkileri .....	41
1.3.4.3. İş hayatına etkileri .....	41
1.3.5. Ambulans personeli ve tükenmişlik.....	42
1.3.6. Travma ve Tükenmişlik İlişkisi.....	44
1.4. Yaşam Doymu .....	45
1.4.1. Yaşam doymu tanım .....	45
1.4.2. Yaşam doymunu etkileyen faktörler.....	47
1.4.3. Yaşam doymunda travma ve tükenmişliğin rolü.....	49
1.5. Stresle Başa Çıkma.....	51
1.5.1. Stres tanımı.....	51

1.5.2. Stresle başa çıkma yolları .....	52
1.5.4.1. Başa çıkma yolları ve tükenmişlik ilişkisi .....	53
1.5.4.2. Başa çıkma yolları ve travma ilişkisi .....	55
1.5.4.3. Başa çıkma yolları ve yaşam doyumu ilişkisi .....	56
2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER .....	59
3. YÖNTEM.....	62
3.1 Katılımcılar .....	62
3.2. Veri toplama araçları .....	63
3.2.1. Bilgi ve izin formu.....	63
3.2.2. Demografik bilgi formu ve travma öyküsü.....	63
3.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği .....	64
3.2.4. Olayların Etkisi Ölçeği .....	64
3.2.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	65
3.2.6. Başa Çıkma Yolları Envanteri .....	65
3.3. İstatistiksel yöntemler.....	66
4. BULGULAR .....	67
4.1 Korelasyon Analizi Sonuçları .....	69
4.2 Regresyon Analizi Sonuçları .....	71
4.3 Moderatör Analizi Sonuçları .....	73
4.4 Ek Analizler .....	74
4.5 Travma Öyküsünün İçeriksel Analizi.....	78
5. TARTIŞMA.....	79
5.1. Bulgu ve hipotezlerin tartışılması .....	79

5.2. Araştırmanın kısıtlılıkları .....	85
5.3. İleriki araştırmalar için öneriler .....	86
6. KAYNAKÇA .....	87
EK 1: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	
EK 2: YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ	
EK 3: OLAYLARIN ETKİSİ ÖLÇEĞİ	
EK 4: MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ	
EK 5: BAŞA ÇIKMA YOLLARI ENVANTERİ	
EK 6: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ PROTOKOL	

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1. Ambulans ve Acil Sağlık Hizmetleri

İlk ve acil yardım hizmetlerinde ambulansın kullanım şekli verilen hizmetteki amaca yönelik olarak oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu hizmeti iki farklı şekilde sınıflayabiliriz. İlki doğrudan hastanın bir yerden diğer bir yere sağlığını koruyucu bir biçimde sadece taşınması, ikincisi ise bu taşıma sürecinde zorunlu bir acil müdahalenin gerçekleşmesi şeklinde oluşabilmektedir. Ambulans hizmetlerindeki başlıca hedefler hayatı korumak, beklenmedik tehlikelere karşı koruyucu önlemler almak, tedaviyi hızlandırmak, zamanı doğru ve planlı kullanmak, ilk ve acil yardım hizmetleri sayılmaktadır (Özyaral, 2005).

Bilinen insanlık tarihi süresince kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunuyla karşılaşan hasta ve yaralılar için çeşitli tıbbi girişimler yapılmıştır. Tarihte ilk ambulans benzeri araç, atlı arabalarla 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır. Napolyon'un baş cerrahı Baron Dominique Larrey, Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birliği kurmuş ve 1793 yılında atlı arabalarla oluşturulan ve 'Uçan Ambulans' denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmıştır. 1878 yılında ilk sivil ambulans organizasyonu Londra'da kurulmuş ve ilk tam gün süreli ambulans servisi 1897 yılında yine Londra'da hizmet vermeye başlamıştır. Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında çok sayıda hasta ve yaralı kara ambulansları yanında hastane trenler, gemiler, uçak ve helikopterler ile hastanelere taşınmış, özellikle Kore ve Vietnam savaşları sırasında askeri helikopterler yoğun bir şekilde yaralıları taşıma amacı ile kullanılmışlardır. Daha sonraki yıllarda Almanya ve İskandinav ülkelerinde Hava Kurtarma Örgütleri kurulmuş ve bu hizmetlere yönelik personel yetiştirilmeye başlanmıştır. 1960 yılı sonlarına doğru Amerika

Birleşik Devletleri (ABD) ve Fransa’da ambulanslarda paramedikler ve hekimlerin görev almaya başlaması ile birlikte daha hızlı ve kaliteli acil sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır (Acil Sağlık Hizmetleri, 2011).

### **1.1.1. Ambulans nedir?**

7 Aralık 2006 tarihinde resmi gazetede yayınlanan Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği’ne göre “*Ambulans: Hasta nakli ve/veya acil yardım amacıyla kullanılan ve bu yönetmelikte öngörülen teknik ve tıbbi malzemelerle özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz ulaşım araçlarını*”, ifade etmektedir (Resmi Gazete, 2006). Yine aynı yönetmeliğe göre ambulanslar görev ve ulaşım şekillerine göre sınıflandırılmıştır.

#### *Kara Ambulansları:*

1) Acil yardım ambulansı: Her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe ve yönetmelikçe belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip kara araçtır.

2) Hasta nakil ambulansı: Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan ve yönetmelikçe belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip kara araçtır.

3) Özel donanımlı ambulanslar: Hasta veya yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumları ile ambulansların görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliğine göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve ekipmanla donatılmış araçlardır. Yenidoğan hastaların nakli amacıyla kullanılacak ambulanslar; acil yardım ambulansının tıbbi ve teknik donanımlarını sağlamak kaydı ile ventilatörlü transport kuvüzü bulundurmak zorundadır. Yeni doğanlar için olan bu ambulanslarda yetişkin hastalarda kullanılacak tıbbi donanım ve malzeme aranmaz.



*Hava Ambulansları:*

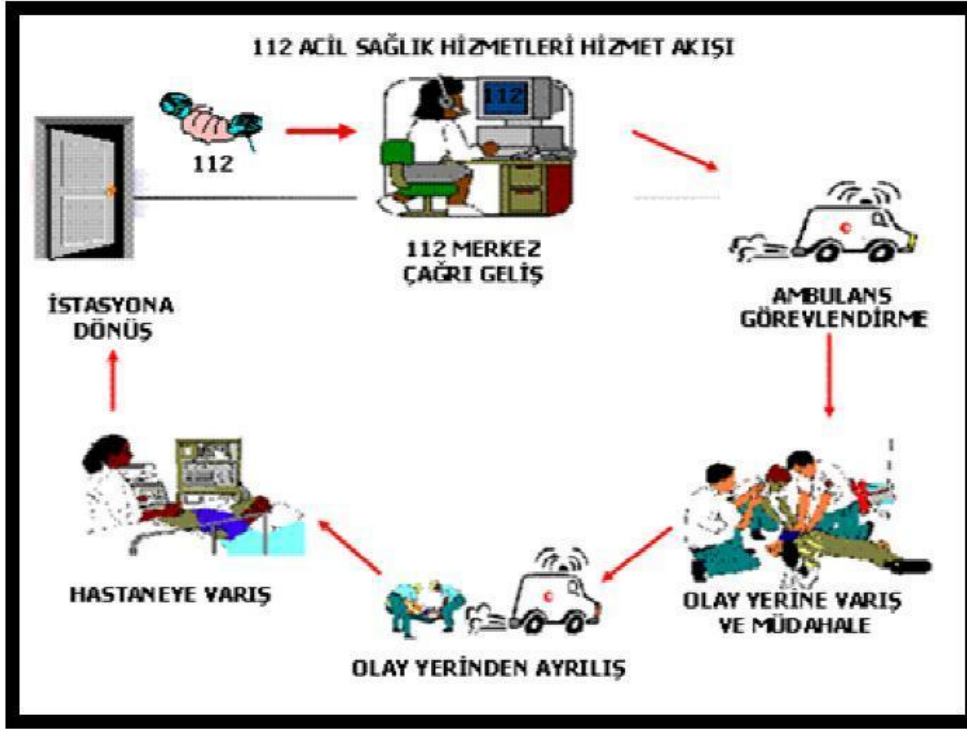
Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış ve yönetmelikle belirtilen tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir.

*Deniz Ambulansları:*

Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Denizcilik Müsteşarlığından çalışma izni almış ve yönetmelikle belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır (Resmi Gazete, 2006).

Acil yardım zinciri 5 basamaktan oluşmaktadır. Bunlar “yaşam kurtarıcı acil müdahale”, “yardım çağırma”, “yardım bekleme”, “ambulans ekibi” ve “hastane”. Ambulans ekibi doktor yönetiminde yardımcı sağlık personeli ve araç şoförünün görev yaptığı bir organizasyondur ve hastanın hayatta tutulması ve hastaneye ulaştırılmasından sorumludur (Aksoy ve Ergün, 2002).

**Şekil 1: 112 Acil Sağlık Hizmetleri Hizmet Akışı**



### **1.1.2. Ambulans ve acil sağlık personeli**

7 Aralık 2006 tarihli resmi gazetede belirtilen Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre, "Sağlık personeli: Ambulans ve acil bakım teknikerleri, anestezi teknikerleri, hemşireler, ebeler, toplum sağlığı memurları, acil tıp teknisyenleri ve anestezi teknisyenlerini" ve "Şoför: Kullanacağı araca uygun sürücü belgesine sahip, temel ilkyardım eğitimi sertifikası almış personeli" ifade etmektedir (Resmi Gazete, 2006). Aynı sınıflandırmayla gidecek olursak;

*Kara Ambulanslarında:*

a) Acil yardım ambulanslarında en az bir hekim ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri ve bir sağlık personeli olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir. Hekim bulundurulmayan ambulanslarda hasta kabininde nakil esnasında

hastaya müdahale etmek üzere görev yapan personelden en az biri ambulans ve acil bakım teknikeri olmak zorundadır.

b) Hasta nakil ambulanslarında en az biri sağlık personeli olmak üzere iki personel görev yapar. Hasta nakli sırasında en az bir sağlık personeli hasta kabininde bulunur, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir.

c) Özel donanımlı ambulanslarda, en az bir hekim ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir. Yoğun bakım ambulanslarında çalışacak hekim ve sağlık personeli; Bakanlıkça onaylanmış ‘Erişkin ileri yaşam desteği ve travma resüsitasyon’ kurslarını, yenidoğan ambulanslarında çalışacak hekim ve sağlık personeli ise Bakanlıkça onaylanmış ‘Çocuklarda ileri yaşam desteği’ kursunu başarı ile tamamlamış ve sertifika almış olmak zorundadır.

*Hava ve deniz ambulanslarında en az bir hekim ve bir sağlık personeli veya iki sağlık personeli ile hava/deniz ambulansını kullanma ehliyetine sahip personel görev yapar.*

Acil sağlık araçlarının personeli, aracın kullanım amacına ve kapasitesine uygun olmalıdır. Hekim, sağlık personeli ve şoför yanında aracın görev alanı ve içinde bulunan ekipmanları kullanabilecek teknik personel bulundurulabilir (Resmi Gazete, 2006).

### ***1.1.3. Ambulans personeli ile yakın meslekler***

Ambulans personelinin kim olduğu ve görev tanımlarından bahsettikten sonra, ambulans ile ilişkili ve yakın meslekler olan arama kurtarma çalışanları, polis ve itfaiyeden de bahsetmek yerinde olacaktır. Ambulans servislerinin, tarihteki organizasyonel yapısına bakıldığında ülkeler arasında bazı temel farklılıklar göze çarpmaktadır. Amerika ve Kanada gibi sağlık hizmetleri ve güvenlik teşkilatları gelişmiş ülkelerde, itfaiye, polis ve ambulans

ekipleri tek bir merkezden yönetilmekte ve her türlü acil çağrı (sağlık, güvenlik, yangın, patlama, saldırı vb.) özel eğitilmiş personeller tarafından karşılanarak gerekli ekipler olay yerine yönlendirilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

İkinci Dünya Savaşından sonra başta Almanya olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde askeri ve güvenlik teşkilatlarının yok olması, bunun yanında savaş sırasında ve sonrasında itfaiye teşkilatlarının çok önem kazanması nedeniyle ambulans hizmetleri güçlü itfaiye teşkilatlarının içinde örgütlenmeye başlamıştır. Avrupa’da itfaiye merkezlerine gelen acil çağrılar kayıt altına alınmakta ve standart prosedürler doğrultusunda olaya göre, itfaiye aracı, kurtarma aracı, ambulans, doktor aracı veya helikoptere çıkış verilmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011).

Hayat kurtarma, sağlık ve güvenlik sistemleri doğrultusunda polis, itfaiye ve ambulans çalışanlarının ortak noktaları bulunmaktadır. Bu kişiler çalıştıkları ortamlar açısından ağır ve travmatik kazalardan, saldırı, patlama, doğal afetler ve ani gelişen sağlık sorunlarına kadar birçok manzarayla karşılaşmaktadır (Yavuzyılmaz, Topbaş, Çan, Çan ve Özgün, 2007).

## **1.2. Travma**

### ***1.2.1. Travmanın tanımı***

Türk Dil Kurumu, “Travma” sözcüğünün kelime anlamını “*Bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yerel yara*” olarak belirtmiştir (Türk Dil Kurumu [TDK]). Ayrıca, travmanın “*Dışarıdan bir etkenin yol açtığı fiziksel ya da ruhsal yara. Fiziksel travmalar arasında kafaya alınan darbeler, kesikler, yarıklar, yanıklar, vb. sayılabilir. Genel bir ifadeyle ‘bireyin kişiliği ve ruhsal yapısı üzerinde şu veya bu ölçüde kalıcı bir etki bırakan olağan dışı, felaket niteliğinde bir yaşantının*

*anılarından kaynaklanan bir rahatsızlık ve bunaltı durumu' olarak tanımlanabilen ruhsal travmalar arasında ise deprem, sel, yangın v.b. afetler, savaş, ırk veya din ayrımcılığı, boşanma, reddedilme, çocuk istismarı, tecavüz, işkence v.b. yaşantılar sayılabilir” şeklinde tanımı da mevcuttur (Budak, 2005).*

*“Travmatik olay kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma yada kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama ya da başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına yada fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme ya da ailesinden birinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümü ya da şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını, ölüm ya da yaralanma tehdidi altında kaldığını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve bu travmatik olay karşısında kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkması”* olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2000). Bu tanım bağlamında Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV’te travmatik olayları üç ana başlıkta sınıflandırmıştır. Bunlardan ilki “İnsan eliyle bilerek oluşturulan (savaş, işkence, tecavüz, terör eylemleri, cezaevi ve gözaltı uygulamaları)”, ikincisi “İnsan eliyle kaza sonucu oluşan (trafik, uçak, gemi, tren kazaları, iş kazaları, yangınlar)” ve üçüncüsü de “Doğal Afetler (deprem, sel, çığ, orman yangını vs.)” şeklindedir.

Şahin (1995)’ e göre insan eliyle bilerek oluşturulan travmatik olaylar beş kategoride toplanmıştır:

1. Politik nedenlerle işkence görenler (gözaltına alınanlar, mahkumlar, bazı siyasi gruplar ve örgütlerin üyeleri),
2. Politik olmayan nedenlerle işkence görenler (sokak çocukları, adli tutuklular, çocuk ıslah evlerindeki çocuklar, sivil halk),

3. Savaş travmasına maruz kalanlar (Savaş tutsakları, toplama kamplarında kalanlar, savaş nedeniyle göç eden mülteciler, savaşa ve ilişkili uygulamalara maruz kalan sivil halk, devlet görevlileri ve askerler),

4. Aile içi şiddete maruz kalanlar

5. Cinsel saldırı, taciz ve tecavüze uğrayanlar.

Terr (2003) ise travmatik olayları Tip 1 ve Tip 2 olarak ikiye ayırmıştır. 1. Tip travmalar tecavüz, yangın, saldırı ve. gibi tekil bir olayı tanımlamaktadır. 2. Tip travmalar ise kişinin tekrar tekrar şiddete maruz kalması, bir çocuğun uzun süre istismar edilmesi gibi tekrarlanan, uzun süreli travmaları tanımlamaktadır. Bu iki tipteki travmalardan birine maruz kalan bireyler, farklı bant çıkma tarzları geliştirmektedirler. İlk gruptaki bireyler aile ve arkadaşlarından destek alırken ikinci gruptakiler olayı saklamaya ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olmaktadır.

### ***1.2.2. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)***

#### ***1.2.2.1. Tanım***

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun başlıca özelliği, bireyin kendisinin ya da bir yakınının gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması ya da tanıklık etmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı, aşırı travmatik bir stres kaynağının ardından özgül bir takım semptomların gelişmesidir. Kişinin bu olaya tepkileri aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme; travmatik olayı sürekli olarak yeniden yaşama, travmatik olaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma ve artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli bulunması şeklindedir. Ayrıca bu semptomların bir aydır bulunuyor olması ve söz konusu

bozukluğun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal ve mesleki alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açtığı da görülmektedir (APA, 2000).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), DSM-IV’te doğrudan yaşanan travmatik olayları “Askeri çatışma, şiddete başvurma yoluyla kişisel saldırıda bulunulması (cinsel saldırı, fiziksel saldırı, yol kesme, saldırıp soyma), kaçırılma, rehin alınma, terörist saldırısı, işkence, savaşta tutsak alınma ya da toplama kampında tutulma, doğal ya da insanın neden olduğu felaketler, ağır otomobil kazaları ya da yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konması” şeklinde tanımlamıştır. Tanık olunan travmatik olayları ise “Şiddete başvurma yoluyla saldırıya bağlı olarak başka birinin ağır biçimde yaralanması ya da ölmesi, kaza, savaş veya felaket sonucu birinin ölümüne tanık olunması, ölü bir vücut ya da bir vücutun parçasını görmek, aileden birinin yaşamını tehdit eden bir hastalığının olduğunu öğrenmek” şeklinde tanımlamıştır (APA, 2000).

Travmatik olaylar çeşitli yollarla yeniden yaşanabilmektedir. Kişi travmatik olayı elinde olmadan tekrar hatırlayabilir ya da rüyalar görebilir (bu durumlar “flashback” olarak adlandırılır); bu durum saniyeler ya da dakikalar olsa bile kişinin hayatındaki işlevselliğini günler, haftalar hatta aylar boyunca bozabilmektedir. Bireyler kendilerine yaşamış oldukları travmatik olayı anımsatan ya da sembolize eden durum, atmosfer, kişi, eşya, zaman dilimi gibi uyaranlardan kaçınırlar ve bu uyaranlarla karşılaştıkları durumlarda travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi psikolojik ya da fizyolojik tepkiler verebilirler (APA, 2000).

Yaşanan travmatik olay sonrası uyaranlardan kaçınma davranışı olayın önemli bir yönüne ilişkin amneziyi de kapsayabilir. Travma sonrası stres bozukluğunda başlıca ölçütlerden biri olan amnezi, olayın tamamı ya da bazı bölümlerini hatırlayamama ile belirlidir. Travmatik olay yaşayan bireylerde “duygusal anestezi” ya da “psişik uyuma” olarak

adlandırılan, dış dünyaya tepki verme düzeyinde azalma görülebilmektedir. Birey travma öncesinde haz aldığı aktivitelere karşı ilgisini kaybetmiş, etrafındakilere karşı yabancılaşmış, insanlardan uzaklaşmış olabilmekte ve bir takım duyguları (özellikle dostluk, sevecenlik ve cinsellik) duyumsama yetisinde azalmalar görülebilmektedir. Bunların yanı sıra, travma yaşamış bireylerde aşırı uyarılmışlık, olaya dair kabuslara bağlı olarak uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük, hipervijilans ve aşırı irkilme tepkileri görülebilmektedir (APA, 2000). Bireyin yoksul bir aileden gelmesi, travma sonrası sosyal desteğin yetersizliği, içe dönüklük, yaşanan travmatik olayın kişi için öznel bir anlamının olması, bireyin sağ kalma suçluluğu taşıması ve kendini köşeye sıkıştırılmış hissetmesi; travmatik olayın ani ve hazırlıksız oluşumu, erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar; borderline, paranoid, antisosyal ve bağımlı kişilik özellikleri gösterme ya da ailesinde psikiyatrik bir hastalık olması; önceden alkol veya ilaç kötüye kullanım öyküsü ve travma öncesi davranış problemlerinin olması gibi durumlar bireylerin TSSB'ye yatkın olduğunu gösteren ve bozukluğun şiddetini artıran etkenler arasındadır (Gültekin, Ekici ve Tepe, 2011)

Travmayı doğrudan yaşayan bireyler kadar tanık olan bireylerin de çeşitli düzeylerde travma sonrası stres bozukluğu yaşayabildiklerinden bahsedilmektedir. Travmaya en yatkın bireyler, travmatik bir olay sonrasında ilk müdahalede bulunan kişiler ve profesyonel ekipler olmaktadır. Arama kurtarma çalışanları, polisler, itfaiye çalışanları, acil sağlık ekipleri, komşular, travmatik olayı yaşayan bireylerin yakınları ve aileleri de travma sonrası stres bozukluğu yaşamaya yatkındırlar (Baysak, 2010).

Brezilya'da (Rio de Janeiro) itfaiye departmanına bağlı acil durum çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada 234 katılımcının %5,6'sında tam TSSB ve %15'inde de kısmi TSSB semptomlarına rastlanmıştır. Bu çalışma sonunda araştırmacılar TSSB'nun "tam" ve "kısmi"



olarak iki ayrı hastalık şeklinde ele alınması gerektiğini savunmuşlardır (Berger ve ark., 2007).

Jonsson ve Halabi (2006), Ürdün'deki hemşirelerle iş ile bağlantılı travma sonrası stres üzerine kalitatif bir araştırma yapmışlar ve Ürdünlü hemşirelerin travmatik olayları nasıl deneyimlediklerini ve nasıl başa çıktıklarını anlamaya çalışmışlardır. Hemşirelerin travmatik olay tariflerinden en sık karşılaşılanlar çocuk ölümleri, kendi üslerinden veya doktorlardan gelen tehdit ve tacizler ve kendi aile bireylerinin hastalanması ya da ölmesi şeklinde bulgulanmıştır. Bununla beraber hemşireler, travmatik olayı yaşadıkları anda kendilerini yalnız hissettiklerini, güçlü bir empati duyduklarını, olay anındaki duygularını geride bırakmakta zorlandıklarını ve karşılarındaki kişinin durumunu anlayabildiklerinde kendilerini başarılı gördüklerini kaydetmişlerdir. Ravenscroft 1994'te Londra'da ambulans personeli ile yaptığı bir çalışmada iş stresinin TSSB üzerindeki etkisini vurgulamış ve ambulans çalışanlarının %15 kadarında var olan semptomların TSSB semptomlarının eşliğinin üzerinde olduğunu bulgulanmıştır (Akt. Jonsson ve Halabi, 2006)

Yaşanılan felaketler, saldırılar, terör, savaş, insan ölümleri ve benzeri olayları travmatik olay olarak; bu olayları yaşayan bireylerin sergiledikleri semptomları ise travmaya bağlı stres olarak adlandırmaktayız. Bu durumun yanı sıra; "ikincil travma" kavramı da önem kazanmaktadır. "İkincil travmatik stres" olgusu 1990'ların sonlarında ortaya çıkmış ve DSM'nin 1994'te revize edilmesiyle beraber travma sonrası stres bozukluğu semptomları arasından çıkartılmıştır. Bunun nedenini DSM'deki "travmatik olay" tanımının duymak ya da tanıklık etmek şeklinde genişletilmiş olmasına da bağlayabiliriz (Deville, Wright ve Varker, 2009).

Figley'in 1998'de yaptığı bir tanımlamaya göre ikincil travmatik stres, travmaya maruz kalan kişiyle yapılan görüşmeler sonucu ortaya çıkan belirtileri ve duygusal tepkileri kapsamaktadır. Sıklıkla aşırı zarar görmüş bedenlere maruz kalma, hayatı tehdit eden durumlarla karşılaşma ve fiziksel olarak zorlayıcı aktivitelerde bulunma sonucunda ikincil travmatik stres artmaktadır (Akt. Haksal, 2007). Bu durum çoğunlukla, diğer bir kişinin travmatik bir yaşantıdan geçmiş olduğunun bilinmesi sonucu, travmatik olaya maruz kalan ya da acı çeken bu kişiye yardım ederken veya etmeye çalışırken ortaya çıkmaktadır. (Figley, 1995; Akt. Haksal, 2007).

Bir başka açıklamaya göre ise ikincil travma; insanların başlarına gelen felaketlerden sorumlu tutulmaları, ya da kendi kendilerini sorumlu tutmaları sonucunda ortaya çıkar. Çoğu kez ilk travmanın etkileri atlatılmadan oluşan bu ikincil travma, bireyin uyuma yönelik çabalarını olumsuz etkiler ve travma sonrası stres bozukluğu başta olmak üzere bir çok klinik tabloya neden olabilmektedir (Sungur, 1999).

İkincil travmalar, travma sonrası hayata adaptasyon ve başa çıkma çabalarını olumsuz etkilemekte ve travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilmektedir (Sungur, 1999). Gross, Joraschky, Gruss ve Pöhlmann'ın Almanya'da ambulans servisinde ikincil travmaya yönelik yaptıkları boylamsal bir çalışmada başa çıkma stratejileri, özyeterlik ve tutarlılık duygusundaki değişiklikler analiz edilmeye çalışılmıştır. İlk sonuçlara göre, duygu odaklı başa çıkma stratejileri, düşük tutarlılık duygusu ve düşük özyeterlik ile mental ve fiziksel bozukluklar arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada tükenmişlik skoru yüksek olan ambulans çalışanlarının daha çok fiziksel şikayetlerde; TSSB semptomları yüksek olan ambulans çalışanlarının ise daha çok psikolojik şikayetlerde buldukları gözlenmiştir. (Gross, Joraschky ve Pöhlmann, 2004)

### 1.2.2.2. Tarihsel Gelişim

Travma, travmatik yaşantı, travmatik olay gibi kavramlar tarihte bir çok sanat eserine bile konu oluşturmuştur. Shakespeare'in ünlü trajedisi Lady Macbeth, Duncan'ın ölümünü bir türlü aklından çıkaramayıp daha sonraları "travma" olarak adlandırılacak benzeri tepkiler göstermektedir (Baysak, 2010); Dostoyevski'nin Suç ve Ceza eserinde baş kahraman Raskolnikov'un işlediği cinayet sonrasında yaşadığı tedirginlik ve suçluluk duyguları da travma kavramına bir örnektir.

Sıklıkla travmatik yaşam olaylarına maruz kalınması sonrasında sıkıntılı psikolojik tepkiler gelişmeye başlamış ve bu tip tepkiler 19. yüzyıl sonları, 20. yüzyıl başlarında bir sendrom olabilecek yeterlilikte kalıplaşmıştır. Spesifik travmatik deneyimlere ilişkin betimsel terminolojinin yayılması, zamanın demiryolu olayları ve savaş deneyimleri ile meydana gelmiştir (Turnbull, 1998-I). Yani aslında travmatik yaşantı denilen olaylar çoğunlukla bireyin fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan olaylar olarak betimlenmiştir ve bu tehdit sonucunda bireylerin psikolojik tepkimeleri ortaya çıkmıştır. "Belkemiği şoku (spinal concussion)", "huzursuz kalp (irritable heart)", "asker kalbi (soldier's heart)", "kalp zayıflığı (cardiac weakness)", "travmatik şok", "travmatik nevroz" ve "savaş psikonevrozu" gibi kavramlar 18. ve 19. yüzyıllarda "travma" için verilebilecek örneklerdir (Turnbull, 1998-I).

"Asker kalbi" kavramı, 1800'lerin sonlarında Amerikan İç Savaşı'nda savaşmış olan askerlerde fiziksel ve zihinsel tükenme ile tanımlanmıştır. Da Costa Sendromu da denilen, bu duruma kalp çarpıntıları, kabuslar ve sinirlilik eşlik etmektedir (Da Costa, 1871). Birinci Dünya Savaşı sırasında askerlerde gözlenen benzer belirtiler ise "mermi şoku" (shell shock) şeklinde tanımlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında travmanın etkisi "psikonevroz" (psychoneurosis) olarak adlandırılmış ve stresin psikolojik ve ruhsal boyutu giderek daha iyi

tanınır ve ayırt edilir duruma gelmiştir (Baysak, 2010). Freud, “anksiyete nevrozu”nu benzer bağlamda tanımlamıştır. Kendisi, Paris’te Charcot’nun öğrencisi olduğu dönemde “histerik” semptomların mental olgularla ilişkili olduğunu ve travmatik olayların bastırılmış hafızalara yol açtığını; sonrasında da çeşitli fiziksel belirtilerle kendini gösterdiğini öğrenmişti. Bu durum “huzursuz kalp” gibi tanımlamaların tersine, psikolojik (mental) olguların, fizyolojik sekelleri olduğunu öne sürmüştür (Turnbull, 1998-I).

Travmatik yaşantılar insan tarihinde yeni olmasa da bu yaşantıların betimsel birer tanı ölçütü haline gelmesi 19. yüzyılın ortalarına denk gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı dönemlerinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1949 yılında “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” (ICD 6) adı altında ortaya çıkan sınıflandırmada ilk kez psikolojik rahatsızlıklara “psikozlar”, “psikonevrozlar” ve “kişilik bozuklukları” olmak üzere 3 kategoride yer verilmiştir (Yolaç, 2010; Yazıcı, erişim:2012). Günümüzde bu sınıflandırmanın 10. sürümü (ICD 10) kullanılmaktadır ve “mental bozukluklar” toplamda 10 ana kategoriden oluşmaktadır (Yazıcı, erişim:2012). ICD 6’yı takiben APA, 1952 yılında DSM’yi geliştirmiştir (Yolaç, 2010). DSM I’in ortaya çıkışı 1950 – 1953 yılları arasında süren Kore Savaşı’na denk gelmektedir (Turnbull, 1998-I). DSM I’de travmaya yönelik spesifik tanımlar yerine “genel stres reaksiyonu” kategorisi yer almaktaydı, daha sonraları travmaya bağlı ruhsal bozuklukların önemi azalarak “geçici durumsal rahatsızlık” olarak adlandırılmıştır (Turnbull, 1998-I; Baysak, 2010).

Vietnam Savaşı’nın sonrasında gözlenen savaş mağdurlarındaki stres belirtilerinin yol açtığı sosyal ve mesleki yaşantılarındaki bozukluklar, 1980 yılında üçüncü sürümü çıkan DSM’nin “TSSB” tanı kriterlerine yer vermesine neden olmuştur (Turnbull, 1998-I; Baysak, 2010; Ehrenreich, 2003).

Daha sonralarda DSM üçüncü sürümünü revize ederek (DSM-III-R) TSSB tanı kriterlerinde değişiklikler yapmış ve son olarak dördüncü sürümünde daha fazla ampirik ve bilimsel hedef gerçekleştirerek yaptığı çalışmalar sonucunda tanı sınıflandırmalarına “Akut Stres Bozukluğu”nu da eklemiştir (Yolaç, 2010). 2013 yılının Mayıs ayında piyasaya çıkan DSM-V ve 2015 yılında piyasaya çıkması öngörülen ICD-11 için de TSSB tanı kriterlerinin varlığını sürdüreceği, alt kategorilerinde revizyonlar ve gelişmeler olabileceği öngörülmektedir (Lanius ve ark., 2009).

### *1.2.2.3. Epidemiyoloji*

TSSB gelişimi travma deneyimlerinin şiddetine, travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili faktörlere, sosyal destek düzeyine, bireyin travmatik olay karşısındaki duyarlılığına ve var olan başa çıkma becerilerine göre farklılık göstermektedir (Baysak, 2010). Toplumun yaklaşık olarak %1 – 3 ‘ünde görülen bir bozukluk olan TSSB (Koroğlu, 2009) ABD’deki yetişkinlerde yaşam boyu prevalansı yaklaşık olarak %8 olarak bulunmuştur (APA, 2000). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında savaşın, erkeklerde %38 oranında, çocuklukta kötüye kullanımın %32 oranında, fiziksel saldırıların ise %21 oranında TSSB’na neden olduğu bulgulanmıştır (Berkun, erişim: 2012). İkinci dünya savaşı sonrası yapılan 40 yıllık bir izleme çalışmasında ise askerlerin 2/3’ünde hayatlarının bir döneminde TSSB geliştirdikleri öne sürülmüştür (Berkun, erişim: 2012).

Epidemiyolojik araştırmalar yetişkinlerin hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadığını bulgulamıştır. Fakat bu kişilerin yalnızca küçük bir kısmının TSSB’nun tanı kriterlerinin tamamını karşılamaktadır. DSM-IV kriterleri için yapılan bir araştırmada, katılımcıların %93’ünün travmatik bir olay yaşadıklarını belirtmiş ancak sadece %10,3’ü

yaşam boyu TSSB kriterlerini karşılayan semptomlar göstermişlerdir (Rosen ve Lilienfeld, 2008).

Erkeklerin hayatları boyunca % 60-73,6 oranında kadınların ise % 51-64,8 oranında travmatik bir olay ile karşılaştıkları görülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun, travmatik yaşam olayı ile karşılaşan insanların %10-20'sinde ortaya çıktığı saptanmaktadır. (Berkson, erişim: 2012). Yapılan bazı çalışmalarda en şiddetli travmalardan sonra bile nüfusun % 50'sinden fazlasında seyrek olarak TSSB ortaya çıktığı belirtilmiştir (Baysak, 2010). Breslau, ve arkadaşları, 1998'de beraber yürüttüğü bir çalışmada yaşları 18 – 45 arası değişen ve DSM-IV tanı ölçütlerince travmaya maruz kalan 2181 katılımcının TSSB'na yakalanma riskini %9,2 olarak bulgulamıştır. En yüksek riskin ise %20,9 oranında saldırgan eğilimli şiddet olduğunu saptamışlardır (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis ve Andreski, 1998). Kessler ve arkadaşlarının 1995 yılında yapmış olduğu Ulusal Komorbidite Çalışmasında (National Comorbidity Survey) DSM-III-R'deki Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterlerine göre, yaşam boyu TSSB yaygınlığı % 7.8 olarak bulunmuş ve en sık görülen travma biçiminin erkeklerde savaşla ilişkili travmaları yaşamak ve tanık olmak; kadınlarda ise tecavüz yada cinsel tacize uğramak olarak saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda ve evli kişilerde TSSB prevalansı daha yüksek bulunmuştur (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Özgen ve Aydın, 1999).

Brezilya'da ambulans çalışanları ile yapılan bir araştırmada kadın çalışanların TSSB prevalansı tahmin edilenden düşük bulunmuştur (Berger ve ark., 2007). Yapılan birçok çalışmada kadınların TSSB prevalansları erkeklere göre genel popülasyonda (Kessler ve ark., 1995) veya ambulans çalışanlarında (Bennett, Williams, Page, Kerenza, Woollard ve Vetter, 2005) daha yüksek olarak saptanmıştır. Riskli birey çalışmalarında ise en yüksek TSSB oranının (maruz kalanların 1/3'ü ile yarısı arasında değişiyor) tecavüz kurbanları, askeri

çatışma, esaret ve etnik ya da politik nedenlerle gözaltına alınma ya da soykırım olduğu bilgilerine ulaşılmıştır (APA, 2000).

TSSB için risk faktörleri iki grupta toplanmaktadır (Berksun, erişim:2012). İlk grup yaşanan olayla; ikinci grup ise kurbanla ilgili olan durumları kapsamaktadır. Yaşanan olayla ilgili en önemli risk faktörü olayın şiddeti, tipi ve süresidir. Yaşanan olayın şiddeti, veya tipi TSSB riskini doğrudan etkilemektedir. Hayatı tehdit eden, ağır ve kanlı olaylar, riski artırmaktadırlar. Bununla beraber travmatik olayın süresi arttıkça risk de doğru orantılı olarak artmaktadır. Kurbanla ilgili olan risk faktörleri ise cinsiyet, daha önceki deneyimler, başa çıkma mekanizmaları ve depresyon düzeyidir. TSSB’de aynı akut stres bozukluğunda olduğu gibi kadın olmak ve kaçınma tarzı baş etme mekanizmalarını kullanmak riski artırmaktadır. Olay sonrası yüksek depresyon düzeyi, daha önce travma yaşamış olmak, psikolojik sorunların veya bir bozukluğun olması da TSSB için risk faktörü oluşturmaktadır (Berksun, erişim:2012).

Risk faktörlerini daha spesifik inceleyecek olursak bunları cinsiyet, yaş, travmatik olayı kişinin kendisinin yaşaması ya da görmesi veya öğrenmesi (tanık olması), doğal afet yaşamak ya da travmanın insan tarafından oluşturulması, travmaya maruz kalma süresi, daha önceden bir travma yaşantısının varlığı, bireyin ailesinde ve/veya kendisinde psikiyatrik bir rahatsızlık olması, travmanın çeşidi, ırk ve sosyal desteğin olmaması şeklinde sıralayabiliriz (Yolaç, 2010). Yaş ile ilgili risk faktörleri için, Norris, travmaya maruz kalma olaylarının yaşla birlikte düştüğünü saptamıştır (Yolaç, 2010). Breslau ve ark., tüm travmatik yaşantıların 16-20 yaşları arasında zirveye ulaştığını, özellikle cinsel saldırıların oranının 20’li yaşlardan sonra düştüğünü bulgulamıştır (Breslau ve ark.,1998). Sevilen birinin kaybı ise 16-40 yaşları arası aynı kalmakta ama 41-45 yaşları arası zirveye ulaşmaktadır (Yolaç, 2010).

Travmatik olay insan tarafından yapılmış ise hastalığın gelişme riski, şiddeti ve süresi doğal afetlere maruz kalanlara oranla daha fazla olmaktadır. Norris; en düşük oranla savaş (%2), en yüksek oranla cinsel saldırının (%14) TSSB geliştirdiğini bulgulamıştır (Yolaç, 2010). Breslau, tecavüze uğrayan kadınların %80'inin TSSB geliştirdiğini saptamıştır (Breslau ve ark.,1998). Kessler ve ark. kadınları cinsel travmaya (tecavüz, taciz, çocuklukta cinsel istismar) maruz kalmada daha riskli, erkekleri birinin yaralanma/ölümünü görme, doğal afet, kaza, savaş, silahlı tehdit gibi olaylarda daha riskli olduklarını saptamıştır (Kessler ve ark., 1995).

#### *1.2.2.4. Etiyoloji*

Travma sonrası stres bozukluğu, psikolojik rahatsızlıklar arasında etiyojisinden kesin olarak emin olduğumuz bozukluklar arasında sayılmaktadır. Bireysel olarak travmayı deneyimleyen bireyler travma sonrası stres bozukluğu geliştirebilirler. Fakat bireyin TSSB geliştirmesi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler çerçevesinde değişiklik göstermektedir. (Barlow ve Durand, 2005). Travmaya bağlı stres bozukluğunda oluş nedenleri iki temel kuram ile şekillenmektedir. İlki, travmatik olay öncesinde bireyde var olan kaynakların ve bireye ait süreçlerin belirleyici olduğunu ikincisi ise yaşanan travma sonucu ortaya çıkan değişikliklerin TSSB'yi ortaya çıkardığını savunmaktadır (Baysak, 2010).

Travma sonrası stres bozukluğunda en belirleyici ve en temel ortaya çıkarıcı etmen stres olmaktadır (Özgen ve Aydın, 1999). Diğer yandan stresle beraber aynı travmatik olayı yaşayan her birey TSSB geliştirmemekte, buna ek olarak biyolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörler de önemli rol oynamaktadır (Özgen ve Aydın, 1999). 15 yaşından önce psikolojik travmaya maruz kalmak, yetersiz sosyal destek düzeyi, ailede psikiyatrik bir hastalık geçmişi olması (özellikle anksiyete bozukluğu ve major depresyon) ve 10 yaşına



gelmeden aileden ayrılmış olmak, TSSB'na yatkınlığı gösteren faktörlerdir (Özgen ve Aydın, 1999).

TSSB'na dair çeşitli tahminleri nomolojik ağ çerçevesinde birleştirmek gerekirse; tetikleyici olayın bireye özgü olması, tetikleyici olay ile klinik semptomların ilişkisi, olayın diğer durumlardan ayırt edilmesi (komorbidite ve ayırıcı tanı), bireyin psikofizyolojik tepki verebilirlik durumu, nöroendokrin ve beyin görüntüleme bulguları ve son olarak da travmatik yaşantının ayırıcı özelliklerini sıralayabiliriz (Rosen ve Lilienfeld, 2008). Ayrıca kesin olarak kanıtlanmamış olsa da genetiğin önemli bir rol oynadığı literatürce bilinmektedir (Berksun, erişim: 2012). Birey, diğer her türlü hastalıkta olduğu gibi genel biyolojik ve psikolojik yatkınlıklarını beraberinde taşımaktadır. Ailede bir hastalığa ne kadar yatkınlık varsa, o hastalığı geliştirme şansı da orantılı olarak yükselmektedir (Barlow ve Durand, 2005).

Psikanalitik modele baktığımızda travmanın önceden çözülmemiş duran bir çatışmayı tekrardan aktif hale getirdiğini görmekteyiz (Baysak, 2010). Freud'a göre bebek anne karnındaki güvenli ortamdaki çıkıp dünyaya – Freud'un terimiyle düşmanca bir çevreye (hostile environment) – geldiği anda stresi yaşamış olmaktadır. Freud bunu “doğum travması” olarak adlandırır. Kişi doğduğu andan itibaren yaşamı boyunca aynı kaygıyı yaşadığında, ölüm ve yaşam arasında her çıkmaza düştüğünde ve bir bebek gibi kendisini çaresiz hissettiği ve kaygısını yenemediği zamanlarda travma yeniden baş göstermektedir (Schultz ve Schultz, 2005). Çocukluk çağı travmasının yeniden canlanması, bastırma, regresyon, yap-boz, inkar ve reaksiyon-formasyon gibi savunma mekanizmalarının kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır. Kişinin nevrotik yatkınlığı, çocukluk dönemindeki çatışmaları ve engellemelerinin fazla olması, diğer insanlar için travmatik olmayan bir olayı, bu kişide bozukluk derecesine getirebilmektedir. Travma durumunda benlik kontrolden çıkmış gibi hissetmekte ve kontrolü yeniden ele geçirmek çabasıyla önceki psikoseksüel gelişim basamaklarına gerilemektedir.

TSSB’de görülen korkutucu rüyaların dinamik açıdan görevi, kişide gerilim yaratan durumu boşaltabilmek ve etki edemediği uyaranlar üzerinde kontrol kazanmasına imkan sağlamaktır (Baysak, 2010).

Bilişsel teorilerin travma sonrası stres bozukluğunu farklı kuramlar çerçevesinde açıkladığını görmekteyiz. İlk olarak Horowitz (1986), TSSB’yi kişinin var olan şemaları ile tehdit edici olay anındaki algısını birbirine uydurma çabası ve travmaya bağlı gelişen uyarılmışlık ile kişinin bunu normal düzeyde tutma arzusu arasındaki çatışmadan kaynaklandığını ileri sürmüştür (Horowitz, 1986). Bir başka kuramsal yaklaşıma göre travmatik olayın yaşandığı andaki sözel, davranışsal ve fizyolojik uyaranlar kişinin belleğinde “korku yapıları” olarak yer etmekte ve kişi benzer bir olayı yeniden yaşadığında bu bellek bölgesi harekete geçerek bireyin tehlikeli durumlardan kaçınmasını sağlamaktadır. Bu “korku yapılarının” daha geniş olması, spesifik bir uyarandan çok geniş bir uyaran spektrumu olması, bu uyaran yelpazesine karşı aşırı bir yanıt olması ise TSSB ile açıklanmaktadır (Foa ve Kozak, 1986). Bu kuramlardan biraz daha farklı üçüncü bir görüş ise travma sonrası stres bozukluğunun oluşmasının bireyin, yaşadığı travmatik olayı değerlendirirken kendi bilişsel yetilerindeki eksiklikten kaynaklandığını ileri sürmektedir. Kişi olayın şiddetiyle başa çıkamayacağı algısına kapıldığı zaman travmatize olmaktadır (Lazarus, 1984; Bandura, 1977). Bu görüşe yakın bir başka teori ise travmayı bireyin “atıf”ları ile açıklamaktadır. Bireyin travmatik deneyim sırasında yaşadığı ya da tanık olduğu olayı anlama, sonucunu öngörebilme ve kontrol edebilme adına atıflar yaptığı, bu atıfların da olaya vereceği nihai tepkiyi belirlediği vurgulanmaktadır (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978).

TSSB hafıza, dikkat, bilişsel-duygusal tepkiler, inançlar, başa çıkma stratejileri ve sosyal desteği de içeren birçok rahatsızlıkla ilişkilendirilmektedir. Diğer psikolojik bozukluklarla karşılaştırıldığında TSSB’yi onlardan “*olaylara karşı tutarsız ve alışılmadık bir*

*hatıra ve yaşananlara verilen değişik çeşitlerdeki tepkiler yelpazesi”* olgusu ayırmaktadır (Brewin ve Holmes, 2003). TSSB’de duygular korku, dehşet, çaresizlik ya da travma anında yaşananlarla kısıtlı olmadığı gibi, inançların etkileri de travma anıyla kısıtlı kalmamakta ve bireyin kendine has değerlerine, sosyal çevresine hatta geleceğine kadar uzanabilmektedir (Brewin ve Holmes, 2003).

TSSB hastalarının çoğunda artmış uyarılmışlık belirtileri gözlenmekte ve bu durumun sempatik sinir sisteminin aşırı çalışmasına bağlı olduğu bulgulanmış, buna bağlı olarak da noradrenerjik sistemin aşırı uyarılmış olduğu öne sürülmüştür (Aston-Jones, Valentino, Van Bockstaele ve Meyerson, 1994). Locus Ceruleus (LC) beyinde noradrenerjik nöronların en yoğun olduğu ve aynı zamanda “travma merkezi” olarak da adlandırılan bölgedir. Bazı deneylerde beyinlerinin bu bölgesinde hasar oluşturulan hayvanların tehlikeli davranışlara daha fazla yöneldiği gözlenmiştir (Abercrombie ve Jacobs, 1987; Berksun, erişim: 2012). Bazı çalışmalarda hayvanlar ve insanlar üzerinde yaratılan stresin, dopamin düzeylerinde artışa sebep olduğu görülmüş ve TSSB’nin etiolojisinde dopaminin de etkin bir faktör olduğu öne sürülmüştür (Heim ve Nemeroff, 2009).

Travma sonrası stres bozukluğunda görülen düşmanlık (hostilite), saldırganlık (agresyon), dürtüsellik, ve depresyon gibi semptomlar hastalığın patofizyolojisinde serotoninin de rolü olduğuna dikkat çekmektedir. TSSB’yi tedavi etmede kullanılan “serotonin geri alım inhibitörleri” de olumlu etki göstermektedir. Bunlarla beraber TSSB vakalarında serum serotonin seviyelerinin düşük bulunması da bu teoriyi desteklemektedir (Heim ve Nemeroff, 2009). Başka yapılan birçok çalışmada hippokampus ve amigdalanın TSSB’de rol oynadığını, HPA (hipotalamo-pituiter-adrenal) aksındaki spesifik bir fonksiyon bozukluğunun hastalığın patolojik nedenlerinden biri sayılabileceğini ve kortizol seviyelerinin de TSSB tanısı almış hastalarda değişiklikler gösterdiğini bulgulamıştır (Rosen ve Lilienfeld,

2008; Brewin ve Holmes, 2003; Dickerson ve Kemeny, 2004). Bunlara ek olarak tiroid fonksiyon bozuklukları da TSSB hastalarında sık görülen bir durum olmaktadır (Berksun, erişim:2012).

#### *1.2.2.5.Klinik Özellikler*

Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, travmatik olay esnasında veya sonrasında ortaya çıkabilen ve travmanın yaşanış şekli, yaşanılan yerin sosyokültürel, ekonomik ve coğrafi özellikleri gibi dışsal özellikler; sıklığı, türü, şiddeti gibi içerik özellikleri ve bireyin önceki travma deneyimleri, psikiyatrik öyküsü, cinsiyet, bireye ait başa çıkma stratejileri gibi kişisel özelliklerin etkilediği klinik bir durumdur (Baysak, 2010).

TSSB gelişen bireylerde belirtiler 3 grupta toplanır. Bunlar yeniden yaşama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtileridir (Kaptanoğlu, 2003).

Yeniden yaşama belirtileri, bireyin isteği dışında gelişen olaya dair yinelenen duygu, düşünce veya fiziksel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden anımsanmasıdır. En tipik yeniden yaşama belirtisi geriye dönme nöbetleri (flashback) olarak görülmektedir. Travma mağduru birey bu durumda olay yeniden oluyor duygusuna kapılabilmekte ya da bu yönde davranışlar sergileyebilmektedir. Birey rüyalarında travmatik olayı tekrar tekrar görmekte ve bundan büyük sıkıntı duymaktadır (Kline ve Rausch, 1985).

Kaçınma belirtileri travmatik olayı anımsatan her türlü durumdan uzak durmaktır. Ayrıca bireyin genel tepki düzeyinde azalma da meydana gelebilmektedir. TSSB'ye maruz kalan bireyler travmayı çağrıştıran her türlü duygu, düşünce ve ortamlardan bilinçli olarak kaçınmaktadır. Travma sonucu bir yakını kaybeden bireylerin, yeniden sevme ve bağlanma korkusu taşıdıklarından dolayı, yakın ilişkiler kurmamaya hatta insanlardan uzak durmaya

çalıştıkları bilinmektedir. Sevgi, bağlanma gibi duygular travmatik olayı tekrar canlandırabilmekte ve bu da kaçınma davranışlarına yol açabilmektedir. Ortaya çıkan kaçınma belirtileri nedeniyle TSSB olgularında bulunduğu sosyal çevreden uzaklaşma hatta zaman zaman kopma ve duygusal küntleşmenin yanı sıra, çevrede olanlara karşı tepkisizlik gelişebilmektedir. Duygusal tepkileri azalmış ya da kısıtlanmış olan bu bireylerde sevgi, yakınlık, paylaşım, cinsellik gibi duyguların eskisi gibi yaşanmadığından söz edilmektedir (McFarlane, 2002).

Artmış uyarılmışlık belirtileri içinde en sık görülenler uykuya dalma ve uykuyu sürdürme problemleridir. Bunun yanında uyaranlara tepki verme eşiğinin düşmesi (irritabilite) ya da aşırı irkilme tepkileri, yoğunlaşma zorluğu ve öfke patlamaları, ortaya çıkabilmektedir. Travmatik olay her an tekrar yaşanacak duygusu, aşırı tedirginlik ve tetikte olma hissi, kendini diken üstünde hissetme TSSB tanısı konan bireylerde en yaygın görülen aşırı uyarılma belirtisidir (Davidson ve Foa, 1994).

Travmanın birçok klinik alt grubu bulunmaktadır. Örnekeleyecek olursak; savaş ve soykırım kurbanları, taciz ve tecavüz travması, terör ve işkence kurbanları, kaza ve afet travması ve yardım edenlerde oluşan travmayı sayabiliriz (Baysak, 2010). Acil yardım personeli, yoğun bakım çalışanları, polis, itfaiye ve kurtarma ekipleri gibi yardım alanında çalışan kişilerin iş memnuniyetleri ve tükenmişlik düzeyleri, yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu kişiler, birebir travma yaşayan mağdurlar ile benzer belirtileri gösterdiği ve işlevsellik kaybına yol açtığından risk grubunu oluşturmaktadır. Bu risk gruplarında maruz kalınan travmatik deneyimle bağlantılı isteksiz gelen düşünceler, travmatik olaya ait hatıralar, konsantrasyon ve uyku bozuklukları, fobik kaçınma, akut stres reaksiyonu gibi semptomların yanı sıra bazı olguların TSSB tanı kriterlerini tam olarak karşıladığı gibi bulgular da mevcuttur (Motta, Kefer, Hertz ve Hafeez, 1999).

### *Dsm – IV Travma Sonrası Stres Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri*

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

- (1) Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
- (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır (Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler).

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

- (1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır (Küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler).
- (2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme (Çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler).
- (3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illizyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar).
- (4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
- (5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

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

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

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

- (1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
- (2) irritabilite ya da öfke patlamaları
- (3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
- (4) Hipervijilans
- (5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme

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

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

## *TSSB'ye Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar*

TSSB olan kişilerde yaşanan travmaya bağlı suçluluk duygusu yaşanabilmektedir, özellikle kayıp yaşayan bireylerde bu suçluluk duygusu kendilerinin hala hayatta olmaları ile daha yoğun bir hal alabilmektedir. Bunun yanı sıra, travmayı hatırlatan yer, kişi, mekan ve durum gibi spesifik belirteçlerden kaçınmaya, fobik semptomlara, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara, boşanmalara veya işlerini kaybetmelerine neden olabilmektedir (APA, 2000).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu kültürel ve yaşa bağlı özellikler doğrultusunda çeşitlilik gösterebilmektedir. İç savaş olan yerlerde, toplumsal huzursuzluğun yaşandığı yerlerde ya da göç yaşamış bireylerde TSSB'nin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. Bazı kronik ya da ciddi vakalarda görsel, işitsel halisünasyonlar ve paranoid düşünceler ortaya çıkabilmektedir. Buna ek olarak duygulanımda iniş çıkışlar, dürtüsel ya da kendine zarar verici davranışlar, disosiyatif semptomlar, korku, üzüntü, utanç, umutsuzluk ve işe yaramazlık düşünceleri, somatik şikayetler, hostilite (düşmanca duygu ve davranışlar), inançlarını yitirme, toplumdan uzaklaşma, kişinin daha önceki kişilik özelliklerinde değişiklikler görülebilmektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Majör Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, madde kullanımına ilişkin bozukluklar ve çeşitli fobik bozukluklar (özellikle Agorafobi) ile de ilişkili bulunmuştur (APA, 2000).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu kültürel ve yaşa bağlı özellikler doğrultusunda çeşitlilik gösterebilmektedir. İç savaş olan yerlerde, toplumsal huzursuzluğun yaşandığı yerlerde ya da göç yaşamış bireylerde TSSB'nin ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir ve bu kişilerde oluşan travmatik semptomlar özel olarak değerlendirilmelidir. Küçük yaşta travmaya maruz kalan çocuklarda canavarlı rüyalar, kendini ya da bir başkasını bir yerden kurtarmaya



çalışma kabusları görülmektedir. Olayı yeniden yaşama semptomunun yerine de travmayı yineleyici oyunlar oynayabildikleri, kehanette bulunma davranışı (ilerde olacaklarını bildiklerine inanma) gösterebildikleri ve karın ağrısı gibi somatik yakınmalar saptanmıştır (APA, 2000).

#### *1.2.2.6. Tedavi*

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda tedavi yöntemi olarak Bilişsel Davranışçı Terapi, Sanal Gerçeklikle Maruz Bırakma Terapisi (Virtual Reality Exposure Therapy), EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), grup terapileri ve ilaç tedavileri gerektiğinde tek tek, gerektiğinde ise beraber uygulanmaktadır.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu 1980'lerde tanısız sınıflandırmaya girdiğinden beri, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) de travma üzerindeki iyileştirici etkisi giderek artmaktadır (Kar, 2011). TSSB'de uygulanan BDT, stres eğitimi, gevşeme teknikleri, kaygı yönetimi, bilişsel çarpıtmalara yönelik değerlendirme, travmayla ilgili uyaranlarla yüzleşme ve tekrar oluşumu (nüks) önleme tekniklerinden oluşmaktadır (Türkçapar, Sungur ve Sargın Ed. Köroğlu ve Türkçapar, 2009). Kaygı yönetimi için davranışçı terapide "Kaygı Dindirme Tepkisi" uygulanmaktadır. Bu tepki davranışçı terapide kaygı duygularını azaltabilecek ya da hafifletebilecek öğrenilmiş bir işlemsel davranış tepkisidir. Bu teknik tepkiyi acı verici uyarımın ortadan kalkmasıyla birleştirmekten ibarettir, böylece bir rahatlama duygusuyla birleştirilen tepki diğer kaygı verici alanlarda veya ortamlarda da kullanılabilir. (Budak, 2005). Bireyde anksiyeteye bağlı günlük işlevlerinde bozulmalar gözlemlendiğinde ise gevşeme, bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu içsel konuşma, düşünce durdurma gibi çeşitli teknikler kullanılmaktadır (Türkçapar, Sungur ve Sargın Ed. Köroğlu ve Türkçapar, 2009). Psikiyatri uzmanı Dr. Nilamadhab Kar'ın yaptığı bir araştırmaya göre, travmanın

bilişsel-davranışçı terapisi yetişkinler ve çocuklar üzerinde ayrı sınıflandırılmaktadır.

Yetişkinlerde travmaya yönelik BDT terörizm, cinsel saldırılar, savaş travması, trafik kazaları, mülteciler ve afet çalışanları başlıkları altında toplanmaktadır (Kar, 2011).

EMDR (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) de travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde kullanılmaktadır. EMDR'nin avantajı diğer uzun dönemli davranışsal terapilerden çok daha hızlı etkisini göstermesidir (Turnbull, 1998 -II).

Sanal Gerçeklikle Maruz Bırakma Terapisi ise yapay veya bilgisayar tarafından üretilen duyu yaşantılarının kullanıldığı bir tür maruz bırakma (exposure) tedavisidir. Bu terapi yöntemi, ilk kez 1995 yılında yükseklik fobisinde kullanılmış ve etkili olduğu belirlenmiştir (Budak, 2005). Barbara Olasov Rothbaum'un bu teknik ile ilgili yapmış olduğu birçok araştırma mevcuttur. Irak Özgürlük Operasyonu Gazileri, Vietnam Savaş Gazileri ve uçak korkusu olan kişiler üzerinde yaptığı araştırmalarda sanal gerçeklikle maruz bırakma terapisinin etkili olduğunu bulgulamıştır (Gerardi ve ark., 2008; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee ve Price, 2000; Rothbaum ve ark. 1999).

TSSB için biyolojik, davranışsal, bilişsel, psikodinamik terapiler, grup ve aile terapileri ile hipnoz uygulandığı bilinmektedir. Biyolojik tedavilerde anti-depresanlar, benzodiazepinler ve duyu durum dengeleyici ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların travma ile gelişen stres bozukluğunun yanı sıra oluşan majör depresyon, panik bozukluk ve kaygı bozukluklarının yanı sıra kabus görme, olayı yeniden yaşama (flashback), aşırı uyarılmışlık ve irkilme davranışları ve şiddet eğilimi gibi spesifik semptomlarda da olumlu etki yarattığı görülmektedir. Davranışçı tedavide ise taşırma (flooding), hayali veya gerçek maruz bırakma (exposure) ve duyarsızlaştırma teknikleri kullanılmaktadır ve içlerinde en etkili olanın taşırma olduğu bulgulanmıştır. Taşırma tekniği bireyi kaygı uyandıran uyaranlar içerisinde en yüksek

derecede korku veren uyarana maruz bırakma prensibine dayanmaktadır. Bilişsel tedavide Stres Aşılama Eğitimi (Stress Inoculation Training – SIT), girişkenlik eğitimi (assertiveness training) ve destekleyici psikoterapi uygulanmaktadır. Grup terapileri genelde savaş sonrası gazilerde, işkence mağdurlarında uygulanmaktadır; temel olarak yaşananların paylaşımı ve öfke kontrolü gibi konular işlenmektedir (Shalev, Bonne ve Eth, 1996; Feeny, Foa, Treadwell ve March, 2004; Türkçapar, Sungur ve Sargın Ed. Köroğlu ve Türkçapar, 2009).

### ***1.2.3. Travmaya bağlı diğer ruhsal bozukluklar***

Travma yaşamış bireylerde TSSB dışında uyku bozuklukları, panik bozukluklar, anksiyete bozukluğu, majör depresyon, alkol ve madde kullanımı görülebilmektedir (Baysak, 2010). Uyku bozuklukları içinde en sık görüleni “insomnia” yani uykusuzluktur. Uykusuzluk olan bireyde gece kabusları ve aşırı uyanıklık (hypervigilance) hali görülebilmektedir (Kar, 2011). TSSB hastalarının yaklaşık %20 kadarında panik bozukluk komorbid olarak gelişmektedir (McFarlane, 2002).

### ***1.2.4. Ambulans personeli ve travma***

Ambulans personeli, ağır ve travmatik kazalardan, ani gelişen sağlık sorunlarına kadar yaralanmış kişiler ya da ölümler gibi birçok manzarayla karşılaşmaktadır ve bu açıdan fiziksel, psikolojik ve sosyal tepkilere yol açan stresörlerle sık sık yüzleşmektedir (Yavuzylmaz ve ark., 2007; Jonsson, Segesten ve Mattson, 2003). Bu bağlamda bu tür olaylara sürekli şahit olan ambulans ve itfaiye çalışanları ve polislerin travma geliştirmeye yatkın oldukları söylenebilir (Brough, 2005).

Ambulans çalışanlarındaki bu stres, travmatize olmuş bireylere yardım etmek için çalıştıklarından dolayı yaşadıkları ikincil bir travmaya maruz kalmaları açısından doğal bir

tepki olarak ortaya çıkmaktadır (Jonsson ve Segesten, 2003). Yaralanmalar, baygınlıklar, ağrılar, yakınmalar ve ölümlerin yanında ambulans personelinin bir diğer karşılaştığı manzara da hasta yakınlarının üzüntüleridir (Kaya ve ark., 2007). Yakını ambulansa kaldırılmış bir birey, o an yakınında bulunan ilk insandan destek görme ihtiyacındadır ve bu genellikle ambulans personeli olmaktadır. Böylece ambulans personelinin işi hastanın durumuyla ilgilenmekle sınırlı kalmamakta ayrıca, yakınlarını rahatlatmak ya da durumu hakkında bilgi vermek sorumluluklarıyla bir kat daha artmaktadır. Bu da içinde buldukları travmatik durumu pekiştirmektedir.

Bennett ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, 617 ambulans personelinden alınan verilere göre acil ambulans personeline karşılaştıkları olaylar ve örgütsel faktörler doğrultusunda yaşadıkları duygusal sıkıntı ilişkilendirmesine bakılmıştır. Bulgular göstermiştir ki, TSSB'nun temel yordayıcıları arasında örgütsel stres, travmatik potansiyel taşıyan olayları deneyimlenme sıklığı ve serviste geçirilen süre sayılmaktadır. Sonucunda ambulans çalışanlarında hem örgütsel hem de bireysel tedavilerin TSSB'nu ve diğer emosyonel bozuklukları minimize etmekte gerekli olduğu bulgulanmıştır (Alexander ve Klein, 2001).

William Berger ve arkadaşlarının 2007 yılında yayımladığı bir araştırmada Brezilyalı ambulans çalışanlarında TSSB semptomlarının yaygınlığına bakılmış ve tam TSSB ile kısmi TSSB olarak ayrılan grupların psikososyal işlevsellik, fiziksel ve mental sağlık ve yaşam kalitesi bazında kontrol gurubu ile karşılaştırmaları değerlendirilmiştir. Ayrıca TSSB semptomların diğer demografik değişkenlerle ilişkisine de bakılmıştır (Berger ve ark., 2007).

Jonsson ve Segesten'in (2004) yapmış olduğu bir araştırmada ambulans personelinin deneyimlediği travmatik olaylar derinlemesine incelenmiştir. Nitel yöntemle yapılan bu

çalışmada ambulans personelinin en travmatik olarak nitelendiği olayların çoğunlukla içinde çocukların bulunduğu vakalar olduğu ve olayla karşılaştıklarında içselleştirme yaptıkları bulgulanmış; ayrıca personelin suçluluk ve utanç hislerinin TSSB ile doğrudan bağlantılı olduğu görülmüştür (Jonsson ve Segesten, 2004).

Almanya’da yapılan bir araştırmada ambulans çalışanlarının TSSB kriterlerinde yüksek skor aldığı, iş yerinde kendilerini daha kontrollü hissettiği ve anksiyete, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklardan daha çok şikayet ettikleri saptanmıştır (Gross ve ark., 2004).

İsveç ambulans çalışanları ile yapılan bir araştırmada uyku bozukluklarından somatik şikayetlere (baş ağrısı ve karın ağrısı başta olmak üzere) artan sağlık şikayetleri rapor edilmiştir. Sağlık problemlerine ek olarak ambulans çalışanlarında stres yaratan ya da felaket diye nitelendirilebilecek olaylara maruz kalma ile TSSB semptomları gösterme arasında yüksek düzeyde korelasyonel bir ilişki bulunmuştur (Jonsson ve Halabi, 2006).

İskoçya’da özel bir ambulans servisinde çalışan 160 ambulans personelinin katıldığı bir başka çalışmada, ambulans personelinin kişiliğinin ve maruz kaldıkları ciddi olayların psikopatolojik durumların yaygınlığıyla olan ilişkisine bakılmıştır (Alexander ve Klein, 2001).

Ambulans çalışanlarında çok sayıda niteliksel (kalitatif) travma araştırması bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde kaza anında ve sonrasında ambulanda çalışan hemşirelerin paylaştıkları olaylar analiz edilmiştir. Hemşirelerin ortak derecede en sık rapor ettiği durumlar olarak: Vaka anından önce beklenmedik bir olay beklentisi, olaya odaklanma, güçlü bir merhamet duygusu, kurbanla kendini özdeşleştirme ve çoğunlukla gençlikle özdeşleştirme gibi başlıklar göz önüne alınmıştır. Vaka sonrasında ise bu stresli olayı geride bırakamama ve sonrasında yaşanan stresi aşabilme başlıkları incelenmiştir. Araştırmanın

sonucunda hemşirelerin sosyal desteğe ihtiyaç duydukları ve karşılaştıkları travmaları konuşup paylaşabilmelerinin yaşadıkları stresi azalttığı ortaya çıkmıştır (Jonsson ve Segesten, 2003).

### **1.3. Tükenmişlik**

#### **1.3.1. Tükenmişlik (Burnout) kavramı**

Tükenmişlik (tükeniş) terimsel açıdan “*Beklentilerin yüksek olduğu işlerde çalışan insanlarda, sürekli stres altında çalışma sonucunda ortaya çıkan ve sürekli artan uzun süreli fiziksel, ruhsal ve davranışsal işlevsizlik*” şeklinde tanımlanmaktadır. Semptomlar arasında yorgunluk, iş performansının düşmesi, uykusuzluk, depresyon, fiziksel hastalıklara yatkınlık ve geçici rahatlama için alkol ve uyuşturucu maddelere yönelme görülebilmektedir (Budak, 2005). Maslach ve Jackson’ın tanımına göre *tükenmişlik* birebir insanlarla çalışan bireylerde sıkça meydana gelen duygusal tükenme ve sinizm (“Sinizm” insanın erdem ve mutluluğa, hiçbir değere bağlı olmadan bütün gereksinmelerden sıyrılarak kendi kendine erişebileceğini savunan Antisthenes’in öğretisidir (TDK)) olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Tükenmişlik sendromunun en önemli yönü, duygusal bitkinlik duygularının artmışlığıdır ve dolayısıyla duygusal kaynakları tükenmiş olan bireyler kendilerini iş yaşantısında verimsiz, mutsuz ve tatminsiz olarak hissetmektedirler (Maslach ve Jackson, 1981).

Ayrıca Maslach, tükenmenin üç alt boyutundan bahsetmiştir. “Duygusal tükenme” kişinin işi dolayısıyla kendisini emosyonel olarak aşırı yüklenilmiş ve tükenmiş hissetmesi “duyarsızlaşma” kişinin hizmet verdiği kişilerin birer birey olduklarını dikkate almadan, duygudan yoksun şekilde tutum ve davranışlar sergilemesi ve “kişisel başarı eksikliği” ise bireyin var olan sorununun başarı ile üstesinden gelememesi ve kendisini yetersiz görmesi olarak tanımlanmıştır (Kaçmaz, 2005).

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Freudenberger tarafından ortaya atılan, gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma olarak kendini gösteren bir durumdur (Potter, 2006; Baltaş ve Baltaş, 2012). Tükenmişliğin temel özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmek şeklinde kendini göstermektedir. Cotton tükenmişliği stresle etkin şekilde başa çıkmadaki başarısızlığın sonucu olarak göstermektedir (Kaçmaz, 2005).

Deville, Wright ve Varker'in bir çalışmalarında bahsettikleri üzere tükenmişlik kişiler arası iş stresörlerinin kronikleşmesi ile karakterize olan 'psikolojik bir sendrom' olarak kavramlaştırılmıştır. Bunun yanı sıra iş yükünün fazlalığı, desteğin kısıtlı olması, iş yerinde yaşanan rol çatışmaları ve rol karmaşasının tükenmişlikle bire bir ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (Deville ve ark, 2009).

### ***1.3.2. Tükenmişliğin belirtileri***

Tükenmişlik belirtileri genel olarak 3 ana başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıkları "fiziksel belirtiler", "duygusal belirtiler" ve "davranışsal belirtiler" şeklinde sayabiliriz.

#### ***1.3.2.1. Fiziksel belirtiler***

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri arasında hipertansiyon, gastrointesinal problemler (ülser, gastrit.. vb.), entelektüel fonksiyon bozuklukları, koroner arter hastalıkları, infertilite, uyku bozuklukları ve bağışıklık sisteminde oluşan bozukluklar sayılabilmektedir (Kalemoğlu ve Keskin, 2002). Bunların yanı sıra enerji kaybı, kronik soğuk algınlığı, sık ve yoğun baş ağrıları, solunum güçlükleri ve kilo kaybı da tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde sık rastlanan fiziksel belirtilerdir (Kaçmaz, 2005).

Tükenmişliğin fiziksel sağlık ile bağlantılı olduğunu kanıtlar nitelikte oldukça fazla araştırma mevcuttur. İş dünyasında tükenmişlik yaşayan bireylerin sıkça fiziksel koşullardan şikayetçi olduğu, sıkça hastalandıkları, ağrılardan ve uyku problemlerinden bahsettikleri bulgulanmıştır (Kahill, 1988; Ullrich, Lambert ve McCarthy, 2012; Leiter, 2005; Berger ve ark. 2007; Aasa, Brulin, Angquist ve Bergkvist, 2005; Wiitavaara, Lundman, Bergkvist ve Brulin, 2007; Gross ve ark., 2004).

#### *1.3.2.2. Duygusal belirtiler*

Tükenmişlik yaşayan çalışanlarda en yaygın duygusal belirtiler olarak depresyon rapor edilmektedir. Bununla beraber duygusal bitkinlik, kaygı, çabuk sinirlenme, suçluluk ve çaresizlik duyguları da görülmektedir. Tükenen kişilerde ağlama hali, sürekli gözlerin dolması, umutsuzluk, mutsuzluk ve yalnızlık algısı görülmektedir. Tükenen birey işten eve tüm bu tükenme duygusunun tersi olarak mutlu ve neşe saçan bir şekilde dönebilmektedir (Kahill, 1988).

Tükenmişliğin diğer duygusal belirtileri arasında ise karar vermekte yetersizlik hissi, huzursuzluk, sabırsızlık, çökkünlük, hayal kırıklığı, benlik saygısında düşüş, değersizlik, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık ve eleştiriler karşısında sinirlilik hali, apati ve boşluk hisleri de görülmektedir. Yaşanılan duygusal belirtiler bakımından tükenmişliğin depresyon ile oldukça ortak noktası bulunmaktadır (Kaçmaz, 2005).

#### *1.3.2.3. Tutumsal ve davranışsal belirtiler*

Profesyonel alanda tükenmişlik yaşayan kişilerde spesifik tutumlar ve bu tutumlar sonucunda oluşan davranışsal bazı belirtiler de gözlenebilmektedir. Tükenmişlik ile en bağlantılı olan tutum işi bırakma eğilimidir ve bu tutumun davranışa yansımaları işe geç gelme



veya bahaneler bularak (hastalık gibi) gelmeme şeklinde olmaktadır. Bununla beraber, iş yerinde toleranssızlık, pesimizim ve sinizm tutumları içinde olan bireylerde kurallara uyumsuzluk ve güvensizlik, iş performansı ve iş hacminde düşme, görevlerde ihmal ve daha çok hata yapma görülmektedir. İş dışında başka şeylerle ilgilenme arzusu, hizmet verilen kişiye, meslektaşlara ve hizmet sistemine karşı alaycı ve duyarsız tavırlar çalışanların molalarını kötüye kullanma ve işlerini yavaşlatma veya erteleme hatta sürüncemede bırakma davranışlarını sergilemelerine neden olmaktadır. Hizmet verilen kişiye karşı duyarsız, toleranssız, ve alaycı bir tutum içinde olan tükenmiş kişilerde entelektüalizasyon, insan dışı davranışlar, jargon kullanımında artma davranışları gözlenmektedir. Aşırı yeme ya da aşırı sigara içme, alkol ve uyuşturucu kullanma davranışları, kazaların ve yaralanmaların artması da tükenmişliğin belirtileri arasında sayılabilmektedir. Bunlara ek olarak iş yerinde ve dışarıda insan ilişkilerinde bozulmalar ve insanlardan kaçma, kendini savunma içgüdü, insanlara karşı değersizce tutumlar göze çarpmaktadır (Kahill, 1988; Kaçmaz, 2005) .

### ***1.3.3. Tükenmişliğin nedenleri***

Tükenmişliğin birikimlerle ve zaman içinde yavaşça oluşması, nedenlerinin de birbirinden ayrı ele alınmasının zorluğunu yansıtmaktadır. Tükenmişlik için kesin ve net tek bir neden olmadığı gibi kişilik özelliklerinden, örgütsel faktörlere, kişisel kaynaklara varıncaya dek hem birbirinden bağımsız hem de birbirinin içine geçmiş birçok nedenden bahsedebilmekteyiz.

Maslach ve Leiter 1997 yılında tükenmişlik konusunda bir model öne sürmüşlerdir. Bu model tükenmişliğin ortaya çıkışının, birey ile mesleğin, iş dünyasındaki altı boyut kapsamında birbiriyle ne derece uygunluk ya da uygunsuzluk içinde olduğuyla bağlantılı olduğunu vurgulamaktadır. Bahsedilen bu altı boyut iş yükü, kontrol, ödül, ortaklaşalık, adalet

ve değerler şeklinde sıralanmaktadır. Bu boyutlardan herhangi bir ya da daha fazlası bağlamında, kişi ile yaptığı iş arasında uyumsuzluk varsa tikenmişlik o derece yksek olmakta; aksine kişi ile iş arasında ne kadar ok boyutta uyum varsa kişide o kadar ok çalışma isteği ve verim görülmektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

#### *1.3.3.1. Kişilik zellikleri*

Tikenmişliğin nedenleri arasında bireysel sayılabilecek özellikler yaş, eğitim durumu, medeni durum, işe bağlılık, kişisel beklentiler ve kişisel beceriler, motivasyon kaynakları ve dayanıklılık şeklinde sıralanmaktadır. Bu gibi özellikler bireyin içinde bulunduğu iş stresini; stresin türünü ve işten beklentilerini etkilemektedir (Tanıkyan, 2008). Genç yaştaki bireylerde tikenmişliğin daha sık görüldüğü, 30 – 40 yaş arasındaki bireylere oranla daha ok işten ayrılma ve iş değiştirme gibi eylemlerde buldukları bulgulanmıştır (Maslach ve ark., 2001).

Medeni durum tikenmişliği etkileyen faktörlerden bir diğeridir ve literatürde bu durumla ilgili çelişen bulgular mevcuttur (Mealer, Burnham, Goode, Rothbaum ve Moss, 2009). Evlilikteki tatminin iş doyumunu ve tikenmişlik düzeyini pozitif yönde etkilediği de kaydedilmiştir (Bedeian, Burke ve Moffett, 1988). Bazı kaynaklarda evli olan bireylerin, bekar olanlara oranla tikenmişlik ölçeklerinde daha yksek skor aldıkları saptanmıştır (nal, Karlıdağ ve Yoloğlu, 2001; Maslach ve Jackson, 1981; Cordes ve Dougherty, 1993). Maslach, Schaufeli ve Leiter (2001) yaptıkları bir araştırmada evli olanlarda tikenme sendromu bekar olanlara oranla daha ok rapor edilmekte; bekar olanlara nazaran da boşanmış kişilerde daha sık tikenmişlik görülmektedir. Bu araştırmalara ek olarak tam tersi bulgular da mevcuttur; bazı araştırmalar evli bireylerde ve genç erkeklerde bekar olanlara göre daha az tikenmişlik sendromu bulgulanđını kaydetmiştir (Gautam, 2001; Martini, Arfken, Churchill ve Balon, 2004). Tikenmişliğin alt boyutlarının medeni durum ile olan

ilişkinin incelendiği bir çalışmada bekar olanların evli ve boşanmış olanlara oranla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde daha yüksek skorlar; kişisel başarı alt ölçeğinde daha düşük skorlar aldığı bulgulanmıştır (Gümüş, 2006).

Toplum tarafından kabul görme beklentisi olan bireylerde, iş yerinde de üstleri tarafından kabul görme arzusu baskın olduğundan tükenmişliğe daha yatkın oldukları saptanmıştır. İç denetim ve öz saygı özellikleri kişilerin yine tükenmişliğe karşı hassasiyetini etkileyen önemli özelliklerdendir. Öz saygısı düşük olan bireyler, reddedildikleri durumlarla karşılaştıklarında bu durum onları strese ve tükenmeye sürüklemektedir (Güllüce, 2006). Olayların başkaları tarafından kontrol edilmediği yani bireylerin iç denetiminin olduğu durumlarda birey, stresin etkisini kendisi göğüslemek durumundadır. Dolayısıyla dış denetimi olan kişiler iş stresiyle başa çıkamadıkları durumlarda tükenmişliğe karşı daha hassas hale gelmektedirler (Maslach ve ark., 2001).

Büyük beşli kişilik boyutları (nevrotiklik, dışa dönüklük, deneyime açıklık, uyumluluk ve özdisiplin) ile yapılan araştırmalar nevrotikliğin tükenmişlik ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Nevrotiklik içinde sürekli kaygı (trait anxiety), düşmanlık (hostilite), depresyon, özbilinç ve yatkınlığı barındırmaktadır; böylece nevrotik özellikli kişiler duygusal olarak stabil değildir ve psikolojik strese karşı daha eğilimlidir. Bunun yanı sıra A-Tipi kişilik özelliği taşıyan kişiler (rekabetçi, zamana karşı yarışan, düşmancıl ve aşırı kontrolcü) tükenmişliğe daha yatkın olmaktadır (Maslach ve ark., 2001). Ayrıca Jung'un "hisseden tip (feeling type)" diye nitelediği bireyler "düşünen tip (thinking type)" bireylere oranla sinizm başta olmak üzere tükenmişliğe eğilimlidirler (Schultz ve Schultz, 2005).

Düşük dayanıklılık düzeyi, zayıf benlik saygısı, dış denetim odaklılık ve kaçınmacı başa çıkma stratejileri kullanan kişiler stres eğilimli birey profili oluşturmaktadır ve

araştırmalarda da açıkça görülmektedir ki stres eğilimli kişiler tükenmişliğe de oldukça yatkınlardır (Semmer Ed. Schabracq, Winnubst ve Cooper, 2003).

### *1.3.3.2. Mesleki ve örgütsel faktörler*

Tükenmişliğin en çok görüldüğü ve üzerinde en fazla araştırma yapılan alanlar sağlık çalışanları ve öğretmenlerdir; bunun nedeni ise yoğun olarak başka bireyler ile iletişim içinde olmaları ve bakım verme ile öğretim görevlerini yerine getirmelerinden kaynaklanmaktadır (Maslach ve ark., 2001).

Tükenmişliğin örgütsel nedenleri arasında işin niteliği ve yükü, işte beklenen performans ve iş gerilimi belirleyici rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra çalışılan kurumun tipi, haftalık çalışma süresi, kurumun özellikleri (havası, ortamı, iş arkadaşları), örgütsel işleyişteki aksaklıklar, adalet yoksunluğu ya da eksikliği de tükenmişliğin önemli etkenlerindedir. Örgüt içinde rol çatışmaları ve belirsizliği, önemli kararlara katılamama, kontrol eksikliği, hizmet verilen insanlarla ilişkiler ve yetersiz personel gibi birçok etken de tükenmenin örgütsel nedenleri olarak kabul edilmiştir (Güllüce, 2006).

Rol belirsizliği, bireyin çalıştığı işte tam olarak hangi statüde bulunduğunun belli olmaması ve görev tanımının tam olarak belirlenmemiş olmasından kaynaklanmaktadır. Gerçek anlamda ne iş yapacağından emin olamayan kişi tükenmişliğe doğru sürüklenmektedir (Tanıkyan, 2008; Baltaş ve Baltaş, 2012). Dinlenme zamanının az olması, müşteri gereksinmelerinin karşılanamaması, iş yerindeki liderlerin veya denetimin yetersizliği, eğitimlerin ve yönlendirmenin yetersizliği, çalışanlar arasında sosyal ilişki ve destek eksikliği ve yoğun iş ortamı da tükenmişlik sendromunun örgütsel nedenleri arasında sayılmaktadır (Gümüş, 2006).

Çalışılan iş yerinin (örgütün) plan ve prosedürleriyle ilgili tükenmişlik sebepleri arasında doldurulması gereken formların yükü, ödenek yetersizliği, zaman kısıtlamaları, yetki eksikliği, bürokratik ve prosedürel işlemler, uzun raporlar yazma zorunluluğu, şirket amaçlarının belirsizliği, yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişim kopuklukları, eksik iş güvenliği ve terfi imkanlarının yetersizliği sıralanmaktadır (Güllüce, 2006; Baltaş ve Baltaş, 2012).

İş yerinde tükenmenin örgüte bağlı nedenleri arasında en önemlilerinden biri de “mobbing” yani “yıldırma” olarak görülmektedir. Heinz Leymann, mobbingi (yıldırma), tanımlamış ve bu konuda yoğun araştırmalar yapmıştır. Leymann’ın operasyonel tanımına göre “*mobbing, bir ya da birden çok kişinin tek bir bireye karşı sistematik olarak yönelttiği düşmanca ve etik dışı hareketlerdir*” ve bu hareketler örgütte ezilen mazlum bir kişi olduğu sürece devam etmektedir (Leymann, 1990). Ayrıca Leymann "ofis bunalımı" nedeniyle oldukça fazla oranda işgücü ve para kaybedildiğini bulgulamıştır (Leymann, 1990; Leymann, 1996).

#### **1.3.4. Tükenmişliğin sonuçları**

Tükenmişliğin bireyin kendisine iş çevresine ve dolaylı olarak da sosyal ve aile içi ilişkilerine yansıyan sonuçları olmaktadır. Tükenen bireylerde en sık karşılaşılan durum işten ayrılma ya da iş performansında düşüş olarak saptanmıştır (Maslach ve ark., 2001).

##### **1.3.4.1. Bireye etkileri**

Tükenmişlik sendromunun bireyin kendisine yansıyan sonuçları arasında en sık görülen durum kararsızlık ve dikkat dağınıklığıdır. Örgütsel rollerdeki belirsizlikler, eksik yetkilendirmeler, çaresizlik veya aşırı iş yükü gibi faktörler kişilerin doğru ve hızlı karar

vermelerini engellemektedir. Bu kararsızlık da iş performansında düşüşe ve bireyin kendine olan güveninin azalmasına yol açmaktadır. Dikkat eksikliği ve konsantrasyonun düşmesi de tükenmişliğin önemli neticelerinden biridir. Bu durumu yaşayan bireylerde de alınan kararlarda hatalar yaptığı, birçok önemli noktayı gözden kaçırdıkları gözlenmektedir (Güllüce, 2006).

Tükenmişliğin sağlıkla ilgili sonuçları da bireylerde kaçınılmaz olmaktadır. Uzun dönemde yüksek tansiyon, baş ağrıları, enerji kaybı, kilo kaybı ve iştahsızlık sayılabilmektedir. Yöneticiler arasında psikolojik olarak, uzun süreli tükenmişliğe maruz kalanlar, tükenmişlik yaşamayan yöneticilere göre daha fazla depresyon, sinirlilik hali ve endişeden yakınırken psikosomatik belirtilerden de daha fazla şikayet ettikleri bulgulanmıştır (Wisniewski ve Gargiulo, 1991).

Bazı araştırmalar başa çıkılmayan tükenmişliğin, kişilerde kalp krizi riskini artırdığı saptanmıştır. Yüksek motivasyon gerektiren ve kontrol düzeyinin az olduğu mesleklere kalp krizi riski daha yüksek olmaktadır (Karasek ve ark., 1998). Tükenmişliğin kişilerde yarattığı duygusal bitkinlik (emotional exhaustion) fiziksel yorgunluğu da beraberinde getirmektedir. Bu durumdan muzdarip bireyler; kendilerini boşluk içinde hissettiklerini, yorgun olduklarını ve her sabah kalkıp yeni bir güne başlamanın fazlasıyla zor geldiğini belirtmişlerdir (Maslach, 2003). Kronik bir hal alan yorgunluk ve gerginlik hissi tükenen bireylerde hastalıklara yatkınlık oluşturmaktadır. Tükenmişliğin gerilimi içinde olan kişilerde, soğuk algınlığı, grip ve baş ağrısı gibi bağışıklık sisteminin zayıflığından kaynaklanan basit rahatsızlıkların uzun süre atlatılmadığı gözlenmiştir (Karasek ve ark., 1998).

#### *1.3.4.2. Aile ve çevreye etkileri*

Tükenmişlik bireylerin özel hayatlarına da yansımaktadır. Sendromun bireydeki etkileri yalnızca örgüt ile sınırlı kalmayıp kişinin evinde ve aile ilişkilerinde de önemli rol oynamaktadır. Duygusal açıdan bitkin olan birey evinde de gergin, huzursuz ve fiziksel olarak yorgun olmaya devam etmektedir. Tükenmiş kişi zamanının çoğunu iş hakkında şikayetleri ailesi ile paylaşmaya ve işiyle ilgili söylenmeye harcamakta ve huzursuzluğunu ev ortamına da taşımaktadır. Bu yüzden aile içinde artan kavgalar ve problemler ciddi aile krizlerine, evlilik sorunlarına hatta zaman zaman boşanmalara sebep olabilmektedir (Güllüce, 2006).

İş-aile çatışması veya aile-iş çatışması iki alandaki rollerin birbiriyle bağdaşmaması ve ayrışmaması durumlarında ortaya çıkmaktadır. Bu durum aile ya da iş alanlarından birindeki performansın, bireyin tüm zamanını, enerjisini ve motivasyonunu tüketmesinden ve diğer alana fırsat tanımamasından kaynaklanmaktadır (Netemeyer, Boles ve McMurrian, 1996).

Leiter 1990 yılında Nova Scotia akıl sağlığı çalışanları ile yaptığı bir çalışmada iş, kişisel başa çıkma stratejileri ve aile kaynaklarının önemli birer tükenmişlik belirleyicisi olduğunu bulmuş ve iş yerindeki stresi yatıştırmakta örgüt kaynakları kadar aile kaynaklarının da önemini vurgulamıştır (Rupert, Stevanovic ve Hunley, 2009).

#### *1.3.4.3. İş hayatına etkileri*

Maslach, Kahill ve birçok araştırmacı tükenmişliğin en sık karşılaşılan örgütsel neticesinin kişinin iş performansındaki düşüş olduğunu savunmaktadırlar (Maslach ve ark., 2001; Kahill, 1988; Arı ve Bal, 2008). Performanstaki bu düşüş kişide motivasyon eksikliği, sinirlilik hali, eleştiri kaldıramama ve antipatik tavırlar şeklinde kendini göstermektedir. Birey iş yerinde dikkatini toparlayamadığı için düzgün kararlar verememekte ve kararlarının sonuçlarını da önemsememektedir (Güllüce, 2006).

İnsanlarla yoğun ve bire bir çalışmanın yarattığı duygusal gerginlik, hizmet veren kişileri kendisini geri çekmeye ve insanlarla minimum düzeyde iletişim kurmaya yöneltmektedir (Tanikyan, 2008). Bunun yanı sıra tükenmişlik ile işten ayrılma arasında oldukça kuvvetli bir bağ vardır. Tükenmiş ve yeni bir işe girmiş bireylerin çoğu zaman kendi alanında ama yönetim kadrosundaki işleri tercih ettikleri saptanmıştır (Maslach, 2003).

### ***1.3.5. Ambulans personeli ve tükenmişlik***

Tükenmişlik kavramı, bir sağlık çalışanı olan psikiyatrist Freudenberger tarafından 1975 yılında, yine sağlık çalışanlarının hal ve hareketlerinin gözlemlenmesiyle ortaya çıkarıldıktan daha sonrasında Maslach ve daha birçok araştırmacı tarafından üzerinde araştırmalar yapılan bir kavram haline gelmiştir (Maslach ve ark., 2001).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı anabilim dalının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarında tükenmişlik oranları incelenmiştir. Bulgular; kadınların erkeklere oranla daha çok duygusal tükenmeden muzdarip oldukları, 29 yaş altındaki çalışanların 30-33 yaş grubuna göre kişisel başarıdan daha yoksun oldukları, çalışma süresinin uzadıkça tükenmişlik seviyelerinin arttığı yönündedir (Kaya ve ark., 2007).

Bir başka çalışmada beklenmedik ölümlerle karşılaşmanın, travmaya maruz kalmanın, şiddetin ve aşırı kalabalığın acil servisin stresli ortamında sıklıkla meydana geldiği ve bunun da tükenmişlikle doğrudan bağlantılı olduğundan bahsedilmiştir (Potter, 2006).

İskoç ambulans personeli ile yapılan bir tükenmişlik çalışmasında psikopatoloji, sosyal destek, gidilen vakalarda görülen kaza ve travmalar, başa çıkma yöntemleri ve iş doyumu gibi birçok faktörün tükenmişlikle ilişkisi araştırılmıştır. Tükenmişliğin, düşük iş doyumu, serviste uzun süre çalışma, olaylar arasında kendini iyileştirme süresinin olmaması ve travmatik



olaylara daha sık maruz kalmak ile yüksek korelasyon içinde olduğu bulgulanmıştır (Alexander ve Klein, 2001).

Ambulans çalışanlarında işle alakalı destek eksikliği ya da yoksunluğu ve zayıf iletişim gibi psiko-sosyal faktörlerin yorgunluk, tükenmişlik ve travma sonrası tepkilerle bağlantılı olduğu saptanmıştır (Ploeg ve Kleber, 2003). Yine ambulans personeline psiko-sosyal faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada ise katılımcıların çoğunda tükenmişliğin belirtilerinden uyku problemleri, baş ağrısı ve en az iki sağlık şikayeti bildirildiği bulgulanmıştır (Aasa ve ark., 2005).

Almanya'da ambulans çalışanlarının katıldığı bir araştırmada tükenmişlik seviyeleri yüksek olan personelin işlerinden daha az tatmin olduğu ve daha çok fiziksel şikayette bulunduğu bulgulanmıştır. Zaman baskısı gibi işle ilgili faktörler ve sosyal hayattaki zamanı iyi değerlendirememesi olgusu ambulans çalışanlarında daha çok duygusal tükenmeye yol açmaktadır (Gross ve ark., 2004).

Gönüllü olarak insani yardım kuruluşu çalışanlarının katıldığı bir araştırmada sosyal, örgütsel ve dini desteğin tükenmişlik ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışanların % 40 kadarı yüksek tükenmişlik riski taşımaktadır. Katılımcıların en az 1/4 kadarı kişisel başarı eksikliği, 1/5 kadarı duygusal tükenme ve 1/10 kadarı ise duyarsızlaşma alt boyutlarında yüksek skor almışlardır. Bunun yanı sıra katılımcıların yalnızca % 3.6'sı her üç boyutta da yüksek skor almıştır. Ayrıca çalışmadaki en önemli sonuç ise tükenmişliğin en önemli demografik yordayıcısının yaş olduğu yönündedir; daha genç yaştaki çalışanların daha yüksek tükenmişlik skorları aldığı saptanmıştır (Eriksson ve ark., 2009).

### ***1.3.6. Travma ve Tükenmişlik İlişkisi***

Japonya’da itfaiye servislerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmada, Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinin Olayların Etkisi Ölçeği skoru ve iş stresi ile arasında yüksek pozitif korelasyon ve sosyal destek arama alt ölçeği ile arasında ise negatif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlara göre akut ya da kronik stresten muzdarip çalışanların duygusal olarak kendini tükenmiş hissettiği ve kendilerine karşı yabancılaştıkları neticesine varılmıştır (Mitani, Fujita, Nakata ve Shirakawa, 2006).

Bir başka çalışmada hemşirelerde tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon görüldüğü bulgulanmıştır. Aynı çalışmada ayakta tedavi bölümündeki hemşirelerde, yataklı serviste çalışan hemşirelere göre TSSB skorları görece yüksek bulgulanmıştır. TSSB kriterlerini tam karşılayan hemşirelerde, tükenmişlik skorları da yüksek bulunmuş fakat bu durumun tam tersi durumlar için aynı pozitif korelasyon her zaman bulunmamıştır. Yani tükenmişlik skoru yüksek olan hemşirelerin sadece %21’inde TSSB kriterlerini tam olarak karşılandığı saptanmıştır. Bu bulgular ışığında travma sonrası stres bozukluğu yaşayan hemşirelerin bu durumla bağlantılı olarak tükenmişlik sendromuna yakalandıkları neticesine ulaşılmıştır (Mealer ve ark., 2009).

Amerika’da farklı kurumlarda çalışan papazlarla yapılan bir çalışmada ikincil travmatik stres düzeyleri ile tükenmişlik seviyeleri ilişkisinde aile ve sosyal desteğin etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda papazların aynı pozisyonda çalıştıkları yıl sayısının uzunluğu tükenmişliğin; papazların bir haftada travmatize olmuş bireylerle çalıştıkları saatlerin uzunluğu ise ikincil travma düzeyinin temel yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır. Genel olarak sosyal desteğin hem tükenmişlik hem ikincil travma ile ters orantılı olduğu da saptanmıştır. Çalışmada ayrıca işle ilgili değişkenler, demografik özellikler ve sosyal desteğin etkileri derinlemesine incelenmiştir (Galek, Flannelly, Greene ve Kudler, 2011).

Devilly, Wright ve Varker (2009) yaptıkları bir araştırmada travma ile çalışan ruh sağlığı profesyonellerinde ikincil travmatik stres, dolaylı travma ve tükenmişlik ilişkilerini incelemişlerdir. İkincil travmatik stres ve dolaylı travma, tükenmişlik ile, kendi aralarında olduğundan daha ilişkili çıkmışlardır. Bunun yanı sıra travmatik hastalarla az ya da çok çalışan profesyoneller arasında ikincil travmatik stres, dolaylı travma ya da tükenmişlik skorları açısından bir fark saptanmamıştır. Ayrıca araştırmacılar ikincil travmatik stres, dolaylı travma ve tükenmişlik kavramlarının birbirleriyle oldukça çakışan ve örtüşen kavramlar olduğunu kaydetmişlerdir.

Baysak (2010) yapmış olduğu bir araştırmada TSSB skorları yüksek olan yoğun bakım nitesi alışanlarında tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında da anlamlı Şekilde yüksek skor aldığını kaydetmiştir.

## **1.4. Yaşam Doyumu**

### **1.4.1. Yaşam doyumu tanım**

Yaşam doyumu üzerine literatürde birçok tanımlama bulunmaktadır. Mahmut Özdevecioğlu'na göre yaşam doyumu bireyin iş yaşamı dışındaki duygusal tepkisi yani hayata karşı genel tutumudur (Keser, 2005). Telman ve nsal'ın tanımına göre yaşam doyumu genel olarak kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyettir (Keser, 2005). Bir başka tanımlamaya göre yaşam doyumu, bireyin yaşamında yer alan subjektif olgulara dayanarak öznel iyi olma halini ve yaşam kalitesi hakkında sahip olduğu yargıları temsil eder (Dikmen, 1995). Schmitter'e göre bireyin yaşam doyumunu etkileyen faktörler günlük yaşamdan mutluluk duymak, yaşamı anlamlı bulmak, amaçlara ulaşmak konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak kendini iyi hissetmek, ekonomik güvenlik ve sosyal ilişkiler sayılabilir (Keser, 2005).

Dikmen'e (1995) göre, yaşam iş ve iş dışı zamanı kapsamaktadır, yani yaşam doyumu dediğimizde kişilerin hem iş yaşamlarının hem de iş dışındaki yaşantılarının tatmininden bahsetmekteyiz. Bu açıdan bakıldığında ambulans personeli gibi yoğun çalışan, sürekli olarak travmatik olaylara tanık olan ve stresli bir iş yaşantısı olan bireylerde yaşam doyumunun düşük olması beklenmektedir.

Bir başka kaynağa göre yaşam doyumu bir insanın hayattan beklentileri ile elde ettiklerinin karşılaştırılması ve sonucunda elinde var olan netice olarak tanımlanmaktadır. Yaşam doyumu, kişinin hayatının bütünü çerçevesinde her alandaki amaçlarına erişmeyi çabalarken kullandığı bilişsel değerlendirmelerinin bir ürünüdür. Bu açıdan bakıldığında işten sağlanan doyum, yaşam alanlarının tümünü içeren, yaşam doyumundan ayrı bir kavram olarak düşünülememektedir. Özetle yaşam doyumu, iş doyumunu da içinde barındıran geniş kapsamlı bir kavram olarak düşünülmelidir (Gümüş, 2006).

Çalışma zamanı bireyin yaşamı içinde önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla yaşam doyumunun artırılmasında iş doyumuna büyük yer kaplamaktadır. İş doyumunun sağlanması ise; bireyin kişilik, beceri ve isteklerine uygun bir işte çalışmasına ve kişisel hedeflerine uygun kariyer hedefleri belirlemesine bağlıdır (Gümüş, 2006).

Yaşam doyumunun herkesçe tanımı bireyin kendi hayatına bağlı olduğu için genellikle subjektiftir. Diener, yaşam doyumunu objektif olarak açıklayabilmeyi, "öznel iyilik hali" (subjective well-being) ile bağdaştırmıştır ve konuşma dilinde bu öznel iyilik hali kavramı genellikle "mutluluk" olarak adlandırılmaktadır. Diener'e göre Öznel iyilik hali, bireylerin hayatlarına dair hem duygusal hem de bilişsel değerlendirmeleridir. İnsanlar ne kadar çok keyif aldıkları aktivitelerde bulunur ve ne kadar az memnun olmadıkları duyguları hissedersen, o kadar çok öznel iyilik hali içinde olduklarından bahsedilmektedir. Kısaca,

birey ne kadar çok haz duyuyor ve ne kadar az acı çekiyorsa yaşamından o kadar çok memnun (yaşam doyumu yüksek) demektir (Diener, 2000).

#### ***1.4.2. Yaşam doyumunu etkileyen faktörler***

Yaşam doyumunun yalnız başına bir kavram olmadığı literatürdeki verilerle saptanmıştır; hayatın akışı içindeki bazı değişkenler yaşam doyumunu etkilemektedir.

Yaşam doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri iş doyumudur (Ünal ve ark., 2001). İş ve yaşam doyumu arasındaki ilişki ilk kez Braysfield, Wells ve Strate tarafından araştırılmıştır. Araştırma iş doyumunun, bireyin genel yaşantısına, yaşantısındaki davranış ve tutumlara ve sonucunda da yaşam doyumuna yönelik bir etkisinin olduğunu göstermektedir. Tam tersini düşünürsek, çalışma yaşamındaki doyumsuzluk yani mutsuzluk, hayal kırıklıkları ve isteksizlik halleri, bireyin genel yaşantısına etki etmekte ve bireyin yaşamdan da doyum almamasına neden olmaktadır. Bu durum da bireyin aile, arkadaşlık ve duygusal ilişkilerini olumsuz etkileyerek, fiziksel ve ruhsal sağlığını bozmaya neden olabilmektedir (Keser, 2005).

Bir başka açıdan, bireyin psikolojik olarak iyi olma durumu yaşam doyumunu etkileyen faktörlerden biridir. Bireyin günlük yaşam etkinliklerinden zevk alması yaşam doyumunu olumlu; isteksizlik duyması yaşam doyumunu olumsuz etkilemektedir. Bireyin yaşamı ve yaşamın kişisel anlamını metanet ile karşılaması ve dirençli olması, bireyin arzuladığı ve başardığı hedefler arasındaki tutarlılık derecesi, bireydeki benlik kavramı ve bireyin ruhsal durumu yine yaşam doyumu üzerinde rol oynayan faktörlerdir (Sahranç, 2007).

Finlandiya’da altı yıllık bir izleme çalışmasında depresyon hastalarının yaşam doyumlarına etki eden faktörler araştırılmıştır. Bunun için genel psikopatolojik tarama yapılmış, işlev yeterliliği, umutsuzluk, depresyon ve genel yaşam doyumu verileri alınmış ve

yapılandırılmış anketler kullanılmıştır. Sonucunda mental sağlık, yaşam doyumu ile yüksek derecede ilişkili bulunmuştur. Yapılan psikiyatrik tedavilerde depresyonun azaltılması ve kişiler arası duyarlılığın ve sosyal desteğin artırılması yönünde yapılacak çalışmaların yaşam doyumunu olumlu yönde etkileyebileceği desteklenmiştir (Honkanen ve ark., 2011).

Yapılan bir başka araştırmada (2007) Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin yaşam doyumu düzeyleri cinsiyet, algılanan akademik başarı, algılanan ekonomik durum, algılanan anne-baba tutumu, gelecekte beklenen beklenti, dini inanç ve yalnızlık değişkenlerine göre incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu düzeyleri cinsiyet, algılanan akademik başarı, algılanan ekonomik durum, gelecekte beklenen beklenti, dini inanç ve yalnızlık değişkenlerine göre farklılaşmaktadır. Cinsiyete göre bakıldığında kızların yaşam doyumu düzeyi erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Algılanan yalnızlık düzeyi düşük olan üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu puan ortalamasının, yalnızlık düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu puan ortalamasına oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunların yanı sıra akademik başarı oranı yükseldikçe ve geleceğe iyimser bakış düzeyi arttıkça üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu da yükselmektedir. Son olarak dini inançları güçlü olan üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu düzeyleri, dini inancı olmayan ya da dini inancı olan ama güçlü olmayan öğrencilere oranla daha yüksek bulunmuştur (Dost, 2007).

Parker, Martin ve Marsh'ın 2008'de yayımladıkları bir çalışmada yaşam doyumunun çok boyutlu benlik kavramı ve kişilik özellikleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Benlik kavramları açısından yaşam doyumunu yüksek tutmada ilişkili olan iki temel kavram saptanmıştır. Birincisi bireyin hayatında önemli bir sosyal ilişki olması (aynı cinsiyetten yakın bir arkadaş veya aileden birinin sırdaş pozisyonunda olması) ve ikinci önemli kavram ise bireyin kendine fiziksel anlamda olumlu atıfları olması (güzellik veya yakışıklılık kavramı ve

fiziksel beceriler) olarak bulgulanmıştır. Beş temel kişilik özellikleri açısından da dışa dönüklük, nevrotiliklik ve vicdanlı olma özellikleri doğrudan yaşam doyumunda rol oynayan özellikler olarak bulgulanmıştır (Parker, Martin, Marsh, 2008).

#### ***1.4.3. Yaşam doyumunda travma ve tükenmişliğin rolü***

Yaşam doyumunu kapsayan ve başta iş doyumunu da sayılabilecek başka başlıklardan da söz etmiştik. Bireylerin iş doyumlarını etkileyen faktörler arasında da stres ve tükenme büyük rol oynamaktadır.

İş ve aile çatışması bireylerin yaşam doyumunda önemli bir yer oluşturmaktadır. Bu çatışmanın temelinde yatan etkenler de iş doyumundaki azalma, aile ve iş arasındaki sorumlulukların ve rollerin çatışması ve tükenmişlik olarak sıralanmaktadır (Rupert ve ark., 2009).

Bedian, Burke ve Moffet (1988) ve Greenhaus ve Parasuraman (1986) yaptıkları araştırmalar sonucunda aile – iş çatışması bireylerin hayatlarında başta tükenmişlik, sağlık problemleri ve istifa etmeye kadar çeşitli gerginliklere neden olmaktadır. Bunun yanı sıra Kossek ve Ozeki'nin 1998 yılında yaptığı bir meta analiz sonucunda ise aile – iş çatışması ile iş ve yaşam doyumunu arasında tutarlılık gösteren negatif bir ilişki bulgulanmıştır (Bedeian ve ark., 1988; Greenhaus ve Parasuraman, 1987; Kossek ve Ozeki, 1998).

Ünal, Karlıdağ ve Yoloğlu (2001) yaptıkları bir araştırma sonucunda hekimlerde iş doyumunu ve tükenmenin yaşam doyumunu üzerinde doğrudan etkili olduğunu bulgulamışlardır. Yaşam doyumunun artırılması için ise iş doyumunun artırılması (meslek içi eğitimlerin kalitesinin artırılması, iletişim, stresle başa çıkma ve yönetme becerilerinin geliştirilmesi,

aktiviteler ve spor gibi sosyal alanlarda olanak sağlanması, vb.) ve tükenmişliğin azaltılması gerekliliğine vurgu yapmışlardır

Yine bir başka araştırmada tükenmişliğin alt boyutları ile yaşam doyumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgulara göre yaşam doyumu ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde bir ilişki, duyarsızlaşma ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönde bir ilişki ve kişisel başarı ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (Gümüş, 2006).

Anke ve Meyer (2003) birden fazla travma yaşamış bireylerle yaptıkları bir çalışmada bu bireylerdeki genel yaşam doyumunu ve yaşamın belli alanlarındaki doyumlarını araştırmışlardır. Bulgular, yaşanan travmalar sonucu yaşam doyumunun hem genel manada hem de spesifik alanlarda (arkadaşlarla iletişim, cinsel yaşantı, boş vakitlerde yapılan aktiviteler, vb.) azaldığı yönündedir.

Bir başka araştırmada Yahudi soykırımından kurtulan yaşlı kişilerin yaşam doyumları ölçülmüştür. Soykırımdan kurtulduktan sonra hayatlarını pozitif ve negatif yönde etkileyen hususlar araştırılmıştır. Bireylerin hayatlarında mutlu olmalarının, bir başka deyişle travmanın sonrasında kendi hayatlarına kattıkları mutluluğun yaşam doyumunu yordamada en güçlü pozitif etken olduğu bulgulanmıştır (Shrira ve Shmotkin, 2008).

Travma sonrası gelişim ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya göre, bu iki kavram arasında çok güçlü olmamakla birlikte anlamlı bir ilişki mevcuttur. Travma sonrası gelişimin öznel iyi oluşu dolaylı yoldan, pozitif yönde etkilediği ve bu etkileşim sonucunda da yaşam doyumu, yaşamın manası, hayatın amacı gibi olguların da pozitif yönde etkilendiği bulgulanmıştır. Ayrıca, araştırmada göze çarpan bir diğer bulgu da, yaşanan travmatik olayın verdiği sıkıntının ve travma sonrası gelişimin aynı anda var olması



ve bu iki değişkenin birbirinden bağımsız olarak yaşam doyumu düzeylerini etkilediği yönündedir (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun ve Reeve, 2012; Bayraktar, 2008).

İsrail’de füze saldırısına uğramış kişilerle yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu skorları ile yaşam doyumu skorları karşılaştırılmıştır. Literatürdeki diğer bulgularla doğru orantılı olarak, travma ve yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Araştırmacılar literatürden farklı olarak, yaşamı tehdit eden travmalara sürekli maruz kalmanın, bu negatif ilişkiyi güçlendirdiğini bulgulamışlardır (Besser ve Neria, 2009).

## **1.5. Stresle Başa Çıkma**

### **1.5.1. Stres tanımı**

Stres kelimesi kaynağı Latince “Estrictia” olan stres kavramı ilk olarak fizik alanında nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki için kullanılmıştır. Lazarus ve Folkman’a göre ise stres, kişiden kaynaklanan ve bireysel dayanma gücünü aşan, bireyi tehdit eden uyarıların toplamı olarak tanımlanmıştır (Güllüce, 2006 akt. Baysak, 2010). Bunun yanı sıra stres; bireylerin iç ve dış ortamlardaki değişimleri tehdit, tehlike veya mücadele kaynağı olarak algıladığı, kişinin uygun başa çıkma yeteneğine sahip olduğunda uyum sağlayabildiği fakat başa çıkmada yetersiz kaldığı durumlarda ise bu uyumun bozulduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2012).

Psikolojik terimler sözlüğünde ise stres, *“Kişinin, içeriden veya dışarıdan gelen ve mevcut dengeyi veya duygusal, bilişsel, sosyal işleyişi bozma eğilimi gösteren ve onu bu dengeyi korumaya veya bozulan dengeyi yeniden kurmaya yönelik yeni davranışlara zorlayan gerçek ya da algılanan uyarıcılara verdiği fiziksel – ruhsal – bilişsel tepkilerdir. Stres genellikle olumsuz bir yaşantı olarak değerlendirilse de, evlilik, yeni bir işe, okula başlama,*

*vb. gibi olumlu yaşantılardan da kaynaklanabilmektedir.* ” şeklinde tanımlanmaktadır (Budak, 2005).

### ***1.5.2. Stresle başa çıkma yolları***

Baş a çıkma kavramı 1970’lerde stres yaşayan her kişinin hastalanmamasından yola çıkılarak aranan ara değişken sonucu, Freud’un savunma mekanizmaları ışığında ortaya çıkmıştır (Coyne, Aldwin ve Lazarus, 1981). Baş a çıkma mekanizmaları farklı kaynaklarda farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Bir kaynağa göre baş a çıkma mekanizmaları kaynaklar, tarzlar ve belirli çabalar şeklinde sınıflandırılmıştır. Kaynaklar bireylerin problem çö zme becerisi, kişiler arası ilişkilerdeki becerileri, sosyal deste ğ i ve kişilik özelliklerini içermektedir. Tarzlar bireylerin benzer durumlarda genel olarak kullandığı ve zaman içinde tekrarladığı baş a çıkma yöntemlerini, inançlarını ve değerlerini içermektedir. Belirli çabalar ise stresli durumlarda bireyin kullandığı biliş sel ve davranış sal stratejileri içermektedir (Compas, 1987).

Folkman ve Lazarus baş a çıkma terimini, bireylerin iç sel ya da dış sal nedenlerden kaynaklanan ve bireylerin kendi kaynaklarını zorlayan durumları biliş sel ya da davranış sal yöntemler kullanarak yönetme çabaları şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanımlamada üç temel nokta bulundu ğ unu vurgulamış lardır; ilki süreç odaklı olması (yani bireyin spesifik stresli bir durum karş ısında ne düş ündü ğ ü ve ne yaptığı na ve bu yapılanın durumda neleri de ğ işt irdiğ ine odaklanmaktadır), ikincisi baş a çıkmanın bağ lamsallığı (yani bireyin stresli durumu yönetme davranışı, stresi de ğ erlendirmesi ve bireyin kaynakları do ğ rultusunda şekillenmektedir) ve son olarak da iyi ya da kötü baş a çıkma diye bir öncelik olmamasıdır (Folkman, Lazarus, Schetter, DeLongis ve Gruen, 1986). Aynı araşt ırmacılar 1985 yılında yaptıkları bir çalış mada baş a çıkma yollarını beş temel boyutta incelemiş lerdir. Bu boyutlardan “kendine güvenli

yaklaşım”, “sosyal destek arama” ve “iyimser yaklaşım” alt boyutları problem odaklı, “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” ise daha duygu odaklı olarak kaydedilmiştir (Tanıkyan, 2008). Problem odaklı başa çıkma tutumları (planlı problem çözme ya da sosyal destek arama gibi) durumu değiştirmeye yönelik, aktif, mantıklı, serinkanlı ve bilinçli çabaları içermektedir. Duygu odaklı başa çıkma tutumları (kaçınma, aşırı sorumluluk alma ya da hayal kurma gibi) ise uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama ve kabullenme gibi davranışları içermektedir (Folkman ve ark., 1986; Haksal, 2007).

Başka kaynaklarda ise başa çıkma yollarından, problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki alt boyutta bahsedilmektedir. (Endler ve Parker, 1990). Folkman ve Lazarus’a göre başa çıkmanın iki temel özelliği vardır: acı ya da ıstırap duygularını düzenlemek (duygu odaklı başa çıkma) ve acı ya da ıstırap veren durumu daha iyi hale getirmek için bir şeyler yapmak (problem odaklı başa çıkma). Problem odaklı başa çıkma yolları değişime açık olan bireylerde daha sık kullanılmaktadır; duygu odaklı başa çıkma yolları ise değişime fazla açık olmayan bireylerde daha sık kullanılmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1985).

#### *1.5.4.1. Başa çıkma yolları ve tükenmişlik ilişkisi*

Tükenmişlik sendromunun temel belirleyicilerinden biri olan çalışma hayatındaki tatminsizlik bireyleri strese sürüklemektedir. Bu tatminsizliğin de nedenleri arasında sayılan düşük ücret gerçeği bireyleri daha fazla çalışmaya, işini güvence altına almak için fazladan çaba göstermeye itmekte ve bu durum hem bireyi hem de ailesini büyük ölçüde strese maruz bırakmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2012).

İspanya’da farklı kurumlarda insani hizmetlerde çalışan personelin katıldığı bir araştırmada tükenmişlik, iş doyumunu ve başa çıkma stratejileri ilişkisi incelenmiştir.

Tükenmişliğin alt boyutu olan kişisel başarı (personal accomplishment) boyutundaki

skorların, başa çıkma mekanizmalarından sosyal destek, planlama ve aktif başa çıkma, durumu çözmek için çabalama, baskı altında başa çıkabilme, kişisel gelişme gibi problem odaklı stratejilerle anlamlı ve pozitif korelasyon içinde olduğu; yine kişisel başarı skorlarının duygu odaklı başa çıkma stratejilerinde negatif korelasyon içinde olduğu bulgulanmıştır. Bunlara ek olarak duygusal tükenme alt ölçeğindeki skorların hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile pozitif korelasyon içinde olduğu saptanmıştır (Jenaro, Flores ve Arias, 2007).

Bolonya Üniversitesi'nin yürüttüğü bir çalışmada farklı alanlarda çalışan 463 kurtarma görevlisinde (itfaiye, paramedik, acil servis çalışanları) başa çıkma stratejileri ve öz yeterlik ilişkisinde stres ve yaşam doyumu ara değişkenleri (tükenmişlik, şefkat yorgunluğu (compassion fatigue) ve şefkat tatmini (compassion satisfaction) incelenmiştir. Sonucunda dini başa çıkmanın ve öz avunmanın (self-distraction) şefkat yorgunluğu ile ilişkisiz fakat tükenmişlik ile orta derecede ilişkili olduğu bulgulanmıştır. En yüksek korelasyon ise şefkat yorgunluğu ve tükenmişlik arasında bulunmuştur. Bu ikili ilişkide inkar, kendini suçlama, öz avunma, dini ve bilişsel yapılandırma, problem odaklı başa çıkma, duygusal ve sosyal destek gibi başa çıkma mekanizmaları da etkili bulunmuştur. Ayrıca ara değişkenler kontrol edildiğinde bile stres değerlendirmeleri ve tükenmişlik arasındaki ilişki kalıcıdır (Prati, Pietrantonio ve Cicognani, 2001).

E-posta ve web-anket yoluyla Japonya, Fransa, Hindistan, İsrail, Kanada, Avustralya ve İngiltere'de spesifik konularda uzman (özellikle suistimal) danışmanlara ulaşılan bir çalışmada etkili başa çıkma stratejilerinin tükenmişliği azaltmadaki rolü araştırılmıştır. Öz avunma ve davranışsal çekilme (behavioral disengagement) başa çıkma stratejilerinin bazı iş stresörleri ve tükenmişlik ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre duyguları açığa vurma ve mizahi başa çıkma stratejileri muğlaklık ve tükenmişlik ilişkisini pozitif yönde;

aktif başa çıkma stratejileri ise iş yükü ve tükenmişlik ilişkisini negatif yönde etkilemektedir (Wallace, Lee ve Lee, 2010).

Sonuç olarak tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde başa çıkma stratejilerinin pozitif yönde etkili olduğu literatür genelinde mevcut bir bilgidir.

#### *1.5.4.2. Başa çıkma yolları ve travma ilişkisi*

Travmatik olaylar karşısında başa çıkma stratejilerinin, Folkman ve Lazarus'un da belirttiği gibi, problem odaklı ve duygu odaklı olarak iki temel boyutta ele alındığı görülmektedir. Dirkzwager, Bramsen ve Van der Ploeg (2003) duygu odaklı stratejilerin travmatik yaşantı ile başa çıkmada zorluklar yaratabileceğini belirtmiştir. Aynı çalışmada olumsuz sosyal ilişkilerin varlığının, hayal kurma ve aşırı sorumluluk alma başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının ve stresli yaşam olaylarının varlığının TSSB ile pozitif bir korelasyon içinde olduğu bulgulanmıştır.

Creamer'in 1995 yılında bahsettiği bilişsel işleme modeline göre, travmatik anıların yeniden yaşanması ve rahatsızlık verici düşüncelerle sürekli hatırlanması, travmatik yaşantıya gösterilen bir uyum sürecidir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri arasından kaçınma davranışı ile travmatik olayların tekrar yaşanması engellenmektedir (akt. Hyman, 2004).

Literatürdeki bulgular travmatik olay sonucunda duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının bireylerde psikopatolojiyi artırdığı, problem odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının ise TSSB görülme riskini azalttığı yönündedir (Green ve ark., 1988; Benotsch, Brailey, Vasterling, Uddo, Constans ve Sutker, 2000; Sutker, Davis, Uddo ve Ditta, 1995; Fairbank, Hansen ve Fitterling, 1991; Sharkansky ve ark., 2000).

Benotsch ve arkadaşları 2000 yılında savaş mağdurları ile yaptıkları bir çalışmada, savaştan hemen sonra alınan ilk ölçümde kaçınma skorları yüksek olan bireylerin, ikinci ölçümlerde TSSB geliştirdiklerini bulgulamışlardır. Yine Fairbank ve arkadaşlarının (1991) savaş gazileri ile yaptıkları bir çalışmada TSSB görülen askerlerin yaşadıkları travmatik olayları TSSB görülmeyen askerlere göre daha az kontrol edilebilir algıladıkları saptanmıştır. Benzer şekilde, Hangström'ün (1995) tren kazası geçiren bireylerle yaptığı bir çalışmada, kaza anında olayı 'hayati tehlike' olarak algılayan kazazedelerde TSSB semptomlarından, 'hayati tehlike' olarak algılamayanlara göre daha fazlasının görüldüğü tespit edilmiştir. Böylelikle olayın tehlikeli ama kontrol edilebilir bir durum olarak algılanmasının TSSB geliştirme üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (akt. Haksal, 2007).

Bjorck ve Klewicki 1997 yılında yaptıkları bir çalışmada bireylerin durumu kayıp olarak algıladıkları durumlarda başa çıkma stratejilerinden en sık sosyal destek aramayı kullandıklarını bulgulamışlardır. Yaşanan travmatik olay, meydan okuma olarak algılandığında ise dini başa çıkmanın en az kullanılan yöntem olduğunu rapor etmişlerdir (Bjorck ve Klewicki, 1997, akt. Haksal, 2007).

İtfaiyecilerle yapılan bir çalışmada TSSB'nin varlığı iş doyumunun azalmasıyla ve işsizliğin artmasıyla ilişkilendirilmektedir. TSSB düzeyi yüksek olan itfaiye çalışanlarında başa çıkmaya yönelik alkol tüketimi görülürken, TSSB düzeyi düşük olan itfaiye çalışanlarında sosyal destek aramanın sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (North ve ark., 2002).

Literatür bilgilerini özetlersek, travma ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkide problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin daha etkili olduğu görülmektedir.

#### *1.5.4.3. Başa çıkma yolları ve yaşam doyumu ilişkisi*

Başa çıkma stratejileri literatürde dolaylı olarak yaşam doyumunun içinde var olan kavramlarla ve genel yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (Deniz, 2006; Hamarat ve ark., 2001; Boey, 1998; Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew ve Sanchez, 2007).

Kurtarma görevlileriyle yapılan bir araştırmada bilişsel yeniden yapılandırma ve inkar mekanizmalarının, stres değerlendirmeleri ve yaşam doyumu ilişkisinde olumlu ya da olumsuz bir etkisi görülmemiştir (Prati ve ark., 2011).

İspanya'da insani yardım kuruluşlarında çalışanlarla yapılan bir araştırmada çalışma yaşantısından kaynaklanan tükenmişlik faktörlerinin ve başa çıkma stratejilerinin yaşam doyumunu dolaylı olarak etkilediği bulgulanmıştır. Tükenmişliğin duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarıyla bazı başa çıkma stratejileri ve işle ilgili faktörlerin ve dolayısıyla iş doyumunun da ilişkili olduğu saptanmıştır. Duygusal tükenmenin en baskın yordayıcısının iş doyumu olduğu ve bununla baş etmede duyguları açığa vurma, problemi çözmeye odaklanma, kaçınmacı davranma gibi başa çıkma stratejilerinin olumlu sonuç verdiği belirtilmiştir (Jenaro ve ark., 2007).

Deniz (2006) Selçuk Üniversitesi öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada stresle başa çıkma stratejileri, karar verme tarzları, öz saygı ve yaşam doyumu ilişkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda yaşam doyumunun problem odaklı başa çıkma stratejileriyle ve sosyal destek arama ile pozitif bir ilişki içinde olduğu neticesine varmıştır. Bununla beraber yaşam doyumunun, öz saygı ve karar verme tarzlarıyla da anlamlı ve pozitif bir korelasyon içinde olduğunu saptamıştır.

Genç, orta yaşlı ve yaşlı yetişkinler olarak ayrılmış farklı yaş gruplarıyla yürütülen bir çalışmada Hamarat ve arkadaşları (2001) algılanan stres ve başa çıkma kaynaklarının yaşam doyumu ile ilişkisini araştırmışlardır. Genç yetişkinler için yaşam doyumunun en önemli

yordayıcısı algılanan stres; orta ve yaşlı yetişkinlerde ise en önemli yaşam doyumu yordayıcısı başa çıkma kaynaklarını kullanmadaki etkililik olarak bulgulanmıştır.

Singapur'da devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırmada iş stresine adapte olmuş ve iş tatmini yüksek olan hemşirelerin, iş tatmini düşük olan hemşirelere göre problem odaklı, yetenek geliştirmeye ve perspektif değiştirmeye yönelik başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıkları bulgulanmıştır. Aynı çalışmada strese karşı dirençli olan hemşirelerin savunmacı ya da kaçınmacı başa çıkma yollarını daha az kullandıkları ve strese karşı dirençli olmayan hemşirelere oranla daha iyi aile desteğine sahip oldukları saptanmıştır (Boey, 1998).



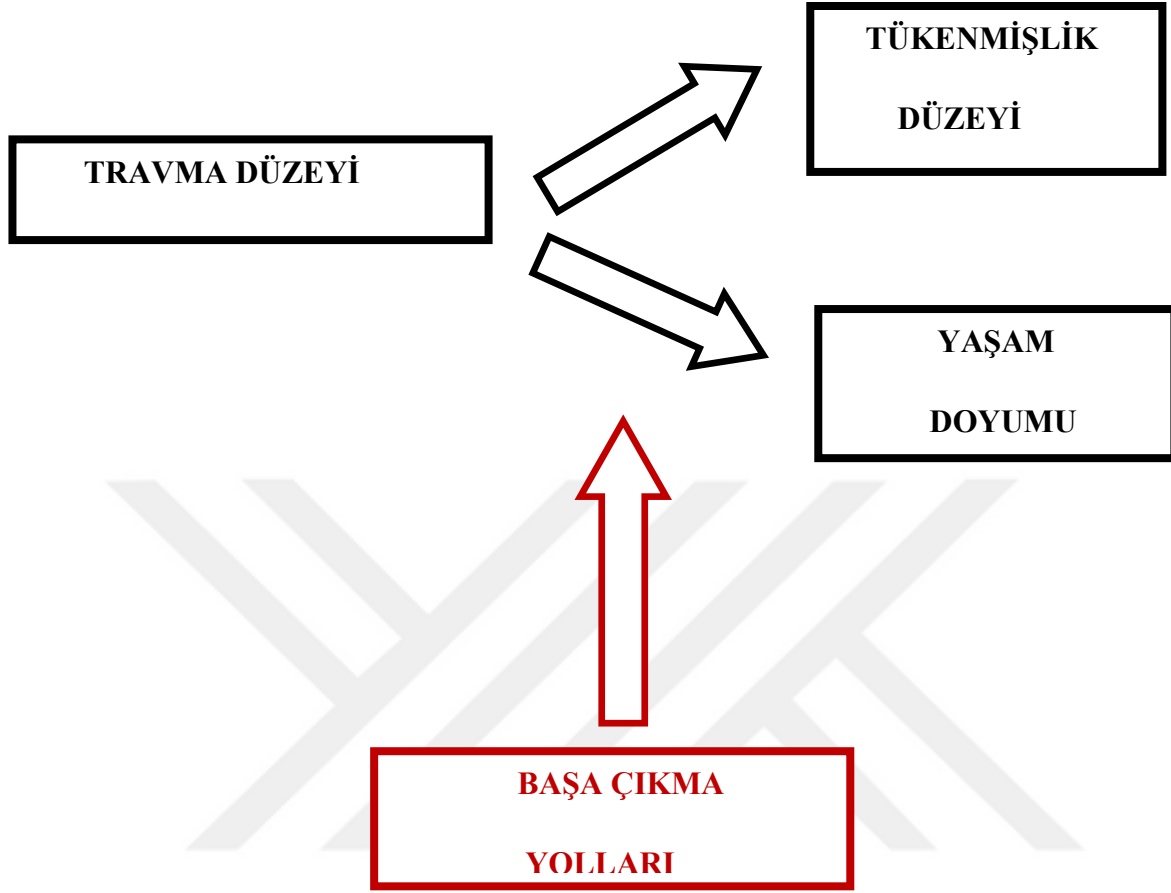
## 2. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırmanın modeli literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulmuştur. Modele göre travma ve tükenmişlik arasındaki ilişkide ve travma ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide başa çıkma yolları biçimleyici (moderatör) bir etki göstermektedir. Araştırmada bağımsız değişken travma, bağımlı değişkenler tükenmişlik ve yaşam doyumu düzeyleridir. Başa çıkma yolları iste ara biçimleyici değişkendir.

Bu çalışmanın amacı, ambulans çalışanlarının hemen her gün maruz kaldıkları veya tanık oldukları travmalara göz atarken bu travmalar ile duygusal ve mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve travmalar ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca bu ilişkiler üzerinde kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin etkisini araştırmaktır.

Literatürde yer alan araştırmalar travma ve tükenmişlik arasında, pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda travmatik olaylara sürekli maruz kalan ambulans çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri de orantılı olarak yüksek çıkmaktadır. Yine yapılan araştırmalara dayanarak, bireylerde yaşam doyumu, maruz kalınan travmalar ve tükenmişlik düzeyleri ile negatif ilişki içinde bulgulanmaktadır. Yaşam doyumu skorları çoğunlukla tükenmişlik skorları ile negatif ilişki içindedir, özellikle duygusal tükenme alt boyutu yaşam doyumunu negatif yönde yordayan önemli bir faktördür. Bunlara ek olarak stresle başa çıkma yolları bölümünde bahsedildiği gibi travma, tükenmişlik ve yaşam doyumunun başa çıkma yolları üzerindeki etkileri de incelenmiştir. Bütün bu literatür bulgularına dayanarak araştırmanın mevcut hipotezleri aşağıda belirtildiği gibidir:

*Şekil 2: Araştırmanın Modeli*



**H<sub>1</sub>** : Travma düzeyinin artması tükenmişlik düzeyini de artırmaktadır. Yani Olayların Etkisi Ölçeği'nde (OEÖ) yüksek skor alan kişilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde (MTÖ) yüksek skor alması beklenmektedir.

**H<sub>2</sub>**: Travma düzeyinin artması, yaşam doyumu düzeyini azaltmaktadır. Yani Olayların Etkisi Ölçeği'nde (OEÖ) yüksek skor alan kişilerin Yaşam Doyumu Ölçeği'nde düşük skor alması beklenmektedir.

Toparlayacak olursak, travma düzeyi ile tükenmişlik düzeyi arasında pozitif, yaşam doyumu arasında ise negatif bir ilişki beklenmektedir.

**H<sub>3</sub> ve 4:** Araştırmanın 3. ve 4. hipotezleri problem odaklı başa çıkma yollarını (“kendine güvenli yaklaşım” ve “iyimser yaklaşım”) kullanan katılımcıların travma ve tükenmişlik düzeyi arasındaki pozitif ilişkide ve travma ve yaşam doyumu arasındaki negatif ilişkide zayıflama beklenmektedir.

**H<sub>5</sub> ve 6:** Araştırmanın 5. ve 6. hipotezleri de duygu odaklı başa çıkma yolları (“çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım” ve “sosyal destek arama”) kullanan katılımcıların travma ve tükenmişlik arasındaki pozitif ilişkinin, travma ve yaşam doyumu arasındaki negatif ilişkinin de güçlenmesi beklenmektedir.

Yani Başa Çıkma Yolları Envanteri'nin (BYE) her bir alt ölçeğinin travma ve tükenmişlik arasındaki ilişkide biçimleyici etki göstermesi beklenmektedir.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Katılımcılar

Araştırmanın katılımcıları İstanbul ilinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri biriminde çalışan personelden oluşmaktadır. Katılımcılara ulaşmak için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış ve İstanbul ili içindeki tüm 112 Acil Sağlık İstasyonlarının iletişim bilgileri edinilmiştir. Daha sonrasında ise İstanbul ili içinde rastgele şekilde bazı istasyonlara araştırmacı tarafından bizzat gidilerek anketler uygulanmıştır. Katılımcıların tümü İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı, devlet bünyesindeki acil sağlık hizmetlerinde çalışmaktadır; özel ambulans firmaları araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışma prensipleri 24 saat (1 tam gün) nöbet tutma ve peşinden gelen 72 saat (3 gün) istirahat etme şeklindedir. Her istasyonda kimi zaman doktorlu kimi zaman paramedikli bir ekip bulunmaktadır. Ekipler genellikle bir doktor ya da paramedik, bir şoför ve bir ya da iki acil tıp teknikeri olmak üzere 3 ya da 4 kişiden oluşmaktadır. Vardiya değişimleri sabah 8:00'da yapılmaktadır.

Araştırmaya 121 ambulans personeli gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların 71 tanesi kadın (%58,6) ve 50 tanesi de erkektir (%41,4). Toplam yaş ortalaması 27,52; kadınların yaş ortalaması 26,58 ve erkeklerin yaş ortalaması ise 28.71'dir.

**Tablo 1: Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımları**

YAŞ	N	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
Kadın	57*	18	34	26,58	4,16
Erkek	45*	22	49	28,71	5,15
Toplam	102	-	-	27,52	-

\* Kadınlarda 14, erkeklerde 5 kişi yaşını bildirmemiştir.

Çalışmaya katılanlar içinde 62 tanesi (kadınlarda: 36, erkeklerde: 26) evli 59 tanesi ise (kadınlarda: 35, erkeklerde: 24) bekardır. Eğitim durumu dağılımları ise 2 ortaokul mezunu, 31 lise mezunu, 53 yüksekokul mezunu, 34 üniversite mezunu ve 1 uzman şeklinde dağılım göstermektedir.

**Tablo 2: Katılımcıların cinsiyete göre medeni durum ve eğitim düzeyleri dağılımları**

N	Bekar	Evli	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Uzman
Kadın	35	36	0	19	29	22	1
Erkek	24	26	2	12	24	12	0
Toplam	59	62	2	31	53	34	1

### 3.2. Veri toplama araçları

#### 3.2.1. Bilgi ve izin formu

Anketlerin en başında araştırmanın amacının, araştırmacının ve tez danışmanının e-posta adreslerinin olduğu ve araştırmaya katılım şartının gönüllülük olduğunu belirten bir yazı bulunmaktadır. Ayrıca verilecek cevapların doğru ya da yanlış diye değerlendirilmeyeceği belirtilmiş olup boş madde bırakılmaması adına ricada bulunmaktadır.

#### 3.2.2. Demografik bilgi formu ve travma öyküsü

Demografik Bilgi Formunda ise katılımcıların cinsiyet, doğum tarihi, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma süresi, dinlenme düzenleri ile ilgili maddeler yer almaktadır. Ayrıca

form sonunda katılımcılara, iş yaşamlarında karşılaştıkları en travmatik olay “Son 1 yıl içinde meslek hayatınızda karşılaştığınız, sizin için en travmatik (sizi en çok etkileyen) olay neydi, anlatınız” şeklinde ve “Bu olayı yaşamanızın üzerinden ne kadar zaman geçti?” şeklinde açık uçlu biçimde sorulmaktadır. Bu öykünün alınmasının amacı, Olayların Etkisi Ölçeği’nde bu olayı göz önüne alarak puanlama yapmalarının istenmesidir, buna ek olarak gerçekten yaşanılmış bir travma olup olmadığını kontrol etmektir.

### ***3.2.3. Yaşam Doyumu Ölçeği***

Yaşam Doyumu Ölçeği’nin orijinal formu Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilmiştir; Köker (1991) ve Yetim (1991) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek 1(Kesinlikle Katılmıyorum) ile 6 (Tamamen Katılıyorum) arasında değişen Likert tipinde 5 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Köker (1991) ölçeğin üç hafta arayla uygulanan test tekrar test tutarlılık katsayısının .85 olduğunu belirlemiştir. Yetim (1991) ise düzeltilmiş split-half değerini .75 ve Kuder Richardson-20 değerini ise .78 olarak belirlemiştir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin iç tutarlık katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır.

### ***3.2.4. Olayların Etkisi Ölçeği***

Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ)’nin orijinali 1979 yılında Horowitz ve arkadaşları tarafından TSSB semptomlarını değerlendirmek üzere hazırlanmış ve 1997 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği TSSB kriterlerine göre Weiss ve Marmar tarafından yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi yapılmış, geçerlik ve güvenilirliği de Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış, Cronbach katsayısı .97 bulunmuştur. (Çorapçioğlu ve ark., 2006). Bu çalışma kapsamında ise ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, kaçınma alt boyutu için .78, yeniden yaşama alt boyutu için .89 ve aşırı uyarılmışlık alt boyutu için ise .81 olarak hesaplanmıştır. Puanlama sistemi ise 0 – ‘hiç’i ve 4 – ‘aşırı boyutta’yı temsil etmek üzere 5’li Likert tipidir.

Ölçek, bireyin yaşadığı travmatik deneyimin son 7 gün içinde var olan belirtilerinin sorgulandığı; ‘yeniden yaşama’, ‘kaçınma’ ve ‘aşırı uyarılma’ alt boyutlarını içinde bulunduran 22 sorudan oluşmaktadır.

### **3.2.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş daha sonra 1992 yılında Ergin tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. 2006 yılında ise Çapri tarafından geçerlik ve güvenilirlik ölçümleri yapılmıştır. Ölçek, tükenmişliği “duygusal tükenmişlik”, kişisel başarı” ve “duyarsızlaşma” olmak üzere üç alt boyutta inceleyen 22 maddeden oluşmaktadır. Puanlama sistemi “0 – hiçbir zamanı” ve “4 – her zamanı” temsil etmek üzere 5’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kişisel başarı alt boyutu, ters kodlanmıştır, bu doğrultuda, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı maddeler, ters çevrilmiştir. Ölçeğin test – tekrar test güvenilirlik katsayıları, duygusal tükenme için .83, duyarsızlaşma için .72 ve kişisel başarı için de .72 olarak bulunmuştur (Baysak, 2010). Bu çalışma kapsamında ise ölçeğin güvenilirlik katsayıları duygusal tükenme için .89, duyarsızlaşma için .75 ve kişisel başarı için de .76 olarak hesaplanmıştır.

### **3.2.6. Başa Çıkma Yolları Envanteri**

Baş Çıkma Yolları Envanteri (BYE) 1985 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiş, Siva (1988) tarafından ülkemize uyarlanmış ve en son Şahin ve Durak tarafından kısaltılarak geçerlik ve güvenilirlik ölçümleri yapılmış bir ölçektir. Beş alt boyutu mevcuttur ve güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha katsayıları şöyle bulunmuştur; kendine güvenli yaklaşım .62 - .80, çaresiz yaklaşım .64 - .73, boyun eğici yaklaşım .47 - .72, iyimser yaklaşım .49 - .68 ve sosyal destek arama .45 - .47. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Puanlama sistemi “%0 – hiç uygun değil” ve “%100 – tamamen uygunu” temsil etmek üzere

4 seçenekli bir ölçektir. Bu çalışma kapsamında envantere 1 ve 9 numaralı maddeler ters kodlanmış olduğu için puan sistemi değiştirilmiş; güvenirlik katsayılarını yükseltebilmek amacıyla da 18. ve 15. maddeler çıkartılmıştır. Bu değişimler doğrultusunda ölçeğin Cronbach katsayıları şu şekilde hesaplanmıştır: Kendine güvenli yaklaşım: .72, iyimser yaklaşım: .69, çaresiz yaklaşım: .76, boyun eğici yaklaşım: .69 ve sosyal destek arama: .70.

### 3.3. İstatistiksel yöntemler

Dataların analizi için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Demografik bilgiler sınıflandırılmış, dağılımlar hesaplanmıştır. Güvenirlik çalışması kapsamında her ölçeğin kendi içindeki alt boyutlarının iç tutarlılıklarının hesaplanması için her birine Cronbach Alpha katsayısı ölçümü yapılmıştır.

Analizler öncesinde tüm değişkenler için örnekleme normallik dağılımı testi yapılmıştır. Normallik dağılımında kişi sayısı 2000'den daha az olduğu için Shapiro-Wilk Test puanı kullanılmıştır. Yaşam doyumu ve başa çıkma yolları değişkenlerinde hafif çarpık bir dağılım bulunmuştur. Problem odaklı başa çıkma boyutunda negatif çarpık dağılım; yaşam doyumu ve duygu odaklı başa çıkma boyutlarında pozitif çarpık dağılım saptanmıştır. Bu durumu normalize edebilmek için negatif çarpık dağılım için değişkenlerin sayısal değerinin karesi; pozitif çarpık dağılım için ise değişkenlerin sayısal değerlerinin karekökü alınarak dönüşümleri yapılmıştır. Dönüşümler sonrasında normallik dağılımı tekrardan test edilmiş ve dağılımlar normal bulunmuştur.

Daha sonrasında travma ile tükenmişlik ve travma ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi ölçmek için her birinin alt boyutları dahil edilerek çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Başa çıkma yollarının bu iki ilişki üzerindeki biçimleyici etkisini ölçmek amacıyla moderatör analizi uygulanmıştır. Son olarak moderatör etkiden bağımsız olarak başa



çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutları, travma alt boyutları ve yaşam doyumu üzerindeki etkisine bakmak için tekrar çoklu regresyon analizleri yapılmıştır.

Son olarak katılımcıların yazdıkları travma öyküleri üzerinde içeriksel bir analiz yapılmış ve travmatik olay olarak niteledikleri olaylar temel kavramlar ve başlıklar altında toplanmıştır.

#### **4. BULGULAR**

Araştırmada kullanılan tüm ölçekler için hem genel puanlar hesaplanmıştır; hem de her ölçeğin alt boyutlarındaki puanlar hesaplanmıştır. Bu hesaplara ait bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3: Ölçeklerin ve alt ölçeklerin betimsel skorları**

	Yaşam Doyumu	Travma	Kaçınma	Yeniden Yaşama	Aşırı Uyarılmışlık	Tükenmişlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Problem Odaklı BÇY	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	Duygu odaklı BÇY	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
<b>Ortalama (mean)</b>	16,16	30,51	13,55	9,71	7,25	39,17	19,92	8,21	11,03	46,05	20,84	14,45	10,76	30,28	17,80	12,48
<b>Orta Değer (median)</b>	16	29	15	9	7	40	20	8	11	46	21	15	11	29	17	12
<b>Mod (mode)</b>	13	21	17	6	3	41	20	8	7	46	21	15	10	29	16	11
<b>Standart Sapma (st. Deviation)</b>	4,83	14,73	6,10	6,50	4,84	11,82	7,40	4,41	4,57	5,89	3,35	2,42	2,64	6,72	4,56	3,24
<b>Varyans (variance)</b>	23,33	217,13	37,28	42,21	23,47	139,78	54,77	19,42	20,93	34,75	11,25	5,88	6,98	45,14	20,77	10,50
<b>Çarpıklık (skewness)</b>	.39	.29	-.46	.65	.59	-.06	-.03	.35	.40	-.49	-.52	-.31	-.14	.69	.71	.50
<b>Basıklık (kurtosis)</b>	.06	-.46	-.67	-.31	-.12	.04	-.31	-.33	.41	2,05	1,69	.50	-.72	.83	.63	-.25
<b>Dağılım (range)</b>	23	68	25	28	22	63	33	20	23	39	21	13	11	35	24	15
<b>Minimum</b>	5	0	0	0	0	6	3	0	2	22	28	20	16	16	8	6
<b>Maximum</b>	28	68	25	28	22	69	36	20	25	61	28	20	16	51	32	21
<b>1. Percentile</b>	5	.66	0	0	0	7,32	3	0	2	23,98	8,32	7,22	5,22	16,22	8,44	6
<b>50. percentile</b>	16	29	15	9	7	40	20	8	11	46	21	15	11	29	17	12
<b>99. percentile</b>	28	66,9	25	27,34	21,56	68,12	36	19,56	24,78	60,78	28	20	16	50,78	31,78	20,78

#### 4.1. Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada tüm değişkenlerin ortalamaları standart sapmaları ve ilişkisel düzeylerine bakılmıştır. Travma ve tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyonel bir ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik üzerinde problem odaklı başa çıkmanın negatif; duygu odaklı başa çıkmanın ise pozitif bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. Travmanın aşırı uyarılmışlık alt boyutu ile tükenmenin duygusal tükenme ( $r:.54, p<.01$ ) ve duyarsızlaşma ( $r:.35, p<.01$ ) alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif korelasyon saptanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi bulguları Tablo 4’te verilmiştir.



Değişkenler	Ortalama	St.Sapma	Yaşam Doyumu	Travma	Kaçınma	Yeniden Yaşama	Aşırı Uyarılmışlık	Tükenmişlik	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Problem Odaklı BÇY	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	Duygu Odaklı BÇY	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım
Yaşam Doyumu	1,77	,27	1															
Travma	1,38	,66	-.126	1														
Kaçınma	1,69	,76	-.09	.77**	1													
Yeniden Yaşama	1,21	,81	-.13	.89**	.45**	1												
Aşırı Uyarılmışlık	1,21	,81	-.10	.88**	.48**	.80**	1											
Tükenmişlik	1,78	,53	-.06	.40**	.24**	.32**	.48**	1										
Duygusal Tükenme	2,21	,82	-.02	.46**	.29**	.37**	.54**	.85**	1									
Duyarsızlaşma	1,64	,88	.05	.25**	.13	.17	.35**	.79**	.58**	1								
Kişisel Başarı	2,62	,57	.17	-.04	-.03	-.05	-.03	-.45**	-.02	-.13	1							
Problem Odaklı BÇY	8,41	2,07	.28**	-.13	-.05	-.13	-.15	-.37	-.24**	-.26**	.33**	1						
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,99	,48	.25**	-.11	0	-.17	-.01	-.33**	-.17	-.24**	.33**	.84**	1					
İyimser Yaklaşım	2,89	,55	.29**	-.08	.06	-.13	-.15	-.25**	-.12	-.15	.29**	.65**	.58**	1				
Sosyal Destek Arama	2,69	,66	-.02	-.01	-.01	.09	.01	-.05	-.06	-.06	.01	.48**	.10	-.08	1			
Duygu Odaklı BÇY	1,46	.16	-.01	.40**	.18	.41	.43	.35**	.29**	.26**	-.18	-.21	-.23	-.00	-.08	1		
Çaresiz Yaklaşım	2,22	,57	-.08	.42**	.15	.45**	.48**	.42**	.36**	.29**	.22*	-.28**	-.26**	-.07	-.09	.90**	1	
Boyun Eğici Yaklaşım	2,14	,60	.15	.17	.15	.16	.14	.15	.11	.17	-.06	-.05	-.08	.13	-.13	.77*	.46**	1

*Tablo 4: Değişkenlerin ortalama, standart sapma ve korelasyon skorları*

## 4.2. Regresyon Analizi Sonuçları

Araştırmanın birinci hipotezini “*travma düzeyi ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki vardır*” test etmek amacıyla önce travma ve tükenmişliğin genel puanları sonrasında da travma ve tükenmişlik ölçeklerinin tüm alt boyutları için regresyon analizi yapılmıştır. Total skorlar üzerinden yapılan analiz sonucuna göre, travmanın tükenmişliği % 40 oranında yordadığı bulgulanmıştır (bkz. Tablo 7).

Travma ölçeğinin üç alt boyutu (aşırı uyarılmışlık, kaçınma ve yeniden yaşama) tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutu ile analiz edilmiştir (F: 17.34,  $p < .01$ ). Alt boyutlardan aşırı uyarılmışlığın varyansın %31’ini açıkladığı ve duygusal tükenmeyi yüksek oranda yordadığı bulgulanmıştır ( $\beta$ :.65,  $p < .01$ ). Yani aşırı uyarılmışlık düzeyi arttıkça kişilerin duygusal tükenme düzeyleri de artmaktadır.

**Tablo 5: Travmanın tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme üzerindeki etkisi**

Bağımlı Değişken	Duygusal Tükenme		
Bağımsız Değişken	Aşırı uyarılmışlık, Kaçınma, Yeniden Yaşama		
Düzeltilmiş R <sup>2</sup> : .29	F test: 17,34	Anlamlılık: ,00	N: 121
Değişkenler	Beta	T	p
Kaçınma	.59	.69	.50
Yeniden Yaşama	-.18	-1.39	.17
Aşırı Uyarılmışlık	.66	5.02	.00

Yine travmanın üç alt boyutu ile tükenmişliğin duyarsızlaşma alt boyutu analiz edilmiştir. Alt boyutlardan yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık varyansın %16’sını açıklamaktadır (F: 7.20,  $p < .01$ ). Yeniden yaşama alt boyutu ( $\beta$ :-.29,  $p < .05$ ) negatif yönde ve aşırı uyarılmışlık ise pozitif yönde ( $\beta$ :.59,  $p < .01$ ) duyarsızlaşmayı yüksek oranda yordamaktadır. Yani yeniden

yaşama skoru arttıkça duyarsızlaşma skoru düşmektedir ve aşırı uyarılmışlık skoru arttıkça duyarsızlaşma skoru da artmaktadır.

**Tablo 6: Travmanın tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşma üzerindeki etkisi**

Bağımlı Değişken	Duyarsızlaşma		
Bağımsız Değişken	Aşırı uyarılmışlık, Kaçınma, Yeniden Yaşama		
Düzeltilmiş R <sup>2</sup> : .13	F test: 7.20	Anlamlılık: ,00	N: 121
Değişkenler	Beta	T	p
Kaçınma	-.28	-.29	.78
Yeniden Yaşama	-.29	-2.02	.04
Aşırı Uyarılmışlık	.59	4.11	.00

Travmanın üç alt boyutu ile tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 7: Travma ve tükenmişlik ilişkisi**

Bağımlı Değişken	Tükenmişlik (Toplam)		
Bağımsız Değişken	Travma (Toplam)		
Düzeltilmiş R <sup>2</sup> : .15	F test: 22,62	Anlamlılık: ,00	N: 121
Değişkenler	Beta	T	p
Travma	.40	4.76	.00

Tükenmişliğin üç alt boyutunun tamamı ve yaşam doyumu arasındaki analizler anlamlı bir ilişki vermemiştir; buna ek olarak tükenmişliğin üç alt boyutundan sadece kişisel başarı alt boyutu ve yaşam doyumu arasındaki analizde anlamlı bir ilişki çıkmıştır fakat bu ilişki de varyansın %4'ünü açıkladığı için bulgular kaydedilmemiştir.

### 4.3. Moderatör Analizi Sonuçları

Biçimleyici değişken analizleri sırasında Baron ve Kenny'nin (1986) bağımsız ve biçimleyici değişkenin etkileşimlerinin (interaction term) hesaplanması önerisi ve Aiken ve West'in (1991) biçimleyici değişken testinde kullanılan etkileşim değerlerinin hesaplanmasında değişkenlerin değerlerinin ortalamadan çıkartılarak merkezileştirilmesi (centered) önerileri dikkate alınmıştır. Öncelikle bağımsız değişkenlerin (kaçınma, yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık), biçimleyici değişkenlerin (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama) ve bağımlı değişkenlerin (yaşam doyumu ve tükenmişliğin alt ölçekleri olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı) tamamının değerleri ortalamalarından çıkartılarak değişkenlerin merkezileştirilmiş değerleri oluşturulmuş ve biçimleyici regresyon analizleri için hazır hale getirilmiştir. Daha sonra travmanın alt boyutları ile tükenmişliğin alt boyutlarının ve yaşam doyumunun merkezileştirilmiş değerleri çarpılarak etkileşim değerleri (interaction term) hesaplanmıştır. Son aşamada yaşam doyumu ile tükenmişliğin alt boyutlarının ve biçimleyici değişkenlerin merkezileştirilmiş değerleri ve etkileşim değerleri birlikte denkleme dahil edilerek, travmanın alt boyutlarının merkezileştirilmiş değerleri üzerine çoklu regresyon analizleri yapılmıştır.

Regresyon analizlerinde anlamlı sonuç veren değişkenler üzerinde başa çıkma yollarının alt boyutları ile yapılan moderatör analizlerinin hiçbirinde anlamlı bir ilişki bulgulanamamıştır. Sonuç olarak, problem ya da duygu odaklı başa çıkma yollarının, travma ile tükenmişlik ve travma ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerde biçimleyici bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

#### 4.4. Ek Analizler

Aşağıda yer alan Tablo 8 ve 9’da başa çıkma yolları ve tükenmişlik ile başa çıkma yolları ve yaşam doyumu arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmaya yönelik yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarından elde edilen değerler sunulmuştur.

**Tablo 8:Başa çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme üzerindeki etkisi**

Bağımlı Değişken	Duygusal Tükenme		
Bağımsız Değişken	Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama		
Düzeltilmiş R <sup>2</sup> : .10	F test: 3.82	Anlamlılık: ,00	N: 121
Değişkenler	Beta	T	p
Kendine güvenli yak.	-.03	-.31	.76
Iyimser yak.	-.07	-.68	.49
Çaresiz yak.	.37	3.64	.00
Boyun eğici yak.	-.06	-.59	.56
Sosyal destek arama	-.04	-.44	.66

Tablo 8’ de başa çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme üzerindeki etkisine ilişkin çoklu regresyon analizi değerleri sunulmuştur. Tablo 8 incelendiğinde çaresiz yaklaşım alt boyutunun duygusal tükenmeyi %37 oranında açıkladığı görülmektedir (F: 3.82, p<.01). Buna ek olarak, problem odaklı başa çıkma yollarını kullanan bireylerde daha az tükenmişlik olduğu da saptanmıştır.



**Tablo 9: Başa çıkma yollarının tükenmişlik alt boyutlarından duyarsızlaşma üzerindeki etkisi**

<b>Bağımlı Değişken</b>	Duyarsızlaşma		
<b>Bağımsız Değişken</b>	Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama		
<b>Düzeltilmiş R<sup>2</sup> : .08</b>	<b>F test:</b> 3.17	<b>Anlamlılık:</b> ,01	<b>N:</b> 121
<b>Değişkenler</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Kendine güvenli yak.	-.14	-1.2	.21
Iyimser yak.	-.06	-.55	.58
Çaresiz yak.	.23	2.21	.02
Boyun eğici yak.	-.06	.55	.58
Sosyal destek arama	-.02	-.23	.82

Tablo 9 incelendiğinde çaresiz yaklaşım alt boyutunun, duyarsızlaşmayı da %22 oranında açıkladığı görülmektedir (F: 3.17, p=.01).

Tükenmişliğin genel skoru ile, başa çıkma yollarının duygu ve problem odaklı alt boyutlarının analizinde is bulgular Tablo 10’da görüldüğü gibidir. Problem odaklı başa çıkma yollarını kullanan katılımcılarda tükenmişliğin azaldığı bulgulanmıştır.

**Tablo 10: Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma yollarının tükenmişlik üzerindeki etkisi**

<b>Bağımlı Değişken</b>	Tükenmişlik (Toplam)		
<b>Bağımsız Değişken</b>	Duygu odaklı BÇY, problem odaklı BÇY		
<b>Düzeltilmiş R<sup>2</sup> : .20</b>	<b>F test:</b> 16,28	<b>Anlamlılık:</b> ,00	<b>N:</b> 121
<b>Değişkenler</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Duygu odaklı BÇY	.28	3.39	.00
Problem odaklı BÇY	-.31	-3.75	.00

**Tablo 11: Başa çıkma yollarının yaşam doyumu üzerindeki etkisi**

<b>Bağımlı Değişken</b>	Yaşam Doyumu		
<b>Bağımsız Değişken</b>	Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama		
<b>Düzeltilmiş R<sup>2</sup> : .09</b>	<b>F test:</b> 3.41	<b>Anlamlılık:</b> ,00	<b>N:</b> 121
<b>Değişkenler</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Kendine güvenli yak.	.12	1.06	.29
Iyimser yak.	.19	1.73	.08
Çaresiz yak.	-.12	-1.17	.24
Boyun eğici yak.	.21	2.07	.04
Sosyal destek arama	.00	.05	.96

Tablo 11 incelendiğinde başa çıkma yollarının alt boyutları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide, yalnızca boyun eğici yaklaşım ile yaşam doyumu arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir (F: 3.41, p<.01). Buna göre boyun eğici yaklaşım yaşam doyumunu %21 oranında yordama gücüne sahiptir.

Tablo 12 ve 13' te başa çıkma yolları ve travmanın alt boyutları ile arasındaki ilişkiye dair yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları sunulmuştur. Yapılan analize göre çaresiz yaklaşımın yeniden yaşamayı (F: 6.64, p<.01) pozitif yönde etkilediği ve varyansın %46'sını açıkladığı (Tablo 9); yine çaresiz yaklaşımın aşırı uyarılmışlığı ise (F: 8,35, p<.01) pozitif yönde etkilediği ve varyansın %54'ünü açıkladığı saptanmıştır (Tablo 10).

**Tablo 12: Başa çıkma yollarının travma alt boyutlarından yeniden yaşama üzerindeki etkisi**

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Yeniden Yaşama</b>		
<b>Bağımsız Değişken</b>	Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama		
<b>Düzeltilmiş R<sup>2</sup> : .19</b>	<b>F test: 6.64</b>	<b>Anlamlılık: ,00</b>	<b>N: 121</b>
<b>Değişkenler</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Kendine güvenli yak.	-.02	-.15	.88
Iyimser yak.	-.07	-.71	.48
Çaresiz yak.	.46	4.82	.00
Boyun eğici yak.	-.03	-.33	.74
Sosyal destek arama	.12	1.45	.15

**Tablo 13: Başa çıkma yollarının travma alt boyutlarından aşırı uyarılmışlık üzerindeki etkisi**

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Aşırı Uyarılmışlık</b>		
<b>Bağımsız Değişken</b>	Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama		
<b>Düzeltilmiş R<sup>2</sup> : .23</b>	<b>F test: 8.35</b>	<b>Anlamlılık: ,00</b>	<b>N: 121</b>
<b>Değişkenler</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Kendine güvenli yak.	.12	1.19	.24
Iyimser yak.	-.17	-1.73	.08
Çaresiz yak.	.54	5.84	.00
Boyun eğici yak.	-.08	-.87	.38
Sosyal destek arama	.02	.26	.80

#### 4.5. Travma Öyküsünün İçeriksel Analizi

Analizin bu kısmında, özel bir niteliksel analiz deseni kullanılmamıştır. Katılımcılara yalnızca tek bir soru yöneltilmiştir ve bir görüşme içerisinde olmadığı için yalnızca yazılan veriler üzerinden içerik analizi yapılmıştır. Verilerin kodlanması ve temaların bulunması için veriler okunmuştur, sonrasında verilerden çıkan kavramlara göre başlıklar çıkartılmıştır.

Verilere göre, katılımcıların travmatik olay olarak en çok paylaştıkları durumlar bir vakaya gittiklerinde hastaların, hasta yakınlarının ya da etraftaki insanların kendilerine sözlü ya da fiziksel saldırıda bulunmaları. Bu durumu takip eden en travmatik olaylar ise bebek, çocuk ve gençlerin öldüğü vakalar. Bunların yanı sıra, trafik kazaları, beden bütünlüğünün bozulduğu, uzuv kaybı yaşanan vakalar, intihar vakaları da ambulans çalışanları için en travmatik olaylar sınıfında yer alıyor. Travmatize olmayı, bir olay ile sınırlandırmak istemeyen bazı katılımcılar bu işi yapmanın yeterince travmatik olduğunu da kaydettiler. Katılımcıların anlattıkları öykülerde en sık bahsedilen olayların dağılımı Tablo 14'te verilmiştir:

**Tablo 14: Katılımcıların yaşadıkları travmatik olayların frekans ve yüzde dağılımı**

Travmatik Olay	N	%
Kendilerine yönelik sözlü ya da fiziksel saldırı	28	23,14
Genç / çocuk / bebek ölümleri	24	19,83
Trafik kazaları	21	17,35
Beden bütünlüğünün bozulduğu vakalar	18	14,87
İntihar vakaları	11	9,09
Yaşlı hastaların olduğu vakalar	7	5,78
Çatışma / cinayet	5	4,13
Çocuk istismarı / tecavüz / taciz	5	4,13

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Bulgu ve hipotezlerin tartışılması

Toplam tükenmişlik ve travma skorlarının analizine bakıldığında travma ve tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır yani travmanın artması, 112 çalışanlarında tükenmişlik düzeyini de artırmaktadır. Yalnızca bu iki değişkenin alt boyutları teker teker incelendiğinde literatürle çelişen bazı sonuçlar çıktığı görülmüştür.

Travma ve tükenmişlik ilişkisinde bahsedildiği üzere, TSSB yaşayan bireylerde tükenmişlik sendromunun da beraberinde ortaya çıktığı bir çok çalışmada saptanmıştır (Potter, 2006; Alexander ve Klein, 2001; Mitani ve ark., 2006; Mealer ve ark., 2009; Baysak, 2010). Bu çalışmada travma ve tükenmişlik arasında çıkan ilişki bu araştırmalarla paralel boyuttadır. Tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutu ile travmanın aşırı uyarılmışlık alt boyutu diğer alt boyutlara göre daha ilişkili çıkmıştır. Yapılan bir başka çalışmada 1 yıl ara ile yaşları 7-14 arası değişen çocuklarda duygusal hissizleşme ve aşırı uyarılmışlık skorları ölçülmüş ve her iki ölçümde de bu iki kavram birbiriyle eş zamanlı ilişkili bulunmuştur (Weems, Saltzman, Reiss ve Carrion, 2003). Ayrıca travmanın aşırı uyarılmışlık alt boyutu ile tükenmenin duyarsızlaşma alt boyutu arasında da beklenildiği gibi pozitif bir ilişki çıkmıştır.

Travmanın yeniden yaşama alt boyutu ile tükenmişliğin duyarsızlaşma alt boyutu arasında negatif bir ilişki çıkmıştır. Literatürde bu durumun aksine bilgiler mevcuttur. Vedat Şar ve Erdiç Öztürk (2005), travmayı tanımladıkları bir makalede duyarsızlaşmanın, travma ile ilgili durumlarda özellikle de kişilik bozuklukları boyutlarında, temel bir klinik etmen olduğunu kaydetmişlerdir. Çalışmada literatürle çelişen sonuçlar çıkmasında, araştırmaya dahil edilen örneklemin kendine özgü özellikleri neden olarak sayılabilmektedir. 112 çalışanları hemen her gün travmatik olaylarla karşılaşabilmektedirler; bu tür olayların artık alışılabilir birer olay

olma ihtimali ve bu durumun içselleştirilmiş olması ihtimali örnekleme travmaya karşı duyarsızlaşma ve bu durumu olağan karşılama gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Katılımcıların travma öyküsü yazarken zorlanmaları, hiçbir olayı yeterince travmatik bulmamaları da bunun bir kanıtı olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra travmatik olaylara bizazat maruz kalmanın ya da tanık olmanın, travmatize olma açısından ne derece yordayıcı olduğu subjektif katılımcı beyanına dayanmaktadır. Tanısal ya da kategorik bir travma ölçümü yapılamadığı için örneklemin ne derece travmatize olduğu objektif veri oluşturamamaktadır.

Araştırmadaki toplam tükenmişlik skoru (39,17), Türkiye’de farklı popülasyonlarla yapılan bazı araştırmalarla yakın bulunmuştur. Sağlık müdürleri ile yapılan bir araştırmada, müdürlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nde ortalama 43 puan aldığı kaydedilmiştir (Keskin, Çınar, Alparslan ve Özmercan, 2010). Diyaliz merkezi çalışanlarında ise tükenmişlik skoru doktorlarda 43,69 ve hemşirelerde 47,67 olarak hesaplanmıştır (Ayraller, Yavuz, Bakım ve Karamustafalıoğlu, 2011). Bir başka araştırmada ruh sağlığı çalışanları ile yürütülmüş; psikiyatristlerin toplam tükenmişlik ortalamaları 52,87, psikologların ortalamaları 44,96 ve hemşirelerin ise 51,36 olarak kaydedilmiştir (Oğuzberk ve Aydın, 2008). Genel olarak sağlık alanında çalışanların tükenmişlik düzeylerindeki yükseklik Türkiye’de göze çarpan bir olgudur. Araştırmamız da bu durumu bir kez daha göstermektedir.

Travma düzeyi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analizler anlamlı sonuç vermemiştir. Literatürde bu ilişkiye dair değişken bulgular mevcuttur. Travma yaşayan bireylerde yapılan bir araştırma sonucunda yaşam doyumlarında ciddi düşüşler saptanmıştır (Anke ve Meyer, 2003). Yine bir başka çalışmada İsrail’de füze saldırısına maruz kalanlarla yapılan araştırmada travma ve yaşam doyumu arasında negatif ilişki saptanmıştır (Besser ve Neria, 2009). Bu bulguların aksine, bireylerin travma sonrasında kendilerini geliştirdikleri ve yaşam doyumu skorları ile travma skorları arasında olumlu sonuçların

bulunduğu araştırmalar da bulunmaktadır (Shrira ve Shmotkin, 2008; Triplett ve ark., 2012; Bayraktar, 2008). Bu çalışmada anlamlı sonuç çıkmamasında örneklemin tükenmişlik düzeylerindeki artış göz önüne alınmalıdır. Yaşam doyumunu düzeyleri travma skorları ile beraber analiz edilirken tükenmişlik skorları dışarıda tutulmuştur fakat yüksek tükenmişlik düzeylerinin örneklemdaki yaşam doyumunu algısını etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca yukarıda bahsedildiği gibi travmaların içselleştirilmiş olma olasılığı ve buna ek olarak yaşam doyumunun işten bağımsız düşünülmesi olasılığı (yani profesyonel yaşantı ile özel yaşantının birbirinden ayrı düşünülmesi) yaşam doyumunu skorlarını etkileyebilmektedir. Katılımcıların yaşam doyumunu ölçeğindeki puanlamalarında iş dışındaki genel yaşantıyı düşünerek hareket etmeleri bu ilişkinin anlamsız çıkmasında etkili olabilmektedir. Yaşanılan travmalar yalnızca iş yerinde kalabilmekte ve uzun süre çalışma sonucunda yorgunluk ve tükenmişliğin ağır basmasıyla ikinci plana atılabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında da 112 çalışanlarının yaşam doyumunu algıları daha çok özel yaşantıyı kapsar nitelikte görülmektedir. Yeterince travmatik bir mesleğe sahip olmaları, onları iş ve özel yaşantıyı birbirinden keskin çizgilerle ayırmaya zorunlu tutabilmektedir.

Biçimleyici değişkenlerin analizleri aşamasında, hipotez test edilirken yalnızca anlamlı çıkan ilişkiler üzerinde başa çıkma yollarının biçimleyici etkisi analiz edilmiştir. Bu analizler anlamlı çıkmıştır fakat başa çıkma yollarının travma ve tükenmişlik arasındaki ilişkide biçimleyici bir faktör olmadığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak örneklemin kendine ait özellikleri göz önünde tutulmalıdır. Örneklemin 24 saat beraber çalışan, ve bu süre içerisinde aynı yerde konaklayan ve birbirinden çok da bağımsız hareket etmeyen bir grup 112 çalışanıdır. Nöbet saatleri içerisinde kendilerine özel ayrılmış molalar olmadığı için bütün vakitlerini beraber ve yan yana geçirmektedirler. Bu bağlamda, kullanılan başa çıkma yollarının da çoğunlukla aynı olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla başa çıkma yolları istatistiksel olarak bir varyans

oluşturmamaktadır. Travmalar alışlagelmiş karşılandığı ve aynı başa çıkma yolları kullanıldığı için örnekleme istatistiki anlamlılık yaratacak bir değişiklik meydana gelmemektedir.

Analizlerde biçimleyici bir etki saptanmadığı için bunun yerine ek analizler uygulanmıştır. Başa çıkma yollarının ayrı ayrı travma ve tükenmişlik üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Başa çıkma yollarından çaresiz yaklaşımı kullanan katılımcılarda duygusal tükenme skorlarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir, çaresiz yaklaşımı kullanmak duygusal tükenmeyi ve duyarsızlaşmayı artırmaktadır sonucuna varılmıştır. Ayrıca, çaresiz yaklaşımın travmanın üzerindeki etkisi de yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık alt boyutlarında pozitif bulunmuştur.

Literatürde bu bulguyu destekleyici bilgiler mevcuttur. Jenaro ve arkadaşlarının İspanya'da yaptığı bir araştırmada duygusal tükenme ile başa çıkma yollarının hem problem hem duygu odaklı boyutları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Jenaro ve ark., 2007). Farklı başa çıkma yolları envanterinin kullanıldığı bir başka araştırmada kaçınmacı başa çıkma yolları kullanmanın duygusal tükenmeyi ve duyarsızlaşmayı önemli ölçüde yordadığı bulgulanmıştır (Evans, Bryant, Owens ve Koukos, 2004). Travma ve başa çıkma yolları arasındaki ilişkiye bakılan araştırmalarda da bu araştırmaya benzer sonuçlara rastlanmıştır. Acil ve yoğun bakım çalışanlarıyla yapılan bir araştırmada travma düzeyi yüksek olan katılımcıların çoğunlukla boyun eğici ve çaresiz başa çıkma yollarını (duygu odaklı) kullandıkları saptanmıştır (Baysak, 2010). Buna ek olarak savaş mağdurlarıyla yapılan bazı çalışmada da benzer şekilde duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullananların TSSB belirtilerini daha fazla taşıdığı ve bunun yanı sıra savaş sonrasında yaşadığı ortama uyum göstermede zorluklar yaşadıkları saptanmıştır (Solomon, Mikulincer ve Benbenishty, 1989; Suvak, Vogt, Savarese, King ve King, 2002).

Bunun yanı sıra bulgularla farklılık gösteren araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Dirkzwager ve arkadaşlarının bir çalışmasında duygu odaklı başa çıkma yollarının



kullanılmasının travma ile başa çıkma konusunda pek etkili olmadığı vurgulanmıştır (Drikzwager ve ark., 2003). Bir başka çalışmada duygu odaklı başa çıkma yollarının kullanmanın, travmanın yeniden yaşama alt boyutunu engellediği ve travmaya uyum sürecini aksattığı bulgulanmıştır (Creamer, 1995 akt. Hyman, 2004). Problem odaklı başa çıkma yollarının kullanılmasının TSSB riskini azalttığı yönünde bilgiler literatürde mevcuttur (Green ve ark., 1988; Benotsch ve ark., 2000; Sutker ve ark., 1995; Fairbank ve ark., 1991; Sharkansky ve ark., 2000).

Baş a çıkma yollarının yaşam doyumunu üzerindeki etkisi ölçülmüş ve boyun eğici yaklaşımın yaşam doyumunu pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Literatür ışığında bakıldığında, baş a çıkma yollarının yaşam doyumunu ile ilişkisinin direkt olarak incelenmekten ziyade genel yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun kapsadığı spesifik kavramlarla ilişkilerinin incelendiği görülmektedir (Deniz, 2006; Hamarat ve ark., 2001; Boey, 1998; Welbourne ve ark., 2007). Yaşam doyumunu içerisinde var olan iş doyumunu, aile yaşantısı, öznel iyi olma hali gibi kavramlarda baş a çıkmanın çeşitli alt boyutlarının bağlantılı olduğu bilgisine rastlamaktayız; fakat bu karşılaştırmalar demografik veriler üzerinden analiz edilmiştir (Hamarat ve ark., 2001; Boey, 1998).

Katılımcıların yazdıkları travma öykülerinde en sık rastlanan tema kendilerine yapılan sözlü ve fiziksel saldırılardır. Yani travmatik bir olaya tanık olmaktansa bizzat travmatik bir olay yaşamak onlar için daha travmatize edici olabilmektedir. Bir kaza, bir intihar ya da gidilen herhangi bir vaka, onlar için ikincil travma olabilirken, kendilerine uygulanan şiddet, karşılaştıkları saldırı birincil travma olmaktadır. Genç, çocuk ve bebek ölümleri, kendi uğradıkları saldırılardan sonra en sık yazdıkları öykülerdir. Geri dönüşü mümkün olmayan olaylar, ağır yaralanmalı trafik kazaları, uzuv kaybının olduğu ve beden bütünlüğünün bozulduğu vakalar da onları en çok travmatize eden durumlar olarak kayıtlara geçiyor. Bebek ve çocuk

ölümlerinden bahsettikleri vakalarda yazılarında kullandıkları kelimeler doğrultusunda en çok hissedilen durumun çaresizlik olduğunu söyleyebilmekteyiz. Vakada ellerinden bir şeyin gelmemesi, geç kalınmış olması ambulans çalışanlarını yine en çok travmatize eden durumlar olarak belirtilmiştir. Kayıp, çoğu insan için travmatize edici bir olgu olabilmektedir. Gerek sevilen insanların ölümü, gerek bir uzuv kaybı, gerek de genç yaşta yaşanan talihsiz kazalar ya da ölümler kabullenilmesi zor, kaldırması ağır yükler olabilmektedir. 112 çalışanlarında da ne kadar çok karşılaşırlarsa karşılaşırsınlar içinde kayıp teması olan olaylar onlar için travmatik kategoride yer almaktadır.

Özetle, araştırmada çıkan bulgular ışığında, ambulans çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri yaşadıkları travmalar doğrultusunda artmaktadır. Katılımcıların travma skorları yükseldikçe tükenmişlik düzeylerinin de arttığı açıkça görülmektedir. Bu ilişki travma ve tükenmişliğin birbiriyle bağlantılı kavramlar olduğunu bir kez daha vurgulamıştır. Yaşanılan travmaların ambulans çalışanlarının mesleki tükenmişliklerini de yükseltmesi kaçınılmaz bir olgudur, gerek çalışma düzenleri gerek çalışırken karşılaştıkları travmatik durumlar tükenmelerine yol açabilmektedir. Tek başına travmatik olaylara başa çıkmada ve tek başına tükenmişlik üzerinde problem odaklı başa çıkma yollarını kullanmanın etkin olduğu bir kez daha görülmektedir. Yani problem odaklı başa çıkma yollarını kullanan katılımcılarda hem daha düşük travma hem de daha düşük tükenmişlik skorları göze çarpmaktadır. Fakat tükenmişlik ve travma ilişkisi başa çıkma yolları ile beraber analiz edildiğinde yetersiz kalmakta ve biçimleyici bir faktör olmamaktadır.

## 5.2. Araştırmanın kısıtlılıkları

Çalışma İstanbul genelinde İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 112 çalışanları ile yapılmıştır ve bunun için İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınması ön şart koşulmuştur. Devlet prosedürlerinin yavaşlığı, çalışmada uzun vakitlerin kaybına neden olmuştur.

İznin çıkması oldukça uzun sürmüştür ve imzalanan protokolün süresi 3 aydır, bu açıdan 3 ay içinde gerekli tüm datayı toplayabilmek için araştırmacı kısıtlanmıştır ve data sayısı da planlanan düzeye ulaşamamıştır. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin düzenli bir iş ve mola saatleri olmadığından data toplama sırasında birçok istasyondan geri dönülmek zorunda kalınmıştır. Birçok anket acil vaka ihbarı nedeniyle yarım kalmış ve datalar kullanılmaz hale gelmiştir.

112 istasyonlarında, ev denilebilecek rahatlıkta bir çalışma ortamı olduğu için (24 saat boyunca nöbet tuttıkları için istasyonları kendi evleri gibi kabullenmiş durumdadır, yemek, içmek, uyumak gibi aktivitelerini istasyonlarda yerine getiriyorlar) çalışanların da birbiriyle olan samimiyeti (uzun sürelerini birlikte geçirdikleri için) zaman zaman anket doldururken dezavantajlar doğurmuştur. Araştırmacı tarafından engellenmeye çalışılmış fakat her zaman başarılı olunamamıştır. Anketi doldururken bir yandan takım arkadaşlarıyla sohbetlerine devam eden katılımcılar da olmuştur. Bunun yanı sıra, çalışmanın psikoloji literatürü ile ilgili olduğunu öğrenen, araştırmacının da bir psikolog olduğunu öğrenen bazı katılımcılardan terapi teklifleri de gelmiş; hatta araştırmacıya ayak üstü “Benim şöyle bir sorunum var, ne yapmalıyım?” şeklinde sorular yöneltilmiştir.

Model anlamlı sonuçlar vermemiştir fakat yeni bir model oluşturup test etmek için zaman konusunda da kısıtlılıklar mevcuttur. Bu araştırma bir tez çalışması olduğu için teslim zamanı geldiğinden tekrar yeni bir model oluşturulamamıştır. Ek olarak, literatür içinde modelin aynısına rastlanmadığı için, bazı konularda bilgiye ulaşamamış, modelin tamamı literatür bilgisi

ile desteklenememiştir. Fakat bu konuda literatürde bir ilk niteliği taşıması, psikoloji camiasına ileriki araştırmalar için yol gösterici niteliktedir.

### **5.3. Gelecek araştırmalar için öneriler**

Devlete bağlı kamu çalışanları ile yapılacak olan bir çalışma için gerekli izinlerin alınması uzun sürmektedir, araştırmacılar bu konuda hazırlıklı olmalıdırlar. Araştırmanın süresi çıkabilecek aksilikler göz önüne alınarak ayarlanmalıdır.

Literatürde ilk kez travma ve tükenmişlik, travma ve yaşam doyumu ilişkilerinde başa çıkma yollarının etkisi araştırılmıştır, bu bağlamda benzer araştırmalar için yol gösterici özellik taşımaktadır. Yapılacak benzer bir çalışmada modelde bazı değişiklikler yapılması uygun olacaktır.

Başta çıkma yollarının biçimleyici etkisinin çıkmamasına önlem olarak, bu konuda daha derinlemesine ve niteliksel bir araştırma yapılması önerilmektedir. Örneklem içinde başa çıkma yollarındaki farklılıklar, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma yollarından ağırlıklı olarak nelerin kullanıldığının tespit edilmesi daha anlamlı ve içeriksel sonuçlar oluşturacaktır.

Araştırmaya katılan kişi sayısının artırılması, ilişkilerde farklı sonuçlar çıkmasına yol açabileceği gibi, güvenilirlik ve geçerlilik konusunda da pekiştirici bir olgu olacaktır. 112 acil servis hizmetlerinin çalışma sistemleri açısından bakıldığında araştırmacının tek kişi çalışması da bu araştırma için bir handicap oluşturmaktadır; ileriki çalışmalar için data toplama aşamasında daha fazla kişiden destek istenmesi faydalı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Aasa, U., Brulin, C., Angquist, K. A. ve Bergkvist, M. B. (2001). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 19(3), 251-258.
- Abercrombie, E. D. Ve Jacobs, B. L. (1987). Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. *The Journal of Neuroscience*. 7(9), 2844-2848.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. ve Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: *Critique and Reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology*. 87(1), 49-74.
- Acil Sağlık Hizmetleri. (2011). *Milli Eğitim Bakanlığı*. Ankara.
- Aksoy, F. ve Ergün, A. (2002). Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri. *Ulusal Travma Dergisi*. 8, 160-163.
- Alexander, D. A. ve Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*. 178, 76-81.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). *Mental Bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Dördüncü baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. (Çev.) Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Anke, A. G. W. ve Meyer, A. R. F. (2003). Life satisfaction several years after severe multiple trauma - a retrospective investigation. *Clinical Rehabilitation*. 17, 431-442.

- Arı, G. S. ve Bal E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*. 15(1), 131-148.
- Aston-Jones, G., Valentino, R. J., VanBockstaele, E. J. ve Meyerson, A. T. (1994). Locus coeruleus, stress, and PTSD: neurobiological and clinical parallels. Murburg, M. M. (Ed.), *Catecholamine Function in PTSD: Emerging Concepts* (s.17–62). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ayraller, A., Yavuz, B. G., Bakım, B. ve Karamustafaloğlu, O. (2011). Diyaliz çalışanlarında tükenmişlik sendromu. *Jarem*. 1, 52-56.
- Baltaş, A. ve Baltas, Z. (2012). *Stres ve Başaçıkma Yolları (29. Basım)*. İstanbul: Remzi Kitabevi. (İlk basım: 1986).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215.
- Barlow, D. H. ve Durand, V. M. (2005). *Abnormal Psychology An Integrative Approach 4th Ed.* Canada: Thomson Wadsworth.
- Bayraktar, S. (2008). *Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Baysak, E. (2010). *Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Gazi Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Ankara.

- Bedeian, A. G., Burke, B. G. ve Moffet, R. G. (1988). Outcomes of work–family conflict among married male and female professionals. *Journal of Management*. 14(3), 475-491.
- Bennet, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. ve Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*. 44, 215-226.
- Benotsch, E. G., Brailey, K., Vasterling, J. J., Uddo, M., Constans, J. I. ve Sutker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in gulf war veterans: A longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(2), 205-213.
- Berger, W., Figuiera, I., Maurat, A. M., Bucassio, E. P., Vieira, I., Jardim, S. R., Coutinho, E. S. F., Mari, J. J. ve Mendlowicz, M. V. (2007). Partial and Full PTSD in Brazilian Ambulance workers prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*. 20(4), 637-642.
- Berksun, O. E. *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları*.  
[http://www.umitkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi\\_anksiyete.pdf](http://www.umitkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi_anksiyete.pdf) (erişim tarihi: 06.07.2010).
- Besser, A. ve Neria, Y. (2009). PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Traumatic Stress*. 22(4), 268-275.
- Boey, K. W. (1998). Coping and family relationships in stress resistance a study of job satisfaction of nurses in Singapore. *International Journal of Nursing Studies*. 35, 353-361.

- Breslau, N., Kessler, C. R., Chilcoat, H. D., Shultz, L. R., Davis, G. C. ve Andreski P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiatry*.55, 626-632.
- Brewin, C. R. ve Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 23, 339–376.
- Brough, P. (2005). A comparative investigation of the predictors of work related psychological well being within police, fire and ambulance workers. *New Zealand Journal of Psychology*. 34(2), 127-134.
- Budak, S. (2005). *Psikoloji Sözlüğü*. (3. baskı). Ankara: Bilim ve Sanat.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*. 101(3), 393-403.
- Cordes, C. L. ve Dougherty, T. W. (1993). A review and in integration of research on job burnout. *The Academy of Management Review*. 18(4), 621-656.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. ve Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 90(5), 439-447.
- Da Costa, J. M. (1871). On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*. 61, 18–52.
- Davidson, J. R. T. ve Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder : DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press.



- Deniz, E. (2006). The relationships among coping with stress, life satisfaction, decision-making styles and decision self-esteem: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality*. 34(9), 1161-1170.
- Deville, G. J., Wright, R. ve Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 43, 373-385.
- Dickerson, S. S. ve Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*. 130(3), 355-391.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*. 55(1), 34-43.
- Dikmen, A. A. (1995). *Kamu Çalışanlarında İş Doyumu Ve Yaşam Doyumu*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I. ve Van Der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*. 34, 1545-1559.
- Dost, M. T. (2007). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumunun bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2(22), 132-143.
- Ehrenreich, J. H. (2003). Understanding PTSD: forgetting "Trauma". *Journal of Social Issues*. 3(1), 15-28.
- Endler, N. S. ve Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.

- Eriksson, C. B., Björck, J. P., Larson, L. C., Walling, S. M., Trica, G. A., Fawcett, J., Abernethy, A. D. ve Foy, D. W. (2009). Social support, organisational support, and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid workers. *Mental Health, Religion & Culture*. 12(7), 671-686.
- Evans, D. G., Bryant, E. N. Owens, J. S. ve Koukos, K. (2004). Ethnic differences in burnout, coping, and intervention acceptability among childcare professionals. *Child & Youth Care Forum*. 33(5), 349-371.
- Fairbank, J. A., Hansen, D. J. ve Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(2), 274-281.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H. ve March, J. (2004). Posttraumatic Stress Disorder in Youth A Critical Review of the Cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*. 35(5), 466-476.
- Foa, E. B. ve Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 99(1), 20-35.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Schetter, C. D., DeLongis, A. ve Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(5), 992-1003.

- Galek, K., Flanelly, K. J., Greene, P. B ve Kudler, T. (2011). Burnout, secondary traumatic stress, and social support. *Pastoral Psychology*. 60, 633-649.
- Gautam, M. (2001). Women in medicine: Stresses and solutions. *Western Journal of Medicine*. 174, 37-41.
- Gerardi, M., Rothbaum, B. O., Ressler, K., Heekin, M. ve Rizzo, A. (2008). Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: Case report. *Journal of Traumatic Stress*. 21(2), 209-213.
- Green, B. L., Lindy, J. D. ve Grace, M. C. (1988). Long-term coping with combat stress. *Journal of Traumatic Stress*. 1, 399-412.
- Greenhaus, J. H. ve Parasuraman, S. (1987). A work non-work interactive perspective of stress and its consequences. *Journal of Organizational Behavior Management*. 8(2), 37-60.
- Gross, C., Joraschky, P. ve Pöhlmann, K. (2004). Secondary traumatization and burnout in ambulance services - first results of a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*. 56.
- Güllüce, A. Ç. (2006). *Mesleki Tükenmişlik Ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişki (Yöneticiler Üzerine Bir Uygulama)* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Gültekin, E., Ekici, N. ve Tepe, F. (2011). Terör mağduru polislerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi. *Uluslar arası Güvenlik ve Terörizm Dergisi*. 2(1), 25-36.

- Gümüş, H. (2006). *Farklı Mesleklerde Çalışanların İş Ve Yaşam Doyumlarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Atatürk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Haksal, P. (2007). *Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrucky, K. M., Steele, D., Matheny, K. B. ve Aysan, F. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*. 27, 181-196.
- Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (2009). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. 14(1), 13-24.
- Honkanen, H. K., Rissanen, T., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Tarja, S. ve Viinamaki, H. (2011). Factors associated with life satisfaction in a 6-year follow-up of depressive out-patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 46(7), 595-605.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*. 37(3), 241-249.
- Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress*. 17(2), 149-156.
- Jenaro, C., Flores, N. ve Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*. 38(1), 80-87.

- Jonsson, A. ve Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 14, 89-96.
- Jonsson, A. ve Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*. 11, 141-152.
- Jonsson, A. ve Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident and Emergency Nursing*. 12, 215-223.
- Jonsson, A., Segesten, K. ve Mattson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*. 20, 79-84.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68, 29-32.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 29(3), 284-297.
- Kalemoğlu, M. ve Keskin, Ö. (2002). Acil servis çalışanlarındaki stres faktörleri ve tükenmişlik. *Ulusal Travma Dergisi*. 8, 215-219.
- Kaptanoğlu, C. (2003). Travma sonrası stres bozukluğunda tanı ve klinik özellikleri. Aker, T. ve Önder M. E. (Ed.), *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. 5US Yayınları.
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 7, 167-181.
- Karasek, R. A., Theorell, T., Schwartz, J. E., Schnall, P. E., Pieper, C. F. ve Michela, J. L. (1998). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the us

health examination survey (HES) and the health and nutrition examination survey (HANES). *American Journal of Public Health*. 78(8), 910-918.

Kaya, M., Üner, S., Karanfil, E., Uluyol, R., Yüksel F. ve Yüksel, M. (2007). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(5), 357-363.

Keser, A. (2005). İş doyumu ve yaşam doyumu ilişkisi otomotiv sektöründe bir uygulama. *Çalışma ve Toplum*. 4, 77-95.

Keskin, G., Çınar, Z., Alparslan, Ö. ve Özmercan, V. (2010). Türkiye’de sağlık müdürlerinin liderlik davranışlarının iş doyumları ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkileri. Kırılmaz, H. (Ed.) II: *Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Konferansı Bildiriler Kitabı*. 102-116. Ankara.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 52, 1048-1060.

Kline, N. A. ve Rausch, J. L. (1985). Olfactory precipitants of flashbacks in posttraumatic stress disorder: case reports. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 46(9), 383-4.

Kossek, E. E. ve Ozeki, C. (1998). Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. *Journal of Applied Psychology*. 83(2), 139-149.

Köroğlu, E. (2009). *Psikiyatri El Kitabı*. Ankara: HYB.

- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D. ve Spiegel, D. (2011). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*.167(6), 640-647.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*. 39(2), 124-129.
- Leiter, M. P. (2005). Perception of risk: an organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping*. 18(2), 131-144.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*. 5(2), 119-126.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 5(2), 165-184.
- Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, A. ve Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 28(3), 240-242.
- Maslach, C. (2003). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, <http://books.google.com.tr/books> erişim: 2012. (Özgün eser 1982 tarihlidir).
- Maslach, C. ve Jackson, E. S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422.

- McFarlane, A. (2002). Phenomenology of posttraumatic stress disorder. Stein, D. J., Hollander, E. (Ed.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Anxiety Disorders. 1st ed.* Washington DC: American Psychiatric Pub.(s. 359-71).
- McFarlane, A. C. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous & Mental Disease. 180*, 498-504.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, O. B. ve Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety. 26(12)*, 1118-1126.
- Mitani, S., Fujita, M., Nakata, K. ve Shirakawa, T. (2006). Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: A study of fire service workers. *The Journal of Emergency Medicine. 31(1)*, 7-11.
- Motta, R. W., Kefer, J. M., Hertz, M. D. ve Hafeez, S. (1999). Initial evaluation of the secondary trauma questionnaire. *Psychological Reports. 85(3)*, 997-1002.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S. ve McMurrin, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of Applied Psychology. 81(4)*, 400-410.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., Bunch, K., Schorr, J. ve Smith, E. M. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress. 15(3)*, 171-175.
- Oğuzberk, M. ve Aydın A. (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri. 11*, 167-179.



- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1, 34-41.
- Özyaral, Ö. (2005). Ambulans ve ilk müdahalede sterilizasyon dezenfeksiyon. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*.
- Parker, P. D., Martin, A. J. ve Marsh, H. W. (2008). Factors predicting life satisfaction: A process model of personality, multidimensional self concept, and life satisfaction. *Australian Journal of Guidance & Counselling*. 18(1), 15-29.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: *A review of the literature*. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 9, 57-64.
- Prati, G., Pietrantonio, L. ve Cicognani, E. (2011). Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *International Journal of Stress Management*. 18(2), 181-195
- Resmi Gazete. (2005). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (24046)*. Ankara.  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeliği.html> (erişim tarihi: 26.04.2012).
- Resmi Gazete. (2006). *Ambulanslar Ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (26369)*. Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3664/ambulans-hizmetleri-yonetmeliği.html> (Erişim tarihi: 20.06.2012).
- Rosen, G. M. ve Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review* 28, 837-868.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Alarcon, R., Ready, D., Shahar, F., Graap, K., Pair, J., Hebert, P., Gotz, D., Wills, B. ve Baltzell, D. (1991). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*. 12(2), 263-271.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H. ve Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(6), 1020-1026.
- Rupert, P. A., Stevanovic, P. ve Hunley, H. A. (2009). Work–family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 40(1), 54-61.
- Sahranç, Ü. (2007). *Stres Kontrolü, Genel Öz-Yeterlik, Durumluk Kaygı Ve Yaşam Doyumuyla İlişkili Bir Akış Modeli* (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Schultz, D. P. ve Schultz, S. E. (2005). *Theories of personality*. 8th Ed. USA: Thomson Wadsworth.
- Semmer, N. K. (2003). Individual differences, work stress and health. Schabracq, M. J., Winnubst, A. M. ve Cooper, C. L. (Ed.) *The Handbook of Work and Health Psychology, Second Edition* (s. 83- 120). İngiltere: John Wiley & Sons Ltd.
- Shalev, A. Y., Bonne, O. ve Eth, S. (1996). *Treatment of posttraumatic stress disorder: A review*. *Psychosomatic Medicine*. 58, 165-182.
- Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erikson, D. J. ve Stokes, L. R. (2000). Coping with gulf war combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(2), 188-197.

- Shrira, A. ve Shmotkin, D. (2008). Can the past keep life pleasant even for old-old trauma survivors?. *Aging & Mental Health*. 12(6), 807-819.
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*. 2, 105-108.
- Sutker, P. B., Davis, J. M., Uddo, M. ve Ditta, S. R. (1995). War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian gulf war returnees. *Journal of Abnormal Psychology*. 104(3), 444-452.
- Şahin, D. (1995). Türkiye’de insan eliyle yapılan travmalara bağlı psikiyatrik bozuklukların boyutu. *Kriz Dergisi*. 3(1-2), 26-30.
- Şar, V. ve Öztürk, E. (2005). What is trauma and dissociation?. *Journal of Trauma Practice*. 4(1/2), 7-20.
- Tanikyan, A. (2008). *Ruh Sağlığı Alanında Hizmet Verenlerin Çalışma Ortamlarındaki Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Marmara Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas an outline and overview. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 1(3), 322-334.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G. ve Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 4(4), 400-410.
- Turnbull, G. J. (1998-I). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*. 29(2), 87-91.

Turnbull, G. J. (1998-II). A review of post-traumatic stress disorder. Part II: Treatment. *Injury*. 29(3), 169-175.

Türk Dil Kurumu Sözlük. TDK: <http://tdkterim.gov.tr/bts/>

Türkçapar, H., Sungur, M. Z. ve Sargın, E. (2009). Bilişsel davranışçı terapiler. Köroğlu, E. ve Türkçapar, H. (Ed.), *Psikoterapi Yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri*. (s. 77). Ankara: HYB.

Ullrich, A., Lambert, R. G. ve McCarthy, C. J. (2012). Relationship of german elementary teachers' occupational experience, stress, and coping resources to burnout symptoms. *International Journal of Stress Management*. 19(4), 333-342.

Ünal, S. Karlıdağ, R. ve Yoloğlu, S. (1993). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin yaşam doyumunu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 4, 113-118.

Van Der Ploeg, E. ve Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personel: Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*. 60(1), 40-46.

Wallace, S. L., Lee, J. ve Lee, S. M. (2010). Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. *Journal of Employment Counseling*. 47, 111-122.

Weems, F., Saltzman, K. M., Reiss, A. L. ve Carrion, V. G. (2003). A prospective test of the association between hyperarousal and emotional numbing in youth with a history of traumatic stres. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 32(1), 166–171.

- Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E. ve Sanchez, F. (2007). Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*. 70, 312-325.
- Witavaara, B., Lundman, B., Bergkvist, M. B. ve Brulin, C. (2007). Striking a balance health experiences of male ambulance personnel with musculoskeletal symptoms: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 770-779.
- Wisniewski, L., Gargiulo, R. M. (1991). Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. *Journal of Special Education*, 31(3), 325-347.
- Yavuzylmaz, A. Topbaş, M., Çan, E., Çan, G. ve Özgün, Ş. (2007). Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(1), 41-50.
- Yazıcı, K. *Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması*. <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-4595/icd-10-hastaliklar-ve-saglik-problemlerinin-uluslararası-.html> (erişim tarihi: 05.07.2012).
- Yolaç, P. (2010). *Posttravmatik Stres Bozukluğu*. (Yayımlanmamış ders notu). Okan Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

## EK-1 Demografik Bilgi Formu

Diğer sayfalara geçmeden önce lütfen aşağıdaki bölümü doldurunuz.

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:  Kadın  Erkek

Medeni Durum:  Evli  Bekar  Boşanmış  Dul

Eğitim Düzeyi: (Lütfen en son diploma aldığınız okulu dikkate alınız)

İlkokul  Ortaokul  Lise  Yüksekokul  Üniversite  Uzman

Çalıştığınız Bölüm: .....

Çalıştığınız sektör:  Özel  Kamu

Ne kadar süredir ambulans personeli olarak çalışmaktasınız?

.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

.....

Çalışma saatleriniz içerisinde belirlenmiş, dinlenebileceğiniz molalar var mı?

Evet  Hayır

Son 1 yıl içinde meslek hayatınızda karşılaştığınız, sizin için en travmatik (sizi en çok etkileyen) olay neydi, anlatınız:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bu olayı yaşamanızın üzerinden ne kadar zaman geçti?.....

## EK-2 Yaşam Doyumu Ölçeği

Lütfen her bir ifadenin size ne kadar uyduğuna yönelik katılım derecenizi sütunlardaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak, boş madde bırakmadan belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Çok az Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın.	1	2	3	4	5	6
2. Yaşam koşullarım fevkalade.	1	2	3	4	5	6
3. Yaşamımdan hoşnudum.	1	2	3	4	5	6
4. Şu ana kadar hayatımda istediğim şeyleri elde edebildim.	1	2	3	4	5	6
5. Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6

### EK-3 Olayların Etkisi Ölçeği

Aşağıda stresli yaşam olaylarından sonra oluşan bazı zorluklar yer almaktadır. Lütfen hepsini dikkatli bir şekilde okuyun ve **yukarıda anlatmış olduğunuz olayla ilgili** sizin için geçerlilik durumlarını sütunlardaki rakamı yuvarlak içine alarak belirtin. (Lütfen boş madde bırakmayınız)

0 = Hiç , 1 = Çok nadir , 2 = Zaman zaman , 3 = Sıklıkla , 4 = Aşırı boyutta

		Hiç	Çok nadir	Zaman zaman	Sıklıkla	Aşırı boyutta
1	Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.	0	1	2	3	4
2	Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.	0	1	2	3	4
3	Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.	0	1	2	3	4
4	Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5	Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına, canımın sıkılmasına izin vermiyorum.	0	1	2	3	4
6	İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.	0	1	2	3	4
7	Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8	Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
9	Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.	0	1	2	3	4
10	Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.	0	1	2	3	4
11	Olayı düşünmemeye çalışıyorum.	0	1	2	3	4
12	Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum.	0	1	2	3	4
13	Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.	0	1	2	3	4
14	Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.	0	1	2	3	4
15	Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
16	Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.	0	1	2	3	4
17	Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4



18	Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.	0	1	2	3	4
19	Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.	0	1	2	3	4
20	Olayla ilgili rüyalar görüyorum.	0	1	2	3	4
21	Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.	0	1	2	3	4
22	Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum.	0	1	2	3	4



#### EK-4 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

<b>Lütfen işiniz ile ilgili duygu, düşünce ve tutumlarınızı ifade eden bu 22 maddelik anketi sizin için en uygun olan rakamı yuvarlak içine alarak boş madde bırakmadan doldurunuz.</b>	<b>Hiç bir Zaman</b>	<b>Çok Nadir</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu Zaman</b>	<b>Her Zaman</b>
0= hiçbir zaman, 1=çok nadir, 2=bazen, 3=çoğu zaman, 4=her zaman					
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum	0	1	2	3	4
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum	0	1	2	3	4
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum	0	1	2	3	4
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım	0	1	2	3	4
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum	0	1	2	3	4
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak gerçekten benim için çok yıpratıcı	0	1	2	3	4
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yolları bulurum	0	1	2	3	4
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum	0	1	2	3	4
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	0	1	2	3	4
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	0	1	2	3	4
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum	0	1	2	3	4
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim	0	1	2	3	4
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum	0	1	2	3	4
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum	0	1	2	3	4
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil	0	1	2	3	4
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor	0	1	2	3	4
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratıyorum	0	1	2	3	4
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum	0	1	2	3	4
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim	0	1	2	3	4
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	0	1	2	3	4
21. İş yerimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum	0	1	2	3	4
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum	0	1	2	3	4

## EK-5 Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri

Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )

<b>Bir sıkıntım olduğunda...</b>	<b>%0</b>	<b>%30</b>	<b>%70</b>	<b>%100</b>
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	( )	( )	( )	( )
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

## EK-6 İl Sağlık Müdürlüğü Protokol

### PROTOKOL

#### Taraflar:

#### Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile Okan Üniversitesi SBE Psikoloji Yüksek lisans öğrencisi Başak SARAÇOĞLU arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** İstanbul Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi/112 Başhekimliği

**Çalışmanın adı:** 'Ambulans Personelinde, Travmanın Tükenmişlik Düzeyleri ve Yaşam Doymu İlişkisinde Başa Çıkma Yollarının Erkişi'

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Başak SARAÇOĞLU

#### Konusu:

#### Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında ayrıntı:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç 19/09/2012 Bitiş 19/12/2012

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası CD halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ...vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kuruma görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

#### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

19.09.2012

Adı-Soyadı

Başak SARAÇOĞLU

*Ver*

OLUR

19/09/2012

Ali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU  
Sağlık Müdürü

19/09/2012

Uzm.Dr.Fetin Rüstü YILDIZ  
Sağlık Müdür Yardımcısı